



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL DE BOA VIAGEM



BOLETIM DE OCORRÊNCIAS - B. O.

Nº Ocorrência: 1363/2006 Data Registro: 23/08/2006
Nome: LAERSON ALVES DE SOUZA
RG: 4049776-06 SSP/CE
Nome Mãe: NEUTZA ALVES DE SOUZA
Endereço: RUA ANA GONÇALVES, Nº 193, neste Município.
Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO

HISTÓRICO: Segundo o noticiante, está operado de sua perna esquerda e ontem, dia 22/08/2006, em torno de 22:00 horas, foi obrigado a pilotar sua moto para levar seu filho ao Hospital Adina Maria, quando saiu do Hospital em questão, estava parado na motocicleta, HONDA/ CBX 150 AERO, placa HVI 9199, CHASSI 9C7KCC0501LR206778, em nome de FRANCISCO JUSTINO FELIX, esta veio a cair antes de sair e a moto caiu por cima de sua perna esquerda, tendo sido socorrido para o mesmo hospital. Nada mais disse e depois de lido e achado conforme vai devidamente assinado.////

Obj. Apreend.: 1-SIM/2-NÃO: 2

Encaminhamento: 1-Dei/2-Cartório/3-Investigação/4-Arquivo: 4

Rep. Reg.: Laerson Alves de Souza

Enc. Reg.: Angela M. R. Silva
Escrit. Ad. Rec.

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome:	LACSON ALVES DE SOUZA		Nacionalidade:	BR
Estado civil:	Profissão:	SERVIDOR	Carteira de Identidade:	
CASADO	PUBLICO MUNICIPAL		3069776196-SSP/CE	
CPF nº	Residência:			
790.484.983-68	JOSE AISEF FARES N 2 231			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	
PADRE PAULO	BOA VIGEM	CEARA	63.870-000	

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº 8.119.595 SSP/MG e CPF nº 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza – CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3254-4340.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastantes procuradores, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicial etc extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover, acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiência e perícias médicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 20 de Agosto de 2008.


Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, WALSON ALVES DE SOUZA, brasileiro O,
CASADO, BOA VIAGEM - CE, portador da Carteira de Identidade/RG nº
3069776/96, SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 190.484.983, residente e
domiciliado na cidade de BOA VIAGEM, estado de Ceará, na Rua
JOSE ASSEF PARES, nº 231, B. PADRE PAULO,
declaro para os devidos fins que possuo hiposuficiência financeira, não possuindo condições de
arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e
o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 20 de Agosto de 2008.

Walson Alves de Souza
Declarante

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3069776/96 30.05.96

LAERSON ALVES DE SOUZA

FRANCISCO CLOVIS DE SOUZA

NEUZA ALVES DE SOUZA

BOA VIAGEM-CE 27.05.78

CN.Nº 3582 Liv. 4-4 Fls. 232v

CART. BOA VIAGEM-CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

 

Laerson Alves de Souza

CARTÃO DE IDENTIDADE

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nas casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura

Laerson Alves de Souza

LAERSON ALVES DE SOUZA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 22/09/98

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

LAERSON ALVES DE SOUZA

Nº de Inscrição

790484983-88

Data de Nascimento

27/05/78



INSCRIÇÃO DE IMÓVEL - PROPOSTA POR CONTRATO DE FIDUCIARISMO
04/12/2007 16:25:42 0000-7532 1511419 0280
0090-7 79048199010 JACSON ALVES DE SOUZA
FUNTE PAGADORA: FIDUCIARISMO NACIONAL EMPRES
VALOR CNF..... 3.07
VALOR A PAGAR..... 3.017,31



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
HOSPITAL REGIONAL
DR. PONTES NETO DE QUIXERAMOBIM
FONE (088) 3441-4005 / 3441-6000 - E-MAIL: hospitalregional@quixeramobim.ce.gov.br



LAUDO MÉDICO
PARA EMISSÃO
DE AIIH

Identificação do estabelecimento de Saúde

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Regional Dr. Pontes Neto
2. NOME DO ESTABELECIMENTO EXCUTANTE
C. Medeiros

Identificação do Paciente

3. NOME DO PACIENTE
Paulo César Monte de Sales
4. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
O. Moraes
5. ENDEREÇO (Cidade, nº (cepso))
Rua B. Gomes 69, Colônia
6. DATA DO NASCIMENTO
01/04/1975
7. SEXO
Masculino ☒ Feminino ☐
8. FILIÇÃO (nome do cônjuge ou companheiro)
CRF

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com dor de cabeça, náusea, vômito, febre, mal-estar, cansaço, perda de peso, alteração de hábitos alimentares e de sono.

18. CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO

Suficiência renal

19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (HEMAGRAMA, UROLOGIA E EXAMES DE LABORATÓRIO)

Hb 8,0 g/dl - MCV 78 fL

20. EXAMES DE LABORATÓRIO

Problema de saúde de caráter crônico

24. RESOLUÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

25. CLÍNICA
26. CARÁTER DE INTERNAÇÃO
27. DOCUMENTOS
28. DOCUMENTO (ENCERRAMENTO) DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
29. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)
30. DATA DA SOLICITAÇÃO
31. ASS. E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

32. ACIDENTE DE TRABALHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)

33. ACIDENTE TRABALHO (FÍSICO)
34. ACIDENTE TRABALHO (QUÍMICO)
35. ACIDENTE TRABALHO (TRAJETO)
36. CNPJ DA SEGURADORA
37. NOME DO FÉRETO
38. CNPJ DA EMPRESA
39. CNPJ DO FÉRETO
40. CNPJ DO FÉRETO
41. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
42. EMPREGADOR
43. AUTÔNOMO
44. RESEMPREGADO
45. APOSENTADO
46. NÃO SEGURADO