

## PROCURAÇÃO "AD-JUDÍCIA"

OUTORGANTE: M<sup>te</sup> Sacerio Lima Pontes, brasileiro, parado, agricultor,  
com RG 20641908-0 SSP/CE, CPF 771.793.073-00 com endereço/domicílio Rua  
Sítio Raposo, nº 5/n, Bairro S. Raposo, CEP nº 60.965-000,  
Sf. de Jogaibau/CE, constituiu (imos) e nomeio (amos) o(a) bastante procurador(a):.

OUTORGADO: VANDA MARIA LOPES DE SOUSA, brasileira, divorciada, OAB/CE, sob o n.º 9882-B, e KALINE LOPES R. MOREIRA, brasileira, casada, OAB/CE, sob o n.º 34.344, ambas com escritório profissional sito à Rua Limério Osterne, 1942, Centro, CEP 62-930.000, Limoeiro do Norte /CE e Rua: Evaristo Reis, 329, São João do Tauapé, CEP 60.130-600, Fortaleza/CE.

**OBJETO:** representar o(s) Outorgante(s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad iudicia et extra*, para o foro em geral, especialmente para propor Ação de Cobrança / Seguro DPVAT

portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.

Fortaleza/CE. 08 de dezembro de 2016.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

**ESTADO DO CEARÁ**  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
 PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
 COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

**Polegar Direito**

*maria Socorro Lima Monteiro*  
 ASSINATURA DO TITULAR

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

BRASIL 1998 A 2012

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2016111908 - 0 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/04/2016

NOME  
**MARIA SOCORRO LIMA MONTEIRO**

FILIAÇÃO  
**GERALDO LIMA DE OLIVEIRA**  
**VIONILDE MARIA DE JESUS**

NATURALIDADE  
**SÃO JOÃO DO JAGUARIBE - CE**

DATA DE NASCIM. 23/01/1966

DOC. ORIGEM  
 CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO:SEDE TERMO:016 FOLHA:065  
 SÃO JOÃO DO JAGUARIBE - CE

CPF 771.793.073-00

RG: ANT

1 VIA

*Ant. Soc. Lima*  
 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

TERMO DE REGISTRO

## DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Maria do Socorro Lima Montenegro, casada, agricultora, residente no Sítio Raposo, s/n, São Francisco do Sanguinibete

Declaro, sob as penas da Lei e nos termos do art. 1º da Lei n.º 7.115 de 29 de agosto de 1983, especialmente para fazer prova perante a JUSTIÇA, que é pobre no sentido legal do termo, não tendo condições para arcar com as custas, sem privar-se dos recursos indispensáveis ao próprio sustento.

Responsabiliza-se, o infra-assinado, pelo teor da presente declaração, ciente de que se sujeitará às sanções civis e criminais, em caso de falsidade.

Para clareza, e os devidos fins de direito, firma a presente declaração;

Limoeiro do Norte, CE. 08 de dezembro de 2016.

Maria Socorro Lima Montenegro

Data de Emissão 19/05/2016

Rota 34 25102 60 041000 - 3

Nome JOSE VANDECI MONTEIRO

End. Postal ST RAPOSO  
- S. JOAO JAGUARIBE -

Medidor 7198630

Classe 04-RURAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 000009502538

Nome do Responsável

Poste 0000 0000  
Fator de Potência 0,00  
CGF

## DATAS

| Mês de Referência | Data da Apresentação | Previsão Mensal de Consumo |
|-------------------|----------------------|----------------------------|
| Mai/2016          | 19/05/2016           | 20/06/2016                 |

## ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no site  
Conjunto  
Mês  
EUSD 16,56  
DICI = 0,02 P

| ICMS   | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota | Valor do Imposto |
|--------|-----------------------|----------|------------------|
| ISENTO |                       |          |                  |

| Mês  | Padrão Individual | Apuração Individual |
|------|-------------------|---------------------|
| DIC  | 11,16             | 22,02               |
| FIC  | 7,74              | 15,49               |
| DMIC | 5,08              | 1,34                |

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

| Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Const. Incl. | Const. Excl. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------------|----------------|--------|---------------|--------------|--------------|------------------|-------------|
| 44611       | 44486          | 1,00   | 125           | 0,00         | 125          | 0,34713          | 43,39       |
| 19/05/16    | 18/04/16       |        | 31 DIAS       |              | 125          |                  | 4º 39       |

## DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES  
Multa MORATORIA REF 02/2016VALOR (R\$)  
43,39  
0,83

20/06/2016

44,22

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| Energia                       | 26,43 |
| Transmissão                   | 0,66  |
| Distribuição                  | 9,25  |
| Encargos Setoriais            | 4,77  |
| Tributos (ICMS PIS/COFINS)... | 2,28  |
| TOTAL                         | 43,39 |

## HISTORICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

|     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 119 | 125 | 120 | 122 | 107 | 121 | 110 | 120 | 116 | 118 | 136 | 116 |
| 119 | 125 | 120 | 122 | 107 | 121 | 110 | 120 | 116 | 118 | 136 | 116 |

MÊS: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)Consumo consciente em kWh  
Emissões de CO<sub>2</sub> (kg)

54,03

0,00

0,00

## Informações importantes e avisos de vencimento

A ANEEL APROVOU UM AUMENTO MÉDIO DE 12,97% DAS TARIFAS DA  
COLETA, APLICADAS A PARTIR DE 22 DE ABRIL, CONFORME RESOLUÇÃO  
HOMOLOGATORIA NÚM. 2.065 DE 19 DE ABRIL DE 2016.

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Secretaria da Receita Federal**

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

**SOCORRO LIMA MONTEIRO**

Inscrição **1793073-00**

Data do Nascimento **23/01/50**



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

Assinatura  
*Maria Socorro Lima Monteiro*  
**MARIA SOCORRO LIMA MONTEIRO**

**VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

Emitido em : 16/03/98

S  
E  
R  
P  
R  
O

Eu, MARIA SACOBRO LIMA MONTEIRO, portador da carteira de identidade nº 523313-82 e inscrito no CPF/MF sob o nº 373793073-00, residente e domiciliado na SÍTIO RAPOSO, declaro, sob as penas da lei, que Cidade SÃO JOÃO DO AGRARIÉ, Estado CEARA, para os fins de requerimento de estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para a indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento à análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

MARIA SACOBRO LIMA MONTEIRO

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

SÃO JOÃO DO AGRARIÉ, 02 DE JUNHO DE 2016

Local e data

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO  
Data / Hora da Comunicação: 22/01/2016 12:52:46  
Data / Hora da Ocorrência : 04/01/2016 09:00:00  
Endereço da Ocorrência: SIT RAPOSO

**ZONA RURAL SAO JOAO DO JAGUARIBE /CE**  
**Posto de Referência: POSTO DE SAUDE**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: MARIA SOCORRO LIMA MONTEIRO  
Nascimento : 23/01/1950  
RG: 52331382 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:  
Filiação: GERALDO LIMA DE OLIVEIRA  
VIONILDE MARIA DE JESUS  
Endereço: SIT RAPOSO  
ZONA RURAL  
SAO JOAO DO JAGUARIBE CE BRASIL

Telefone:

**Histórico**

INFORMA O QUEIXOSO QUE NO DIA, HORA E LOCAL INDICADOS, SUA ESPOSA TRAFEGAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESDI, PLACA PMC6506, NA OCASIÃO PILOTADA PELA PROPRIETÁRIA LEANDRA ALVES DA SILVA MAIA, QUE TRAFEGAVA NO SÍTIO RAPOSO, EM DIREÇÃO A CASA DA FILHA, QUANDO NAS PROXIMIDADES DO POSTO DE SAÚDE LEANDRA PERDEU O CONTROLE AO PASSAR POR AREIA SOLTA, PERDEU O EQUILÍBRIO DA MOTO E CAIU; QUE NA QUEDA A VÍTIMA QUEBROU O BRAÇO ESQUERDO E FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL. PR.O QUEIXOSO; QUE DEVIDO AS LESÕES FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL F. CASA DE SAÚDE DE RUSSAS, ONDE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO

**Noticiante(s)**

Nome : JOSE VANDECI MONTEIRO  
Endereço : RUD RAPOSO  
Bairro : ZONA RURAL  
Município/UF : SAO JOAO DO JAGUARIBE CE BRASIL, Telefone:

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SAO JOAO DO JAGUARIBE  
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : ANSELMO FERREIRA DE MATOS JUNIOR - MAT.: 134003-1-8  
Escritório Polícia Civil

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Jose Vandeci Monteiro*  
VISTO DO DELEGADO(A): LUCIANO BARRETO COUTINHO BENEVIDES - MAT.: 133843-1-2

DELEGACIA MUNICIPAL DE SAO JOAO DO JAGUARIBE



Eu, MARIA SCORRO LIMA MONTEIRO

RG nº 523343-82, data de expedição 21/09/1983 Órgão SSP-CE

CPF nº 771753073-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>SÍTIO RAPOSO</u>               |
| Número                            | <u>SIN.</u>                       |
| Apto / Complemento                | <u>---</u>                        |
| Bairro                            | <u>ZONA RURAL</u>                 |
| Cidade                            | <u>SÃO JOÃO DO JAGUARIBE</u>      |
| Estado                            | <u>CEARA</u>                      |
| CEP                               | <u>62965-00</u>                   |
| Telefone de Contato               | <u>(88) 992557530 / 998060333</u> |
| E-mail                            | <u>---</u>                        |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SÃO JOÃO DO JAGUARIBE, 02 DE MARÇO DE 2016

Assinatura do Declarante: X Maria Scorro Lima Monte

RG nº 200.1097092190 data de expedição 06/06/2004  
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 337169399, com  
domicílio na cidade de São João do Jaguaribe, no Estado de  
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sítio Raposo - São João do Jaguaribe, nº ---,  
complemento Rua Batista, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Maria Socorro Lima Monteiro cujo o condutor era  
Leandra Alves da Silva Maia

Veículo: moto  
Modelo: Honda K6 150 Fan Espi  
Ano: 2015/2015  
Placa: PMG 6506  
Chassi: QC2KC468 OFR200355  
Data do Acidente: 04-01-2016  
Local e Data: São João do Jaguaribe, 27 de Janeiro de

 Leandro Alves da Silva Maia  
Assinatura do Declarante

Leandra Alves da Silva Maia

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



02 UFGA  
RECONHECIMENTO  
DE FALSA

RECONHEÇO a fôrma autenticidade  
de Leandro Alves da Silva  
Maia - --- Dou fe  
São João do Jaguaribe (CE) 27 JAN 2016  
Em testemunha da verdade  
Leandra Alves da Silva  
FABRICIO MARQUES H. DE MEDEIROS - Tabelião  
ECO JOSÉ SIMÕES H. DE MEDEIROS - Substituto  
MÔNICA MARIA DA SILVA - Substituto

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME

LEANDRA ALVES DA SILVA MATA



DOC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

2801097052190 SSP CE

CPF

808.693.033-42

DATA NASCIMENTO

14/12/1983

ELIÇÃO

14/12/1983

MARIA ALVES DA SILVA

PERMISSÃO

14/12/1983

ASC

CAIXAS

2

Nº IDENTIFIC

03952231835

VALIDADE

28/12/2016

1ª HABILITAÇÃO

07/10/2006

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
520086858

INTERPRINT LTDA

OBSERVAÇÕES



Leandra Alves da Silva Mata

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

LOCAL

RUBRAS, CE

DATA EMISSÃO

06/01/2012

JOÃO PAULO

20844667514

CE128766581

PROIBIDO PLASTIFICAR  
520086858

DETRAN-CE (CEARA)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 011957691578  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 1043974463 RNTRC 0000000000 EXERCÍCIO 2015

LEANDRA ALVES DA SILVA MAIA  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
SAO JOAO DO JAGUARIBE/CE

CPF/CNPJ 00369303342 PLACA PMC6506

PLACA ANT/UF \*\*\*\*\*/CE CHASSI 9C2KC1680FR200355

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOL/ALCO

MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB 2015 ANO MOD 2015

CAP/POT/CIL 2P/OCV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

|               |                    |             |
|---------------|--------------------|-------------|
| COTA UNICA    | VENÇ. COTA UNICA   | VENÇ. COTAS |
| *****         | **/**/**           | 1*****      |
| FAIXA I.P.V.A | PARCELAMENTO/COTAS | 2*****      |
| ***           | *****              | 3*****      |

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 286.75 IOF (R\$) 1.11 PRÊMIO TOTAL (R\$) 292.01 DATA DE PAGAMENTO 31/03/2015

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

SAO JOAO DO JAGUARIBE DATA 19/05/2015  
DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

CE Nº 011957691578 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 19/05/2015

VIA 01 CPF / CNPJ 00369303342 PLACA PMC6506

RENAVAM 1043974463 MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB 2015 CAT. TAB 09 Nº CHASSI 9C2KC1680FR200355

PRÊMIO TARIFÁRIO

|           |                |                       |
|-----------|----------------|-----------------------|
| FNS (R\$) | DENATRAN (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$) |
| 129.04    | 14.34          | 143.38                |

|                        |           |                                 |
|------------------------|-----------|---------------------------------|
| CUSTO DO BILHETE (R\$) | IOF (R\$) | TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$) |
| 4.15                   | 1.11      | 292.01                          |

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 31/03/2015

PROPRIETÁRIO  
LOTE/DOC 86787/90 LACRE 12776468  
MOTOR: KC16E8F200355  
www.seguradoralider.com.br

DEZ-2014



**SANIAS  
CASAS  
UNIDAS**

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-0147

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por KALINE LOPES R. MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/04/2017 às 14:03, sob o número 01281367720179060001.

Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/publico/ConferenciaDocumento.do>, informe o processo 01281367-77.2017.8.06.0001 e código 2AC84B2.

FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Maria Socorro Lima Monteiro

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

EVOLUÇÃO

DATA

HORÁRIO

5/3/17

man - 8h

CRM: 4078

DR. CLAUDIO EUFRÁSIO  
MÉDICO

Raíssa S.

CRM: 4078

DR. CLAUDIO EUFRÁSIO  
MÉDICO

6/3/17

A. S. S. 12h

CRM: 4078

DR. CLAUDIO EUFRÁSIO  
MÉDICO

**BOLETIM DE OPERAÇÃO**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

NOME: Maria Socorro Lima Monteiro

DATA: 05/10/2016

LEITO: 16

**DIAGNOSTICO CLÍNICO:**

Fratura fechada e

**DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:**

**CONDIÇÕES DO PACIENTE**

| TEMPO | PULSO | RESP. | P.A. | GERAIS |
|-------|-------|-------|------|--------|
|       |       |       |      |        |

**ANESTESIA:**

**OPERAÇÃO:**

DR. CLAUDIO EUFFRASIO  
MÉDICO  
CRM: 4078

**CLASSIFICAÇÃO:**

**INÍCIO:**

**FIM:**

**ACHADOS (DESCREVER OS ÓRGÃOS EXPLORADOS E  
REGISTRE OS OS ACHADOS PATOLÓGICOS)**

Fratura

DR. CLAUDIO EUFFRASIO  
MÉDICO  
CRM: 4078

**O QUE FOI FEITO:**

curativo

exatidão

curativo

curativo

**CONTAGEM COMPRESSAS:**

Operador

Auxiliar

Anes

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE CUIDANTE

HCSB  
MAYRA SOARES BUA MOREIRA

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

16/3/83 11/08/08

10 - NOME DA ADEQUAÇÃO RESPONSÁVEL

MAYRA SOARES BUA MOREIRA

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio São João do Jaqueirinho

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CEGOINHA

Masc. ☐ 1Fem. ☒ 3

11 - TELEFONE DE CONTATO

889716403

14 - CDD - IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Demência e Colúria

Gravidez e Exame

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TDC injeção

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Dz

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fator de risco e 24/50

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TDC injeção

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04680603

26 - CLÍNICA

CARACTER DA INTERNAÇÃO

( ) CNS ( ) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Claudio Eurisio

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADOR

( ) EMPREGADO

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD - ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

50 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

17830 05/03/2016 11:56:21 05/03/2016 11:56:21 23/01/1950 Id: 66 A 1 M 13 D 163763116880008 771.793.073-00  
 Nome: MARIA SOCORRO LIMA MONTEIRO Nascimento: 23/01/1950 Id: 66 A 1 M 13 D 163763116880008 771.793.073-00  
 Sexo: F Estado Civil: Casado(a) Raza/Cor: Branca Ocupação: APOSENTADO  
 Idade: 52331382 - SSP/CE - 21/09/1982 Complemento: PROX AO PSF  
 Endereço: - CENTRO - SAO JOAO DO JAGUARIBE - CE Contatos: (88) 99938-507  
 Cidade: JOAO DO JAGUARIBE - CE País: Pal  
 Nome: GERALDO LIMA DE OLIVEIRA Autorização: Profissional Solicitante: CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFR  
 Permissão: Máxima (dias)

ILDE MARIA DE JESUS Cantaleira Validação: GERALDO LIMA DE OLIVEIRA Autorização: Profissional Solicitante: CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFR

Procedência: TRAUMA/ORTOPEDIA Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA

Procedimento Solicitado

ANOTAÇÕES GER.VIS

Parecer ( ) Exames Laboratoriais ( ) RX ( ) Ultrassonografia ( ) Prótese ( ) Mudança de Procedimento ( )  
 Convênio: Autorizado Até: / / Prorrogado Até: / /  
 Outros ( ) Especificar: Motivo: ( ) Curado ( ) A pedido ( ) Evasão ( ) Transferido ( )  
 Data da Saída: 06/03/2016

AGNÓSTICO PROVISÓRIO: *Fraqueza para E*

AGNÓSTICO DEFINITIVO:

OPERAÇÃO

PRINCIPAL: *Debride de ferida*

SECUNDÁRIA:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

*R / ferida*

DR. CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO  
 CRP: 4078

Médico Responsável

Diretor Responsável

*Jose Vaz de S. Monteiro*  
 Paciente ou Responsável

Guia emitida por: maria.aub

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Nome: MARIA DO SOCORRO LIMA LIMA Prontuário N° \_\_\_\_\_

Sexo: M ☐ F ☐ Idade: \_\_\_\_\_ Ocupado: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento:

Problema Último do ruído do moto, com febre  
Diagnóstico: Aglomeração no aparelho audiológico

Resultado de Exames:

UNO

Consultas já realizadas:

Impressão Diagnóstica

Rx pulmão

CID: \_\_\_\_\_

Dr. Daniel Moreira  
CRM 12501  
Assinatura do Encaminhado - N° registro \_\_\_\_\_

Luiz  
Função \_\_\_\_\_

07/01/16  
Data \_\_\_\_\_

Hora \_\_\_\_\_

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: \_\_\_\_\_

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Especialidade: Orto ROPM Profissional: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Data: 1 / 1 / \_\_\_\_\_ Hora: 1 : 1 : \_\_\_\_\_

### FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(\*)

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: M ☐ F ☐ Idade: \_\_\_\_\_

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Alta: 1 / 1 / \_\_\_\_\_

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Conduta Realizada: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Proposta e Conduta para Segmento:

O Problema justificou a referência?

☐ SIM

☐ NÃO

O motivo da referência coincide com o diagnóstico?

☐ SIM

☐ NÃO

Assinatura do Consultante - N° registro \_\_\_\_\_

Função \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**RESUMO DE ALTA****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**NOME: Maria Sakara Lima MonteiroENFERMARIA: 23 LEITO: 03 PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_**RESUMO CLÍNICO:**De fe

F07.770.001/0001-64

**EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:**SA**PROCEDIMENTO REALIZADO:**Do**TERAPÉUTICA UTILIZADA:**ADMISSÃO: 08/01/2016 ALTA: 11/01/2016 DIAS INTERN.: 1**CONDIÇÕES DE ALTA:**MOTIVO: CURADO ( ), MELHORADO ( ), APEDIDO ( ), EVASÃO ( ), TRANSFERIDO ( ), ÓBITO ( )  
INALTERADO ( ), ADMINISTRATIVO ( )**ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO:****DIAGNÓSTICO FINAL:**Fratura do Antebraço**OBSERVAÇÕES:**

Dr. Valterino Pinheiro  
CRM - 6193  
Traumatologia

MÉDICO RESPONSÁVEL

**FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

NOME: Maria Socorro Lima Monteiro

**DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:**

**EVOLUÇÃO**

DATA

HORÁRIO

*Ex d. prob*

*deu-se pl. ex*

*30/11*

*Operado*

*1001*

*para 12 de Dez*

Dr. Claudio Eufrazio  
Ortopedia Traumatologia  
CRM 5713

Dr. Claudio Eufrazio  
Ortopedia Traumatologia  
CRM 5713

**BOLETIM DE OPERAÇÃO**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

NOME: MARIA SACATO Lima Monteiro  
DATA: 09/1 Janeiro 2016 LEITO:

**DIAGNOSTICO CLÍNICO:**

Fratura femoral

**DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:**

o n.º

**CONDIÇÕES DO PACIENTE**

| TEMPO | PULSO | RESP. | P.A. | GERAIS |
|-------|-------|-------|------|--------|
|       |       |       |      |        |

**ANESTESIA:**

Óxido Nitroso

**OPERAÇÃO:**

TT infus

**CLASSIFICAÇÃO:**

**INÍCIO:**  **FIM:**

**ACHADOS (DESCREVER OS ÓRGÃOS EXPLORADOS E REGISTRE OS OS ACHADOS PATOLÓGICOS)**

**CONTAGEM COMPRESSAS:**

**O QUE FOI FEITO:**

- anes  
- compressas  
- curativo  
- fixar gesso

Dr. Claudio Eugênio  
Ortopedia Traumatologia  
CRM: 1079

07.770.0010001-64

Operador

Auxiliar

Dr. Claudio Eugênio  
Ortopedia Traumatologia  
CRM: 1079

Dr. Aluisio Figueiredo Filho  
ANESTESIA  
CRM: 1079  
Anestesista



1600129658 09/01/2016 09:57:36 GUIA DE ADMISSÃO ( ) GUIA DE ATENDIMENTO ( ) TRAUMACIRURGICO-01.002.001

|                         |                                                          |                          |                                              |                            |
|-------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------|----------------------------|
| 1600129658              | 09/01/2016 09:57:36                                      | GUIA DE ADMISSÃO ( )     | GUIA DE ATENDIMENTO ( )                      | TRAUMACIRURGICO-01.002.001 |
| Paciente                | 00090050 - MARIA SOCORRO LIMA MONTEIRO                   | Nascimento               | 23/01/1950 Id: 65 A 11 M 16 D163763116580008 | CPF 771.793.073-00         |
| Documento               | Identidade - 5231382 - SSP/CE - 21/09/1982               | Sexo                     | F                                            | Estado Civil Casado(a)     |
| Endereço                | SITIO - RAPOSO - 0 - CENTRO - SAO JOAO DO JAGUARIBE - CE | Contatos                 | (88) 99938-507                               |                            |
| Naturalidade            | SAO JOAO DO JAGUARIBE - CE                               | País                     |                                              |                            |
| Mãe                     | VICHIL DE MARIA DE JESUS                                 | Canal                    |                                              |                            |
| Plano - Convênio        | SUS - SUS                                                | Procedência              |                                              |                            |
| Cartão de Atendimento   |                                                          |                          |                                              |                            |
| Urgência                |                                                          |                          |                                              |                            |
| CID Principal           |                                                          |                          |                                              |                            |
| Validade                | GERALDO LIMA DE OLIVEIRA                                 | Autenticação             |                                              |                            |
| Especialidade           | TRAUMA/ORTOPEDIA                                         | Profissional Solicitante | VICTOR PONTES PARANHIBA                      | Perm. Máxima (dias)        |
| Procedimento Solicitado |                                                          |                          |                                              |                            |

|                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Parceir ( ) Exames Laboratoriais ( ) RX ( ) Ultrassonografia ( ) Prótese ( ) Mudança de Procedimento ( ) |
| Convênio Autorizado Até: / /                                                                             |
| Outros ( ) Especificar: / /                                                                              |
| Data da Sêda: 11/01/2016 Motivo: ( ) Curado ( ) À pedido ( ) Evasão ( ) Transferido ( ) Ybito            |

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: fratura fêmur

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: curado

PRINCIPAL: trauma

SECUNDÁRIA: fratura fêmur

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

Ulcera e fratura

do osso da perna

|                         |                                |                          |
|-------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Médico Responsável      | <u>Victor Pontes Paranhiba</u> | Responsável              |
| Paciente ou Responsável | <u>Tainara</u>                 | Guia emitida por TAINARA |

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
 Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_ Prontoatário Nº \_\_\_\_\_  
 Nome: Renata do Socorro Lima  
 Sexo: M ☐ F ☒ Idade: 45a Ocupado: \_\_\_\_\_  
 Endereço: St. Raposo Bairro: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: pede avaliação de queda de própria altura. Dor edema em punho.  
 Resultado de Exames: Rx: fratura de Coluna punho D.

Consultas já realizadas: \_\_\_\_\_  
 Impressão Diagnóstica: Fratura de Coluna CID: \_\_\_\_\_  
 Assinatura do Encaminhamento - Nº registro: \_\_\_\_\_ Função: Medico Data: 25/01/16 Hora: \_\_\_\_\_

AGENDAMENTO  
 Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☒ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico  
 Especialidade: Ortopedia Profissional: \_\_\_\_\_ Data: 25/01/16 Hora: \_\_\_\_\_  
 Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(\*)  
 Sexo: M ☐ F ☐ Idade: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
 Unidade de Referência: \_\_\_\_\_ Prontoatário: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_ Alta: 1 / 1 / 1

Resumo Clínico/Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

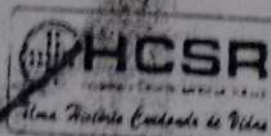
Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Conduta Realizada: \_\_\_\_\_

Proposta e Conduta para Segmento: \_\_\_\_\_

O Problema justificou a referência? ☐ SIM ☐ NÃO  
 O motivo da referência coincide com o diagnóstico? ☐ SIM ☐ NÃO

Assinatura do Consultante - Nº registro: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

06/01/2016



HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS  
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro  
Russas / Ceará

SUS - SUS

Profissional: ROMULO  
Setor: TRAUMA/ORTOPEDIA

GUIA DE ATENDIMENTO

Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA  
Consulta: URGÊNCIA

06/01/2016 03:35:08

Paciente: 00096050 - MARIA SOCORRO LIMA  
Endereço: SITIO - RAPOSO - 0 - CENTRO - SAO JOAO DO JAGUARIBE - CE  
Fone: (88) 99938-507  
Naturalidade: SAO JOAO DO JAGUARIBE - CE  
Nº da Carteira:  
Mãe: VIONILDE MARIA DE JESUS

Sexo: F DN: 23/01/1950 - 65 A 11 M 14 D Est. Civil: Casado(a)  
CNS: 163763116880008 CPF: 771.793.073-00 Identidade: 54331382 - SSP/CE  
Ocup: APOSENTADO Autorização:  
Ração/Cor: BRANCA  
SisPregNatal:

Pai: GERALDO LIMA DE OLIVEIRA

Anotações de Outros Profissionais

Peso: \_\_\_\_\_ KG. Temp.: \_\_\_\_\_ °C. P. A. \_\_\_\_\_ mmHg D. X.: \_\_\_\_\_  
Classificação de Risco: ☐ VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

Anotações Médicas

Conduta:

*Rx*  
*Fr*  
*fractura de cr*

Diagnóstico:

Rômulo Correia F. Filho  
TRAUMATOLOGISTA  
CRM 12115  
Assinatura e Carimbo

Atesto a realização do Atendimento de acordo com os dados acima

*Renata Maria Lima Monteiros*  
Assinatura do Paciente ou Responsável

Atendimento: 1600129354

Registrado por: maria.aubetiza

# CENTRO DE SAÚDE DA BELA VISTA

## FICHA DE ATENDIMENTO

Prontuário Nº \_\_\_\_\_

Data: 04/01/2016

Nome Maria Socorro Lima Monteiro

Endereço Sítio Raposo

Data de Nascimento 23/01/1950 Naturalidade São José da Lagoinha

Sexo ( F ) Estado Civil Casada Profissão Agricultora

H.D.A.

pt. vítima de acidente - queda  
afundado de profundidade no pulso  
esquerdo

Exame Físico \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Fratura do pulso e 1° Trocânter

Conduta \_\_\_\_\_

- Solução de pulso e 1° Trocânter  
- Encaminhado ao Hospital Regional

  
Dr. Victor Correia  
Médico  
CREMEC 16068

Assinatura e Carimbo do Médico

Maria Socorro Lima Monteiro

Assinatura do Paciente

08/03/2016                      BANCO DO BRASIL                      09:21:20  
438212513                      0020  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM POLIPARUA  
EM DINHEIRO

CLIENTE: MARIA S LIMA MONTEIRO  
AGENCIA: 4382-6                      CONTA: 10.076-5                      VAR:51

| DATA       | NR. DOCUMENTO | VALOR DINHEIRO | VALOR TOTAL |
|------------|---------------|----------------|-------------|
| 08/03/2016 | 1.251.300.076 | 10,00          | 10,00       |

NR. AUTENTICAÇÃO: 1.000.175.803.110.870  
Creditos a partir de 04.03.2012 estão  
disciplinados pela MP, 567/2012.

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,  
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU MARIA SOCORRO LIMA MONTEIRO

PORTADOR(A) DO RG Nº 523343-82

EXPEDIDO POR SSP - CE

EM 21/09/2016

CPF 331493043-00 / CNPJ 00000000-00

PROFISSÃO Recebeu-se

E RENDA MENSAL DE R\$ 2.000,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA MARIA SOCORRO LIMA MONTEIRO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Sussep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados, **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FACIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento probatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0000

N° da CONTA (com dígito, se existir) 0000

PARA CRÉDITO EM CONTA POUANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4382-6 N° da CONTA (com dígito, se existir) 00076-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

# ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela do seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Eu, MARIA SOCORRO LIMA MONTEIRO, RG 523313-02,  
 CPF 341493073-00, declaro que após ter sofrido acidente provocado  
 por veículo automotor de via terrestre, em 04/08/2016 fui socorrido por  
POPULARES, Telefone: ( )  
 levado ao  
 hospital CENTRO DE SAUDE DA BELA VISTA

Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos  
 documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTec -  
 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do  
 Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve registro da ocorrência no  
 local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a  
 Seguradora Líder entenda necessária para confirmação das informações prestadas no  
 Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas  
 sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

*"Art. 340 - Provocar a ação de autoridade,  
 comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de  
 contravenção que sabe não se ter verificado".*

Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer  
 informação/declaração falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código  
 penal.

*"Art. 299 - Omitir, em documento público ou  
 particular, declaração que nele deveria constar, ou  
 nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou  
 diversa da que devia ser escrita, com o fim de  
 prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a  
 verdade sobre o fato juridicamente relevante.*

*Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa,  
 se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3  
 (três) anos, se o documento é particular."*

Local: SÃO JOÃO DO JACUARE UF: CE Data: 02/06/2016

Maria Socorro Lima Monteiro