

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Luan Valdenir Nóbrega Silva Nascimento, solteiro, agricultor,
residente na Rua Altal Alta de Freitas, 253, Varzea Alegre,
Rumos Jce

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. 15 de maio de 2016

X Luan Valdenir Nascimento da Silva

SINISTRO 3150744102 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A
BENEFICIÁRIO LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA
CPF/CNPJ: 61926253361

Posição em 30-09-2015 09:24:35
Pagamento creditado conforme dados bancários informados na autorização de pagamento assinada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
22/09/2015	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00



PROCURAÇÃO "AD-JUDÍCIA"

OUTORGANTE: Juan Valdeir N. da Silva, brasileiro, solteiro, Agricultor, com RG 2008775570-4 SSP/CE, CPF 619.262.533-61 com endereço/domicílio Rua Vital Atiba S. Mendes, nº 253, Bairro União Alegre, CEP nº 62.900-000, Rumas /CE, constituo (imos) e nomeio (amos) o(a) bastante procurador(a):.

OUTORGADO: **KALINE LOPES R. MOREIRA**, brasileira, casada, OAB/CE, sob o n.º 34.344, **VANDA MARIA LOPES DE SOUSA**, brasileira, divorciada, OAB/CE, sob o n.º 9882-B, 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 juditia et extra*, para o foro em geral, especialmente para propor Ação de Cobrança - Seguro DPVAT.

_____, podendo 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, 12 de maio de 2016.

Juan Valdeir N. da Silva

OK

Eu, Kuan Valdimir Nascimento da Silva, portador da carteira de identidade nº 200877540-4, e inscrito no CPF/MF sob o nº 619.262.533-61, residente e domiciliado na Rua Vital Azeiteiro Silva, Nerezes, Cidade Rumos, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () 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 a 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.

Kuan Valdimir Nascimento da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Rumos/CE

Local e data



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, _____
 PORTADOR(A) DO RG Nº _____ EXPEDIDO POR _____ EM _____ / _____ / _____ E
 CPF _____ / CNPJ _____, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (°) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(°) A Circular Susep 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 aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA 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 comprobatório 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), 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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 de sequela prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 7.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Kauan Valdenir Nascimento da SilvaRG nº 2008775570-4, data de expedição 23/06/14, Órgão SSPCECPF nº 619.262.533-61, 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 (Rua/Avenida/Praça)	
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	
Estado	
CEP	
Telefone de Contato	<u>(88) 998060311 / 992557530</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data Renas, PEAssinatura do Declarante: Kauan Valdenir Nascimento da Silva

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008775570-4 DATA DE EXPIRAÇÃO 26/03/2014

LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA

FRANCISCO VALDENIR DA SILVA

MARIA LUCIA ALVES DO NASCIMENTO

POB/PAT/PAZ - CE

29/06/1996

PERFIL: NASCIMENTO - CARTÓRIO: BONHU TERMO: 2.141 FOLHA: 191 LIVRO: A

03 RUSSAS - CE

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.110 DE 20/06/03

P. 122

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 SERVIÇOS BIOMÉTRICOS

Carteira de Identidade

Luana Valdenir Nascimento da Silva

Polegar Direito

Atestamos, para os devidos efeitos, a presença de Luana Valdenir Nascimento da Silva, nascida em 29/06/1996, filha de Francisco Valdenir da Silva e Maria Lucia Alves do Nascimento, inscrita no CPF nº 03.755.70-4, residente e domiciliada em Rua Teófilo Ruiz, nº 150, bairro Russas, cidade de Russas, Estado do Ceará, inscrita no RGI nº 01478141520168060001, sob o número 01478141520168060001, para a realização de atos de identificação, conforme o processo 0147814-15.2016.8.06.0001 e código 22D9E86.

Atestamos, para os devidos efeitos, a presença de Luana Valdenir Nascimento da Silva, nascida em 29/06/1996, filha de Francisco Valdenir da Silva e Maria Lucia Alves do Nascimento, inscrita no CPF nº 03.755.70-4, residente e domiciliada em Rua Teófilo Ruiz, nº 150, bairro Russas, cidade de Russas, Estado do Ceará, inscrita no RGI nº 01478141520168060001, sob o número 01478141520168060001, para a realização de atos de identificação, conforme o processo 0147814-15.2016.8.06.0001 e código 22D9E86.



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

619.262.533-61

Nome

LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA

Nascimento

24/06/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Atestamos, para os devidos efeitos, a presença de Luana Valdenir Nascimento da Silva, nascida em 29/06/1996, filha de Francisco Valdenir da Silva e Maria Lucia Alves do Nascimento, inscrita no CPF nº 03.755.70-4, residente e domiciliada em Rua Teófilo Ruiz, nº 150, bairro Russas, cidade de Russas, Estado do Ceará, inscrita no RGI nº 01478141520168060001, sob o número 01478141520168060001, para a realização de atos de identificação, conforme o processo 0147814-15.2016.8.06.0001 e código 22D9E86.



4137975-6

Rua Padre Valdevino, 150
CEP: 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ: 07.047.251/0001-70 CGF: 05.105.040-3
Serviço de Engenharia e Arquitetura S/A
CNPJ: 07.047.251/0001-70

393596866

Data de Emissão 10/07/2015

Rota 08 25000 09 068500 - 4

Nome MARIA LUCIA ALVES DO NASCIMENTO

End. Postal RU VITAL ATILA SILVA NENEZES 00253

VARZEA ALEGRE - RUSSAS - 62900000

Medidor 25049271

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

SG/CP/CM 938618693-49

Nome do Consumidor

Porto 0000 C955

Valor do Porto 0,00

CGF

Data de		Data de		Data de		Data de		Data de		Data de	
Emissão		Anulamento		Anulamento		Anulamento		Anulamento		Anulamento	
Jul/2015	10/07/2015	11/08/2015									
75,58	27,00%	20,40									
DCEB.94CB.A067.A2F0.14EF.669B.E5FE.655E											
3691	3584	1,00		107	0,00	107		0,70642		75,58	
10/07/15	11/06/15		29 Dias			107				75,58	
VALOR CONSUMO DO MES										75,58	
MULTA MORATORIA REF 06/2015										0,95	
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL										10,40	
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 8,78)											



VENCIMENTO 17/07/2015 TOTAL PAGAR (R\$) 86,93

	92	107	69	52	84	128	95	63	11	83	122	144	149
Energia													
Transmissão													
Distribuição													
Encargos Setoriais													
Tributos (TOMIS PIS-COFINS)...													
TOTAL													

46,25 0,00

Informações importantes e avisos de vencimento

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DEBITO VENCIDO:

DEBITOS ANTERIORES
Mes/Ano 06/2015
Valor R\$ 44,07





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 1.º DISTRITO POLICIAL

fls. 18

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 101-525/2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data/Hora da Comunicação: 20/04/2015 08:30:23
Data/Hora da Ocorrência: 05/04/2015 01:30:35
Endereço da Ocorrência: R, ALTO DO VELAME

CENTRO RUSSAS-CE

Ponto de Referência: CERAMICA DO ORLANDO

Dados do(s) Vítima(s)

Nome: LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA
Nascimento: 24/06/1996
RG: 20087755704 Órgão Emissor: SSP UF:CE - CPF: 619.262.533-61
Filiação: FRANCISCO VALDENIR DA SILVA
MARIA LUCIA ALVES DO NASCIMENTO
Endereço: RUA VITAL ATILA SILVA NENEZES 253 CASA
VARZEA ALEGRE
RUSSAS CE BRASIL

Telefone:

Histórico

Narra a vítima que na hora e data acima citada traçava na moto HONDACG125 FAN de placa-HYH 7194 / CE chassi; 9C2JC30707R108845,renavam-00930739329.ano/modelo-2007/2007.de cor preta licenciada no nome de LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA,na rua mencionada acima perdeu controle da motocicleta ao passa pelo buraco na via,vindo a cair,Que foi socorrido por populares e levado ao HOSPITAL DE RUSSAS onde recebeu os cuidados médicos e teve como diagnóstico FRATURA EM PUNHO ESQUERDO;e teve como testemunhas de seu acidente as pessoas FELIPE DE LIMA CAJAZEIRAS e FRANCISCO LEUDO DA SILVA; E nada mais disse.....

DELEGACIA DESTINO:DELEGACIA DO 1.º DISTRITO POLICIAL
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ZILMA FERREIRA DE CASTRO-MAT: 0022571-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Luan Valdenir Nascimento da Silva
VISTO DO DELEGADO(A):

Autentico, para os devidos efeitos, a presente copia reprografica do documento que me foi apresentado em Cartorio pela parte interessada.*****
Dou fe. Russas, 29/07/2015.*****
Em testemunho da verdade.*****
Luciana Silva Oliveira - Escrevente Autorizada*****
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE*****
Selo(s): 60-197350 - CARTORIO HERCULES AGUIAR, 21 OFICIO DE*****
RUSSAS/CE*****



DELEGACIA DO 1.º DISTRITO

Pág. 1 de 1

Impresso em 20/04/2015 08:30

1500090584 05/04/2016 01:39:53 - GUIA DE ATENDIMENTO - (X) ATEND. () OBSERV. 2
Paciente: 00082607 - LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA DN: 24/06/1996 - 18 A 9 M 11 D Sexo: M - Est. Civil: Solteiro(a)
Identidade: 20087755704 - SSPCE Raça/Cor: Parda - CPF: Ocupação: AGRICULTOR
Endereço: TRAVESSA - CUSTODIA OLIVEIRA - 2510 - VARZEA ALEGRE - RUSSAS - CE CEP: 621.9001-000 Nat.: FORTALEZA - CE
Fones: 8893220042 Mãe: MARIA LUCIA ALVES DO NASCIMENTO Pat: FRANCISCO VALDENIR DA SILVA
Classificação de Risco: Convênio: SUS - SUS Carteira: Validade:
Autorização: Sispronatal: CNS: 898003043802642 Caráter Atend.: URGÊNCIA
Motivo: URGÊNCIA / EMERGÊNCIA Especialidade: CLÍNICA MÉDICA Profiss. Atend.: DR ZIMAR Setor: EMERGÊNCIA

OUTRAS ANOTAÇÕES:
Peso: _____ KG. Temperatura: _____ °C. Pressão: _____ mmHg.

QUEIXA PRINCIPAL ☐ SÍNDROME FEBRIL ☐ SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO ☐ SUSPEITA DE DENGUE

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Rua Dr. José Ramalho, 1436
CNPJ 07.770.001/0001-64
CONFERE COM ORIGINAL
17/08/2015
ARQUIVO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICO

Fratura de punho E

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

☐ RAIOS-X ☐ ULTRASSOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

EVOLUÇÃO

RAIO-X DE PUNHO (E)	(OK)	Pet com fr
do Hc - 25/08	02hs	tura em
		punho (E)
		após qui-
		da de moto
		PO

CONDIÇÃO:

☒ ALTA POR DECISÃO MÉDICA ☐ AMBULATÓRIO ☐ ALTA A PEDIDO
☐ OBSERVAÇÃO (Até 24 Horas) ☐ ALTA A REVELIA ☐ INTERNAÇÃO
☐ TRANSFERÊNCIA PARA: DATA E HORA DA SAÍDA/ALTA: 05, 04, 15 02 30

ÓBITO

Antes do 1º Atendimento? ☐ SIM ☐ NÃO Destino: ☐ Família ☐ IML ☐ Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Atendimento registrado por: estagio

http://192.168.0.21:8080/MS4/1s4/85ED1EC1-7C45-4D6F-B964-2F7E294EBD5B.html

Autentico, para os devidos efeitos, o presente documento eletrônico que se foi apresentado ao Cartório para a totalidade da informação. Russas, 12/07/2015.



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 20

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS2 - CNES
2328001-34 - CNES
2328001-3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898003043802642

8 - DATA DE NASCIMENTO
24/06/1996

9 - SEXO

1 - Masculino

10 - RAÇA / COR

Parda

6 - N.º DO PRONTUÁRIO
00082507

11 - NOME DA MÃE

MARIA LUCIA ALVES DO NASCIMENTO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

TRAVESSA: CUSTODIA OLIVEIRA - 2510 - PROX AO CHIQUEIM - VARZEA ALEGRE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

RUSSAS

17 - COD. TERC. MUNICÍPIO

231180

18 - UF

CE

19 - CEP

621.9001-000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

AMBULATÓRIO

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

31 - DOCUMENTO

C. N. S.

32 - N.º DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

980016281237825

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

VICTOR POMILIS PARAHYBA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10/04/2015

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO☐ EMPREGADOR☐ AUTÔNOMO☐ DESEMPREGADO☐ APOSENTADO☐ NÃO SEGURADO

40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

41 - N.º DO DOCUMENTO

☐ CNS ☐ CPF

42 - N.º DO DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

44 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1500091530 10/04/2015 07:48:17

GUIA DE ADMISSÃO () GUIA DE ATENDIMENTO () TRAUMA/CIRURGICO-02.006.001

Paciente: 00082507 - LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA
Documento: 24/06/1996 Id: 18 A 9 M 16 D 898003043802642
Identidade - 20087755704 - SSPCE - 26/03/2014 Sexo: M Estado Civil: Solteiro(a) Raça/Cor: Parda -
Endereço: TRAVESSA - CUSTODIA OLIVEIRA - 2510 - VARZEA ALEGRE - RUSSAS - CE
Naturalidade: FORTALEZA - CE Contatos: (88) 9322-0642
Mãe: MARIA LUCIA ALVES DO NASCIMENTO Pai: FRANCISCO VALDENIR DA SILVA
Plano - Convênio: SUS - SUS Carteira: Validade: Autorização:
Caráter de Atendimento: Urgência Procedência: Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA Profissional Solicitante: VICTOR PONTES PARAHYBA
CID Principal: Procedimento Solicitado: Perm. Máxima (dias):

ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer () Exames Laboratoriais () RX () Ultrassonografia () Prótese () Mudança de Procedimento ()
Convênio: Autorizado Até: / / Prorrogado Até: / /
Outros () Especificar:
Data da Saída: 12/04/15 Motivo: () Curado () A pedido () Evasão () Transferido () Óbito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

PRINCIPAL:

SECUNDÁRIA:

OPERAÇÃO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

*fx de cabço
intido p/ cny*

Médico Responsável

Diretor Responsável

Paciente ou Responsável

Guia emitida por: maria.aubetiza


HCSR
 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas
**SANTAS
CASAS
UNIDAS**
RESUMO DE ALTA
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

 NOME: Ruan Valdemir Nascimento da Silva

 ENFERMARIA: 4 LEITO: 5 PRONTUÁRIO: _____

RESUMO CLÍNICO:

Frederico...

EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:

A

07.770.001/0001-64
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE
DE RUSSAS

Rua: Dr. José Ramalho, 1436
CENTRO
RUSSAS

CEP: 62.900.000
CEARA

PROCEDIMENTO REALIZADO:
TERAPÊUTICA UTILIZADA:

Tru

 ADMISSÃO: 10 / 04 / 2015 ALTA: 11 / 04 / 2015 DIAS INTERN.: 1 / 1
CONDIÇÕES DE ALTA:

 MOTIVO: CURADO () , MELHORADO () , APEDIDO () , EVASÃO () , TRANSFERIDO () , ÓBITO ()
 INALTERADO () , ADMINISTRATIVO ()

ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO:
DIAGNÓSTICO FINAL:
OBSERVAÇÕES:

Dr. Claudio...

MÉDICO RESPONSÁVEL


HCSR
 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas
**SANTAS
CASAS
UNIDAS**
BOLETIM DE OPERAÇÃO
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

 NOME: Ruan Waldenir Nascimento da Silva

 DATA: 10/04/2015

 LEITO: 45
DIAGNOSTICO CLÍNICO:
Fx de abdome
DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:
CONDIÇÕES DO PACIENTE

TEMPO	PULSO	RESP.	P.A.	GERAIS

ANESTESIA:
geral com halotano
OPERAÇÃO:
FD c/cur B de abdome
CLASSIFICAÇÃO:

 INÍCIO: 19:45h FIM: 16:55h

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

O QUE FOI FEITO:

- ① Incisão
- ② Aberto c/ rede
- ③ Redução / preparo com placa DOP
- ④ Fx de abdome - 6 pontos
- ⑤ Sutura + curto

 Dr. Victor Pontes Parahyba
 ORTODONTIA
 ORTODONTIA
 ORTODONTIA

CONTAGEM COMPRESSAS:

 07.770.001/0001-64
 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE
 DE RUSSAS

 Rua Dr. José Ramalho, 1436
 CENTRO
 RUSSAS

Operador

Auxiliar

Anestesiologista

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) 3411-6611

www.hcsrussas.com.br


HCSR
 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas
**SANTAS
CASAS
UNIDAS**
FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

 NOME: Luan Valdenir Nascimento da Silva
DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

DATA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
10/04/15		S.A. e cgr.
11/04/15		pm P.O.
12/04/15		Am Hg

10/04/15

S.A. e cgr.

 OR: 11/04/15
 CRM 10804

11/04/15

pm P.O.

Am

 Dr. Cláudio Eufásio
 Ortopedia Traumatologia
 CRM 4078

12/04/15

Am Hg

 Dr. Cláudio Eufásio
 Ortopedia Traumatologia
 CRM 4078

 07.770.001/0001-64
 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE
 DE RUSSAS
 Rua: Dr. José Ramalho, 1436
 CENTRO
 RUSSAS
 CEP: 62.900-003
 CEARÁ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 011993117649

VIA 01 Cód. RENAVAM 00930739329 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2013

NOME LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA

RUSSAS /CE

CPF / CNPJ 61926253361 PLACA HYN7194/CE

PLACA ANT. LUF /CE CHASSI 9C2JC30707R108845

ESPÉCIE TIPO MOTOCICLO/MAR ABTIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN ANO FAB. 2007 ANO MOD. 2007

CAP / POT / CIL 2P/0CV/124CC CATEGORIA PARTID COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1 VENC. COTAS 2 3

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2 3

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

RUSSAS LOCAL DATA 15/06/2013

Igor Ponte

DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 011993117649 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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 2013 DATA EMISSÃO 15/06/2013

VIA 01 CPF / CNPJ 61926253361 PLACA HYN7194

RENAVAM 00930739329 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB. 2007 CAT. TARE 09 Nº CHASSI 9C2JC30707R108845

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 127,04 DENATRAM (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11 TOTAL A SER PAGADO (R\$) 292,01

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 10/08/2013

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

MOTOR 9C2JC30707R108845

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Paulo Roberto Xavier, brasileiro, solteiro, residente
na Avenida Astrogilda M. de Sousa, s/n, Centro - Parnaíba/
CE

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:

Parnaíba do Norte, CE. 15 de maio de 2016

* Paulo Roberto Xavier

SINISTRO 3150744115 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA PAULO ROBERTO XAVIER****COBERTURA Invalidez****SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A****BENEFICIÁRIO PAULO ROBERTO XAVIER****CPF/CNPJ: 24812706300****Posição em 30-09-2015 09:20:54**

Pagamento creditado conforme dados bancários informados na autorização de pagamento assinada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
22/09/2015	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

Eu, Paulo Roberto Xavier, portador da carteira de identidade nº 93025008862, inscrito no CPF/MF sob o nº 248.127.063-00, residente e domiciliado na Rua Antônio N. de Sousa s/n, Cidade Russas, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () 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 a 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 breve concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

x Paulo Roberto Xavier

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Russas / Ce

Local e data



PROCURAÇÃO "AD-JUDÍCIA"

OUTORGANTE: Paulo Roberto Xavier, brasileiro, advogado,
com RG 9325008862 SSP/CE, CPF 248.127.063-00 com endereço/domicílio Rua
Av. Astigildo Melo Sousa nº 5/21, Bairro _____, CEP nº 62900-000,
Russas /CE, constituo (imos) e nomeio (amos) o(a) bastante procurador(a):

OUTORGADO: KALINE LOPES R. MOREIRA, brasileira, casada, OAB/CE, sob o n.º 34.344,
VANDA MARIA LOPES DE SOUSA, brasileira, divorciada, OAB/CE, sob o n.º 9882-B, 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 Tauape, 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 juditia et extra*, para o foro em geral,
especialmente para propor Ação de cobrança - Seguro DPVAT

_____, podendo
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. 18 de maio de 2016.

Paulo Roberto Xavier

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, _____

PORTADOR(A) DO RG Nº _____

CPF 00000000000-00 / CNPJ 0000000000-0000-00, EM ____/____/____, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (°) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp 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 FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas 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 comprobatório 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), 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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.

_____, ____ de _____

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 de valores prevista na lei 11.045/2004) e reembolso de até R\$ 7.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paulo Roberto XavierRG nº 93025008862, data de expedição 23 / 03 / 12, Órgão SSPCECPF nº 248.127.063-00, 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 (Rua/Avenida/Prça)	
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	
Estado	
CEP	
Telefone de Contato:	<u>(88) 98060111 / 97557530</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data

Renasas KeAssinatura do Declarante: X Paulo Roberto Xavier



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 93025008862 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/03/2012 fls. 32

NOME PAULO ROBERTO XAVIER

FILIAÇÃO OLÍVIO ARAÚJO XAVIER

AURINEIDE ROBERTO XAVIER

NATURALIDADE RUSSAS - CE DATA DE NASCIMENTO 26/05/1963

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:21.082 FOLHA:108-V

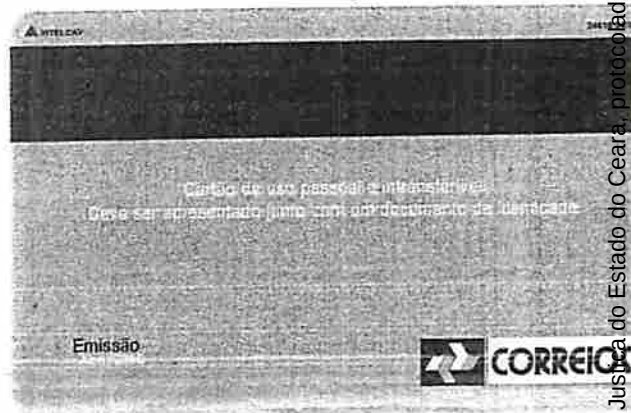
LIVRO:A-45 RUSSAS - CE

CPF 248.127.063-00

2 VTA ASSINATURA DO DIRETOR P.: 122

LEI Nº 7.116-DE 29/08/83

Salteiro



Atentado, para os devidos efeitos, a presente cópia autografada do documento que me foi apresentado em Cartório pelo interessado, KATINE LOPES R MOREIRA, inscrita no CPF nº 014.781.415-15, em 28/06/2016 às 16h43, sob o número 014.781.415-15, 2016.8.06.0001 e código 22D9E86.

Jonathan Martins Silva dos Santos - Escrevente Autorizado

CPF nº 60-447316 - CARTÓRIO HERCULES AGUIAR - OFÍCIO DE REGISTRO

SELO DE AUTENTICIDADE

KVD 03

AUTENTICAÇÃO

Nº GJ447.316

Atentado, para os devidos efeitos, a presente cópia autografada do documento que me foi apresentado em Cartório pelo interessado, KATINE LOPES R MOREIRA, inscrita no CPF nº 014.781.415-15, em 28/06/2016 às 16h43, sob o número 014.781.415-15, 2016.8.06.0001 e código 22D9E86.

Jonathan Martins Silva dos Santos - Escrevente Autorizado

CPF nº 60-447316 - CARTÓRIO HERCULES AGUIAR - OFÍCIO DE REGISTRO

SELO DE AUTENTICIDADE

OJL 03

AUTENTICAÇÃO

Nº GJ447.316



Atentado, para os devidos efeitos, a presente cópia autografada do documento que me foi apresentado em Cartório pelo interessado, KATINE LOPES R MOREIRA, inscrita no CPF nº 014.781.415-15, em 28/06/2016 às 16h43, sob o número 014.781.415-15, 2016.8.06.0001 e código 22D9E86.

Jonathan Martins Silva dos Santos - Escrevente Autorizado

CPF nº 60-447316 - CARTÓRIO HERCULES AGUIAR - OFÍCIO DE REGISTRO

SELO DE AUTENTICIDADE

XJY 03

AUTENTICAÇÃO

Nº GJ447.316

Atentado, para os devidos efeitos, a presente cópia autografada do documento que me foi apresentado em Cartório pelo interessado, KATINE LOPES R MOREIRA, inscrita no CPF nº 014.781.415-15, em 28/06/2016 às 16h43, sob o número 014.781.415-15, 2016.8.06.0001 e código 22D9E86.

Jonathan Martins Silva dos Santos - Escrevente Autorizado

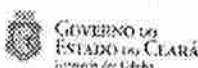
CPF nº 60-447316 - CARTÓRIO HERCULES AGUIAR - OFÍCIO DE REGISTRO

SELO DE AUTENTICIDADE

XJY 03

AUTENTICAÇÃO

Nº GJ447.316



2º Via

0095508147

DADOS DO CLIENTE

Nome: PAULO ROBERTO XAVIER

Endereço: AV ASTROGILDA M DE SOUSA, SN. CENTRO

Cidade: JARDIM SAO JOSE-RUSSAS

CEP: 62.900-000

End. Entrega:

Cidade:

Lote: 740

Setor: 001

Quadra: 0042

Lote: 0400

CEP:

C.Orig: 0000

ECONOMIAS

Residência: 001

Comércio: 000

Indústria: 000

Público: 000

INFORMAÇÕES DE REGISTRAÇÃO

Serviço:

Medidor:

Leitura Anterior:

Leitura Atual:

Volumetria:

Módulo Semipreco:

AGUA

A11N324117

39

43

4

0

DATAS

Leitura Anterior: 13/07/2015

Leitura Atual: 29/07/2015

Leitura Anterior: 12/06/2015

Leitura Atual: 21/08/2015

Leitura Anterior: 15/07/2015

Leitura Atual:

EVALUAÇÃO DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

05/2015

Nº de Amostras	Código	Testados	Cna	Coliformes Totais	Resistência Clor
Originais	010	010	010	010	010
Analisadas	011	011	011	011	011
Em conformidade	011	011	011	011	011

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)

AGUA

16,20

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Agua (m³)	Espectro (m³)
JUL/2014	1	0
AGO/2014	0	0
SET/2014	1	0
OUT/2014	1	0
NOV/2014	0	0
DEZ/2014	2	0
JAN/2015	2	0
FEV/2015	0	0
MAR/2015	1	0
ABR/2015	0	0
MAI/2015	1	0
JUN/2015	3	0
JUL/2015	4	0

TAXAS SOBRE O PAGAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,15
COFINS	0,77

SUBSÍDIO

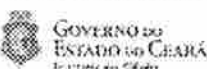
Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	26,70
VALOR DO SUBSÍDIO	10,50
VALOR TOTAL A PAGAR	16,20

MÊS/ANO
07/2015VENCIMENTO
11/08/2015TOTAL A PAGAR (R\$)
16,20

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 223 3838, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na central de atendimento Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autoridade de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental. CEFOP 280 1919 - Defesa Fiscalizadora. ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará. 0800 223 3838.



DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0095508147

Cidade de Residência:

Mês/Ano: 07/2015

Lote: 740

Setor: 1

Quadra: 0042

Lote: 0400

C.Orig: 0000

Cidade:

JARDIM SAO JOSE-RUSSAS

Vencimento: 11/08/2015

Valor (R\$): 16,20

82650000000-3 16200009500-8 09550814701-4 00064831025-8







GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 1.º DISTRITO POLICIAL

fls. 35

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 101-413/2015

BOLETA - 17/07/2015
Rua Raimundo Teixeira
Tel. 3-401-2233 / 3-401-2234
Monte Castelo - CEP 60.021-100

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data/Hora da Comunicação: **15/03/2015 09:45:23**
Data/Hora da Ocorrência: **24/02/2015 14:05:45**
Endereço da Ocorrência: **SÍTIO JARDIM DE SÃO JOSÉ**

ZONA RURAL RUSSAS CE

Ponto de Referência: **QUADRA**

Dados do(s) Vítima(s)

Nome: **PAULO ROBERTO XAVIER**
Nascimento: **26/05/1965**
RG: **93025008862** Órgão Emissor: **SSP UF:CE** - CPF: **248.127.063-00**
Filiação: **OLIVIO ARAUJO XAVIER**
AURINEIDE ROBERTO XAVIER
Endereço: **JARDIM DE SÃO JOSÉ**
ZONA RURAL
RUSSAS CE BRASIL

Telefone:

Histórico

Informa o declarante que no dia hora e local foi vítima de atropelamento por motociclista na localidade jardim de são José zona rural de RUSSASCE que trafegava em sua bicicleta quando motociclista bateu na traseira de sua bicicleta vindo a cair, Que foi socorrido por populares que disseram o motociclista-se evadiu-se do local sem socorrer a vítima de nome PAULO ROBERTO XAVIER, Que foi levado à UPA de russas depois para HOSPITAL DE RUSSAS onde foi submetido a cirurgia em cotovelo direito e teve como testemunhas; ANA CARLA DA SILVA e MARIA ANTONIO GOMES; E nada mais disse..

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 1.º DISTRITO POLICIAL
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Zilma Ferreira de Castro
ZILMA FERREIRA DE CASTRO-MAT: 0022571-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO *Paulo Roberto Xavier*
VISTO DO DELEGADO(A):

Autentico, para os devidos efeitos, a presente copia reprográfica do documento que me foi apresentado em Cartório pela parte interessada. *****
Dou fe, Russas, 29/07/2015. *****
Em testemunho da verdade. *****
Luciana Silva Oliveira - Escrevente Autorizada *****
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE *****
Selo(s): 60-197351 - CARTÓRIO HERCULES AGUIARIAN-21 OFÍCIO DE *****
RUSSAS/CE *****



DELEGACIA DO 1.º DISTRITO

Pág. 1 de 1

Impresso em 15/03/2015 09:45

AMARELO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - RUSSAS CE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

1500051764	24/02/2015 14:23:50	FICHA DE ATENDIMENTO	CLINICA MEDICA	DIURNO	99
Paciente PAULO ROBERTO XAVIER	Data Nascimento 26/05/1963	Idade 51 A 8 M 29 D	CNS 898004220552881	CPF 24812706300	Prontuário 00004143
Tipo Doc Documento IDENTIDADE 93025008862	Órgão Emissor SSP CE	Data Emissão 23/03/2012	Sexo Estado Civil M SOLTEIRO(A) PARDA	Raça/Cor Naturalidade RUSSAS - CE	Contatos
Mãe AURINEIDE ROBERTO XAVIER	Pai OLIVIO ARAUJO XAVIER				
Endereço RUA - JARDIM SAO JOSE -- ZONA RURAL - RUSSAS - CE					
Class. de Risco AMARELO	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento CONSULTA	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso Pressão 150 x 80
Sector PRONTO ATENDIMENTO	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.	Registrado por: ARLEIDES		
Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO, COMPARECE A UNIDADE QUEXANDO-SE DE DOR EM MSD, RELATA DOR E DEMA, NEGA ALÉRGIA MEDICAMENTOSA					TOTAL MRV: 123456
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)					
Exame Físico paciente com traqueostomia e, cotovelo direito					
Hipótese Diagnóstica					
SADT - Exames Complementares ☐ RAO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:					
PRESCRIÇÃO Rx Cotovelo direito			APRAZAMENTO Danielly Marinho Ferreira TEC. RADIOLOGIA CRM 92883 14.55		OBSERVAÇÃO
Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para:			☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta: / /		
Óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ ML Anatomia Patológica / /					
Assinatura do Paciente ou Responsável Paulo Roberto Xavier			Carimbo e Assinatura do Médico Dr. Luis Claudio Barreto Pessoa CRM 2883		
Impresso por: ana.psb					

AUTENTICADO, NOME DO DEVIDOR EFETIVO, E PRESENÇA COMO REQUISITO A
 DO DOCUMENTO QUE SE FOI APRESENTADO AO CANTORIO DA: [illegible]
 INTERESSADA, [illegible]
 DOU FE. PASSAS, 12/05/2011
 E. TESTEMUNHA
 Luciana Silva Oliveira
 [illegible] da [illegible] de [illegible]
 [illegible] [illegible] [illegible]
 [illegible] 61-447339 - CANTORIO HERCULES AMORIM - [illegible]
 [illegible] [illegible] [illegible]





GOVERNO MUNICIPAL
RUSSAS
Nossa maior obra é cuidar das pessoas

Sistema Único de Saúde
SUS / CEARÁ

FICHA DE REFERÊNCIA INTERNA

Unidade de Origem: PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Município: RUSSAS - CE

Nome: Renato Roberto Xavier

Prontuário Nº _____

Sexo: ☒ M ☐ F Data Nascimento: 26/05/1963 Ocupação: _____

Endereço: Rua São João 80 - Centro, Russas - CE Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: paciente com fraturas de osso do tornozelo
fratura de osso do tornozelo com fratura.

Resultado de Exames: _____

Impressão Diagnóstica: fratura do tornozelo direito

Dr. Wianney M. C. Junior
Infectologia / Clínica Médica
CREMEC/15762

Assinatura do Médico / Carimbo

Função

Data

Hora

Unidade de Referência: HCSA

Procedimento: Realização de Ortopedia

Profissional: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado do(s) Exame(s): _____

Diagnóstico Principal: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Consulta para Seguimento: _____

O problema justifica a referência? ☒ Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincidiu com o diagnóstico? ☐ Sim ☒ Não