

PROCURAÇÃO



OUTORGANTE: Luiz de Souza Silva, brasileiro, solteiro, advogado, portador da carteira de identidade nº 3906095-90 SSP/PE, inscrito no CPF/MF sob nº 780.217.563-00, com endereço em Distrito Bonfim, Sindicato Pompou - PE.

OUTORGADO(S): Dr. ANTONIO RUBENS LIMA DE SOUSA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE 29.284, com endereço profissional para intimação na Av. Dr. Wilson Pinheiro, nº 462, CEP.: 63.635-000, Centro, Milhã-Ceará e o Dr. CARLOS BOLÍVAR PONTES PIMENTEL, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE 16.825, com endereço profissional para intimação à Rua Pedro Teles de Menezes 133, Bairro: Duque de Caxias, CEP: 63.800-000. Quixeramobim-CE.

PODERES: Por este instrumento o Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui o(s) Outorgado(s) acima identificados, seu(s) bastante(s) procurador(es), conferindo-lhe(s) os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agir(em), em conjunto ou separadamente, em qualquer juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-o(s), conferindo-lhe(s) poderes especiais para requerer em Juízo ou fora dele, como também confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, receber cheques decorrentes de condenação judicial, além de outros não expressamente constantes nesse mandato. Os poderes aqui descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgante(s) DECLARA(M), para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seu(s) advogado(s) o(s) outorgado(s) acima nomeado(s), nos termos do § 4º, do artigo 5º, da Lei 1.060/50.

Sin. Pompou -CE, 04 de agosto de 2015.

Luiz de Souza Silva
OUTORGANTE

UNIVERSIDADE DA PIAUÍ
Secretaria de Registro e Identificação

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: **LUÍZ DE SOUZA SILVA**

Nº de Matrícula: **72021/583-00**

Data de Nascimento: **24/10/71**

72021/583-00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

2

11-1

POLEGAR DIREITO

Luiz de Souza Silva

ASSINATURA DO TITULAR

Este documento é componente de identificação pessoal e deve ser guardado com cuidado. Não é permitido a sua reprodução ou utilização para fins não autorizados.

Luiz de Souza Silva

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: **10/01/78**

SUPERIOR

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº de Matrícula: **1906095-90**

LUÍZ DE SOUZA SILVA

Nascimento: **24-10-71**

Assinatura do Titular: *Luiz de Souza Silva*

Assinatura do Titular: *Maria Luíza de Souza Silva*

Assinatura do Titular: *San. Pompeu CS.*

Assinatura do Titular: *Cart. Nasc. n.º 7.013.17.1-9.11.1.199*

Assinatura do Titular: *Cart. de San. Pompeu CS.*

SECRETARIA DE VIVA

07

1447657-6

Para efetuar os pagamentos, utilize o nº único
inscrito nos autos do processo administrativo.Rua Paulo de Almeida, 108 - CEP 01045-000 - São Paulo/SP
CNPJ 06.908.000/0001-01 - Insc. Est. 06.908.000-01**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B1 SERIE B-110**

Rua 12 14004 01 390500 - 9 Data de Emissão: 18/11/2014
 Nome ZACARIAS MARTINS DE OLIVEIRA
 End. Postal UT BONFIM 00000
 CARACARA - SENADOR POMPEU - 63400000
 Medidor 7027791 Poste 0000 463W
 Classe 04-RURAL MODERASICO Fator de Potência 0,00
 RG/CPF/CNPJ 000057368583 CCF
 Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência: 11/2014
 Data de Apresentação: 18/11/2014
 Período de Referência: 17/12/2014

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjuntos: SENADOR POMPEU
 Mês: 11/2014
 RPD: 14,17

ICMS

Base de Cálculo (R\$): 102,00
 Aliquota: 12,00%
 Valor da Imposta: 12,24

APORTE PROVISÓRIO

Parcela: 102,00
 Parcela: 102,00
 Parcela: 102,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ICMS: 12,24
 PIS: 1,42
 COFINS: 1,42

APORTE PROVISÓRIO

Parcela: 102,00
 Parcela: 102,00
 Parcela: 102,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

10/11/14	20/11/14	30/11/14	10/12/14	20/12/14	30/12/14	10/01/15	20/01/15	30/01/15	10/02/15	20/02/15	30/02/15	Valor (R\$)
20,71	20,71	1,00	114	8,00	114	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	29,21

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES 29,21
 MULTA MORATORIA REF 10/2014 0,74



VENCIMENTO 25/11/2014

TOTAL A PAGAR (R\$) 29,95

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

Energia 18,95
 Transmissão 1,42
 Distribuição 1,42
 Encargos Sociais 1,42
 Tributos (PIS/COFINS) 1,42
 TOTAL 25,21

10/11/14	20/11/14	30/11/14	10/12/14	20/12/14	30/12/14	10/01/15	20/01/15	30/01/15	10/02/15	20/02/15	30/02/15
20,71	20,71	1,00	114	8,00	114	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00

importante CONTAS EM ATRASO

DEBITOS DE VENCIMENTO:
 Informamos a partir do vencimento das parcelas em atraso, a partir de 10 dias após o vencimento, no valor de R\$ 37,00. Conforme art. 172 da Lei, Anel 414/10, poderá ser suspenso o fornecimento de energia elétrica após decorridos 15 dias do envio deste comunicado. Caso o débito tenha sido pago, favor desconsiderar este aviso. Após 2 ciclos completos de faturamento, sem fornecimento, será encerrada a relação contratual.

DEBITOS ANTERIORES

Mês/Ano Valor R\$
 10/2014 37,00

Conta desta fatura R\$ 1,42 referente a PIS e COFINS.
 Lei n.º 9.069, de 10 de maio de 2005 - ANEEL e Lei n.º 10.437, de 24 de abril de 2002

A partir de 2015 visorário o sistema de Bandeiras Tarifárias. A bandeira verde não implica cobrança adicional. As bandeiras Amarela e Vermelha, quando acionadas, implicam tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de Nov/2014 visorário a bandeira VERMELHA, a qual implicará R\$ 0,80/kWh de acréscimo ao valor da tarifa, fluido de impostos. Mais informações em www.aneel.gov.br

Nº do Cliente: 1447657-6 Referência: Nov/2014
 Data de Emissão: 18/11/2014 Total A Pagar (R\$): 29,95
 Nº da Nota Fiscal: 365196717 Nº de Controle: 0001447657 00483 39162 61

83600000000-7 29950031000-6 00014476570-8 04833916261-1



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Spuriz de Souza Silva, brasileiro(a),
estado civil Solteiro, profissão Aposentado,
natural de Sinador Pompeu, estado CE,
nascido aos 24 / 10 / 1971, filho de Antonio Pereira Silva
e Elania Spuriz de Souza Silva,
portador(a) do RG nº 3906095-90 Órgão Expedidor
SSP. CE, CPF nº 920.217.563-00, **DECLARO** conforme
artigo 1º, da Lei 7.115/83, que resido no seguinte endereço:
Distrito Bonfim, Sinador Pompeu. CE

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e
criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte
estritamente a verdade.



Sin. Pompeu - CE., 04 de agosto de 2015.

Spuriz de Souza Silva
DECLARANTE

RO 3150521325 - Resultado de consulta por beneficiário

LUIZ DE SOUZA SILVA

URA Invalidez

DORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Investprev Seguradora S/A

CO Rua Dom Jaime Câmara, 170 Conjuntos 101 e 102, Centro, Florianópolis - 24, CEP: 88015-120

CIÁRIO LUIZ DE SOUZA SILVA

PJ: 72021756300

ção em 16-07-2015 08:04:23

imento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

r: R\$ 1.350,00

i de liberação do pagamento: 17/07/2015

e atento: o prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao
essamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data da liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
17/07/2015	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 3150521326

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

Quia cu Souda Souda

ADOR(A) DO RG Nº 3906095.90

EXPEDIDO POR 55P e

FM 05/02/90

720917963-00

000000

PROFESSION *APPROPRIATE*

INDA MENSAL DE R\$ 778,00 (*) NA

IDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

JRO DPVAT DA VÍTIMA Quiz de 9
AT A EFETUAR O SEGURO

_____, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGUNDO
FORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

¹⁾ A Circular Susup nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a instituir 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.

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 anexam-se, juntamente com: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Função.

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 Lotérica 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 SISPAT/Sielotris 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, lidos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação código de segurança.

RA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

do BANCO 001 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0039-9 N° da CONTA (com dígito, se existir) 8.144-2

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, ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Préposé-Of. 28 de Avril

LOCAL E DATA

Leandro de Souza Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

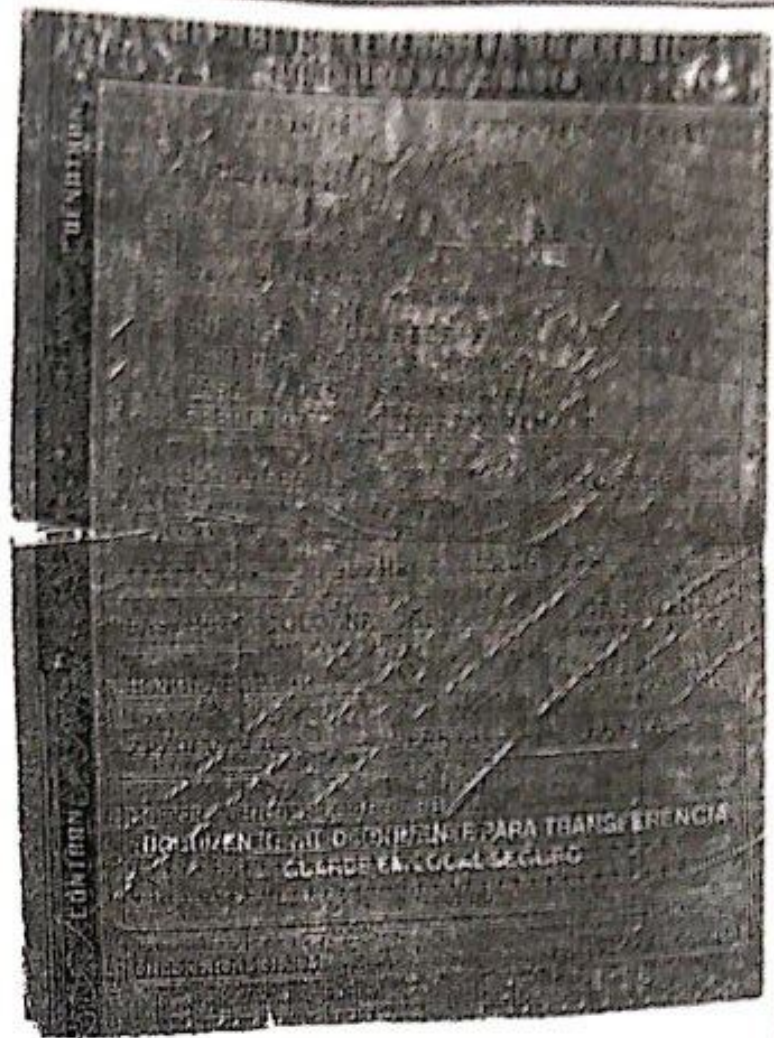
Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente (data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

DECLARAÇÃO DE ASSINATURA EM LAZER DO SUJEITO

Eu, Leandro de Souza Silva, portador da carteira de
 Identidade nº 100000000 e inscrito no CPF/MF sob o nº 730.311.063-00,
 residente e domiciliado na Rua Bonfim,
 Cidade Simão de Vampou, Estado Paraná, declaro, sob as penas da lei, que





SECRETARIA DE VARI
16 13
P



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA/DEFESA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPI
1ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE SENADOR POMPEU-CE



DETERMINAÇÃO

MIGUEL ARCANJO ROTA JÚNIOR, Escrivão de Polícia, matrícula nº 135.490-1-X, em exercício na Delegacia Regional de Polícia Civil de Senador Pompeu-CE, no uso de suas atribuições legais, etc...

CERTIFICA, para os devidos fins e efeitos legais que na cidade de Senador Pompeu não existem Defesa Civil, Anjos do asfalto, corpo de bombeiros e Polícia Rodoviária Federal; Que em razão dos acidentes de trânsito acontecem na maioria dos casos em áreas rurais, não são comunicados a Polícia Militar e Civil, onde muitas vezes a própria pessoa é socorrida por populares, quando não a própria pessoa vai sozinha para o hospital. Assim sendo, nos baseamos na declaração da vítima e testemunhas, bem, como na declaração médica que atesta o acidente. Vale ressaltar que nós na condição de funcionários Públicos não podemos negar em fazer os registros. O referido é verdade, dou fé.

Cartório da Delegacia Regional de Polícia Civil de Senador Pompeu-CE, aos trinta (30) dias do mês de setembro do ano de dois mil e quatorze (2014).

Assinado digitalmente
Escrivão de Polícia

MIGUEL ARCANJO ROTA JÚNIOR
Escrivão de Polícia

Assinado digitalmente
O Promotor
[Assinatura]

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Antonia Lucineide Ferreira de Oliveira

RG nº 2003014119146, data de expedição 17/09/03

Órgão SSP CE, portador do CPF nº 891 446 863 15 com

domicílio na cidade de Sincora Parnaíba no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Quilômetro Bonfim Km 20, nº _____,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Quiz de Souza Silva, cujo o condutor era

Adriano do Nascimento Oliveira.

Veículo: motocicleta

Modelo: Xonda/Pop 100

Ano: 2012/2012

Placa: 01A8368

Chassi: 9E9H809J0E9488738

Data do Acidente: 19/10/14

Local e Data: SENADOR POMBA - PE 25/05/2017

Antonia Lucineide Ferreira de Oliveira

Assinatura do Declarante

Adriano do Nascimento Oliveira

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



Cartório do Distrito Judiciário
do Ubaíra - Distrito
Senador Pombal - PE
25/05/2017
Ante a Juiz
de Direito de Família e
Patrimônio do
Nascimento Oliveira
Marta Silva

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Souza de Souza Silva, portador da carteira de
Identidade nº 1906099 90 e inscrito no CPF/MF sob o nº 720.257.963-00,
residente e domiciliado na R. Ponum,
Cidade Senador Pompeu, Estado Paraná, 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:

☒ (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 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.

Souza de Souza Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Senador Pompeu - PR 28/04/2015

Local e data

Width1W
dth3VWd1
h003Wd1
h3VWdth3
643



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU



Width1Width3Width993Width3Width8643

BOLETIM DE OCORRÊNCIAS - B.O.

> DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº B.O.: 551-00721/2015 CIOPS: -

DATA/HORADA COMUNICAÇÃO: 03/03/2015 09:42

DATA/HORADA OCORRÊNCIA: 19/12/2014 22:52

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: ROD CE 060

NAO INFORMADO SENADOR POMPEU/CE

PONTO DE REFERÊNCIA: FAZENDA PARADE

MATERIAL(S) ROUBADO(S)/APREENDIDO(S):

HISTÓRICO: Compareceu em cartório desta, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte; Que na data, hora e local, acima citado, o (a) declarante sofreu um acidente de trânsito quando vinha na garupa da motocicleta HONDA/POP 100, ano de fabricação/modelo 2012/2012, cor PRETA, placa OTQ-8368 Quixeramobim/CE, chassi 9C2HB0210CR498738 licenciada em nome de Antoni a Lucineide F de Oliveira; Afirma o (a) declarante que o condutor perdeu o controle ao desviar de um animal, vindo a vítima cair ao solo; Que o (a) declarante informa que foi para o hospital de Senador Pompeu/CE; Que em consequência do acidente o (a) declarante afirma que sofreu lesão corto contuso na região fronto temporal + trauma na mão direita; Que tem como testemunhas do acidente as seguintes pessoas: Adriano do Nascimento Oliveira, RG 50992630-7 e Maria Lúizrene da Silva e Souza, RG 2006005030684; Que o (a) declarante procurou esta delegacia para lavrar este boletim de ocorrência, e foi cientificado que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

> DADOS DA VÍTIMA

NOME: LUIZ DE SOUZA SILVA

RG: 190609590 ORG?O EMISSOR: SSP UF: CE

CPF: 72021756300

DATA DE NASCIMENTO: 24/10/1971

FILIAÇÃO: ANTONIO PEREIRA DA SILVA

MARIA LUIZA DE SOUZA SILVA

Miguel A. Frota Júnior
ESCRIVÃO DE POLÍCIA
Mat. 125.430-1-X

Dr. Fernando Higor Fayad Fernandes Vieira

Médico CRM 12721

Praça da Juventude SM Senador Pompeu - Co

Relatório Médico



Relato para os devidos fins, junto ao DPVAT. Que o Sr. (a): Luiz d
Souza Silva

Foi vítima de acidente de trânsito dia 19/12/14 onde o mesmo sofreu:

Acidente Motorizado com Fausto Costa Coutinho
em Curso Coberto e TCC para Manobra
Pericula Central.

E submeteu-se a tratamento: (x) Clínico; () Cirúrgico; () Fisioterapêutico; ()
Conservador, complementando com: Analgesico

Encontrando-se de alta clínica e apresenta invalidez permanente, com grau de
incapacidade funcional irreversível de: 60% Debilidade no membro

Pericula; 65% Seguros por TCC

Senador Pompeu 28/04/15

Dr. Fernando Higor Fayad Fernandes Vieira
CREMEC 12721
MÉDICO

Dr. Fernando Higor

CRM: 12721

FICHA DE OCORRÊNCIA

3-3

RG: 1906095-90

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL Rua Joaquim F. de Magalhães, 897 Fone: 88 9971 3132 SENADOR POMPEU-CEARÁ	Nome do Paciente	
	Luiz de Souza Silva	
	D.N. 24.10.1972	
	Data	

Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nasc.
43	Bl	M	Solteiro	Sen. Pompeu	Braz

Endereço: Bairro Bomfim - Km 20 - Sen. Pompeu
 Nome do Pai: Antonio Pereira Silva
 Nome da Mãe: Maria Louiza de Souza Silva

O Paciente chegou ao hospital		Atendimento	Data	Hora
Andando	☐ Regular	Sus	19.12.2014	22:52
De Automóvel	☐ Passando Mal	☐ Acidente de Trabalho		
Ambulância	☐ Comatoso	Local		
Aparentemente bem	☐ Com Hemorragia			

Queixa principal e Resumo da Doença Atual
 Paciente vítima de acidente com motocicleta há 1 hora apresentando lesão corto-contusa de aproximadamente 8 cm em região frontotemporal.

DADOS CLÍNICOS				DIAGNÓSTICO
Pressão Arterial	Pulso	Temperatura	Peso	Lesão corto-contusa.
120/80	96	36,5	70	

MENTO:
 Sistema simples com nylon 2.0.
 Desamarrada (4 ang/ve) Tempale IM agora 00:40 16:50
 Diapirna Tempale + 10 CV goa. 00:40 05:10
 SFO, 91.500 ml CV goa. 5000000
 Deixa em observação.
 SFO, 91.1000 ml CV goa. 16:50

DESTINO DADO AO PACIENTE	Medicação Administrada por:
Residência ☐ Internado	Exames Complementares
Em Observação ☐ Transferido	Diagnóstico Definitivo
Encaminhado ao Ambulatório	Ass. do Médico
Óbito às _____ horas após chegada A.U.E.	Ass. do Médico
Óbito sem tratamento	Ass. do Médico
Assinatura do Paciente ou Responsável	Ass. do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável: Maria Louiza de Souza Silva

CHAMADA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação

1906095-90

PREFEITURA MUNICIPAL
DE SENADOR POMPEU

Nome do Paciente

DN. 24.10.1971

Luiz de Souza Silva

Idade 43 Cor PO Sexo M Estado Civil Solteiro Naturalidade São Paulo. Brasil

Residência Rua 20 - Senador Pompeu

Nome do Paciente Luiz de Souza Silva

Endereço Rua Luiz de Souza Silva

Telefone:

O Paciente chegou ao hospital

☐ Regular
☐ Passando Mal
☐ Comatoso
☐ Com Hemorragia

Atendimento

Sus

Data

22.12.14

Hora

11:17

☐ Acidente de Trabalho

Local

SECRETARIA DE VILA
R. 2

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Lesão com fraturas de omoplata direita, fratura de um terço da clavícula esquerda, por acidente de trânsito.

DADOS CLÍNICOS

SÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	PESO
100/70		AUXILIAR RETAL	

DIAGNÓSTICO

Vit. B12 Deficiência

TRATAMENTO:

- Dexametasona 10mg + Diprospan + A37 (EV) 12:25
- Sulfato de Valproato 250mg (EV) 12:30
- Tiroxina 20mg + A37 (EV)
Est. Navegante

DESTINO DADO AO PACIENTE

☐ Internado
☐ Transferido

CONFERE COM ORIGINAL
15/01/2015
RESPONSÁVEL - SAME
M.H.S.T.
GNPJ 07 802.697/0002-44

Examinado ao Ambulatório
Só às _____ horas após chegada A.U.E.
Só sem tratamento
Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura HELENA DE SOUZA SILVA

Medicação Administrada por:

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Ass. do Médico

Vicente Ferrer Neto
Médico
CRM: 2396

Maternidade e Hospital Santa Isabel - Senador Pompeu - CE

SERVIÇO DE ENFERMAGEM

NOME		ENFERMAREIETO	REGISTRO	CATEGORIA	Nº. PRONTUÁRIO	RUBRICA DA ENFERM.
Nome: <u>Luiz de Souza Silva</u> PRESCRIÇÃO MÉDICA - Assinatura: <u>[Assinatura]</u> D.N.: <u>2411011991</u> ID: <u>243</u> NCK4735 End: <u>130m Rua Com 20 Senador Pompeu</u> Endereço: <u>130m Rua Com 20 Senador Pompeu</u> DATA: <u>06/04/2005</u> Hora: <u>20:08 hs</u>		HORÁRIO DE APLICAÇÃO DE MEDICAMENTO		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES		
PA: <u>110 x 60</u> <u>Placenta baixa, Aclerada, Morte com</u> <u>hemorragia e lúes, sendo de</u> <u>alto risco e grave condição.</u>						
CONFERE COM ORIGINAL RESPONSÁVEL - SAME CNPJ 07.802.697/0002-44						
<u>Luiz de Souza Silva</u>						

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

Anestésias



SECRETARIA DE VASA

lúcida cor-de-salmona em
fundo-tegual.

col.

- 1) Ampia e autotopia
- 2) Capote de sangue
- 3) Sutura simples com
nylon 2.0.
- 4) Curativo.
- 5) Descompressão (limpe) de gorda
em gora
- 6) Diphtheria de gorda + AD e gorda.
- 7) SPO. e. soo me cu gora

19/12/14

Data

Cirurgião:

DR. CARLOS FERNANDO DE SOUSA

Médico

CREMEC: 15.007

Ass. e curativo do Cirurgião

2º. Auxiliar

1º. Auxiliar

3º. Auxiliar

Ass. e curativo

Agentes Anestésicos

Líquidos

CÓDIGO

PR. Arterial: ☐ Pulso: ☐ Respiração
X Anestesia: ☐ Operação

V

A

RELATÓRIO DAS CAUSAS QUE JUSTIFICAM A LONGA DURAÇÃO DA OPERAÇÃO DE ANESTESIA E DA LONGA CONSUMO DE MATERIAL E MEDICAMENTOS

20

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20



ESTADO DO CEARÁ
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria de Saúde e Saneamento
Sistema Único de Saúde

Senador Pompeu



Recetudário Médico

Nome

Luiz de Souza Leite
maior
1 Tomador - 050
1m 84Ht

Dr. Fernando Nogueira
CRM: 12721
MÉDICO

A saúde é sua maior riqueza. Cuide dela com carinho.



ESTADO DO CEARÁ
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria de Saúde e Bem-estar
Sistema Único de Saúde

Senador Pompeu



Recetudrio Médico

Nome: Lucy de S. Sales

1) Cepalexina 500mg 100mg 2 ref
tomar 1cp vo de 6/6h por
7 dias.

2) Nimesulida 100mg 100mg
tomar 1cp vo de 12/12h

Dr. Antônio Cassar do V. Neto
MÉDICO
CRM-15.686

14/12/11

A saúde é sua maior riqueza. Cuide dela com carinho



ESTADO DO CEARÁ
Prefeitura Municipal de São José do Bonfim
Secretaria de Saúde e Saneamento
Sistema Único de Saúde

Saúde em Movimento



Receituário Médico

Nome:

Luiz J. Sousa Filho

↓

10/05/2014

1- Duplo

aplicar

(Im)

400

15,00

2- Protetor de Sol

aplicar 1 dose

(Im) diariamente

3,10

23,10

22/04/14

Vicente Ferrer Neto
Médico
CRM: 2396

A saúde é sua maior riqueza. Cuide dela com carinho



ESTADO DO CEARÁ
Prefeitura Municipal de São José do Bonfim
Secretaria de Saúde e Saneamento
Sistema Único de Saúde

São José do Bonfim



Receituário Médico

Nome:

Luiz de Souza Silva

Uso oral.

① Dexadon — 1 cy

1 cp 8/8H por
3 dias.

1 cp 12/12H por
3 dias.

1 cp 1x/dia por
3 dias.

Dr. Jackson Macedo

02/02/15

MÉDICO
CREMEC 15.085

A saúde é sua maior riqueza. Cuide dela com carinho

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Luiz de Souza Silva

RG nº 906099 90, data de expedição 05/02/90, Órgão SAP CE.

CPF nº 730 257 563 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/Praça)	<u>Dr. Bonfim</u>
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>Senador Pompeu</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>63 600 000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Senador Pompeu - CE 28/12/2015

Assinatura do Declarante: Luiz de Souza Silva