

PROCURAÇÃO

SECRETARIA DE VARIAS
116 09

OUTORGANTE: São Guilberto de Lima, brasileiro, casado,
agricultor, portador de cédula de identidade n.º 734028 SSP
PE, inscrito no CPF/ME sob n.º 303.031.903-63, com endereço
sítio São Francisco, 68, bairro Zona Rural, Sincidor
Pompeu - 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, n.º
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.

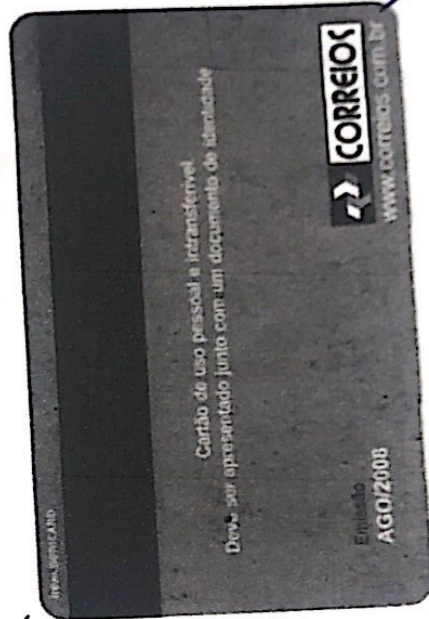
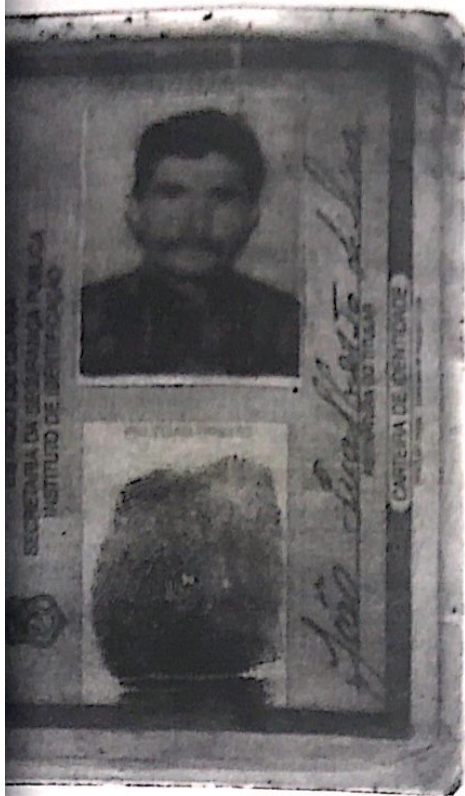
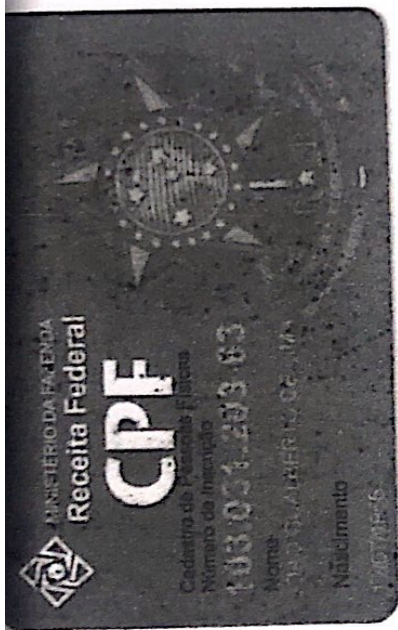
PODERES: Por este instrumento o Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui o(s) Outorgado(s) acima identificados, seu(s) bastante(s) procurador(es), conferindo-lhe(s) os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agir(em), em conjunto ou separadamente, em qualquer juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-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. Pompeu -CE, 04 de agosto de 2015.

São Guilberto de Lima



coelce

31-7

COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA DO GRUPO B (SÉRIE B-41N)

Rota 37 14001 02 274000 - 9 Data de Emissão 24/10/2014
 Nome JOAO GUALBERTO DE LIMA
 End. Postal ST SAO FRANCISCO 00068
 DT BONFIM - SENADOR POMPEU - 63600000
 Medidor 24240183 Poste 0000 A91N
 Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA REND. Fator de Potência 0,80
 RG/CPF/CNPJ 103031203-63 CGF
 Nome do Responsável



DATAS			INDICADORES DE CONTINUIDADE		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Período de Cobertura	Conjunto	Mês	Período de Cobertura
Out/2014	24/10/2014	24/11/2014	SEMPRE PAGOU	Out/2014	DEB 6,71

ICMS			DIE		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trím.	Anual
100,00			11,01	22,03	44,07
			7,74	15,47	30,93
			5,90		1,71

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DE 01.02.2011, C531.647A.1947,47D0.2436.21E5

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
3789	3698	1,00	91	0,00	0,19	17,45

24/10/14 24/10/14 21,01/14 01 12,45

DESCRICO

VR. CONSUMO DO MES PRECO NORMAL 36,23
 DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA -17,48
 PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 4,93

VENCIMENTO 01/12/2014 TOTAL A PAGAR (R\$) 20,68

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	11,38	73	91
Transmissão	0,23	71	75
Distribuição	4,44	69	88
Encargos setoriais	0,63	67	88
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	4,00	65	67
TOTAL	20,68	58	70

importante

PREZADO(A) CLIENTE: A SUA CONTA DE LUZ, APÓS O VENCIMENTO, DEVERÁ SER PAGUA, PREFERENCIALMENTE, NAS AGÊNCIAS, CORRESPONDENTES OU CANAIS ELETRÔNICOS DOS BANCOS SANTANDER, BRADESCO OU BANCO DO BRASIL.

A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 4,00 referente a PIS e COFINS.
 Cód. 1. 9 Pos 100 7005 - NÚMERO 10.637.02 - 10.430.03.



06/2015

SINISTRO 3150471195 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAO GUALBERTO DE LIMA

OBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Investprev Seguradora S/A

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

BENEFICIÁRIO JOAO GUALBERTO DE LIMA

CPF/CNPJ: 10303120363

Posição em 24-06-2015 08:02:42

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 3.375,00

Data de liberação do pagamento: 25/06/2015

Fique atento: o prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento 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
25/06/2015	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 3150471195

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

João Gualberto de Lima

COPIA DO RG Nº 734098

003031903-03 / CNPJ 0000000000-0000-00

EXPEDIDO POR SSP. PE

EM 07/12/2014

A MENSAL DE R\$ 350,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA João Gualberto de Lima, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a manter 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.

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

o salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional; ou a Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.

a conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;

a tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;

a tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);

a POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;

a bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento probatório dos dados bancários);

o beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;

as não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

INCO Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) Nº da CONTA (com dígito, se existir)

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

INCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0754 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 17.428-0

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

Assinatura do Beneficiário, 10 de FEVEREIRO de 2015
LOCAL E DATA

João Gualberto de Lima
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

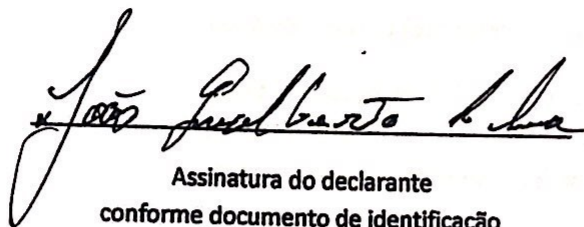


Eu, João Guilberto de Lima,
Identidade nº 734088 e inscrito no CPF/MF sob o nº 303.031.903-63,
residente e domiciliado na São João Francisco,
Cidade Senador Pompeu, Estado PI,
estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro 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.


Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Senador Pompeu - PI 10/02/2015
Local e data

Declaração



Eu, João Guillermino de Lima, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 27/11/21 fui socorrido por ANTONIO APARECIDO ALVES Telefone: (88) 3449.1533, e levado ao hospital: Iluminação, Hospital Santa Izabel.

Declaro não ter recebido nenhum tipo de atendimento médico no local do acidente, tais como SAMU, Corpo de Bombeiros, Ambulância etc., da mesma forma não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia, dessa forma não possui nenhuma outra prova referente ao acidente, além do boletim de ocorrência Policial e a documentação médica apresentada.

Por ser verdade, declaro estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no 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: SENADOR Pompeu UF: CE Data: 10/02/2015

João Guillermino de Lima



CÓDIGO DE CONTROLE
3631.6145.CTFF.F342

A validade deste comprovante deverá ser conferida na internet, no endereço <http://recella.fazenda.gov.br>

Comprovante emitido pela
 Secretaria da Receita Federal do Brasil
 (Inscrição do contribuinte, nome e data de Brasília)
 Assinatura e rubrica do responsável

MINISTÉRIO DA FAZENDA
RECEITA FEDERAL DO BRASIL
ANTONIO APARECIDO NUNES
CPF: 22.213.069-92
DATA: 03/07/1974
ENDEREÇO: RUA JESUS DA SILVA, 283 - JARDIM BOQUEIRÃO, 13.000-000 - SÃO PAULO - SP
DATA DE NASCIMENTO: 26/05/1974
CPF: 22.213.069-92

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Nome: ANTONIO APARECIDO NUNES
Número: 559.185.963-68
Nascimento: 26/05/1974
CPF: 22.213.069-92

DECLARAÇÃO



Eu Antonio Aparecido Nunes, portador da
carteira de identidade nº 8822130-92 e CPF
559.195.963-68, residente domiciliado na Rua
SETIO SÃO FRANCISCO Nº Bairro
ZONA RURAL Cidade SENADOR POMPEU. Declaro
que presenciei e/ou socorri na data de 27/11/84, o Sr.
João Gualberto de Lima, portador
da identidade nº 734028 e CPF nº 103.031.203-63
residente na rua Setio São Francisco
para Hospital
Atividade, Hospital Santa Isabel, vítima de
acidente de trânsito com motocicleta (motocicleta, carro,
etc), na Rua Setio São Francisco nº
 Bairro ZONA RURAL
Cidade SENADOR POMPEU. Que o declarante está ciente de que, caso
estas declarações não sejam a expressão da verdade, ressarcirão a seguradora
competente e quaisquer outros órgãos que tenham prejuízos dela decorrentes,
bem como responder criminalmente por infração do artigo 229 do código penal
Brasileiro.

Antonio Aparecido Nunes

Assinatura do declarante

DECLARAÇÃO



Eu Antonio Teixeira da Silva, portador da
carteira de identidade nº 99098098330 e CPF
385.401.383-91, residente domiciliado na Rua
SÍTIO SÃO FRANCISCO N° Bairro
ZONA RURAL Cidade SENADOR POMPEU, Declaro
que presenciei e/ou socorri na data de 07/11/14, o Sr.
São Guilherme de Lima, portador
da identidade nº 734028 e CPF nº 303.031.203-63
residente na rua SÍTIO SÃO FRANCISCO
para Hospital
Maternidade, Hospital Santa Isabel, vítima de
acidente de trânsito com motocicleta (motocicleta, carro,
etc), na Rua SÍTIO SÃO FRANCISCO n°
 Bairro ZONA RURAL

Cidade SENADOR POMPEU. Que o declarante está ciente de que, caso
estas declarações não sejam a expressão da verdade, ressarcirão a seguradora
competente e quaisquer outros órgãos que tenham prejuízos dela decorrentes,
bem como responder criminalmente por infração do artigo 229 do código penal
Brasileiro.

x Antonio Teixeira da Silva

Assinatura do declarante

SECRETARIA DE VARIAS
12



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR - D.P.I.
15ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE SENADOR POMPEU-CE



CERTIDÃO

MIGUEL ARCANJO FOTA 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 acontecerem na maioria dos casos em áreas rurais, não são comunicados à 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).

Miguel A. Fota Júnior
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

MIGUEL ARCANJO FOTA JÚNIOR
Escrivão de Polícia

Cartório do Distrito Judiciário
do Bonfim - Distrito de Bonfim
Ceará - CEP 63500-000

Maria Neiva Pinheiro
Oficial Interina

GOVERNO DO ESTADO DO CEARA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 3416 / 2014

Dados da Ocorrência

Evento do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Hora da Comunicação: 09/12/2014 11:48:52
Hora da Ocorrência : 27/11/2014 20:02:00
Local da Ocorrência: SIT SÃO FRANCISCO

ZONA RURAL SENADOR POMPEU /CE
Endereço de Referência: BARRAGEM PATU

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOÃO GUALBERTO DE LIMA
Data de Nascimento: 12/07/1955
CPF: 734028 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 10303120363
Nome: MANOEL ALVES DE LIMA
Nome: MARIA ODETE DE LIMA
Local: SIT SAO FRANCISCO
ZONA RURAL 63400000
SENADOR POMPEU CE BRASIL Telefone:

Histórico

Recebi em cartório desta, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte: Que na data, hora e local, acima citados, o declarante sofreu um acidente de trânsito quando vinha conduzindo a motocicleta HONDA/125, ano de fabricação 1984/1984, cor VERMELHA, placa ITUC-5031 Mombaça/CE, licenciada em nome de Francisco Sinval Azevedo; Afirma o (a) declarante que colidiu com uma pedra que estava no meio da estrada, vindo cair ao solo; o (a) declarante informa que foi para o hospital de Senador Pompeu/CE; Que em consequência do acidente o (a) declarante afirma que sofreu ferimentos com contusão em região frontal e região nasal; Que tem como testemunhas do acidente as seguintes pessoas: Antônio Teixeira da Silva, RG 99098098330 e Antônio Aparecido Nunes, RG 222213092; o (a) declarante proctorou esta delegacia para lavrar este boletim de ocorrência, e foi cientificado que as informações constantes neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de que no caso das informações constantes neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

ACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MIGUEL ARCANJO FROTA JÚNIOR - MAT.: 135190-1-x

Miguel A. Frota Junior
Delegado de Polícia

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

DO DELEGADO(A):

JEFFERSON LOPES CUSTODIO - MAT.: 404548-1-0

REGIONAL DE SENADOR POMPEU

Pág. 1 de 1

Impresso em: 08/12/2014 02:37

Dr. Fernando Higor Fayad Fernandes Vieira

Médico CRM 12721



Praça da Juventude S/N Senador Pompeu - Ce

Relatório Médico

Relato para os devidos fins, junto ao DPVAT. Que o Sr. (a): João Gualberto
de Lima

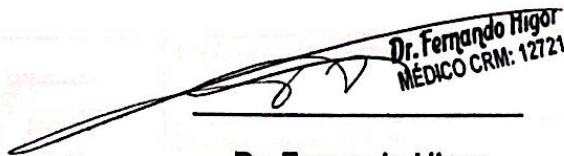
Foi vítima de acidente de trânsito dia 27/11/14 onde o mesmo sofreu:

Acidente Motorista com Trauma pontal com lesão
costo costalente em face; Trauma Wozel e Fratura
de Septo

E submeteu-se a tratamento: (x) Clínico; () Cirúrgico; () Fisioterapêutico; ()
Conservador; complementando com: Suturas; Analgênicos; AINES

Encontrando-se de alta clínica e apresenta invalidez permanente, com grau de
incapacidade funcional irreversível de: 60% Debilidade de Membro
Seguido de Trauma de Face

Senador Pompeu 23/01/15


Dr. Fernando Higor
MÉDICO CRM: 12721

Dr. Fernando Higor

CRM: 12721

FICHA DE OCORRÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL
DE SENADOR POMPEU

Nome do Paciente

Documento de Identificação

R6-734-028

DA 12-07-95

Lucio Gualberto de Lima

Profissão	Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nac.
Agricultor	59	PP	M	Casado	Senador Pompeu	SCA

Residência: R. São Francisco de Borja, 100

Nome do Responsável: Me. Arlete de Lima

Telefone: _____

O Paciente chegou ao hospital

- | | |
|--|---|
| ☐ Andando | ☐ Regular |
| ☐ De Automóvel | ☐ Passando Mal |
| ☐ Ambulância | ☐ Comatoso |
| ☐ Aparelmente bem | ☐ Com Hemorragia |

Atendimento

605

Data

27.11.14

Hora

20:02

☐ Acidente de Trabalho

Local

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Vários cortes contusos em região frontal provocados por acidente de moto e lesões contusas também em região dorsal.

DADOS CLÍNICOS

PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		PESO
MÁX	MÍN		AUXILIAR	RETAL	

DIAGNÓSTICO

TRATAMENTO:

1) Sutures simples em regiões abertas. 21:20h
2) dT 0,5ml IM. 21:40h

DESTINO DADO AO PACIENTE

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☒ Residência | ☐ Internado |
| ☐ Em Observação | ☐ Transferido |
| ☐ Encaminhado ao Ambulatório | |
| ☐ Óbito às _____ horas após chegada A.U.E. | |
| ☐ Óbito sem tratamento | |

CONFERE COM ORIGINAL
21/12/2014
RESPONSÁVEL - SAME
M.H.S.I.
CNPJ 07.802.697/0002-44

Medicação Administrada por:

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Assinatura do Paciente ou Responsável

Arlete de Lima

Ass. do Médico

NOME DO PACIENTE

Shirley Aparecida de Lima



DIAGNOSTICO: Ceto. Ceto no inicio mial e pontif 3.835

OPERACAO

61 Sutura Simples na reg. de mial e pontif.

MATERIAL DE SALA

TIPO CALIBRE QUANT.

Hidrocaina ml 5ml

Povidona ml 10ml

Seringa UND 10ml 01

Agulha dea UND 25x7 01

Agulha dea UND 40x12 01

Agulha UND 70

Agulha mial c / agulha UND 30 02

Atadura UND 10cm 01

Linha PAR 80 01

Boia fisiologica 30ml

Nº. DA AIH

REG.

CODIGO CID

CONVERSAO CATEGORIA DETALHES

CODIGO SSM

MEDICAMENTOS DE SALA

CIRURGIA

1-PEQ. 4-SIMULT. 2-MEDIA 6-MULTIPLA 3-GRANDE 8-ESPECIAL 7-PRINC. E SECUNDARIA

Início Término Duração

21.10.21:40 20min

ANESTESIA

General Local Outros

Início Término

Em minutos com acresc. para casos de emergência fora do horário normal e das não diés. (Preencher)

ANESTESIA Minutos Minutos total clareosc.

TIPO DOSAG. QUANT. VIA

74 OXIGENIO

INICIO HORAS TERM. HORAS TOTAL DE HORAS

Ass. da Enfermeira

Ass. do Cirurgião

CONFERE COM ORIGINAL
 RESPONSÁVEL - SAME
 CNPJ 07.802.667/0002-44



RESUMO DO ATTO CIRURGICO - (OCORRENCIAS PRINCIPAIS)

Anestesiistas



Roberto Antonio Mendes
em resposas gentis e anal.
com bom ex'ito de
tudo quanto intercorreu.

Data

Cirurgião

Roberto Mendes

ANESTESIA

1º. Auxiliar

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

CÓDIGO		Líquidos	Agentes Anestésicos
V	A		
PP. Arterial: ☐ Pulso: ☐ Respiração			
X Anestesia: ☐ Operação			
		250	
		240	
		220	
		200	
		180	
		160	
		140	
		120	
		100	
		80	
		60	
		40	
		20	

CONFERE COM ORIGINAL
01/12/2014

RESPONSÁVEL - SAME

CNPJ 07.802.997/0002-44

RFNA
Sdução Veículo CIRCULACAO
Potência Veículo 000
Cilindradas 0000

Numero Motor

Procedencia do Veículo NACIONAL

Capacidade de Passageiros 000

Restrição 1 05

Restrição 2 00

Restrição 3 00

Restrição 4 00

Marca/Modelo: HONDA/125

Cor

Ano de Fabricação 1984

Ano do Modelo 0000

Número Eixos 00

Tipo Veículo

Tipo Carroceria

Espécie Veículo

Estado CE

Município MOMBACA

Roubado Não

Dados do Proprietário

CPF Proprietário 49146521372

+ Informações

Fonte: DETRAN/DENATRAN



© CTIC - Coord

- Convenções e Parcerias
- Declarações e Demonstrações
- Dívida Atrelada da União - DAU

- Isenções
- Legislação e Processos
- Pagamentos e Parcelamentos

- SIA
- SIA
- SIA

de Situação Cadastral no CPF



Ministério da Fazenda **Secretaria da Receita Federal do Brasil**

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

CPF: 491.465.213-72

da Pessoa Física: FRANCISCO SINIVAL PEREIRA AZEVEDO

Situação Cadastral: REGULAR

Verificador: 00

Comprovante emitido às: 10:01:38 do dia 06/12/2014 (hora e data de Brasília)
 Código de controle do comprovante: DC98.3E09.D877.8668
 A validade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria
 no www.receita.fazenda.gov.br

Aprovado pela IN RFB nº 1.642, de 19/06/2015

Nova Consulta

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, João Guálberto de Lima

RG nº 734088, data de expedição 07/12/94, Órgão SSP. PE

CPF nº 103.031.203-63, 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>Sítio São Inocêncio</u>
Número	<u>68</u>
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>Senador Pompeu</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>63.600-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Senador Pompeu 10/02/2015

Assinatura do Declarante: João Guálberto de Lima

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



João Gualberto de Lima, brasileiro(a),
estado civil casado, profissão Agricultor,
natural de Sinador Pompeu, estado Ceará,
nascido aos 30 / 07 / 1955, filho de Manoel Lima de Lima
e Mania Odete de Lima,
portador(a) do RG nº 734028 Órgão Expedidor
SSP CE, CPF nº 803.031.203-63, DECLARO conforme
artigo 1º, da Lei 7.115/83, que resido no seguinte endereço:
Sítio São Francisco, bairro Zona Rural, 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.

_____ - CE., _____ de _____ de 20____.

João Gualberto de Lima
DECLARANTE