

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Nome: <u>FELIPE LEITE DE OLIVEIRA</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	Profissão: <u>ABRIGADOR</u>	Carteira de Identidade: <u>2008 986 669 4</u>	
CPF nº: <u>078 518 323 06</u>	Residência: <u>ST SÃO FELIPE</u>		
Bairro: <u>-</u>	Cidade: <u>TAVÁ</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>63 660 000</u>

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº 8.119.595 SSP/MG e CPF nº 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza – CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3231-6493

PODERES:

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

FORTALEZA (CE), 02 de 20^o de 2015.

X Felipe Leite de Oliveira
Outorgante

X Márcio de Oliveira Leite

DECLARAÇÃO

Eu, FELIPE LEITE DE OLIVEIRA, brasileiro, SOLTEIRO, AGRICULTOR, portador da Carteira de Identidade/RG nº 2008 986 669 4 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 078 518 323 06, residente e domiciliado na cidade de TAVIA, estado de Ceará, ST. SÃO FELIPE, nº 515, declaro para os devidos fins que possuo hiposuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 02 de fev de 2015

X Felipe Leite de Oliveira

Declarante

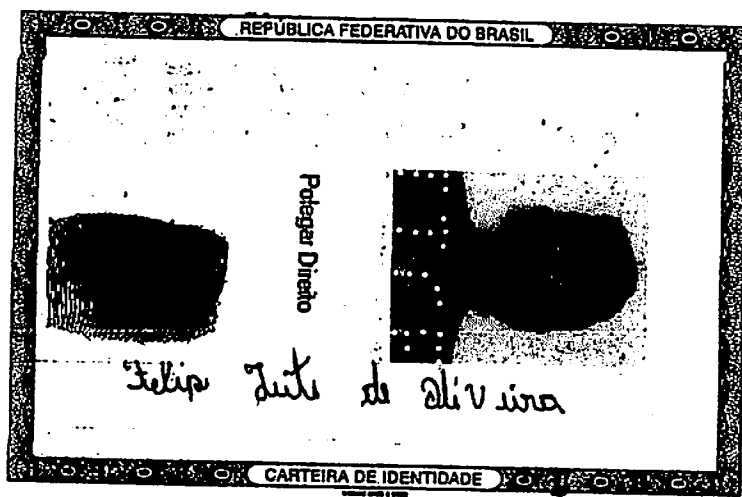
X Márcio de Oliveira Leite

DECLARAÇÃO.

Eu, FELIPE LEITE DE OLIVEIRA, Brasileiro 0, SOLTEIRO, AGRICULTOR,
 RG 2008986669-4, CPF 07851832306, capaz, residente e
 domiciliado na ST. SÃO FELIPE, cidade de
TAUA /CE, CEP 63660000. Declaro que resido no endereço
 acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura
 de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, e que
 fui vítima de acidente com veículo automobilístico. Sendo de minha total responsabilidade a
 declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza (CE), 03 de dez de 2015.

X Felipe Leite de Oliveira
 Declarante.
 X Márcio de Oliveira Leite



fts. 15

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2008986669 . 4
DATA DE EXPEDIÇÃO	10/12/2014
NOME	FELIPE LEITE DE OLIVEIRA
FILIAÇÃO	BENEDITO LEITE DA COSTA NETO MISLENE DE OLIVEIRA LEITE
NATURALIDADE	CUIABÁ - MT
DATA DE NASCIMENTO	05/02/1998
DOC. ORIGEM	
CERT. NASCIMENTO	CARTÓRIO:3 OFÍCIO TERMO:202828 FOLHA:176V
LIVRO:	A192 CUIABÁ - MT
	078.518.323-06
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

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

Nome: MILENE DE OLIVEIRA LEITE

DOC. EXERCÍCIO / CATEGORIA: 320146597 **CEP:** CE

CPF: 984.003.123-68 **DATA DE NASCIMENTO:** 24/03/1980

Função: JOSE RIBEIRO GOMES

Nome do Tutor: MAYLDES FERNANDES DE OLIVEIRA

Classe: **ACC:** **CRIME:** A

IP RODOVIO: 05013955349 **VALIDADE:** 12/04/2015 **1ª EMISSÃO:** 19/08/2010

OBSERVAÇÃO:
SEM OBSERVAÇÃO;

Milene de Oliveira Leite
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: FORTALEZA, CE **DATA EMISSÃO:** 29/08/2011

João Paulo
ASSINATURA DO EMISSOR

06457595915
CE127233415

DETRAN - CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
465437950

PROCURADOR PLASTIFICAR
465437950



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

fls. 18

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 240 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS

Data / Hora da Comunicação: 16/01/2015 15:27:06

Data / Hora da Ocorrência : 24/11/2014 07:30:06

Endereço da Ocorrência: SIT ESTRADA CARROÇAL - CAMPO GRANDE

PARAMBU /CE

Ponto de Referência:

Dados do(s) Veículo(s)

TIPO: MOTOCICLETA MARCA: HONDA/CG 150

PLACA: HXV7048 MUNICÍPIO / UF: TAUÁ / CE

MODELO/FABRICAÇÃO: 2007/2006 COR: PRATA

RENAVAM: 900534150 CHASSI: 9C2KC0N107R023207

SITUAÇÃO: RESTITUIDO PROPRIETÁRIO: VAMBAST RIBEIRO DE OLIVEIRA

ENVOLVIMENTO: NORMAL

Histórico

Compareceu a noticiante a esta delegacia de policia informando QUE trafegava na motocicleta acima caracterizada pela estrada de terra da localidade de Campo Grande, distrito de Trici, ocasião em que transportava na garupa seu filho FELIPE LEITE DE OLIVEIRA (RG: 2008986669-4 SSPCE); QUE, em determinado momento, perdeu o controle do veículo ao derrapar em um monte de arcia, vindo ambos a cair da motocicleta; QUE, em virtude do acidente, FELIPE sofreu corte na cabeça e escoriações pelo corpo, conforme guia de atendimento médico; QUE foi socorrido por populares até o hospital e são testemunhas do ocorrido: Moises Leite Teixeira. E nada mais disse.

Noticiante(s)

Nome: MISLENE DE OLIVEIRA LEITE

Endereço: R SÍTIO SÃO FILIPE

Bairro: TRICI

Município/UF: TAUÁ CE BRASIL

Telefone:

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

TICIANO VASCONCELOS LÔBO - MAT.: 198817-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Mislene de Oliveira Leite*

VISTO DO DELEGADO(A):

VICTOR TIMBO DE LIMA - MAT.: 198828-1-0

atendimento - PRONTO SOCORRO

fls. 19

Matrícula: 063263 Atendimento: 0001 CNS: Guia Aut:
 Paciente: FELIPE LEITE DE OLIVEIRA Est. Civil: Solteiro(a) Sexo: M
 RN : 202828 Nascimento: 05/02/1998 Local: CUIABA/MT Idade: 16 Ano(s)
 Pai: BENEDITO LEITE DA COSTA NETO Mãe: MISLENE DE OLIVEIRA LEITE
 Endereço: SITIO SAO FELIPE, SN Telefone: 88 97039775 CEP: 63660-000
 Bairro: TRICI Município: TAUA UF: CE
 Profissão: ESTUDANTE Empresa:
 Convênio: SUS Matricula:
 Cônjuge: Responsável: MISLENE DE OLIVEIRA LEITE
 Endereço: SITIO SAO FELIPE, SN Município: TAUA UF: CE
 Data Atendimento: 24/11/2014 Hora: 08:39 CID: Sala:
 Médico: ANTONIO HILSON PEDROSA CRM/UF: 3885/CE
 Tipo Atendimento: Funcionário: ÍTALO AGUIAR ANDRADE
 Indicador de Acidente: CPF do Responsável:
 Observação:

Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (mpm): PA (mmHg): X
 Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Relato feito a partir de

deveres do corpo (aprox.)

Antonio Hilson Pedrosa
 Médico do Trabalho
 1932/ 3885 CRM 2777

ANTONIO HILSON PEDROSA - CRM: 3885

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

60.973.737/0071-4-4
 SECRETARIA DE SAÚDE
 1º DE JULHO
 Hospital Dr. Adolfo Pimenta Lima
 Cuiabá - MT

Análise feita em 9:30

17/

Mislene de Oliveira Leite
 Assinatura Paciente/Responsável

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

2 - CNES
2328046

4 - CNES
2328046

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
FELIPE LEITE DE OLIVEIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
63263

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

8 - DATA DE NASCIMENTO
05/02/1998

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR
01 - Branca

11 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MISLENE DE OLIVEIRA LEITE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

MISLENE DE OLIVEIRA LEITE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SITIO SAO FELIPE, SN, TRICI

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

TAUA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
2313302

18 - UF
CE

19 - CEP
63660-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

pt 8, 16 anos com relato de trauma
em 04/01/2016 com queda de 2 metros
na escada. A queda ocorreu no
corredor do 2º andar do bloco de
internação.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

Antonio Hilson Pedrosa
Médico do Trabalho
* 3895 / SBCM 27.7

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura de ulna

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

7 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

9 - CLÍNICA

10 - URGÊNCIA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
Urgência

3 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ANILSON PEDROSA

31 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF 170255897380002

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
25/11/2014

Antonio Hilson Pedrosa

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

2 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

3 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

4 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

5 - EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APRESENTADO

6 - SEGURADO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

AUTORIZAÇÃO

8 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

9 - DOCUMENTO

10 - CNS () CPF

11 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

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

60.975.13710071-84
SOCIEDADE BENEFICENTE
SÃO CAMILO
HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA
CNPJ 06.808.000/0001-01



SÃO CAMILO

HOSPITAL Dr. ALBERTO FEITOSA LIMA

TAUÁ • CE

fls. 22

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: _____ PRONTUÁRIO _____

DATA: _____ QUARTO: _____ LEITO _____

25 / 11 / 19

Pt. 8. 16 anos 22 2022

1º dia - com acidente de trânsito de veículo

217 motorizada em trânsito na rua

frente - encosto - com lesão na coluna

crânio / membros superiores e inferiores

crânio / membros inferiores

2º dia - com fratura de

de osso parietal / fratura de

2º dia

3º dia - fratura de

fratura de

144 - pt. com fratura de

de osso parietal / fratura de

144 - pt. com fratura de

com fratura de

fratura de

Antonio Hilson Pedrosa
Médico do Trabalho
2015 / 01534 2715

TRAFICA FARIAS - (88) 437.1398

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/02/2016 às 15:35, sob o número 01145094020168060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0114509-40.2016.8.06.0001 e código 1F731BF.



EVOLUÇÃO CLÍNICA

[Handwritten signature]

NOME: _____ PRONTUÁRIO _____

TA: _____ QUARTO: _____ LEITO _____

01/11 - Paciente em Seguidor 24
TEF

60.975.737/0071-64
SOCIEDADE REZEMDE MONTI
SÃO CAMILO
Hospital Dr. Alberto Feitosa Lima
CEP: 03.050-000
Cada J

DADOS DO PACIENTE

Nome				FELIPE LEITE DE OLIVEIRA				Prontuário/Atendimento	
Data Nascimento		Local		País Nacionalidade		Idade		063263/0004	
05/02/1998		CUIABA		Brasil		16 Ano(s)			
Sexo		Raça/Cor		Etnia		Estado Civil		Religião	
Masculino		Branca				Solteiro(a)			
Documento				CNS					
RN 202828									
Endereço			Nº SN		Bairro		Município		CEP
SÍTIO SAO FELIPE					TRICI		TAUA-CE		63660-000
Fone		Profissão		Empresa		Fone Empresa			
(88) 9703-9775		ESTUDANTE							
Responsável				CPF do Responsável				Fone Responsável	
MISLENE DE OLIVEIRA LEITE									
Endereço Responsável				Cônjuge					
SÍTIO SAO FELIPE									
Mãe				Pai					
MISLENE DE OLIVEIRA LEITE				BENEDITO LEITE DA COSTA NETO					

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora		Quarto/Leito		Aposento		Clínica		Setor	
25/11/2014 16:00		108-0002		ENFERMARIA		MEDICA		CLINICA MEDICA	
Convênio		Matrícula		Autorização		Dias		Guia	
SUS						0			
Médico						CRM		3885	
ANTONIO HILSON PEDROSA									
ID Principal		CID Secundário							
5 069									
Observação									
Usuário		Procedimento SUS						Sisprenatal	
ANTONIA FLAVIA DE CASTRO									
Data Saída		Hora		Condição da Saída		Usuário Saída			
01/12/14		10:40		Por Melhora					

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

0978.737/0074-84
SOCIEDADE BENEFICENTE
SÃO CAETANO
Hospital Dr. Alberto Feitosa Lima
CEP: 63.660-000
Caixa J

TAUA, 25 de novembro de 2014.

Assinatura do paciente
Assinatura pela Impressão: ANTONIA FLAVIA DE CASTRO

Mislene de Oliveira Leite
Assinatura do responsável

Paciente: FELIPE LEITE DE OLIVEIRA

: 202828

Dt.Nasc.: 05/02/1998

Prontuário: 063263/0005

Fone: (88) 9703-9775

Médico: ANTONIO HILSON PEDROSA

Data: 25/11/2014 17:23 Local: LABORATORIO

Idade: 16 Ano(s) Sexo: Masculino

Quarto: 108 Leito: 0002

Vencido: SUS

Setor: CLINICA MEDICA

MARIO DE URINA

Material: Urina Coleta: 25/11/2014 17:23 Digitador: RENATA GONCALVES Liberação: 25/11/2014

Exame Físico

Volume: 30,0 mL

Aspecto: Turvo

Cor: Sui generis

Sedimento: Amarelo citrino

Exame Químico

pH: Normal

Densidade: 1,025

Proteínas: 5,0

Urobilina: (+++)

Hemoglobina: (+)

Leucócitos: Negativo

Urobilinogênio: Normal

Corpos Cetônicos: Negativo

Bilirrubina: Negativo

Nitritos: Negativo

Exame Microscópico

Células epiteliais: Algumas

Eritrócitos: Raros

Leucócitos: Algumas

Elementos de muco: Muitos

Cristalúria: Moderada

Cristais de urato amorfo: Muitos

Dr. José Enéas de A. Lima Júnior
BIOMÉDICO
CREM - 4885

00.975.73747-04
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
RUA ABIGAIL CIDRÃO DE OLIVEIRA, 213 - BAIRRO PLANALTO DOS COLIBRIS - TAUÁ - CE
FONE: (88) 3437-4299

FENELON M. DE OLIVEIRA

CREM/CE 2629

JOSÉ ENÉAS DE A. LIMA JÚNIOR

CRF/CE 4885

MARCIA LEITE S. DE OLIVEIRA

CREM/CE 2526

Data: 25/11/2014 17:46 RENATA GONÇALVES BEZERRA

2

Paciente: FELIPE LEITE DE OLIVEIRA

Idade: 202828

Dt. Nasc.: 05/02/1998

Prontuário: 063263/0005

Médico: ANTONIO HILSON PEDROSA

Fone: (88) 9703-9775

Data: 25/11/2014 17:23 Local: LABORATORIO

Idade: 16 Ano(s) Sexo: Masculino

Evento: SUS

Quarto: 108 Leito: 0002

Setor: CLINICA MEDICA

MOGRAMA COMPLETO

Método: Automatizado - Micro ABX 60

Material: Sangue Total Coleta: 25/11/2014 17:23 Digitador: RENATA GONCALVES Liberação: 25/11/2014

Valores Referenciais

UCOGRAMA

LEUCÓCITOS	:	11.700 /mm ³	3500 - 10000 /mm ³
GRANULÓFILOS	:	0 % 0 /mm ³	0 - 100 /mm ³
NEUTRÓFILOS	:	1 % 117 /mm ³	50 - 500 /mm ³
MONÓCITOS	:	0 % 0 /mm ³	0 - 840 /mm ³
ERITRÓCITOS	:	77 % 9.009 /mm ³	1700 - 8000 /mm ³
PLAQUETAS	:	3 % 351 /mm ³	300 - 900 /mm ³
HEMOGLOBINA	:	19 % 2.223 /mm ³	900 - 2900 /mm ³

Leucocitose com Neutrofilia Relativa e Absoluta.

TROMBOGRAMA

PLAQUETAS /mm ³	:	4,62 milhões	4,5 - 5,3 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	:	14,5 g/dL	13,0 - 16,0 g/dL
HEMATÓCRITO	:	43,1 %	37,0 - 49,0 %
HEMATÓCRITO	:	93,3 fL	78,0 - 100,0 fL
HEMATÓCRITO	:	31,4 pg	25,0 - 35,0 pg
HEMATÓCRITO	:	33,6 %	31,0 - 36,0 %
HEMATÓCRITO	:	13,3 %	10 - 15,0 %
PLAQUETAS	:	135.000	150.000 - 450.000/mm ³

Dr. José Enéas de A. Lima Júnior
BOMÉDICO
CREM - 4885

00.973.757/2014-04
SUSCITAÇÃO DE RESCISÃO
DE CONTRATO
HOSPITAL DE CLÍNICA E CIRURGIA
DE TAUAÁ
L. Tavares

FENELON M. DE OLIVEIRA
CREM/CE 2629JOSÉ ENÉAS DE A. LIMA JÚNIOR
CRF/CE 4885MARCIA LEITE S. DE OLIVEIRA
CRBM/CE 2526

Data: 25/11/2014 17:46 RENATA GONCALVES BEZERRA

Rua: Abigail Cidrão de Oliveira, 213 - Bairro: Planalto dos Colibris - Cep: 63.660.000 - Tauá-CE
Fone: (88) 3437-4299

FELIPE LEITE DE OLIVEIRA

FELIPE LEITE DE OLIVEIRA

pagamento@comprevseguros.com.br

[Adicionar aos contatos](#)

19/10/2015

Para: boni.junior@hotmail.com



Informamos abaixo o processo que sofreu movimentacao durante o dia 19/10/2015, ficamos a disposicao para qualquer esclarecimento.

Responsavel pela alteracao: CAIO/ANCELMO

Nome da Vitima	Cobertura	Número do Sinistro	Situacao	Observacao
FELIPE LEITE DE OLIVEIRA	INVALIDEZ	3150788514	PROCESSO INDENIZADO	DATA PAGAMENTO: 19/10/2015 VALOR PAGAMENTO: 1350.00