

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

NOME: Antonio Suvando Da Silva De Oliveira,
 Brasileiro(a), Estado Civil: Apiciutor,
 Profissão: Apiciutor, Portador(a) da identidade nº 2834786-94
 SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 796532863-15
 Telefone: (85) 9932-6513 residente e domiciliado(a) a Rua
Fazenda Garrote n.º SINº
 Bairro: Zona Rural, Cidade: Itapiruma CEP: 62740-000
 Email: não possui

OUTORGADOS: SOCIEDADE DE ADVOGADOS ROSSI E ROSSI ADVOCACIA,
 pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ n.º 28.563.742/0001-44 com inscrição da OAB/SC n.º 3783, localizada na Rua João Jose da Silva n.º 70, Bairro Aririu, Palhoça, SC, CEP 88.135.040, neste ato representada por seus advogados, **DR. REGINALDO PEREIRA ROSSI**, brasileiro, casado, advogado inscrito junto à OAB/CE sob n.º 29.065 e OAB/SC sob n.º 39.931, **DR.a JANAINA ROBERTO NUNES**, Advogada, inscrita junto a OAB/CE sob o n.º 11.606.

PODERES:

O OUTORGANTE nos termos do art. 105 do CPC, nomeia e constitui os OUTORGADOS seus bastante Procuradores, para, em conjunto ou separadamente, REPRESENTA-LO(A) em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, com os poderes da cláusula "ad judicium" et "extra" e os especiais de transigir, desistir, acordar, dar e receber quitação, receber intimações, coletar e sacar alvará e destacar os honorários contratuais e sucumbenciais, requerer o benefício da assistência judiciária gratuita nos termos do CPC e CRFB/88 e praticar todos os atos indispensáveis ao fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reservas. Podendo receber alvarás, sacar valores, receber e assinar acordos e contratos e todo e qualquer ato indispensável ao cumprimento do respectivo mandato, inclusive **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em meu nome, contra Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT.**

 Baturité, 30 / 09 / 2019.

Antonio Suvando da Silva de Oliveira
ASSNATURA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: Antônio Suenando da Silva de Oliveira
 Brasileiro(a), Estado Civil: Solteiro
 Profissão: Agricultor, Portador(a) da identidade nº 2834786-94
 SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 906-532.863-15
 Telefone: (85) 9932-6513 residente e domiciliado(a) a Rua Fazenda Garrate n.º 511-º
 Bairro: Zona Rural, Cidade: Itapipuma CEP: 62740-000
 Email: não possui

DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98, §1º do Código de Processo Civil de 2015, de forma que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Baturité, 30/09/2019.

Antônio Suenando da Silva de Oliveira
ASSNATURA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

09-1.

Antonio Suevoando da Silva de Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

UNION DO BRASIL - Impressora de Segurança Ltda

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2834786-94

DATA DE EXPEDIÇÃO 09.06.94

NOME ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA

Francisco Pinheiro de Oliveira
Raimunda Custódio da Silva

Capistrano - CE. 16.04.77

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert.Nasc.188. Lv.A-07.Fls.55.

DOC ORIGEM

Cartório Capistrano - CE.

CPF ***

FORTALEZA - CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA

Nº de inscrição 796532863-15

Data de Nascimento 16/04/77



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

Assinatura

ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA

ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA

S
E
R
P
R
O

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 23/11/96

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA

DATA DE NASCIMENTO 16/04/1977

Nº INSCRIÇÃO 0429 3678 0701

ZONA 105 SEÇÃO 0143

MUNICÍPIO / UF ITAPIUNA/CE

DATA DE EMISSÃO 03/05/2016

JUIZ ELEITORAL

[Assinatura]

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

PRESIDENTE DO TRECE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Antonio Suevoando da Silva de

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VÁLIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por REGINALDO PEREIRA ROSSI e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 21/10/2020 às 10:05 , sob o número 02597726420208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0259772-64.2020.8.06.0001 e código 78636A4.



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | Nº 071342708

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135 040
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Esta é a sua conta de
07/2020

Nº DO CLIENTE

2554232

DV

VENCIMENTO

16/07/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

29,15

DATA EMISSÃO

09/07/2020

DADOS DO CLIENTE

Nome MARIA PEDRINA DE OLIVEIRA FELIX

Endereço FZ GARROTE 00000

62740-000 ITAPIUNA DISTRITO PALMATORIA

Classificação Rural Residencial Rural

Modalidade Tarifária B2 RURAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 2639073-FAE-006 - IN005R53

CPF / CNPJ

547.023.053-87

DATAS DE LEITURA

Anterior

09/06/2020

Atual

09/07/2020

Prev. Próx. Leitura

10/08/2020

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8DD3.6EB4.171D.5B4B.81F8.B995.2EE3.5551

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	9353.00	9283.00	70.00	0.00	0.00	0.00	1.00	70.00	70.00	0.42386	29.67

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade

Tarifa

Valor (R\$)

Juros Moratórios			0.59
Consumo	70	0.42386	29.67
Bonus Itaipu			1.11

CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh)	A Expirar Próximo Mês

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica (%CO₂)



Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
PIS/PASEP	29.67	0.3400	0.10
COFINS	29.67	1.5900	0.48
ICMS	0.00	0.00	0.00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 10/06 - 09/07 "Informamos que a sua conta de energia com fornecimento lido partir de 01/07/2020 passa ter o reajuste tarifário médio de 3,94% publicado na Resolução Aneel nº 2.676/20 em 14/04/2020, postergado devido ao covid19" "CONFORME RES 800 ANEEL- VOCE DEVERA IR A UMA DE NOSSAS LOJAS COM DOCUMENTACAO NECESSARIA COMPROVAR SUA ATIVIDADE ATE JULHO-2020"

ATENÇÃO

DEBITOS ANTERIORES:

Mes/Ano	Valor R\$
06/2020	31,29
Total	31,29

83870000000-1 29150031040-4 00387105107-3 00002554232-0



Autenticação Mecânica

Orgãos de Proteção ao Crédito, Cartórios de Protesto de Títulos e a Suspensão do Fornecimento de Energia Elétrica.

Pague sua conta até a data de vencimento. Você evita a cobrança de juros e multa, o envio de informações aos

Para a sua comodidade, utilize o sistema de débito automático em conta corrente.

DEBITO AUTOMÁTICO.

MARIA PEDRINA DE OLIVEIRA FELIX
FZ GARROTE 00000
ITAPIUNA DISTRITO PALMATORIA
62740-000

DADOS PARA ENTREGA

IN005R53

2554232

09/07/2020

2639073-FAE-006

09/07/2020

ENEL & VOCÊ

Central de Relacionamento

0800 285 0196

Atendimento 24 horas

Internet

www.eneldistribuicao.com.br

OBSERVAÇÕES

As regras para a cobrança da Contribuição de Iluminação Pública poderão ser encontradas em www.eneldistribuicao.com.br

Informações sobre Legislação

Comunicamos aos nossos clientes que quaisquer informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores para consulta em todas as nossas lojas de atendimento e no nosso site.

Importante

Informações sobre os atendimentos comerciais realizados podem ser obtidas em todas as nossas lojas de atendimento e no nosso site.

LEGENDA DE TERMOS E ABREVIações

HFP: Hora fora ponta.

Contrat: Contratada.

Registr: Registrada.

Ultrapass: Ultrapassagem.

UFER: Unidade de faturamento de energia reativa.

DMRC: Demanda máxima correspondente ao Reativo.

LEGENDA DOS INDICADORES DE QUALIDADE E FORNECIMENTO

DIC: Número de horas que o cliente ficou sem energia.

FIC: Número de vezes que o cliente ficou sem energia.

DMIC: Duração máxima, em horas contínuas, que o cliente ficou sem energia.

DICRI: Duração de interrupções ocorridas em Dias Críticos.

Dias Críticos: Dias em que o número de ocorrências emergenciais supera o padrão normal.

Clientes cujos padrões de continuidade tenham sido violados, deverão receber uma compensação financeira através da conta de energia, conforme critérios definidos no Procedimento de Distribuição Módulo 8, além de poder solicitar à distribuidora a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI, sempre que for necessário. Para mais informações entre no site www.aneel.gov.br.

INFORMAÇÕES/RECLAMAÇÕES

Regionais de Atendimento Enel:

Fortaleza e Região metropolitana:

(85) 4353 4788/4988

Juazeiro: (88) 3566 2225

Iguatu: (88) 3581 1191

Limoeiro: (88) 3423 4101

Canindé: (85) 3343 2025

Sobral: (85) 3677 2234

Itaipoca: (88) 3631 4188

CENTRAL DE TELEATENDIMENTO

1 - Ouvidoria: 0800 280 4100, dias úteis, das 8h às 12h e das 14h às 18h,

com protocolo de atendimento anterior

2 - Agência Reguladora de Serviços Públicos do Estado do Ceará

- ARCE - 0800 727 0167 - ligação gratuita de telefones fixos e móveis.

3 - Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167 - ligação gratuita de telefones fixos e móveis.

Em caso de falta de energia, envie um SMS para 26816 com:

faltadeluz + espaço + número do cliente



REMETENTE

DEVOLUÇÃO DA CONTA

Senhor Entregador: assinale com "X" o motivo da devolução desta conta.

☐ Casa fechada

☐ Endereço insuficiente

☐ Outros - especificar

☐ Rubrica:

☐ Matrícula:

☐ Hora:

Para garantia dos dados impressos nesta conta, arquive a mesma em local seco, sem contato com plástico, óleo ou produtos químicos. Caso haja cobrança de valores referentes a serviços e/ou produtos não relacionados ao consumo de energia elétrica, o cliente poderá solicitar a emissão de nova fatura com a exclusão destes valores, com excesso de cobranças e contribuições previstas em lei ou regulamentos, como a CIP (contribuição de iluminação pública).

IMPORTANTE

fls. 13

DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

EU: Antônio Suvando da Silva de Oliveira
 Brasileiro(a), Estado Civil: Solteiro
 Profissão: Apicultor, Portador(a) da identidade nº 2834486-94
 SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 796.532.863-15
 Telefone: (85) 9932-6513 residente e domiciliado(a) a Rua
Fazenda Garrote n.º 51Nº
 Bairro: Zona Rural, Cidade: Itapiruna CEP: 62740-000
 Email: não possui

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS LEGAIS QUE RESIDO NA RUA

Fazenda Garrote n.º 51Nº
 Bairro: Zona Rural, Cidade: Itapiruna CEP: 62740-000

Por ser verdade, firmo a presente.

Baturité, 30/09/2019.

Antônio Suvando da Silva de Oliveira
 ASSNATURA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

 EU: Antonio Sverando Da Silva De Oliveira

 Brasileiro(a), Estado Civil: Solteiro

 Profissão: Arquiteto, Portador(a) da identidade nº 2834786-94

 SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 796.532.863-15

 Telefone: (85) 9932-6513 residente e domiciliado(a) a Rua

Fazenda Garrute n.º 5112

 Bairro: Zona Rural, Cidade: Baturité CEP: 62740-000

 Email: não possui

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS LEGAIS QUE tenho total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em meu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza ou Baturité, resultando, ainda que até a presente data não propus ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos apresentados.

Outrossim, declaro ainda, estar ciente de minha responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos narrados, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial, de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude dos fatos juridicamente relevantes, exonerando os advogados **DR. REGINALDO PEREIRA ROSSI**, brasileiro, casado, advogado inscrito junto à OAB/CE sob nº 29.065 e OAB/SC sob nº 39.931 e **DRª. JANAINA ROBERTO NUNES**, brasileira, casada, advogada, inscrita junto a OAB/CE sob nº 11.606, de qualquer responsabilidade civil e/ou Criminal.

Baturité, 30 / 09 / 2019.
Antonio Sverando Da Silva De Oliveira
DECLARANTE

TESTEMUNHAS:
NOME: ELTON JHONES ALVES DA SILVA
CPF: 063.185.183.63
ASSINATURA:
NOME: ALESSANDRA LOPES DA SILVA
CPF: 062.540.643-59
ASSINATURA:

DECLARAÇÃO DO IRRF

Com a edição da **INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB N.º 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008**, deixou de existir a **DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO**, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei 7.115/83, o(a) acima qualificado(a) **DECLARA**, sob pena das sanções civis, administrativas e criminais, que **NÃO POSSUI RENDIMENTOS QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRRF À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**.

Declaro ainda, ter ciência do que dispõe o art. 299 do Código Penal Brasileiro:

“Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia 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 fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.”

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente.

Baturité, 30 / 09 / 2019.

Antonio Suvando da Silva de Oliveira
DECLARANTE

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e da outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.

JOÃO FIGUEIREDO

Ibrahim Arbi-Ackel

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DO LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL

EU: Antonio Suvando Da Silva De Oliveira

Brasileiro(a), Estado Civil: Solteiro

Profissão: Agricultor, Portador(a) da identidade nº 2834786-94

SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 796.532.863-15

Telefone: (85)9932-6513 residente e domiciliado(a) a Rua Fazenda Garrote n.º 5102

Bairro: _____, Cidade: Criciúma CEP: 62740-000

Email: não possui

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que estou impossibilitado de aprestar o laudo pericial do Instituto Médico Legal – IML, para os requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei n.º 6.194/1974) e do processo judicial, uma vez que:

- () não há estabelecimento do IML no Município de minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 dias do respectivo pedido, não havendo tempo hábil pra tal;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, seja administrativo ou judicial, para 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 de lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei n.º 6.194/1974.

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

Baturité, 30 / 09 / 2019.
Antonio Suvando da Silva de Oliveira
DECLARANTE

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 1599 / 2017****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/11/2017 12:24:00**
Data / Hora da Ocorrência: **30/07/2017 03:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA PREGUIÇA**
Complemento:
Bairro:
Município: **ITAPIUNA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA**
Nascimento: **16/04/1977** CPF: **796.532.863-15**
RG: **2834786-94** Orgão Emissor: UF:
Filiação: **RAIMUNDA CUSTÓDIO DA SILVA**
FRANCISCO PINHEIRO DE OLIVEIRA
Endereço: **SITIO ASSENTAMENTO VILA NOVA**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **ITAPIUNA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99932-6513**

Noticiante(s)

Nome: **OSCAR VIEIRA DE MENEZES FILHO**
Nascimento: **06/07/1985** CPF: **027.572.403-40**
CNH: **05387195755** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **MARIA VALDETE COREIA MENEZES**
OSCAR VIEIRA DE MENEZES
Endereço: **SITIO BARRA SANTO ANTONIO**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **ITAPIUNA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99657-4325**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OSG5639 Uf: CE Município: ITAPIUNA Chassi:
9C2JC4120CR574353 Renavam: 500229597 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN ES Ano
Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA Cor:
PRETA Proprietário: OSCAR VIEIRA DE MENEZES FILHO Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

O noticiante informa que conduzia o veículo HONDA/CG 125 FAN ES, de placa OSG5639/CE, chassi 9C2JC4120CR574353, de sua propriedade, com a pessoa de Antonio Suevando da Silva de Oliveira, na garupa, quando ao passar por um quebra molas, o garupeiro, o qual se encontrava alcoolizado e sem capacete, caiu e perdeu a consciência. O noticiante informa que a vítima foi socorrida pela ambulância do Hospital de Itapiúna e conduzida para o mesmo, onde foi transferida para o IJF Centro em Fortaleza, ficando internada até a data de 28/09/2017. O noticiante informa que sofreu apenas escoriações leves pelo corpo.
A vítima confirma todas as informações prestadas pelo noticiante.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 1599 / 2017****VÍTIMA:***Antonio Suvando da Silva de Oliveira*

ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :***[Signature]*
CLÁUDIO GALL - MAT.: 106210-1-1**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***[Signature]***VISTO DO DELEGADO(A) :****ANNA CRISTHINA MARCATTI LEONCIO - MAT.: 30078411**

[illegible]

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

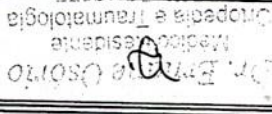
24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Atestado - Serviço de Traumatologia-

.topedia

Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Servico de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA		
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	30 07 2017	DATA DA ALTA:	28/09/2017
BE/PRONT:	5520713	CIDADE DE ORIGEM:	ITAPIUNA
IDADE:	40		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE FEMUR - TRANSTROCANTERICA DIR (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:	1- MARCAR RETORNO PARA AMBULATÓRIO DO DR DANIEL MINÁ EM 15 DIAS 2- NÃO PISAR ATÉ RETORNO 3- ANALGESIA PARA CASA SE NECESSÁRIO 4- MOVIMENTAR QUADRIL, JOELHO E TORNOZELO DIREITOS 5- MARCAR RETORNO PARA AMBULATÓRIO DA NEUROCIRURGIA(DR CARLOS VINÍCIUS) 6- TRAZER ESTE RELATÓRIO EM TODOS OS RETORNOS		
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	DANIEL MINÁ		
RESIDENTE DO LEITO:	ERNANE BRUNO		

Ass:  Dr. Daniel Miná	Retornar dia: <u>15</u> / <u>09</u> / <u>17</u> Hora: _____ para Dr. <u>Daniel Miná</u>
Data: <u>28</u> / <u>09</u> / <u>17</u>	Dispensa do trabalho por: <u>90 dias (noventa dias)</u>
Imprimir	

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE (APAC)			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA		2 - CNES: 2529149	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3 - NOME DO PACIENTE: ANTONIO SUEVANDO DA SILVA OLIVEIRA		4 - Nº PRONTUÁRIO: 5520713	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DO NASCIMENTO	7 - SEXO (X) MASCULINO () FEMININO	
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:		9 - TELEFONE DE CONTATO:	
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):			
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:		12 - CÓDIGO MUNICÍPIO:	13 - UF: CE
14 - CEP:			
PROCEDIMENTO PRINCIPAL SOLICITADO			
15 - CÓDG. PROCEDIMENTO PRINCIPAL:	16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: TC DE CRÂNIO SEM CONTRASTE		17 - QUANTIDADE: 01
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIOS SOLICITADOS			
18 - COD. PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:		20 - QUANTIDADE:
21 - COD. PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:		23 - QUANTIDADE:
24 - COD. PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:		26 - QUANTIDADE:
27 - COD. PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:		29 - QUANTIDADE:
30 - COD. PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:		32 - QUANTIDADE:
JUSTIFICATIVO(S) PROCEDIMENTOS SOLICITADOS(S)			
33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: TCE		34 - CID 10 PRINCIPAL S-06.9	35 - CID 10 SECUNDÁRIO:
36 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:			
37 - OBSERVAÇÕES: CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO			
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: GUSTAVO BANDEIRA SANTOS		39 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 05/08/2017	42 - ASSINATURA / CARIMBO COM Nº DO CRM: Gustavo Bandeira Santos Residente Neurocirurgia - IJF CREMEC 18270
40 - DOCUMENTO: () CNES (X) CPF		41 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO SOLICITANTE: 012.037.881-77	
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	44 - CÓDIGO DO ÓRGÃO EMISSOR:		49 - Nº AUTORIZAÇÃO (APAC):
45 - DOCUMENTO: () CNES () CPF	46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO SOLICITANTE:		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	48 - ASSINATURA / CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO):		50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: / / A / /

AGENDAMENTO DE EXAMES		EXAMES
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
PROCEDIMENTOS		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		


Prefeitura de Fortaleza
 Instituto Dr. José

NÚCLEO AMBULATORIAL

Nome: Antonio Suerando de Silva
 Registro geral: 5520713 de Oliveira
 Nº Carteira SUS: _____
 Diagnóstico: _____
 Médico: Carlos Vinicius
Neurocirurgia
ESPECIALIDADE

Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061 •
 Fortaleza, Ceará, Brasil. (85) 3255-5010 • (85) 3255-5185

Especialidade: Neurocirurgia Retorno: 2003/18 às 13:00 Profissional: Carlos Vinicius
 Especialidade: _____ Retorno: / / às _____ Profissional: _____
 Especialidade: _____ Retorno: / / às _____ Profissional: _____
 Especialidade: _____ Retorno: / / às _____ Profissional: _____
 Especialidade: _____ Retorno: / / às _____ Profissional: _____
 Especialidade: _____ Retorno: / / às _____ Profissional: _____
 Especialidade: _____ Retorno: / / às _____ Profissional: _____
 Especialidade: _____ Retorno: / / às _____ Profissional: _____
 Especialidade: _____ Retorno: / / às _____ Profissional: _____
 Especialidade: _____ Retorno: / / às _____ Profissional: _____
 Especialidade: _____ Retorno: / / às _____ Profissional: _____
 Especialidade: _____ Retorno: / / às _____ Profissional: _____

ESPECIALIDADES
 TRAUMATOLOGIA – CIRURGIA GERAL – NEUROCIRURGIA –
 PEQUENA CIRURGIA – PRÉ ANESTÉSICO – ACUPUNTURA

CIRURGIA PLÁSTICA – NEFROLOGIA – CIRURGIA VASCULAR
 – DOR – CITRAFE – ENFERMAGEM

AGENDAMENTO DE EXAMES	EXAMES	
Data: / / às :		 Prefeitura de Fortaleza Secretaria Municipal de Saúde Instituto Dr. José Protásio
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
PROCEDIMENTOS		NÚCLEO AMBULATORIAL Nome: <u>Antonio Suerando de Silva</u> Registro geral: <u>5520713</u> <u>de Oliveira</u> Nº Carteira SUS: _____ Diagnóstico: _____ Médico: <u>Carlos Vinicius</u> <u>Neurocirurgia</u> ESPECIALIDADE
Data: / / às : _____	_____	Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061 • Fortaleza, Ceará, Brasil. (85) 3255-5010 • (85) 3255-5185
Data: / / às : _____	_____	
Data: / / às : _____	_____	
Data: / / às : _____	_____	
Data: / / às : _____	_____	

Especialidade: <u>Neurocirurgia</u>	Retorno: <u>2003/18</u>	às: <u>13:00</u>	Profissional: <u>Carlos Vinicius</u>
Especialidade: _____	Retorno: / /	às: _____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: / /	às: _____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: / /	às: _____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: / /	às: _____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: / /	às: _____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: / /	às: _____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: / /	às: _____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: / /	às: _____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: / /	às: _____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: / /	às: _____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: / /	às: _____	Profissional: _____

ESPECIALIDADES
TRAUMATOLOGIA – CIRURGIA GERAL – NEUROCIRURGIA –
PEQUENA CIRURGIA – PRÉ ANESTÉSICO – ACUPUNTURA

CIRURGIA PLÁSTICA – NEFROLOGIA – CIRURGIA VASCULAR
– DOR – CITRAFE – ENFERMAGEM

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por REGINALDO PEREIRA ROSSI e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 21/10/2020 às 10:05, sob o número 025977264202008060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0259772-64.2020.8.06.0001 e código 78636A8.



Serviço de Neurocirurgia

Instituto Dr. José Frota
Rua Barão do Rio Branco 1816
Fortaleza - Ceará

RESUMO DE ALTA NEUROCIRÚRGICA/ ATESTADO MÉDICO

Nome: ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA		
Sexo: M	Internação: 30/07/2017	Alta Neurocirúrgica: 05/08/2017
Diagnóstico: HEMATOMA EPIDURAL AGUDO		
Prontuário: 5520713	GOS-E: 8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEDA

Evolução Clínica:

Paciente, 40 anos, vítima de acidente de moto no dia 29/07/17 com TCE e fratura de fêmur D. TC de crânio da admissão evidenciou HEDA frontal D. Realizado procedimento cirúrgico no dia 30/07/17 pelo Dr. Gilnard. Encaminhado para enfermaria da neurocirurgia após alta da SR. Encaminhada para enfermaria da neurocirurgia após alta da SR. Exame de imagem de controle pós-operatório satisfatório. **Caso discutido com STAFF (Dr. João Antonio) que orientou alta da neurocirurgia e acompanhamento ambulatorial.**

Resultado de Exames:

TC de crânio (30/07/17): HEDA frontal D + explosão temporal E.

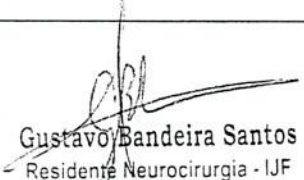
TC de crânio (03/08/17): controle pós-operatório satisfatório.

Hoje:

Paciente encontra-se bem clinicamente. Ao exame físico: GCS 14, pouco desorientado, PIFR, MOE normal, sem déficits motores, FO em bom aspecto, sem sinais flogísticos, sem febre. **Encaminhado para TO.**

Orientações:

- Alta da neurocirurgia e acompanhamento ambulatorial.
- Retorno ambulatorial Dr. Carlos Vinícius – terças e quintas.
- **Retirar pontos de sutura no dia 11/08/17.**
- 30 dias de afastamento de suas atividades laborais.
- **Observação domiciliar rigorosa e RETORNO IMEDIATO à emergência se INTERCORRÊNCIAS.**
- **ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA – POSTO DE SAÚDE.**
- Sugerimos afastamento de suas atividades laborais conforme perícia médica.


Gustavo Bandeira Santos
Residente Neurocirurgia - IJF
CREMEC 18270

Fortaleza, 05 de Agosto de 2017.



Serviço de Neurocirurgia

Instituto Dr. José Frota
Rua Barão do Rio Branco 1816
Fortaleza - Ceará

RESUMO DE ALTA NEUROCIRÚRGICA/ ATESTADO MÉDICO

Nome: ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA		
Sexo: M	Internação: 30/07/2017	Alta Neurocirúrgica: 05/08/2017
Diagnóstico: HEMATOMA EPIDURAL AGUDO		
Prontuário: 5520713	GOS-E: 8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEDA

Evolução Clínica:

Paciente, 40 anos, vítima de acidente de moto no dia 29/07/17 com TCE e fratura de fêmur D. TC de crânio da admissão evidenciou HEDA frontal D. Realizado procedimento cirúrgico no dia 30/07/17 pelo Dr. Gilnard. Encaminhado para enfermaria da neurocirurgia após alta da SR. Encaminhada para enfermaria da neurocirurgia após alta da SR. Exame de imagem de controle pós-operatório satisfatório. **Caso discutido com STAFF (Dr. João Antonio) que orientou alta da neurocirurgia e acompanhamento ambulatorial.**

Resultado de Exames:

TC de crânio (30/07/17): HEDA frontal D + explosão temporal E.

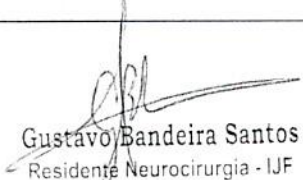
TC de crânio (03/08/17): controle pós-operatório satisfatório.

Hoje:

Paciente encontra-se bem clinicamente. Ao exame físico: GCS 14, pouco desorientado, PIFR, MOE normal, sem déficits motores, FO em bom aspecto, sem sinais flogísticos, sem febre. **Encaminhado para TO.**

Orientações:

- Alta da neurocirurgia e acompanhamento ambulatorial.
- Retorno ambulatorial Dr. Carlos Vinícius – terças e quintas.
- **Retirar pontos de sutura no dia 11/08/17.**
- 30 dias de afastamento de suas atividades laborais.
- **Observação domiciliar rigorosa e RETORNO IMEDIATO à emergência se INTERCORRÊNCIAS.**
- **ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA – POSTO DE SAÚDE.**
- Sugerimos afastamento de suas atividades laborais conforme perícia médica.


Gustavo Bandeira Santos
Residente Neurocirurgia - IJF
CREMEC 18270

Fortaleza, 05 de Agosto de 2017.

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Atestado - Serviço de Traumatologia-

topedia

Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Servico de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA		
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	30 07 2017	DATA DA ALTA:	28/09/2017
BE/PRONT:	5520713	CIDADE DE ORIGEM:	ITAPIUNA
IDADE:	40		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE FEMUR - TRANSTROCANTERICA DIR (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:	1- MARCAR RETORNO PARA AMBULATÓRIO DO DR DANIEL MINÁ EM 15 DIAS 2- NÃO PISAR ATÉ RETORNO 3- ANALGESIA PARA CASA SE NECESSÁRIO 4- MOVIMENTAR QUADRIL, JOELHO E TORNOZELO DIREITOS 5- MARCAR RETORNO PARA AMBULATÓRIO DA NEUROCIRURGIA(DR CARLOS VINÍCIUS) 6- TRAZER ESTE RELATÓRIO EM TODOS OS RETORNOS		
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	DANIEL MINÁ		
RESIDENTE DO LEITO:	ERNANE BRUNO		

Ass:  Ortopedia e Traumatologia Médico Residente	Retornar dia: <u>30/09/17</u> Hora: _____ para Dr. <u>Daniel Miná</u>
Data: <u>28/09/17</u>	Dispensa do trabalho por: <u>90 dias (noventa dias)</u>
Imprimir	

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE (APAC)			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA		2 - CNES: 2529149	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3 - NOME DO PACIENTE: ANTONIO SUEVANDO DA SILVA OLIVEIRA		4 - Nº PRONTUÁRIO: 5520713	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DO NASCIMENTO		7 - SEXO (X) MASCULINO () FEMININO
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:		9 - TELEFONE DE CONTATO:	
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):			
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:		12 - CÓDIGO MUNICÍPIO:	13 - UF: CE
14 - CEP:			
PROCEDIMENTO PRINCIPAL SOLICITADO			
15 - CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL:		16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: TC DE CRÂNIO SEM CONTRASTE	
		17 - QUANTIDADE: 01	
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIOS SOLICITADOS			
18 - COD. PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:		20 - QUANTIDADE:
21 - COD. PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:		23 - QUANTIDADE:
24 - COD. PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:		26 - QUANTIDADE:
27 - COD. PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:		29 - QUANTIDADE:
30 - COD. PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:		32 - QUANTIDADE:
JUSTIFICATIVO(S) PROCEDIMENTOS SOLICITADOS(S)			
33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: TCE		34 - CID 10 PRINCIPAL S-06.9	35 - CID 10 SECUNDÁRIO:
36 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:			
37 - OBSERVAÇÕES: CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO			
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: GUSTAVO BANDEIRA SANTOS		39 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 05/08/2017	
40 - DOCUMENTO: () CNES (X) CPF		41 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO SOLICITANTE: 012.037.881-77	
		42 - ASSINATURA / CARIMBO COM Nº DO CRM: Gustavo Bandeira Santos Residente Neurocirurgia - IJF CREMEC 18270	
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		44 - CÓDIGO DO ÓRGÃO EMISSOR:	
45 - DOCUMENTO: () CNES () CPF		46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO SOLICITANTE:	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:		48 - ASSINATURA / CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO):	
49 - Nº AUTORIZAÇÃO (APAC):			
50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: / / A / /			

SINISTRO 3170631143 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV
Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE
BENEFICIÁRIO ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 79653286315

Posição em 08-07-2020 11:26:00

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/12/2017	R\$ 8.100,00	R\$ 0,00	R\$ 8.100,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
29/12/2017	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	
28/12/2017	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	
28/12/2017	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	