

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Luan Valdenir Nóbrega Nascimento, solteiro, agricultor,
residente na Rua Pádua Alita de Freitas, 253, Várzea Alegre,
Russo Jce

Declaro, sob as penas da Lei e nos termos do art. 1º da Lei n.º 7.115 de 29 de agosto de 1983, especialmente para fazer prova perante a JUSTIÇA, que é pobre no sentido legal do termo, não tendo condições para arcar com as custas, sem privar-se dos recursos indispensáveis ao próprio sustento.

Responsabiliza-se, o infra-assinado, pelo teor da presente declaração, ciente de que se sujeitará às sanções civis e criminais, em caso de falsidade.

Para clareza e os devidos fins de direito, firma a presente declaração:

Limoeiro do Norte. CE. 15 de maio de 2016

X Luan Valdenir Nascimento da Silva

SINISTRO 3150744102 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A

BENEFICIÁRIO LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA

CPF/CNPJ: 61926253361

Posição em 30-09-2015 09:24:35

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

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



PROCURAÇÃO "AD-JUDÍCIA"

OUTORGANTE: Juan Valdeir N. da Silva, brasileiro, solteiro, Agricultor, com RG 2008775570-4 SSP/CE, CPF 619.262.533-64 com endereço/domicílio Rua Vital Atila S. Mendes, nº 253, Bairro Varzea Alegre, CEP nº 62.900-000, Rumas /CE, constituo (imos) e nomeio (amos) o(a) bastante procurador(a):.

OUTORGADO: **KALINE LOPES R. MOREIRA**, brasileira, casada, OAB/CE, sob o n.º 34.344, **VANDA MARIA LOPES DE SOUSA**, brasileira, divorciada, OAB/CE, sob o n.º 9882-B, ambas com escritório profissional sito à Rua Limério Osterne, 1942, Centro, CEP 62-930.000, Limoeiro do Norte /CE e Rua: Evaristo Reis, 329, São João do Tauapé, CEP 60.130-600, Fortaleza/CE.

OBJETO: representar o(s) Outorgante(s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad juditia et extra*, para o foro em geral, especialmente para propor Ação de Cobrança - Seguro DPVAT.

_____, podendo portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.

Fortaleza/CE. 12 de maio de 2016.

Juan Valdeir Napeimanto da Silva

OK

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

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Luan Váldemir Nascimento da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Rumos/CE

Local e data

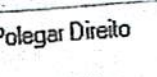
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Juan Valdenir Nascimento da SilvaRG nº 80087755-4, data de expedição 23/06/14, Órgão SSPCECPF nº 619.262.533-61, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	
Estado	
CEP	
Telefone de Contato	<u>(88) 998060111 / 992557530</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data Renas - PEAssinatura do Declarante: Juan Valdenir Nascimento da Silva

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO	Assinatura do Titular <i>Luiz Waldemir Wapimentado da Silva</i>
Carteira de Identidade	Foto 	Assinatura do Titular
Carteira de Identidade	Polegar Direito 	Assinatura do Titular

Autêntico, para os devidos efeitos, a presente cópia impressa
do documento que me foi apresentado em Cartório pelo Sr. Sr.
interposição. ~~15/07/2015~~ ~~15/07/2015~~ ~~15/07/2015~~ ~~15/07/2015~~
Dout. Russas, 15/07/2015. ~~15/07/2015~~ ~~15/07/2015~~ ~~15/07/2015~~
De testemunha:  da verdade, Sr.
Luciano Silva Oliveira, Escrevente Autorizado ~~15/07/2015~~ ~~15/07/2015~~ ~~15/07/2015~~
ASSINTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE ~~15/07/2015~~ ~~15/07/2015~~ ~~15/07/2015~~
Belo Horizonte, 15/07/2015. - CARTÓRIO NOTARIAL
15/07/2015 ~~15/07/2015~~ ~~15/07/2015~~ ~~15/07/2015~~



Atestamos, para os devidos efeitos, a possível copia remanejada do documento que se foi apresentada ao Cartório pelo interessado. ~~Atestamos, para os devidos efeitos, a possível copia remanejada do documento que se foi apresentada ao Cartório pelo interessado.~~

Dou te, Manaus, 15/07/2015. ~~Atestamos, para os devidos efeitos, a possível copia remanejada do documento que se foi apresentada ao Cartório pelo interessado.~~

Em testemunho da verdade, assinamos a presente. ~~Atestamos, para os devidos efeitos, a possível copia remanejada do documento que se foi apresentada ao Cartório pelo interessado.~~

Luciana Silva Oliveira - ~~Atestamos, para os devidos efeitos, a possível copia remanejada do documento que se foi apresentada ao Cartório pelo interessado.~~

ANEXO SUBSTITUIÇÃO DE ALIMENTAÇÃO - ~~Atestamos, para os devidos efeitos, a possível copia remanejada do documento que se foi apresentada ao Cartório pelo interessado.~~

Selo(s): 60-1541 - CARTÓRIO HERÓLES AGUIARIAN - ZILÓDIO REXEIDA
PRAÇA VERDE, 100 - JARDIM VERDE - MANAUS - AM - 69010-000

Em 05/08/2015, às 10:02, foi assinado pelo Sr. ~~Atestamos, para os devidos efeitos, a possível copia remanejada do documento que se foi apresentada ao Cartório pelo interessado.~~



Me5/HNO
05/2015





HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará



1500091530

10/04/2015 07:48:17

GUIA DE ADMISSÃO () GUIA DE ATENDIMENTO ()

TRAUMA/CIRURGICO-02.006.001

Paciente

00082507 - LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA

Nascimento

CNS

CPF

Documento

24/06/1996 Id: 18 A 9 M 16 D 898003043802642

Identidade - 20087755704 - SSPCE - 26/03/2014

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Escolaridade

Ocupação

Endereço

Parda -

AGRICULTOR

TRAVESSA - CUSTODIA OLIVEIRA - 2510 - VARZEA ALEGRE - RUSSAS - CE

CEP

Complemento

Naturalidade

Contatos

621.9001-000 PROX AO CHIQUEM

FORTALEZA - CE

(88) 9322-0642

Mãe

Pai

MARIA LUCIA ALVES DO NASCIMENTO

FRANCISCO VALDENIR DA SILVA

SisPreNatal

Plano - Convênio

Carteira

Validade

Autorização

SUS - SUS

Caráter de Atendimento

Procedencia

Especialidade

Profissional Solicitante

Urgência

TRAUMA/ORTOPEDIA

VICTOR PONTES PARAHYBA

CID Principal

Procedimento Solicitado

Perm. Máxima (dias)

ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer () Exames Laboratoriais ()

RX ()

Ultrassonografia ()

Prótese ()

Mudança de Procedimento ()

Convênio: Autorizado Até: ____/____/____

Prorrogado Até: ____/____/____

Outros () Especificar: _____

Data da Saída: 12/04/15

Motivo: () Curado () A pedido () Evasão () Transferido () Óbito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: _____

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

OPERAÇÃO

PRINCIPAL: _____

SECUNDÁRIA: _____

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

h de cubito

intubado p/ ar

*Dr. Victor Pontes Parahyba
CRM: 150091530-0
CPF: 962225830*

Médico Responsável

x Luan Valdenir Nascimento

Paciente ou Responsável

Diretor Responsável

Guia emitida por: maria.aubotiza

Seguradora Líder - DPVAT **AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT**

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados da base de dados da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que estes sejam particulares. Recomendamos o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

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

(*) A Circular Semp nº 445/2012, que trata da prevenção à fraude em dinheiro no mercado segurador, determina que todas as indenizações não abrangidas a quantidade cabível de todos os prêmios envolvidos no pagamento de indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda mensal.

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

- Conta salário ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Functural;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como CNPJ ou ME, ME (outra empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FACIL, atengia para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FACIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta poupança operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento exige-se a entrega de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inativo ou pendente de regularização ou cancelado (solicitemos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL, www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISPAT Sinistros que não é o mesmo de conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

RESPONDEENTE também não deve apresentar documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/sem cor, como: contas à vista, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso de cartão múltiplo com informação da cópia de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SEM BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL, CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

LOCAL E DATA _____ de _____ 8 Junho 2016 Marcelino Nascimento da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

RECIBO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

1. IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO: Nº DO SINISTRO _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO: NOME _____ CPF _____ RG Nº _____

3. IDENTIFICAÇÃO DO PAGADOR: NOME _____ CPF _____ RG Nº _____

4. VALOR PAGADO: R\$ _____

5. DATA DE PAGAMENTO: _____/_____/_____

6. LOCAL DE PAGAMENTO: _____

7. ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO: _____

8. ASSINATURA DO PAGADOR: _____

9. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

10. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

11. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

12. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

13. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

14. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

15. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

16. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

17. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

18. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

19. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

20. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

21. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

22. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

23. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

24. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

25. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

26. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

27. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

28. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

29. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

30. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

31. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

32. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

33. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

34. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

35. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

36. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

37. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

38. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

39. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

40. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

41. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

42. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

43. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

44. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

45. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

46. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

47. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

48. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

49. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

50. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

51. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

52. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

53. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

54. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

55. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

56. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

57. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

58. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

59. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

60. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

61. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

62. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

63. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

64. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

65. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

66. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

67. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

68. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

69. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

70. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

71. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

72. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

73. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

74. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

75. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

76. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

77. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

78. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

79. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

80. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

81. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

82. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

83. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

84. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

85. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

86. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

87. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

88. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

89. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

90. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

91. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

92. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

93. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

94. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

95. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

96. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

97. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

98. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

99. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

100. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: _____

 HCSR HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS Uma História Cuidando de Você		SANTAS CASAS UNIDAS
RESUMO DE ALTA		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:		
NOME: <u>LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA</u>		
ENFERMIA:	LEITO: <u>5</u>	PRONTUÁRIO:
RESUMO CLÍNICO:		
<u>Admissão em 10/04/2015</u>		
EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:		
<u>Exame de Urina: Negativo</u>		
PROCEDIMENTO REALIZADO:		
TERAPÊUTICA UTILIZADA:		
ADMISSÃO: <u>10/04/2015</u> ALTA: <u>12/04/2015</u> DIAS INTERN: <u>1</u>		
CONDIÇÕES DE ALTA:		
MOTIVO CURADO () MELHORADO () XARAPÉDICO () EVASÃO () TRANSFERIDO () ÓBITO ()		
INALTERADO () ADMINISTRATIVO ()		
ENCAMINHADO AO LABORATÓRIO:		
DIAGNÓSTICO FINAL:		
OBSERVAÇÕES:		
MÉDICO RESPONSÁVEL:		

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSÉ RAVANALDO Nº 1405, RUSSAS-CE CEP: 07.770-000 FONE: (077) 3301-1000 FAX: (077) 3301-1001 E-MAIL: hcsr@hcsr.com.br

 GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL POLÍCIA CIVIL DELEGACIA DO 1.º DISTRITO POLICIAL		BOLETIM DE Ocorrência Nº 101-525/2015
Dados da Ocorrência		
Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
Data/Hora da Comunicação: 20/04/2015 08:30:23		
Data/Hora da Ocorrência: 05/04/2015 01:30:35		
Endereço da Ocorrência: R. ALTO DO VELAME		
CENTRO RUSSAS-CE		
Ponto de Referência: CERAMICA DO ORLANDO		
Dados do(s) Vítima(s)		
Nome: LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA		
Nascimento: 24/06/1996		
R.G: 20087755704 Órgão Emissor: SSP UF:CE - CPF: 619.262.533-61		
Filiação: FRANCISCO VALDENIR DA SILVA		
MARIA LUCIA ALVES DO NASCIMENTO		
Endereço: RUA VITAL ATILA SILVA NENEZES 253 CASA		
VARZEA ALEGRE		
RUSSAS CE BRASIL		
Telefone:		
Histórico		
Nasceu a vítima que na hora e data acima citada trazava na moto HONDACG125 FAN de placa-HYH 7194 / CE chassi: 9C2JC30707R108845, renavam-00930739329, ano/modelo-2007/2007, de cor preta licenciada a nome de LUAN VALDENIR NASCIMENTO DA SILVA, na rua mencionada acima perdeu controle da motocicleta ao passar pelo buraco na via, vindo a cair, que foi socorrido por populares e levado ao HOSPITAL DE RUSSAS onde recebeu os cuidados médicos e teve como diagnóstico FRATURA EM PUNHO ESQUERDO ; e teve como testemunhas de seu acidente as pessoas FELIPE DE LIMA CAJAZEIRAS e FRANCISCO LEUDO DA SILVA ; E nada mais disse.....		
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 1.º DISTRITO POLICIAL RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: <u>Zilma Ferreira de Castro</u>		
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: <u>Luana Valdenir Nascimento da Silva</u> VISTO DO DELEGADO(A):		

[illegible]

 HCSR HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS <i>Uma História Cuidando de Você</i>	SANTAS CASAS UNIDAS			
BOLETIM DE OPERAÇÃO				
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:				
NOME: <u>Luiza Valdivino Nascimento da Silva</u>				
DATA: <u>10/04/2016</u>	LEITO: <u>45</u>			
DIAGNÓSTICO CLÍNICO: <u>Fi de cateter</u>	O QUE FOI FEITO: <u>1) Smb</u> <u>2) Deu no rosto</u> <u>3) Medicação para</u> <u>com placa de</u> <u>7 mm - 6 pontos</u> <u>4) ST</u> <u>5) Sutura + curativo</u>			
DIAGNÓSTICO CIRÚRGICO:				
CONDIÇÕES DO PACIENTE				
TEMPO	PULSO	RESP.	P.A.	GERAIS
ANESTESIA: <u>Gen. e An. Local</u>				
OPERAÇÃO: <u>170 cm 15 de cateter</u>				
CLASSIFICAÇÃO:				
INÍCIO: <u>15:45h</u> FIM: <u>16:25h</u>				
ACHADOS / DESCRIVER OS ORGÃOS EXPLORADOS E REGISTRAR OS ACHADOS PATOLÓGICOS:				
FOI 770.001.0004.637 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS Rua 24 de Junho, 1436 - CEP: 64.110-100 - Russas - RN				
CONTAGEM COMPRESSAS:				
Operador: _____		Auxiliar: _____		
		Assinatura: _____ Data: _____		

[illegible]