

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:NOME:** Antônio Roberto de Sousa e Silva

Estado Civil: casado, Profissão: aux. cozinha
 Endereço: Rua Guarapi 12
 Bairro: alto alegre Cidade: Fortaleza
 Estado: _____ Telefones: _____
 CEP: _____

OUTORGADOS: Dr. JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro,
advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 21.292-A, com
escritório na Avenida Santos Dumont nº. 1.740, Sala
905, Bairro: Aldeota, Cidade: Fortaleza – CE.

PODERES: Com poderes para o foro em geral, com a cláusula “*ad judicium et extra*” e os especiais, para representar e defender interesses da parte outorgante em **AÇÃO DE COBRANÇA**, a ser proposta contra quem de direito, em razão de acidente de trânsito sofrido pela parte outorgante, podendo para tanto, **acordar, discordar, transigir, desistir, receber, passar recibo, endossar cheques e dar quitação, enfim, praticar todos os atos necessários ao cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer.**

Fortaleza, 15/01/2015 ..

Antônio Roberto de Sousa e Silva

DECLARAÇÃO DE GRATUIDADE

NOME: Antônio Roberto de Sousa e Silva
Estado Civil: casado **Profissão:** aux. cozinha
Endereço: Rua Guarani 12
Bairro: Alto Alegre **Cidade:** Fortaleza
Estado: CE **Telefones:** _____
CEP: _____

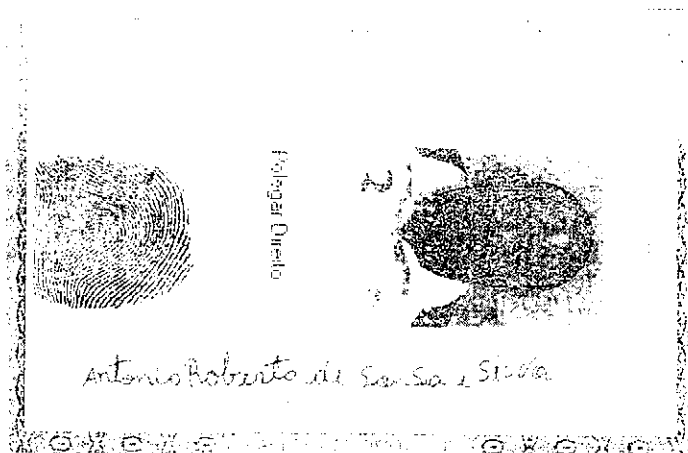
DECLARA: para fins de prova junto ao Juízo Cível, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide que, não possui condições financeiras para arcar com as despesas processuais, estando nas exatas condições da Lei n.º 1.060/50, carecendo da **GRATUIDADE DE JUSTICA**, para representar o declarante em **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, a ser proposta contra quem de direito, em razão de acidente de trânsito sofrido pela parte declarante.

Fortaleza, 15/01/2015

DR. JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 21.292-A, com escritório na Avenida Santos Dumont 1740 Sala 905, Bairro: Aldeota, cidade: Fortaleza - CE **DECLARA** para todos os fins de direitos, que não estão cobrando antecipadamente honorários advocatícios do declarante acima, na **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, a ser proposta contra quem de direito em razão de acidente de trânsito sofrido, ressaltando-se os honorários de sucumbência e o caso de haver modificação na situação econômica da parte declarante.

Fortaleza, _____.

Ciente: Antônio Roberto de Sousa e Silva



ANTONIO ROBERTO DE SOUSA E SILVA
FRANCISCO LOREDO COSTA E SILVA
MARIA GUIDOMAR DE SOUSA E SILVA
CAUCAIA - CE
13.02.1984
CERT. CANCELAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 23269 FOLHA: 302
IVRO: A-21 CAUCAIA - CE
005.696.043-36

BRASIL

Acesso à informação (<http://brasil.gov.br/barra#acesso-informacao>)

Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 005.696.043-38

Nome da Pessoa Física: ANTONIO ROBERTO DE SOUSA E SILVA

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **14:10:50** do dia **27/03/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **5C05.8F52.7D09.B2A3**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.
(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp>)

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 2. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 102 - 18043 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 27/10/2014 16:09:13
Data / Hora da Ocorrência : 02/01/2012 14:30:00
Endereço da Ocorrência: R. VILERALDO AGUIAR

DUNAS FORTALEZA / CE
Ponto de Referência: PROX SUPERMERCADO EXTRA

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ANTONIO ROBERTO DE SOUSA E SILVA
Nascimento : 13/02/1984
RG: 20000300121 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 00569604338
Filiação: FRANCISCO LOREDO COSTA E SILVA
MARIA GUOMAR DE SOUSA E SILVA
Endereço: R ATUALBA RODRIGUES 19
PRAIA DO FUTURO
FORTALEZA CE BRASIL
Telefone: 85-88175938

Histórico

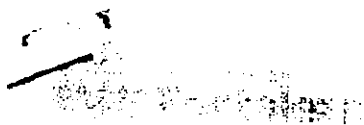
AFIRMA O DECLARANTE QUE, NA DATA E LOCAL ACIMA ESPECIFICADOS, ESTAVA CONDUZINDO
SUA MOTO HONDA BROS 125, DE PLACA HWV-9493, ANO 2005, QUANDO COLIDIU NA TRASEIRA DE UM
OUTRO VEÍCULO. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 2. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Carla M. Silva
"ESCRIVÃO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Antonio Roberto de Sousa e Silva

VISTO DO DELEGADO(A) : CARLOS EDUARDO PIRES ROCHA - MAT.: 133808



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FAMU II 192 - REGIONAL FORTALEZA



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da notificação que lhe é conferida por lei, e a requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 - FORTALEZA prestou atendimento ao Sr. Antonio Roberto de Sousa e Silva no dia 02/01/2012 às 14:05min, na Rua Vilebaido Aguiar, nº 730, Bairro Coco. Paciente vítima de urgência traumática, sendo provável vítima de colisão carro /moto. Paciente foi atendido no local e removido ao Hospital Distrital José Gonçalves de Moura - Antônio Bezerra.

Fortaleza, 12 de abril de 2012

Atenciosamente,

Vitor Ney Rolim Teixeira Henderson
Chefe do Setor Médico
SAMU 192 FORTALEZA



Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

2.14/02

Identificação do Estabelecimento de Saúde 2312100038325

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

ANTO BEZ.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

PSA

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Antonio Roberto de Sousa e Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

145643

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

13/02/84

9 - SEXO

Masc. ☒ Fm. ☐

10 - Nº DO TELEFONE

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

maria Guilomar de Sousa e Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO

1194 8811451938

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Ant. Atualpa Rodrigues, 19, Praia Futuro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Fortaleza

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

CE

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

- Depressão da perna direita
- Emporamento, fraturas,
- dor espontânea,

Edivardo S. Santos
CPF: 000.000.000-00
CRM: 1540

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

- Depressão da perna direita.

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

- Fratura da perna D.

Médico: Dr. Newton

Leito: 632 515

Registado: 19/02/12

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIA

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FRATURA DA PERNA DIREITA S823

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

19612151

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

0000110505806304

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

HELENO JÚNIOR MAGALHÃES

02/01/12

Edivardo S. Santos
CPF: 000.000.000-00
CRM: 1540

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

- 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

36 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Edmir Studart
Auditor CREMEC 4349
CPF 121.194.823-49
SMS / Fortaleza

HOSPITAL PSA - DATA: 08/01/2012 - HORA: 20:39
 NOME: ANTONIO ROBERTO DE SOUSA E SILVA
 CONVENIO: SUS
 MEDICO: JOSE NEWTON MACEDO
 ATEND.: 12000124 - PRONT.: 00145643



REGISTRO DE ATENDIMENTO

☐ URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

☐ AMBULATÓRIO

☒ INTERNAÇÃO

ATENDIMENTO

Di: 08 Mês: 01 Ano: 2012 Hora: 20:39

☐ 1º Atendimento

☐ Retorno

Registro Nº 12000124

Prontuário Nº 00145643

PACIENTE		ANTONIO ROBERTO DE SOUSA E SILVA		Procedência Profissão		Data Nascimento		IDADE	
SEXO		NATURALIDADE/NACIONALIDADE		ESTADO CIVIL		ESCOLARIDADE		CPF	
☒ MASC ☐ FEM		CAUCAIA		Casado(a)					
ENDERECO				BAIRRO		MUNICIPIO		DOCUMENTO DE IDENTIDADE	
RUA ANTONIO ATUALPA RODRIGUES, 19				PRAIA DO FUTURO FORTALEZA				Iden 2000010300121	
PAI				MÃE		UF		TELEFONE	
FRANCISCO LOREDO COSTA E SILVA				MARIA GUIOMAR DE SOUSA E SILVA		CE		88175938	
ACOMPANHANTE				PARENTESCO		TELEFONE		CARTEIRA Nº	
CONVENIO				60.000-000					
SUS									
SEGURO									
MEDICO SOLICITANTE				MEDICO RESPONSÁVEL					
ROMULO CORREIA FERRER FILHO				JOSE NEWTON MACEDO					
POSTO CLINICA				Nº FOLHETO		REGISTRANTE			
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				0632 515		NEYNHA			
DIAGNOSTICO				PROCEDIMENTO SOLICITADO		PERMANÊNCIA MÍNIMA			
				Furto de braço - 01					

CONDIÇÕES DO PACIENTE

Fx em perna ①

IMAGEM LABORATÓRIO (PEDIDO DE EXAMES)

R + A Nov. 01

Furto de braço c/ arm

CID PRIMÁRIO / CID SECUNDÁRIO

DADOS DA ALTA

MOTIVO DA ALTA

☒ MELHORADO ☐ TRATAMENTO ☐ A RELEVA ☐ A PEDIDO ☐ ÓBITO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA: 08/01/2012 HORA: 20:39

Dr. Jose Newton Macedo
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 3113 CPF: 056.872.333-34

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Francisco de Sousa e Silva

3113 - JOSE NEWTON MACEDO

Boletim de Descrição Cirúrgica		Data:
Diagnóstico Pré-Operatório: <i>Porta de entrada</i>		<i>12/01/12</i>
Operação/Procedimento: <i>T.T. Cistite</i>	Código: <i>39.011.151</i>	
Diagnóstico Pós-Operatório: <i>Ok</i>	Assepsia/antisepsia ☒ Apoio de campos estéril ☒	
Cirurgião: <i>ALBERTO</i>	EXAMES RADIOLOGICO TRANSOPERATORIO: ☐ Sim ☐ Não	
Auxiliar 1: <i>ROSEANA LACERDA</i>	EXAME HISTOPATOLOGICO: ☐ Solicitado ☐ Não Solicitado	
Auxiliar 2:	☐ Enviado do Laboratório ☐ Entregue à Família	
Anestesiolista: <i>[Assinatura]</i>		
☐ Profilático ☐ Limpa ☐ Terapêutico ☐ Contaminada ☐ Pré-Operatório ☐ Infetada ☐ Transoperatório ☐ Potencialmente contaminada ☐ Não		
Antibióticos Utilizados:	Dreno/Localização:	

Paciente	Prontuário:	Leito
<i>Antonio Roberto do Nascimento</i>	<i>445643</i>	<i>632</i>

*1- Lacerção superior da uretra
 2- Ressecção da uretra
 3- Adesão da uretra
 4- Lacerção da uretra
 5- Síndrome da uretra
 6- Cistite crônica
 7- Ureterite*

Dr. José Newton Maciel
 ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM 3113 CPF: 066.812.552-20

Assinatura do cirurgião/CRM



Av. Desembargador Moreira, 2283 - CEP 60170-002 - Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 3244 - 2144 Fax 3224-7225

Paciente: Antonio Roberto do soure e Silva Idade _____

Diagnóstico: _____

8/1/12 Evolução/Parecer Assinatura

Fx. com perf. ①
Sol. pu-ly

Dr. Rômulo Ferrer
Médico

09/01/12 Calvin Lima

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113 - CPF: 056.872.333-34

10/01/12 Dr. G.

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113 - CPF: 056.872.333-34

11/01/12

Paciente com abscesso no local
Após cirurgia
ACEP nome

Exame pu-ly

19.01.12 Dr. P.

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113 - CPF: 056.872.333-34

CRM 2021 - CPF: 045.065.213-04

17.01.12 Dr. P.

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113 - CPF: 056.872.333-34

15.01.12 Dr. P.

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113 - CPF: 056.872.333-34

[Ir para conteúdo principal](#) [Ir para menu principal](#)



Seguro DPVAT, administrado pela Seguradora Líder-DPVAT – Site Oficial –

[Assista ao vídeo da Líder](#)

- [Home](#)
- [Conheça o DPVAT e a Seguradora Líder](#)
- [Como dar entrada - Dicas importantes](#)
- [Pontos de Atendimento](#)
- [Fale Conosco](#)

Início do conteúdo

Acompanhe o processo de indenização

[voltar](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.



SINISTRO 3140125127 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO ROBERTO DE SOUSA E SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

ENDEREÇO Av. Mem de Sá, 247 - 1º andar - parte, Centro, Rio de Janeiro - 19, CEP: 20230-151

BENEFICIÁRIO ANTONIO ROBERTO DE SOUSA E SILVA

CPF/CNPJ: 00569604338

Posição em 25-02-2015 12:30:00

Indenização creditada em 15/01/2015, no valor de R\$ 4.725,00, em banco e conta de titularidade do beneficiário, conforme autorização de pagamento assinado pelo mesmo.