

## PROCURAÇÃO AD JUDICIA

**OUTORGANTE:** FRANCISCO WASHINGTON BARROSO DA SILVA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AUTÔNOMO, RG nº 8906001002252, CPF nº 751.377.713-68, residente e domiciliado(a) à RUA: PRINCESA ISABEL, 1817 - BENFICA, cidade de FORTALEZA, UF CE, CEP 60.000.000, telefones (85) 8898-4966 (85) 3082-3389, E-mail: \_\_\_\_\_.

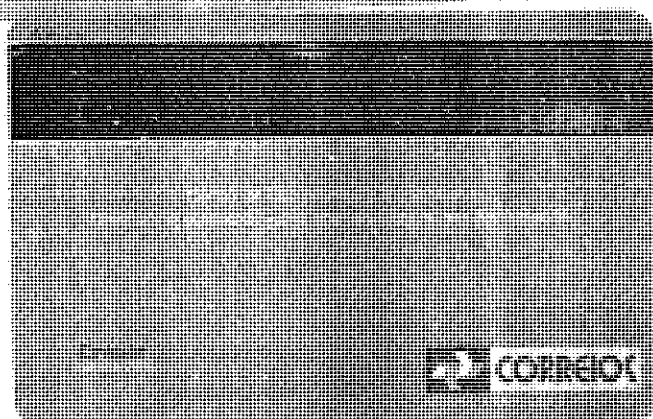
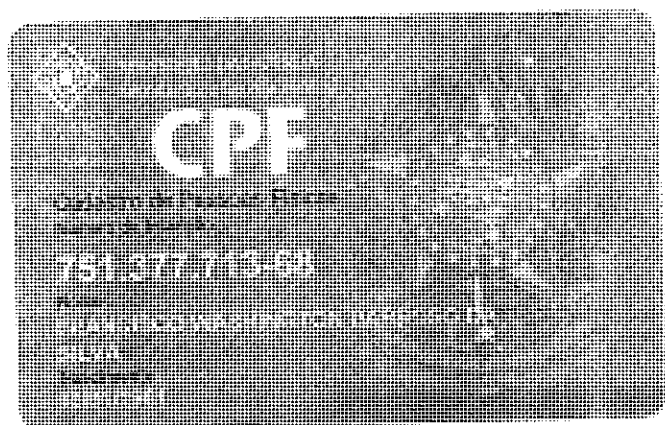
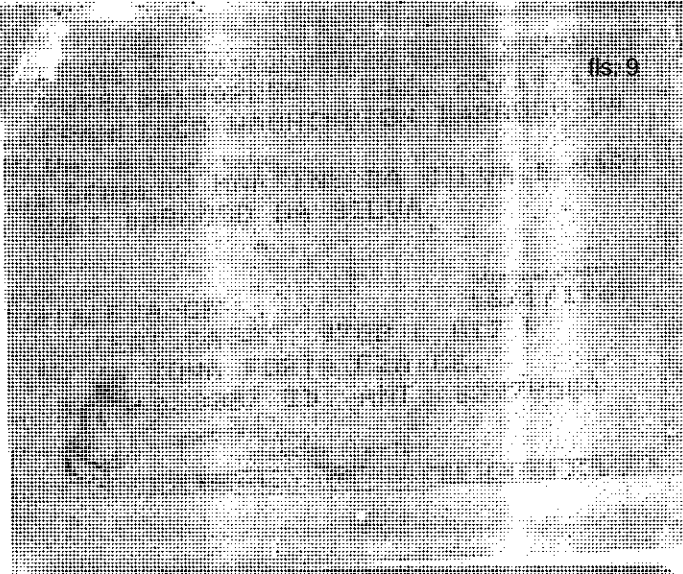
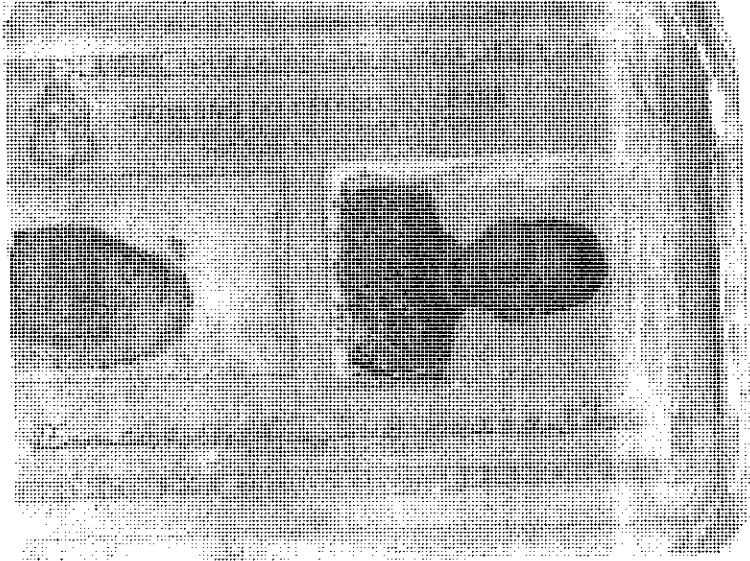
**OUTORGADO:** \_\_\_\_\_, neste ato representado por seu advogado Thaísia Cristina Cantoni Franca, inscrito(a) na OAB/CE sob o n.º 20.901-A, com endereço profissional à Rua Nevada, 669, na cidade de Londrina, UF PR.

**PODERES:** Os mais amplos e ilimitados poderes da cláusula "*ad judicium et extra*" para o Foro em geral e, especialmente, onde com esta se apresentar, defender, em conjunto ou separadamente, o(a) Outorgante em qualquer ação em que o(a) mesmo(a) seja réu, assistente, oponente ou de qualquer forma interessado(a), podendo propor ações e delas variar ou desistir, transigir, reconvir, fazer acordos, receber e dar quitação, endossar cheques, retirar alvarás e oferecer todos os recursos em direito admitidos em qualquer instância ou Foro, podendo ainda prestar declarações que julgue sejam necessárias, representando o(a) Outorgante inclusive na área administrativa, voluntária ou contenciosa. Requerer documentos, vista de processos, apresentando recursos ou reclamações, junto às entidades da Administração Pública Direta e Indireta, Autarquias e Fundações (Receitas Federal do Brasil, Estadual e Municipal, INSS, IBAMA, Juntas Comerciais, Cartórios Judiciais, etc.), podendo tudo o mais praticar para o mais completo desempenho do presente mandato, inclusive substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reservas de poderes.

**PODERES ESPECIAIS:** Solicitar e retirar: A) cópia autenticada de Laudo de Lesões Corporais junto ao IML (Instituto Médico Legal); B) cópia autenticada de Boletim de Ocorrência junto à Delegacia de Acidentes de Trânsito, Polícia Rodoviária e Polícia Militar, bem como, os poderes para requerer quaisquer outros documentos perante esses órgãos que vierem a ser necessários; e, por último, poderes especiais para MOVER AÇÃO DE RESPONSABILIDADE CIVIL E OU SECURITÁRIA, podendo autorizar seu procurador(a) supra a requerer os benefícios da Assistência Jurídica Gratuita nos termos da Lei 1.060/50 e 7.115/93

Fortaleza, 14 de Julho de 2013.

  
OUTORGANTE



<b>coelce</b>	<b>COMPANHIA ENERGÉTICA DO CEARÁ</b>		Nota Fiscal Grupo B
	CNPJ 07.047.251/0001-70 - C.G.F. 06.105.848-3		Série Única - 1
	Av. Barão de Studart 2917 Fortaleza/CE. - CEP 60127-900		<b>NÚMERO</b>
			<b>255303396</b>
<b>DADOS DE ENTREGA</b>			
ENDEREÇO: RU PRC ISABEL 01817 CS 123		CEP: 60000000	
BAIRRO: BENFICA		ESTADO:	
MUNICÍPIO: FORTALEZA			
<b>RECIBO DE SEGUNDA VIA DE CONTA - SVI</b>		<b>CENTRO OPERATIVO GEFORT</b>	
Nº DO CLIENTE: 36972 DV: 1	ROTA: 12 1110 1 212000-1	VENCIMENTO: 02/04/2012	
MUNICÍPIO: FORTALEZA	PERÍODO/REF.: 03/2012	FATURAMENTO: 16/03/2012	
NOME: TANIA MARIA BARROSO DA SILVA		CLASSIFICAÇÃO: T:90 C:01 S:01	
ENDEREÇO: RU PRC ISABEL 01817 CS 123		CEP: 60000000	
DOC: C.P.F.-00000000000465929623-72		SEQUENCIAL: 18	
<b>GRANDEZAS</b>		<b>CÁLCULOS (R\$)</b>	
	FAT	LIDA	VALOR CONSUMO DO MES 88,91
ENERGIA ATIVA - KWH	152	152	MULTA MORATORIA 1,80
ENERGIA ATIVA - KWh HR	0	,	ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-C 8,38
DEM FAT KW FP	0,00	0,00	SEGURO RESIDENCIAL 3+1-AG 3,49
FATOR DE POTÊNCIA	0,0000%		
CONS. INCLUÍDO			
<b>LEITURAS</b>			
	ATUAL	ANT	
ENERGIA ATIVA - KWh	36824	36672	
ENERGIA ATIVA - KWh HR	0	0	
DEMANDA FP	0	0	
<b>ICMS</b>			
BASE CÁLCULO	88,91	% 27,00	VALOR 24,00
<b>ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL</b>			
E87E.DE1E.5606.AA52.705D.A19B.368C.B672			
<b>INFORMAÇÕES</b>			
CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE A CONTA PAGA APÓS A DADTA DO VENCIMENTO SOFRERÁ MULTA E PODERÁ PROVOCAR A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO. PAGUE SUA CONTA SOMENTE EM BANCOS E AGÊNCIAS AUTORIZADAS. A CORRANCA DE EVENTUAL MULTA POR ATRASO DE CONTA POSTERIOR			



**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, FRANCISCO WASHINGTON BARROSO DA SILVA,  
portador (a) da cédula de identidade (RG) nº 890601002252,  
inscrito (a) no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF) sob o nº  
751.377.713-68, venho por meio desta, DECLARAR,  
para todos os fins de direito, que possuo residência e domicílio no  
endereço RUA PRINCESA ISABEL, 1817 - BENEFICA,  
na cidade de FORTALEZA, Estado do CEARA,  
CEP: 60.000-000.

TEL (1): (85) 3224-4481

TEL (2): (85) 8898-4966

TEL (3): (85) 3082-3389

Declaro sob as penas da lei 7.115 de 29/08/1983, que os dados acima  
descritos são verdadeiros.

Por ser a expressão da verdade assino a presente declaração.

FORTALEZA, 27 de MAIO de 2013.

*Francisco Washington Barroso da Silva*

Nome: FRANCISCO WASHINGTON BARROSO DA SILVA

CPF: 751.377.713-68

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu, FRANCISCO WASHINGTON BARROSO DA SILVA brasileiro(a),  
 estado civil SOLTEIRO, portador(a) do RG nº 89.0600.00025,2  
 inscrito(a) no CPF sob nº 751.377.713-68, residente e domiciliado(a) à  
RUA: PRINCESA ISABEL, 1817 - BENEFICA,  
 na cidade de FORTALEZA, UF CE, declaro sob as penas  
 da lei que não tenho condições de arcar com as custas do processo sem prejuízo do meu  
 sustento e de minha família, por isso requero os benefícios da assistência judiciária gratuita  
 nos termos da lei nº 1060/50.

Fortaleza, 14 de Julho de 20 13.

Francisco Washington Barroso da Silva

Nome: FRANCISCO WASHINGTON BARROSO DA SILVA.

## Situação das Declarações IRPF 2010

Prezado Contribuinte (CPF 751.377.713-68),

FRANCISCO WASHINGTON BARROSO DA SILVA

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

17/07/2013  
versão 04.20130621

16:47

Nova Consulta: 2010



## Situação das Declarações IRPF 2011

Prezado Contribuinte (CPF 751.377.713-68),

FRANCISCO WASHINGTON BARROSO DA SILVA

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

17/07/2013  
versão 04.20130621

16:47

Nova Consulta:



## Situação das Declarações IRPF 2012

Prezado Contribuinte (CPF 751.377.713-68),

FRANCISCO WASHINGTON BARROSO DA SILVA

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

17/07/2013  
versão 04.20130621

16:46

Nova Consulta: 2012





## Situação das Declarações IRPF 2013

Prezado Contribuinte (CPF 751.377.713-68),

FRANCISCO WASHINGTON BARROSO DA SILVA

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

17/07/2013  
versão 04.20130621

16:45

Nova Consulta: 2012





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 103 - 2361 / 2012

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS  
Data / Hora da Comunicação: 02/04/2012 14:47:21  
Data / Hora da Ocorrência : 12/03/2012 19:30:00  
Endereço da Ocorrência: AV BEZERRA DE MENEZES  
SAO GERARDO FORTALEZA /CE  
Ponto de Referência:

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: FRANCISCO WASHINGTON BARROSO DA SILVA  
Nascimento : 16/01/1961  
RG: 8906001002252 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:  
Filiação: GERALDO MARTINS DA SILVA  
MARIA AURI BARROSO DA SILVA  
Endereço: AV IMPERADOR 123  
CENTRO  
FORTALEZA CE BRASIL Telefone:

*Histórico*

INFORMA O DECLARANTE QUE NO LOCAL DATA E HORA ACIMA DESCRITOS O MESMO ATRAVESSAVA A RUA QUANDO FOI COLHIDO POR UM VEICULO, GM/VECTRA, DE COR PRATA, PLACAS 4976 CONDUZIDO PELA PESSOA DE NOME SÉRGIO, QUAL FICOU NO LOCAL ATÉ A CHEGADA DO SAMU, QUE O DECLARANTE FOI CONDUZIDO AO IIF-CENTRO, ONDE FOI CONSTATADO FRATURA DE CLAVÍCULA E FRATURA DE COSTELA, QUE NADA MAIS DISSE.///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 3. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: \_\_\_\_\_

NOME: "ESCRIVÃO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Francisco Washington Barroso da Silva*

VISTO DO DELEGADO(A): \_\_\_\_\_



GOVERNO DO ESTADO DO CEARA  
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL  
DELEGACIA DO 6. DISTRITO POLICIAL

fls. 18

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 106 - 5218 / 2012**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**  
Data / Hora da Comunicação: **29/05/2012 14:49:56**  
Data / Hora da Ocorrência : **13/03/2012 19:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV BEZERRA DE MENEZES**  
**SAO GERARDO FORTALEZA /CE**  
Ponto de Referência:



**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO WASHINGTON BARROSO DA SILVA**  
Nascimento : **16/01/1961**  
RG: **8906001002252** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF:**  
Filiação: **GERALDO MARTINS DA SILVA**  
**MARIA AURI BARROSO DA SILVA**  
Endereço: **AV IMPERADOR 123**  
**CENTRO**  
**FORTALEZA CE BRASIL** Telefone:

**Histórico**

Em aditamento ao B.O Nº 103-2361/2012, a vítima informa que A DATA CORRETA do acidente em alusão É: 13/03/2012; QUE as características do veículo são as seguintes: MARCA GM/CELTA SADAN ELEGANCE, DE PLACAS NUM-4976/CE/FORTALEZA, COR PRATA, ANO/MOD. 2010/2011, CHASSI 9BGAB69COBB168819, de propriedade de; FRANCISCO SERGIO PENHA BARROS LEAL. E nada mais disse.///

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DO 6. DISTRITO POLICIAL**  
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: \_\_\_\_\_  
MATRÍCULA: **97122-1-6**  
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : \_\_\_\_\_  
VISTO DO DELEGADO(A) : \_\_\_\_\_

*Antonio Paulo da Silva*  
Escrivão de Polícia Civil  
Mat. - 07.111

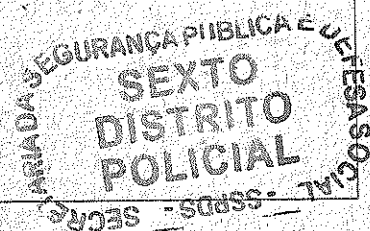
**PAULO CESAR C. ANDRAE**  
Delegado de Polícia  
Mat. 14.377



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 106 - 5218 / 2012**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**  
Data / Hora da Comunicação: **29/05/2012 14:49:56**  
Data / Hora da Ocorrência : **13/03/2012 19:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV BEZERRA DE MENEZES  
SAO GERARDO FORTALEZA /CE**  
Ponto de Referência:



**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO WASHINGTON BARROSO DA SILVA**  
Nascimento : **16/01/1961**  
RG: **8906001002252** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF:**  
Filiação: **GERALDO MARTINS DA SILVA  
MARIA AURI BARROSO DA SILVA**  
Endereço: **AV IMPERADOR 123  
CENTRO  
FORTALEZA CE BRASIL** Telefone:

**Histórico**

Em aditamento ao B.O Nº 103-2361/2012, a vítima informa que A DATA CORRETA do acidente em alusão É: 13/03/2012. E nada mais disse.///

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 6. DISTRITO POLICIAL**  
**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: \_\_\_\_\_**  
**MATRÍCULA: 97122-1-6**  
**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : \_\_\_\_\_**  
**VISTO DO DELEGADO(A) : \_\_\_\_\_**

*Paulo da Silva*  
Escrivão de Polícia Civil  
MAT - 97.122

*Paulo Cesar C. Andrade*  
Delegado de Polícia  
Mat. 14.377

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THAISA CRISTINA CANTONI FRANCA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/11/2013 às 11:36, sob o número 02.123183520138060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 02.123183520138060001 e código 1041DA4.





Veículo 4

Veículo 3

Veículo 2

Veículo 1

8.9. ALUGUEL: Não se aplica  Alternativo  Escolar  Tratamento  Moto-taxi  Ônibus  Taxi  Número  Linha:

Vc.1  Vc.2  Vc.3  Vc.4

8.8. CATEGORIA: Particular  Aluguel  Oficial  Repres. Estrangeira  Aprendizagem  Fabricante  Experiência

Vc.1  Vc.2  Vc.3  Vc.4

8.7. ESPÉCIE: Passageiro  Carga  Misto  Tração  Especial  Competição  Coleção

Vc.1  Vc.2  Vc.3  Vc.4

8.6. TIPO: Caminhoneta  Caminhão 2 eixos  Caminhão 3 eixos  Caminhão c/ semi-robocub  Trator  Tração animal  Com. robótico

Vc.1  Vc.2  Vc.3  Vc.4

Vítima 4: Condutor  Passageiro  Pedestre  do veículo nº

Vítima 3: Condutor  Passageiro  Pedestre  do veículo nº

Vítima 2: Condutor  Passageiro  Pedestre  do veículo nº

9. CONDUTORES DOS VEÍCULOS / PEDESTRES / PASSAGEIROS FERIDOS OU MORTOS

Vítima 1: Condutor

9.1. Nº REGISTRO CNH: 02632435472

9.2. NOME: FRANCISCO SARCAS PEREIRA BARNOS LEAL

9.3. ENDEREÇO RESIDENCIAL: R. GENUÁRIO DE CARVALHO, 330 - BARRAGEM, 11.01.1563

9.4. TELEFONO: 19662081

9.5. NASCIMENTO: 21.05.1971

9.6. IDENTIDADE: 26.07.2017

9.7. PROFISSÃO:

9.8. REMOVIDO POR:

9.9. REMOVIDO POR:

9.10. 1ª HABILITAÇÃO:

9.11. CNH VÁLIDA ATÉ:

9.12. CATEGORIA:

9.13. GRAU DE INSTRUÇÃO:

9.14. GRAU DE INSTRUÇÃO:

9.15. SEXO:

9.16. CINTO SEG. / CAPACETE:

9.17. SITUAÇÃO DO CONDUTOR:

9.18. POSIÇÃO DO PASSAGEIRO FERIDO OU MORTO:

9.19. TESTEMUNHAS:

9.20. NOME:

9.21. NOME:

9.22. NOME:

9.1. Nº REGISTRO CNH:

9.2. NOME:

9.3. ENDEREÇO RESIDENCIAL:

9.4. TELEFONO:

9.5. NASCIMENTO:

9.6. IDENTIDADE:

9.7. PROFISSÃO:

9.8. REMOVIDO POR:

9.9. REMOVIDO POR:

9.10. 1ª HABILITAÇÃO:

9.11. CNH VÁLIDA ATÉ:

9.12. CATEGORIA:

9.13. GRAU DE INSTRUÇÃO:

9.14. GRAU DE INSTRUÇÃO:

9.15. SEXO:

9.16. CINTO SEG. / CAPACETE:

9.17. SITUAÇÃO DO CONDUTOR:

9.18. POSIÇÃO DO PASSAGEIRO FERIDO OU MORTO:

9.19. TESTEMUNHAS:

9.20. NOME:

9.21. NOME:

9.22. NOME:

9.1. Nº REGISTRO CNH:

9.2. NOME:

9.3. ENDEREÇO RESIDENCIAL:

9.4. TELEFONO:

9.5. NASCIMENTO:

9.6. IDENTIDADE:

9.7. PROFISSÃO:

9.8. REMOVIDO POR:

9.9. REMOVIDO POR:

9.10. 1ª HABILITAÇÃO:

9.11. CNH VÁLIDA ATÉ:

9.12. CATEGORIA:

9.13. GRAU DE INSTRUÇÃO:

9.14. GRAU DE INSTRUÇÃO:

9.15. SEXO:

9.16. CINTO SEG. / CAPACETE:

9.17. SITUAÇÃO DO CONDUTOR:

9.18. POSIÇÃO DO PASSAGEIRO FERIDO OU MORTO:

9.19. TESTEMUNHAS:

9.20. NOME:

9.21. NOME:

9.22. NOME:

9.1. Nº REGISTRO CNH:

9.2. NOME:

9.3. ENDEREÇO RESIDENCIAL:

9.4. TELEFONO:

9.5. NASCIMENTO:

9.6. IDENTIDADE:

9.7. PROFISSÃO:

9.8. REMOVIDO POR:

9.9. REMOVIDO POR:

9.10. 1ª HABILITAÇÃO:

9.11. CNH VÁLIDA ATÉ:

9.12. CATEGORIA:

9.13. GRAU DE INSTRUÇÃO:

9.14. GRAU DE INSTRUÇÃO:

9.15. SEXO:

9.16. CINTO SEG. / CAPACETE:

9.17. SITUAÇÃO DO CONDUTOR:

9.18. POSIÇÃO DO PASSAGEIRO FERIDO OU MORTO:

9.19. TESTEMUNHAS:

9.20. NOME:

9.21. NOME:

9.22. NOME:

9.15. SEXO: Masculino  Feminino  Sem informação

9.16. CINTO SEG. / CAPACETE: Vítima usando

9.17. SITUAÇÃO DO CONDUTOR:

9.18. POSIÇÃO DO PASSAGEIRO FERIDO OU MORTO:

9.19. TESTEMUNHAS:

9.20. NOME:

9.21. NOME:

9.22. NOME:

9.14. GRAVIDADE DAS LESÕES: Fatal  Grave  Leve  Ileso  Sem informação

9.15. SEXO: Masculino  Feminino  Sem informação

9.16. CINTO SEG. / CAPACETE: Vítima usando

9.17. SITUAÇÃO DO CONDUTOR:

9.18. POSIÇÃO DO PASSAGEIRO FERIDO OU MORTO:

9.19. TESTEMUNHAS:

9.20. NOME:

9.21. NOME:

9.22. NOME:

9.13. GRAU DE INSTRUÇÃO: Superior  2º grau  1º grau  Analfabeto  Sem informação

9.14. GRAU DE INSTRUÇÃO:

9.15. SEXO:

9.16. CINTO SEG. / CAPACETE:

9.17. SITUAÇÃO DO CONDUTOR:

9.18. POSIÇÃO DO PASSAGEIRO FERIDO OU MORTO:

9.19. TESTEMUNHAS:

9.20. NOME:

9.21. NOME:

9.22. NOME:

9.12. CATEGORIA:

9.13. GRAU DE INSTRUÇÃO:

9.14. GRAU DE INSTRUÇÃO:

9.15. SEXO:

9.16. CINTO SEG. / CAPACETE:

9.17. SITUAÇÃO DO CONDUTOR:

9.18. POSIÇÃO DO PASSAGEIRO FERIDO OU MORTO:

9.19. TESTEMUNHAS:

9.20. NOME:

9.21. NOME:

9.22. NOME:

TELEFONE:

TELEFONE:

TELEFONE:

ASSINATURA:

11.1 NOME:  MAT:  11.2 NOME:

TELEFONE:

TELEFONE:

TELEFONE:

ASSINATURA:

11.1 NOME:  MAT:  11.2 NOME:

TELEFONE:

TELEFONE:

TELEFONE:

ASSINATURA:

11.1 NOME:  MAT:  11.2 NOME:

TELEFONE:

TELEFONE:

TELEFONE:

ASSINATURA:

11.1 NOME:  MAT:  11.2 NOME:

Os dados contidos neste documento tem fins estatísticos como fonte de informação de apoio para realização do trabalho na área de educação do trânsito, englobando, operação e fiscalização.

**RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

Nome completo da vítima: FRANCISCO WASHINGTON B. DASILVA Numero do sinistro:

**DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)**

Data do acidente: 13/03/2012 Data do início do tratamento médico: 13/03/2012

Nome completo e CRM do médico: JOÃO BATISTA GOMES DAS ILVAS CRM 5155

Lesões resultantes do acidente:  
FRATURA DA CLAVÍCULA  
ESQ. ATCE.

Dados resumidos dos tratamentos realizados (datas):  
TRATAMENTO CIRÚRGICO  
COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE  
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQ.

Existe algum defeito físico ou doença pré-existente? ( ) sim  não

Com relação a invalidez pode-se concluir que:  
( ) a invalidez é temporária portanto passível de recuperação significativa ou de cura.

a invalidez é permanente, ou seja, não há possibilidade de recuperação significativa ou de cura.

**GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSSÍVEL (Especificar o seguimento ou órgão atingido)**

SEGUIMENTO ANATOMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1º	<u>INCAPACIDADE FUNCIONAL DO OMBRO ESQ.</u>
2º	<u>DOR NO OMBRO ESQ. A MOBILIZAÇÃO,</u>
3º	<u>RIGIDEZ ARTICULAR NO OMBRO ESQ.</u>
4º	
5º	

Afirmo que assisti e/ou avalei a vítima no período de 13/03/2012 a 14/06/2012  
E que as respostas acima, são completas e verdadeiras.

[Assinatura] Data 14/06/12  
Local

João Batista G. Medico  
Assinatura e Carimbo  
CRM 5155 - 228.775.923-9

**ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE**

Local \_\_\_\_\_ Data 1/1/12  
Francisco Washington B. das Silva  
Assinatura da vítima

Francisco das Silva

**PARECER MÉDICO 1**

ESPECIALIDADE: **Neuro** DATA/HORA DA SOLICITAÇÃO: / / ÀS H CARIMBO E ASS MÉDICO SOLICITANTE:

EXAME CLÍNICO: **paciente alerta, orientado, com pupilas iguais, reações fotomotoras, reflexos patológicos presentes, 6/6 V.O. TC da cabeça sem lesões aparentes**

DIAGNÓSTICO: **TC e politomografia** CÓDIGO: CID:

CONDUTA: **Alta da neurocirurgia** **Dr. Ricardo A. Genova de Castro** **Neurocirurgia** **3673**

DATA E HORA DO ATENDIMENTO: / / ÀS H CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

**PARECER MÉDICO 2**

ESPECIALIDADE: **Orto** DATA/HORA DA SOLICITAÇÃO: / / ÀS H CARIMBO E ASS MÉDICO SOLICITANTE:

EXAME CLÍNICO: **Fratura da tíbia E**  
**anotada, tratamento conservador**

DIAGNÓSTICO: **fratura de tíbia e fíbula aberta** CÓDIGO: CID:

CONDUTA:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO: / / ÀS H CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

**PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL**

PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
1 - <b>Acetaminofeno 500mg</b>		
2 - <b>Salicilato</b>		
3 - <b>Clonazepam 1mg</b>		
4 - <b>Clonazepam 1mg</b>		
5 - <b>Tramadol 50mg</b>		
		<b>pac. não aceita hidratações</b>

**TIPO DE ALTA/SAÍDA**

Decisão Médica  A Pedido  Evasão  Transferência  Internação  Óbito

CARIMBO/ ASS. MÉDICO ASSISTENTE: DATA: HORA:

**INTERNACÃO**

PROCEDIMENTO: CARIMBO/ ASS. MÉDICO ASSISTENTE: DATA: HORA:

**OBITO**

ANTES DOS PRIMEIROS SOCORROS?  SIM  NÃO CARIMBO/ ASS. MÉDICO ASSISTENTE: DATA ÓBITO: HORA:

OBSERVAÇÕES:

DESTINO DO CORPO:  IML  SVO  ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do Responsável: \_\_\_\_\_)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THAISA CRISTINA CANTONI FRANCA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/11/2013 às 11:36, sob o número 02123183520138060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0212318-35.2013.8.06.0001 e código 1041DA4.



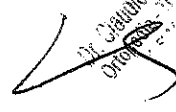
### RECEITUÁRIO

Nome: \_\_\_\_\_ BE/Prontuário: \_\_\_\_\_

Atesto que FRANCA  
WASKUNDA BARROS DA SILVA  
foi submetida a exames em  
Abril 2012, submetida a  
exames de rotina com  
resultado em anexo, estando  
com boa saúde, sem  
necessidade de tratamento  
com

CS 843-2

030613

  
Dr. Graciano Rêbeldes Reis  
Diretor de Traumatologia

Data:   /  /  

Assinatura e Carimbo do Médico

**PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone:255-5000





IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

FOLHA DE RECEITA

Para: \_\_\_\_\_  
Prontuário Nº: \_\_\_\_\_

Atesto em fev  
Washington D. Silva após  
fatura de R\$ 674.  
em 03-2012, subscrito-se  
- a causa em oposição  
verendo 30% percento de  
apresentado  
C-1-593-0

Gr. J. J. J. J. J.



SANTA CASA, DESDE 1861 SALVANDO VIDAS

Rua Barão do Rio Branco, 20 - Centro - Fortaleza - Ce - CEP 60025-060  
CNPJ 07.273.592/0001-64 GGF 08.011.507-8 Tel: (85) 5455 9100



- [Home](#)
- [Dicionário](#)
- [Formulários Úteis](#)
- [Imprensa](#)
- [Outras Informações](#)
- [Pontos de Atendimento Autorizados](#)

[Pagamento anual do seguro](#) [Prepare o pedido de indenização](#) [Fale Conosco](#) - [Informações Oficiais](#)

[Pedido de Indenização](#)

## Acompanhe o pedido de indenização

[voltar](#)

Este serviço está disponível de 2ª a sábado das 7h às 20h e aos domingos das 12h às 20h

Dados Informados	Outros dados deste sinistro
<b>CPF do Beneficiário:</b> 751.377.713-68 <b>Número do sinistro:</b> 2012290868	<b>Nome do beneficiário:</b> FRANCISCO WASHINGTON BARROSO DA SILVA <b>Nome da vítima:</b> FRANCISCO WASHINGTON BARROSO DA SILVA <b>Cobertura:</b> Invalidez

### Informações importantes

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. A seguradora que acolheu o seu pedido de indenização foi a **CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A**. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder, 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.**

Posição em: 03/06/2013 - 15:13

Indenização creditada no banco no valor de R\$ 2.531,25



Prepare o pedido



Entregue o pedido  
pontos de atendimento

facebook twitter YouTube

Administrado pela [Seguradora Líder](#) - 2013