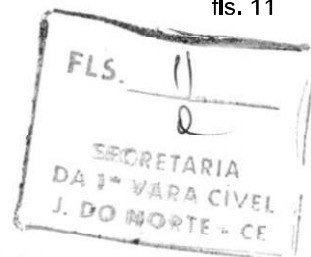




ALMINO E PONTES
ADVOGADOS ASSOCIADOS



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: ANTONIO PEREIRA DA SILVA, brasileiro, casado, autônomo,
portador do RG nº: 2009041262-6 SSP/CE e do CPF nº: 326.600.813-87,
residente à Rua Tio Noleto, 527, João Cabral, J. do Norte/CE

OUTORGADOS: Dr. Arthur Gomes Pontes, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.322 e Dr. Edson Almino Felix Filho, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.540, com endereço à Rua Princesa Isabel, Centro, nº 272, Barbalha-CE, onde recebem intimações e notificações.

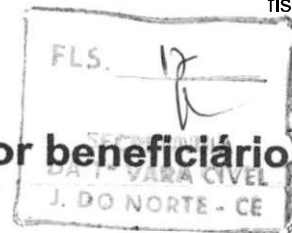
PODERES: O (A) outorgante concede os mais amplos, gerais, especiais e ilimitados poderes, para representá-lo(a) junto ao foro em geral, conforme o artigo 105 do CPC, bem como os poderes da cláusula "ad judicium et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(os(as) nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais, acompanhando-o(a) e promovendo quaisquer medidas preliminares, previstas ou assecutórias dos seus direitos e interesses; conferindo-lhe, também, poderes especiais para transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação e/ou procedimento, bem como de enfim, de valores depositados em instituições financeiras decorrentes de pleitos administrativos e/ou judiciais, firmar compromisso, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, propor execução, requerer insolvência, rescisória, embargos, agravos, agindo em conjunto ou separadamente, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência de recursos econômico, podendo, ainda, representar junto às instituições financeiras e repartições públicas federais, estaduais e municipais; empresas públicas, autárquicas, sociedades de economia mista, pessoas jurídicas de direito público/privado ou pessoas físicas em geral, podendo substabelecer (em conjunto ou isoladamente), com ou sem reserva de poderes, o presente mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, enfim, poderá o(s) procurador(es), praticar(em), alegar(em), promover(em) e assinar(em) todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

DECLARA, ainda, que possui recursos insuficientes para arcar com as despesas e custas processuais, conforme expressa disposição dos art. 98, *caput* e I c/c art. 99, *caput* e §3º, ambos do CPC.

Barbalha/CE, 14 de outubro de 2016.

Antonio Pereira da Silva

OUTORGANTE

**SINISTRO 3160440875 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** ANTONIO PEREIRA DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** INVESTPREV Seguradora S/A-Filial
Florianopolis-SC**BENEFICIÁRIO** ANTONIO PEREIRA DA SILVA**CPF/CNPJ:** 32660081387**Posição em 13-10-2016 08:10:43**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 1.687,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
14/10/2016	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

fls. 13

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, **nunca com dados de terceiros**, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se 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 ____/____/____ E
 CPF _____ /CNPJ _____, 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 Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa 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 e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta **não pertencente** à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

_____, de _____ de _____
 LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Antonio Pereira da Silva



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

FLS. 14 fls.

SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
J. DO RORTE - CE

portador da carteira de

Eu, _____, portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº _____, residente e domiciliado na _____, Cidade _____, Estado _____, 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.

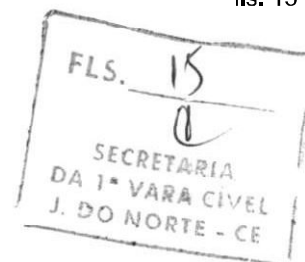
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Antônio Pereira da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, _____,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____, Órgão _____,

CPF nº _____, 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:

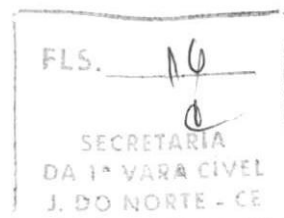
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	
Estado	
CEP	
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: Antônia Pereira da Silva

Declaração



Eu, _____, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em ____/____/____ fui socorrido por _____, Telefone: () _____, e levado ao hospital: _____.

Declaro não ter recebido nenhum tipo de atendimento médico no local do acidente, tais como SAMU, Corpo de Bombeiros, Ambulância etc., da mesma forma não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia, dessa forma não possuo nenhuma outra prova referente ao acidente, além do boletim de ocorrência Policial e a documentação médica apresentada.

Por ser verdade, declaro estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal:

"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria 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 o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Local: _____ UF: _____ Data: ____/____/____

Antônio Pereira da S. V. A.

Nº DO CLIENTE
4238720-5



08 13000 04 226400 - 9 397237449
JOSE FERREIRA TORRES 11/08/2015
RU PIO NOROES 00527
JOAO CABRAL - JUAZEIRO DO NORTE - 63051175
1010892
01-RESIDENCIAL MONOFASICO
052305798-97
0000 0000
0,00

DADOS		DADOS GERAIS DO PAGOAMENTO	
Nome do Consumidor	Endereço	Nome do Consumidor	Endereço
JOSE FERREIRA TORRES	JUAZEIRO DO NORTE	JOSE FERREIRA TORRES	JUAZEIRO DO NORTE
11/08/2015	11/09/2015	11/08/2015	11/09/2015
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	
74,47	27,00%	20,10	
INFORMAÇÕES SOBRE O PAGOAMENTO DO CONSUMO			
1264	1157	1,00	127
11/08/15	10/07/15	10/08/15	10/07/15

VALOR CONSUMO DO MES 74,47
MULTA MORATORIA REF 07/2015 0,63
JUROS DO MES 0,18
SEGURO RESIDENCIAL 3 + 1- 0200 600 0560 4,03
CARTAO DE TODOS - 0800.283.8916 1/1 16,75
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 8,65)

VENCIMENTO 18/08/2015

96,06

Descrição	Valor	Descrição	Valor
Energia	39,50	134	107
Transmissão	3,47	109	75
Distribuição	18,43	22	87
Encargos Gerais	1,76	93	179
Tributos (TOMOS FISCALIS)	20,86	207	179
TOTAL	74,47	185	193
		175	

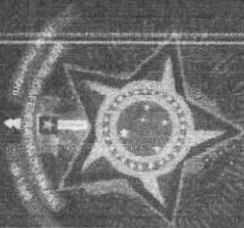
46,25

0,00

Informações importantes e avisos de vencimento

575

3511957



P.: 195

Antonio Paganini da si vai

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

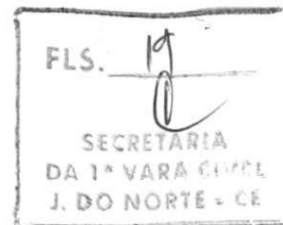
ESTADO DO CEARÁ

EFKIM-02745612-PTING DO CARIK

SERVICES

mento é cópia do original, assinado digitalmente por MIKE QUEIROZ OLIVEIRA, liberado nos autos em 07/06/2018 às 21:50 .

VALOR LIMITADO





CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - PAE DROGARIA AVENIDA

DATA: 14/09/2015

HORA: 10:43:10

TERMINAL: 00325049

CONTROLE: 003250490322

COMPROVANTE DE
TRANSFERÊNCIA DE VALORES

REMETENTE

CCC/AGÊNCIA : 0032 / JUAZEIRO DO NORTE

CONTA : 013.00.320.918-7

NOME : EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

FAVORECIDO

CCC/AGÊNCIA : 0032 / JUAZEIRO DO NORTE

CONTA : 013.00.020.544-0

NOME : ANTONIO PEREIRA DA SILVA

VALOR : 5,00

DATA DE EFETIVAÇÃO : 14/09/2015

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30
MINUTOS.

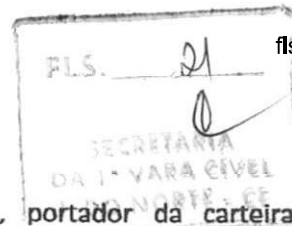
Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



fls. 21

Eu, _____ portador da carteira de
identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº _____
residente e domiciliado na _____
Cidade _____, Estado _____, 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;

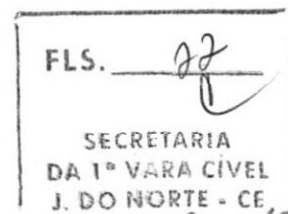
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de
invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração
permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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.

Antonio Pereira da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data



Eu Antonio Pereira Passiva Peço a seu
marque minha, pois já estou de Alta definitiva.
Ja Estou enviando meu laudo médico como
comprovação.

Obrigado.

nome: Antonio Pereira Passiva

CPF: 326.600.813-87

RG: 2009041262-6

SINISTRO: 3150882791

Cidade Juazeiro do Norte data 16-8-2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
FEMEA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E FÉRMAS BIOMÉTRICAS

Proteção Plástica

Proteção Plástica

Antonio Pereira da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

FLS. 24

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2009041262 - 6

DATA DE EXPEDIÇÃO 04/03/2015

SECRETARIA DA 1ª VARA CÍVEL J. DO NORTE - CE

NOME ANTONIO PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ PEREIRA DA SILVA

STELINA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE PORTEIRAS - CE

DATA DE NASCIMENTO 10/05/1957

DOC. ORIGEM

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: MARROCOS TERMO: 4734 FOLHA: 233

LIVRO: 8 13 JUAZEIRO DO NORTE - CE

CPF 326.600.813-87

RG: ANT: 116127286

P.: 199

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 326.600.813-87

Nome ANTONIO PEREIRA DA SILVA

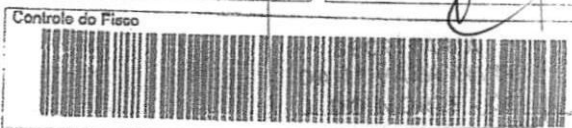
Nascimento 10/05/1957

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica



Saida: 1

Entrada: 0

Nº 000.004.349

Série 001

Folha 1/1

Chave de Acesso

2314 1109 4612 5300 0137 5500 1000 0043 4910 0004 3491

Antonieli Comercio de Motos e Acessorios Ltda - ORIENTE MOTOS

Rua PADRE CICERO, 1566 - PRÉDIO SALESIANOS

53010-020 - Juazeiro do Norte / CE

Fone/Fax: 88 3511 7929

Natureza da Operação

Venda a Prazo D/E

Inscrição Estadual

063604256

Inscrição Estadual Sub. Tributária

Consulta de autenticidade do portal nacional da NFe

www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

Protocolo de Autorização

123140063898010 - 13/11/2014 16:04:59

CNPJ

09.461.253/0001-37

Destinatário / Remetente

Nome/Razão Social

ANTONIO PEREIRA DA SILVA

CNPJ/CPF

326.600.813-87

Endereço

Rua FARIAS BRITO 1307 CASA

Bairro/Distrito

JOAO CABRAL

CEP

63000-000

Município

Juazeiro do Norte

Fone

88 8855 6353

UF

CE

Inscrição Estadual

Data de Emissão

13/11/2014

Data Saída/Entrada

13/11/2014

Hora Saída/Entrada

15:42:00

Fatura

Documento	Vencimento	Valor	Documento	Vencimento	Valor	Documento	Vencimento	Valor	Documento	Vencimento	Valor	Documento	Vencimento	Valor
0004349-01	13/11/2014	2.000,00	0004349-02	15/12/2014	2.700,00									

Cálculo dos Impostos

Base de Cálculo do ICMS	Valor do ICMS	Base Calc. do ICMS Subs.	Valor do ICMS Subs.	Valor Aprox. dos Trib. (IBPT)	Valor Total dos Produtos
0,00	0,00	0,00	0,00	2.129,10	4.700,00
Valor da Frete	Valor do Seguro	Desconto	Out. Dcto. Acessor.	Valor do IPI	Valor Dcton.
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Valor Total da Nota Fiscal					4.700,00

Transportador / Volumes Transportados

Razão Social	Frete por Conta	Código ANTT	Placa Veículo	UF	CNPJ/CPF
	9 - Sem Frete				
Endereço	Município	UF	Inscrição Estadual		
Quantidade	Espécie	Marca	Numeração	Peso Bruto	Peso Líquido
1	CICLOMOTOR	SHINERAY		0,000	0,000

Dados dos Produtos

Cód. Prod.	Descrição do Produto	NCM/SH	CST	CFOP	Med.	Quantidade	Vir. Unitário	Vir. Total	BC Icms	Vir Icms	Vir IPI	Aliq Icms	Aliq IPI	Vir Aprox. dos Trib.
1551	XY50Q JET - VERMELHA - CICLOMOTOR LXYXCBL04F0247557-FAB/MOD:2014/2015-NF:37865	97111000	060	5405	UN	1,0000	4.700,0000	4.700,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.129,10

Dados Adicionais

Informações Complementares

CHASSI:LXYXCBL04F0247557-FAB/MOD:2014/2015-NF:37865-

MOTOR:1P39FMAFA055922-49cc-RENAVAM:030717-GASOLINA-

IMPOSTO RETIDO POR SUBST. TRIBUTARIA CONF. DEC. 23/217/2001

E ALTERACOES. VEICULO SEM RESERVA. P-7995

MD5: 53BE8E89AB11D7DEDCB35B99775BA6

Informações Adicionais ao Fisco

Documento é cópia do original, assinado digitalmente por MIKE QUEIROZ OLIVEIRA, liberado nos autos em 07/06/2018 às 21:50. Para o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0047616-88.2017.8.06.0112 e código 37D1C7F.



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

FLS.

SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

BOLETIM DE Ocorrência Nº 488 - 13997 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 04/09/2015 17:28:42
Data / Hora da Ocorrência: 28/08/2015 12:05:00
Endereço da Ocorrência:
Complemento:
Bairro:
Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ANTONIO PEREIRA DA SILVA
Nascimento: 10/05/1957 CPF:
RG: Órgão Emissor: UF:
Filiação: STELINA MARIA DA CONCEIÇÃO
Endereço: RUA PIO NOROES, 593
Bairro: JOÃO CABRAL CEP:
Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE
País: BRASIL Telefone:

Histórico

Afirma JO NOTICIANTE, advertido das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção que NA HORA, DIA E LOCAL ACIMA INFORMADOS ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA CINQUENTINHA, QUANDO FOI COLHIDO POR VEÍCULO BOL COR VERMELHA DE PLACA NÃO ANOTADA, QUE EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO; QUE A VITIMA/CONDUTOR FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA CONFORME PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO Nº 011508270391, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E DOCUMENTO N.º FISCAL DA CINQUENTINHA. E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.

ADENDO: MOTOCICLETA CINQUENTINHA CHASSILXYXCBL04F0247557, ANO DE FAB 2014/2015 MOTOR IP39FMAFA055922-49CC RENAVAM 030717 DE PROPRIEDADE DA VITIMA, SEGUNDO PRONTUÁRIO MEDIDO DA VITIMA SOFREU FRATURA EM CLAVÍCULA.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

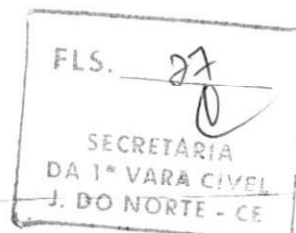
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARIA GORETTI MESQUITA BANDEIRA - MAT.: 015698-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

LUIS JOSÉ TENÓRIO DE BRITTO - MAT.: 126893-1-4



Policlínica Pirajá



Saúde ao alcance de todos!

Avenida Ailton Gomes, nº 1561 - Bairro Pirajá
Fones: (88) 3511.3019 / 99616.2590
Juazeiro do Norte - Ceará

Dr. Carlos Macêdo

Cirurgia Geral e Proctologia

Ex-Residente do Hospital
dos Servidores HSE (3 anos)
Rio de Janeiro - RJ
CREMEC - 2263 - CPF 054.124.803/06

CIRURGIA GERAL:

Abdomen
Úlcera
Vesícula
Hérnias
Tumores
Varizes M.M.I.I

CIRURGIA ENDÓCRINA:

Tireóide
Mamas
Útero
Ovários

PROCTOLOGIA:

Colon
Reto
Ânus
Hemorróidas
Retossigmoidoscopia

Para:

ATESTADO

Este é para os devidos fins que o paciente Antônio Pereira da Silva 58an, vítima de acidente de Moto (colisão com automóvel) em 28/08/2015, sofrendo ~~fratura~~ luxação Acromioclavicular esquerda tendo sido operado em 08/12/16 - e retirado fio de clavícula esquerda 22/02/2016. CID: V23 + S43.1 O mesmo necessita fazer fisioterapia, entretanto já em condições de retornar ao trabalho.

Data: 29/04/16, em conchego de retorno

Dr. Fco. Carlos Macêdo Tavares
Cirurgia e Proctologia
CPF: 054.124.803-06
CRM - 2263

HOSPITAL SÃO RAIMUNDO
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES
Telefone: 88-3523-2600 Fax: 88-2101-5475

SECRETARIA
1ª VARA
NORTE - CE

INTERNACAO NUMERO: 337766

FICHA DE INTERNAÇÃO

IMPRESSO: 08/12/2015 09:52

Paciente: ANTONIO PEREIRA DA SILVA
Respons.: ANTONIO PEREIRA DA SILVA

Sexo.: M
Idade.: 58

Endereço do Prontuário:--

Endereço: RUA PIO NOROES 593 CASA

Cidade: 63100000 Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: 8888097738

Profissão:

Profissão: ETELENA MARIA DA CONCEICAO

Nome: JOSE PEREIRA DA SILVA

Prontuário: 103649
Bairro: JOAO CABRAL

Endereço: PORTEIRAS

N.RG: 20090412626

Nasc: 10/06/1957

UF: Ceará

Orgão:

Cor.: Branco

Est.Civil: CASADO

Operador/Cadastro: VANDA

Endereço de Atendimento:--

Endereço: FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

Endereço: INTERN. CIRURGICA

Endereço: POSTO MASCULINO

Endereço: AM03

Tipic Acom.: ENFERMARIA CLINICA

Endereço: AM3.05

Atendente.: VANDA

Data/Hora.: 08/12/2015 09:49

Convênio.: SUS INTE

Carater.: 01 -ELETIVA

Matricula.: 161060623570001

Venc.: 08/12/2015

RESUMO DO ATENDIMENTO:

RESUMO DE TRATAMENTO

*Paciente com sintomas
de insuficiência cardíaca
internado para cirurgia*

ANTECEDENTES PESSOAIS

DM ()

AVC ()

ALERGIA A DROGAS ()

EXAMES PREVIOS:

EXAME FISICO:

SINAIS VITAIS:

FP =

FR =

TA =

EXAME:

NEUROLOGICO:

EXAME AO =

EXAMES:

RV =

RM =

EXAME:

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

** Insuficiência cardíaca
* Insuficiência cardíaca*

TRANSF. P/ LEITO

ENF/APTO

TRANSF. P/ MEDICO:

CONDICOES DE ALTA:

EM: 10/12/15

ACIDENTE / RESPONSÁVEL

MEDICO(a): 005943

FRANCISCO



HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Fundação Leandro Bezerra de Menezes
Telefone: 88-3523-2600 Fone/Fax: 88-3523-2600

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 22/12/2015 07:45

Nº. Atendimento...: 340196 Convênio.: BPA SUS
Data Atendimento: 22/12/2015 Hora: 07:25 Matricula: 161060623670001
Médico Respons...: FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO Guia.:
Recepcionista...: LEYLIANE Tipo de Atend...: AMBULATORIAL
Setor Atend.....: CONSULTORIO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente.: ANTONIO PEREIRA DA SILVA Pront: 103649
Dia Nasc.: 10/05/1957 58 Anos Sexo: MASCULINO Est.Civil: CASADO RG: 20090412626
Endereço.: RUA PIO NOROES 593 CASA
Dep.....: 63100000 Bairro: JOAO CABRAL Município: JUAZEIRO DO NORTE
Estado....: CE Resp...: ANTONIO PEREIRA DA SILVA
Fone: 8886097738

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Itern. [] Outro
Outro

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[] Clínica [] Cirurg [] Obst. [] Ped. [] Oftalmo. []

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

[] RAIO-X

[] ULTRASSOM

[] ENDOSCOPIA

ATIVO DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO: / /

Dr. (a) FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO
CRM: 005943 CPF: 24733180349

Antonio Pereira da Silva
Paciente / Responsável

BOLETTI INDE CIRCULAR

[illegible]