

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: Roberto Silva Pereira
Nacionalidade Brasileiro Natural Batalha
Estado Civil Solteiro RG n.^o 2.073.510
Profissão Autônomo CPF n.^o 903165093-53
Endereço Rua Antônio Panizello n° 160
Bairro Boca Vista CEP 64101-000
Município Battaré

OUTORGADO: **GUSTAVO HENRIQUE MACÊDO DE SALES**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PI sob o n.^o 6919, Rua Acésio do Rêgo Monteiro N^o 1799, Ininga, Teresina- Piauí.

PODERES: Através do presente instrumento particular de mandato, outorgo-lhe(s) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando fudo por bom e valioso.

Piaraí /PI, 28 de janeiro de 2015.

Roberto Silva Pereira

OUTORGANTE

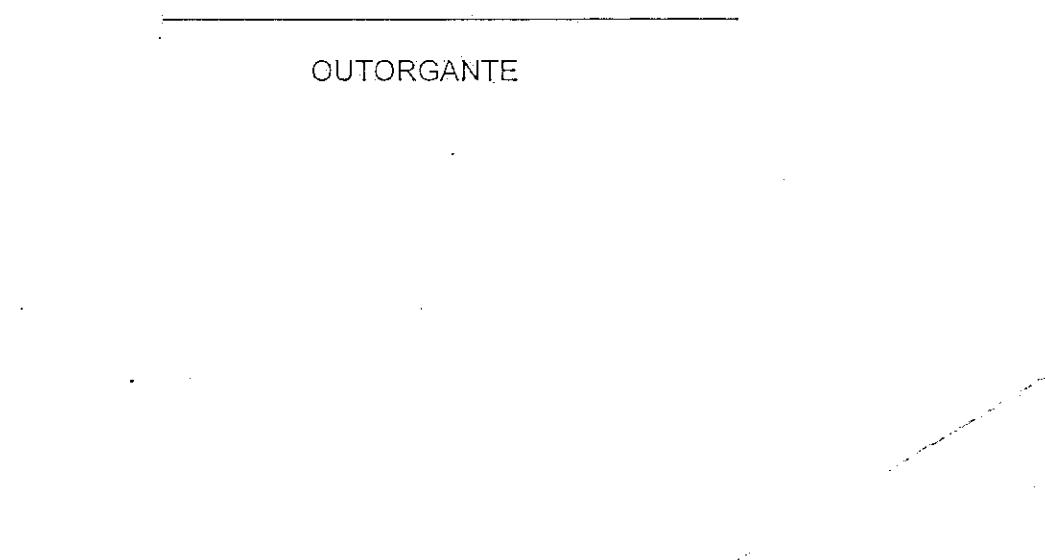
PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: Roberto Silva Pinho
Nacionalidade Brasileiro Natural Batalha
Estado Civil Solteiro RG n.^o 2.073.510
Profissão Autônomo CPF n.^o 903165093-53
Endereço Rua Lourivalino Corrêa nº 160; b
Bairro _____ CEP _____
Município _____

OUTORGADO: **GUSTAVO HENRIQUE MACÊDO DE SALES**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PI sob o n.^o 6919, Rua Acésio do Rêgo Monteiro N^o 1799, Ininga, Teresina- Piauí.

PODERES: Através do presente instrumento particular de mandato, outorgo-lhe(s) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando fudo por bom e valioso.

_____/PI, ____ de ____ de 20 ____.

OUTORGANTE


ocupações habituais, não havendo nenhuma possibilidade de recuperacão
de bens.

**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA – SSP
DELEGACIA GERAL DA POLICIA CIVIL - DGPC**

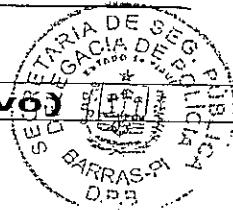
BOLETIM DE OCORRÊNCIA (Alternativo)

Número do B.O.: 13952012

Resp. pelo Registro: JUNIOR MEDEIROS

Delegado: HUMBERTO MÁCOLA

DATA: 20/06/2012 HORÁRIO: 15H50MIN



DADOS DA OCORRÊNCIA

Delegacia Responsável: DELEGACIA DE BARRAS - PI

Horário do fato: 20H30MIN Local: RUA CAROLANDO CARVALHO SILVA Bairro: BOA VISTA

Município: BARRAS-PI Ponto de Referência: RESIDÊNCIA DO BENerval

NATUREZA DO FATO

ACIDENTE MOTOCICLISTICO

DADOS DO INFORMANTE

Nome: ROBERTO SILVA PEREIRA Nacionalidade: BRASILEIRO Naturalidade: BATALHA-PI
Profissão: AUTONOMO Data de Nascimento 13/07/1982 Endereço: RUA CAROLANO CARVALHO
Nº160 BAIRRO BOA VISTA,BARRAS-PI Filiação: PEDRO JOSÉ PEREIRA E DE MARIA DA CONCEIÇÃO
SILVA PEREIRA Fone: 9458-8391 R.G: 2.073.510 SSP-PI CPF: 903.165.093-53

PESSOAS ENVOLVIDAS

Vítima(s): CAMILA THAYLLA FERREIRA SILVA(MENOR 25/11/2007)

Autor(es):

OBJETOS MATERIAIS ENVOLVIDOS

Desc. Material:

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Desc. do(s) veículo(s): MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS MIX ES,PLACA NIS-4305,CHASSÍ
Nº9C2KD0520AR089628,RENAVAM Nº272550094,ANO 2010,COR PRETA,DPVAT
Nº8777997407,LICENCIADA EM NOME DE:MARIA DA CONCEIÇÃO FERREIRA DA SILVA.

NARRATIVA DO FATO

NOTICIANDO QUE NO DIA 25/05/2012 POR VOLTA DAS 20H30MIN,A VITIMA "CAMILA THAYLLA FERREIRA"AO TRAFEGAR PELA RUA CAROLANO CARVALHO SILVA,BAIRRO BOA VISTA BARRAS-PI,NA GARUPA DA MOTOCICLETA ACIMA CITADA PILOTADA PELO INFORMANTE(PAI DA VITIMA),QUE AO CHEGAR PROXIMO A RESIDÊNCIA DO SENHOR "BENerval" A VITIMA PERDEU O EQUILIBRIO TENDO O PÉ DIREITO ENTRADO ENTRE A CORRENTE E A COROA DA REFERIDA MOTOCICLETA OCASIONANDO DE IMEDIATO PERDA DE DOIS DEDOS,ONDE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SEU PAI(O INFORMANTE)ATE O HOSPITAL MUNICIPAL LEÔNIDAS NESTA CIDADE DE BARRAS-PI, ONDE A VITIMA FOI EXAMINADA E ENCAMINHADA PARA HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA(HUT), ONDE A VITIMA FOI EXAMINADA E SUBMETIDA A CURATIVOS NO PÉ ONDE A VITIMA TEVE DOIS DEDOS AMPUTADOS MEDICADA E LIBERADA .ERA O QUE TINHA A DECLARAR.

Francisco Medeiros de Barros Júnior registro
ESCREVENTE COMPROMISSADO DE B.O
Del. de Polícia Civil de Barras/PI
RG nº 1.810.013 SSP/PI

Responsável pela informação

Visto do(a) Delegado(a)



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA



DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE BARRAS/PI

Avenida Pinheiro Machado, s/n, centro
FONES: 3242-1667/ 2300



DECLARAÇÃO

DECLARO a quem interessar possa que nesta cidade de Barras – PI, não existe sede do IML – Instituto de Medicina Legal, CORPO DE BOMBEIROS e nem ANJOS DO ASFALTO.

Delegacia de Policia Civil.

Barras (PI), 20 de junho de 2012.

REUNOISSEME ALELUIA JESUS
ESCREVENTE COMPROMISSADO DE B.O.
Del. da Policia Civil de Barras/PI
RG nº 1.816.013 SSP/PI



PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Municipal Leônidas Melo
Praça Monsenhor Bozon, 210, centro
Barras - Piauí



REQUERIMENTO

Eu, Camila Nelly Sena de Oliveira,

RG de nº 20.000.000-0000 e CPF de nº 000.000.000-00

residente e domiciliado (a) no município de Barras

Piauí, venho mui respeitosamente requerer de Vossa Senhoria a xerox do prontuário referente a internação pelo qual fui submetido (a) no dia

24.03.2012

Barras, PI, 26 de junho de 2012

Olá Sr. Sônia Lacerda

Assinatura

Volkay 12.06.12

Maria Rosineide da Costa
Assistente Social
CRESS 1973 - 22a Região/
melotto

CF 220

Fatura Mensal

MATRÍCULA
0090770-7

Hidrômetro
Y10N369053

MAI/2012

Nome/Razão Social/Endereço

JUVENTIN CARDOSO DA SILVA
RUA CORIOLOAND DE C E SILVA, 00160
BARRAS PT

AGENTE=27

A/E	P/U	Res.	Categorias de Uso	Inscrição
3/1	1	1	Com. Ind. Pub.	012 02 02 00 0093-78
De	30/03/2012	A	02/05/2012	Situação de Faturamento FATURADO P/ CONSUMO NORMAL

Mês/Año	Histórico de Consumo	Cód. Responsável
01/11	811	0090770-7
02/11	852	
03/11	865	
04/11	876	
10/11	885	
11/11	895	
12/11	907	
01/12	917	
02/12	927	
03/12	935	
04/12	942	
05/12	94	

Mês/Año	Consumo	Geor.
01/11	14	00
02/11	9	00
03/11	13	00
04/11	11	00
10/11	9	00
11/11	10	00
12/11	12	00
01/12	10	25
02/12	10	25
03/12	58	01
04/12	0	00
05/12	22	00

Cód. Auxiliar
1R00 330001501

Consumo Médio
15

Consumo
22

Cod.	Nome do Serviço	Total a Pagar (R\$)
ALUA		63,40
009	MANUTENCAO DE HIDROMETRO	1,00

VENCIMENTO: 16/05/2012 TOTAL A PAGAR (R\$) 64,40

AVISO DE DEBITO! CONTAS: I VACOR: R\$ 183,81
SERVICO NAO PAGO SISTEMA NO PRECO DE 30 DIAS
CONFORME A LEI FEDERAL 11.455/2006, SE RESISTIR AO DEBITO.

Nº Mínimo de Amostras Exigidas	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1
Nº Amostras Realizadas	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1
Nº Amostras que Atenderam à Legislação	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1
Conclusão	HAMIDAH E LORLA LIMPE SUA CAIXA DAGIA A CADA 6 MESES.					

Médias Mensais
Mensagens - ACESSO NAO PERMITIDO PARA LEITURA DO
HIDROMETRO POR TRES MESES SEGUIDOS, SERA
ARBITRADO CONSUMO, CONF. REGULAMENTO.

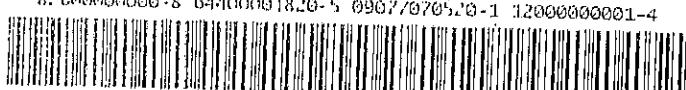
Usuário:
Agente:

AGESPISA
Águas e Esgotos do Piauí S/A
Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

Res. 1	Categorias de Uso	Inscrição	AG=27
1	Com. Ind. Pub.	012 02 02 00 0093-78	
Matrícula	Referência		
0090770-7	0572012		

VENCIMENTO: 16/05/2012 TOTAL A PAGAR (R\$) 64,40

8.1600000000-8 644000001820-5 0907/070520-1 12000000001-4



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



COMARCA DE BARRAS - ESTADO DO PIAUÍ
CARTÓRIO DO TERCEIRO OFÍCIO

REGISTRO CIVIL

WALBERT BRITO SILVEIRA
ESCRIVÃO SUBSTITUTO



CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CHIELETICO que, às fls. 247 verso, do livro A-20, sob nº de ordem 23.462, foi lavrado o assento de nascimento de CAMILA THAYLLA FERREIRA SILVA, do sexo feminino, cor parda, nascido (a) aos vinte e cinco dias do mês de novembro ano de dois mil e sete (25.11.2007), às oito horas e quarenta minutos (8h40), no Hospital Municipal Leônidas Melo, em Barras, Estado do Piauí, sendo filho (a) de ROBERTO SILVA PEREIRA e MARIA DA CONCEIÇÃO FERREIRA DA SILVA; tendo como avós paternos: Pedro José Pereira e Maria da Conceição Silva Pereira; e como avós maternos: Juvenal Cardoso da Silva e Antonia Ferreira da Silva.

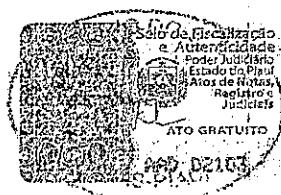
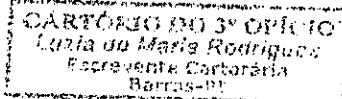
O assento foi lavrado aos quinze dias do mês de fevereiro ano de dois mil e oito (15.2.2008), tendo sido declarante o pai da registranda. Sendo testemunhas as constantes do termo.

Observações: "Nada havia ressalvar".

O referido é verdade, e dou fé.

Barras (PI), 15 de fevereiro de 2008.

Luzia de Maria Rodrigues
Luzia de Maria Rodrigues
Escrivã Substituta
Escrevente Cartorária Autorizada
Matr. 423.027-2



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.073.510 DATA DE EXPEDIÇÃO 28.05.99

NOME Roberto Silva Pereira

FILIAÇÃO Pedro José Pereira
Maria da Conceição Silva Pereira

NATURALIDADE Batel/PR

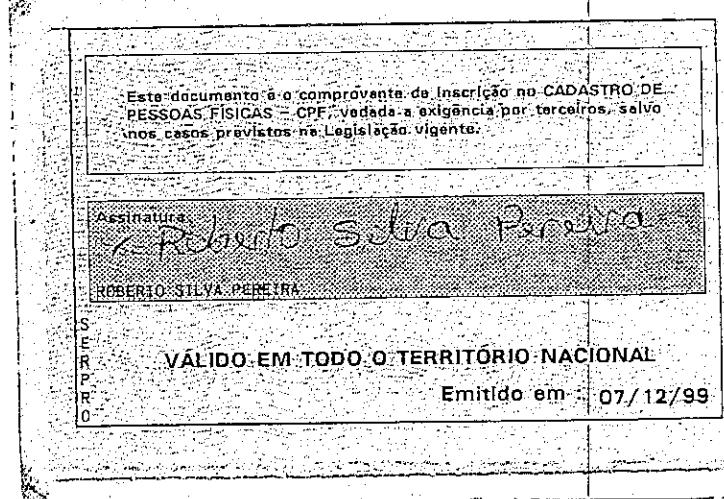
DATA DE NASCIMENTO 13.07.82

DOC. ORIGEM 31.376.121-54.V.II.93

CPF 000.000.000-00

ASSINATURA DO TITULAR

CARTA DE IDENTIDADE N° 7.116 DE 29/08/93



EXAMES COHIGEMENTARES REALIZADOS	
TRATAMENTO REALIZADO	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	
CONSULTA BASICAS	
CURATIVO	
AEROSOL	
RETRADA DE PONTO	
RETRADA DE CORPO ESTRANHO	
PEQUENA CIRURGIA	
SUTURA SIMPLÉS	
TERAPIA MEDICAMENTOSA	
PACIENTE EM OBSERVAGAO	
DATA DO ATENDIMENTO	
MUNICIPIO	
ESTADO	
CEP	
DATA DE NASCIMENTO	
PROFISSAO	
NOME DO PACIENTE	
BOLETIM DE ATENDIMENTO AMBULATORIO DE URGENCIA	
HOSPITAL MUNICIPAL LEONIDAS MELLO - BARREAS - PI	
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
PA: <i>Edilson Silveira</i>	
MAE: <i>Thais de Oliveira</i>	
ENDERECO:	
<i>Rua Equador Centro São Luís 160</i>	
CIDADE: <i>São Luís</i>	
UF: <i>MA</i>	
FILHA(O)	
<i>Patrícia Gómez Silveira</i>	
DATA DE NASCIMENTO	
35.3.6003	
PROFISSAO	
ESTUDANTE	
SEXO	
<input checked="" type="checkbox"/> FEM	
<input type="checkbox"/> MASC	
DATA DO PACIENTE	
04.05.2012	
DAOS SOBRE ATENDIMENTO	
MUNICIPIO: <i>São Luís</i>	
ESTADO: <i>MA</i>	
CEP: <i>64.000-000</i>	
HORA: <i>07</i>	
DATA DO ATENDIMENTO	
04.05.2012	
MOTIVO DO ATENDIMENTO	
<i>Até a 20h trouxe a filha para fazer exames</i>	
DIAGNOSTICO	
<i>Exames normais</i>	



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL LEÔNIDAS MELO
BARRAS - PIAUÍ



FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Camila Taíla Ferreira de Souza 4 anos

Da Unidade: *Hospital M. L. Melo* Para: *HUT*

Nome da pessoa encaminhada: *Camila T. F. S.* Registro:

Motivo de encaminhamento: *Ameiguilite acúmulo do líquido no pé direito*

Observações: *Tratamento em progresso*

Data: *24/08/16* Resp. p/ encaminhamento: *[Assinatura]*

Obs: Deve ser arquivado no centro de Saúde Unidade Mista e Hospital Local ou Regional.

FICHA RETORNO

Da Unidade: Para:

Nome do Cliente: Registro Original:

Diagnóstico e Orientações:

Data: */ /* Resp. p/ diagnóstico: *[Assinatura]*

Obs: Esta ficha deverá ser devolvida no Hospital de origem através do próprio Paciente devidamente fechada.



NOME DO PACIENTE: Comila Elizabeth Ferreira Siqueira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 107-067

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO – SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".



LAUDO MÉDICO

Paciente: **CAMILA THAYLLA FERREIRA SILVA** (Prontuário: **197067**)

Endereço: RUA CAROLANDO N 160 - BOA VISTA - BARRAS - PI CEP: 64100-000

Nascimento: 25/11/2007 Idade: 4a:7m:1d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA Atendimento: 232364

Requisição: 227782 Solicitação: 24/05/2012

Controle: 291799 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 24/05/2012

PE OU PODODACTILO DIREITO (2 INCID.)

O estudo radiológico do pé foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- AMPUTAÇÃO DA 2ª FALANGE DO HALLUX.

- IMBILIZAÇÃO EM GESSO.

(ANTONIO

TERESINA - PI 22/06/2012

IVAN FONTENELE GOMES

CPF: 394.802.673-49 CRM: 2426

CONFERE COM O ORIGINAL
Teresina, PI 20/06/12

Leônida Britto

*Certidão de
Conferência
Data: 20/06/12
CRM: 2426*



BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: CAMILA THAYLLA FERREIRA SILVA		Prontuário: 197067
Mae: MARIA DA CONCEIÇÃO FERREIRA DA SILVA	Pai: ROBERTO SILVA PEREIRA	
End Resid.: RUA CARIOLANDO N 160 - BOA VISTA - BARRAS - PI - CEP: 64100-000		
Nascimento: 25/11/2007	Idade: 4a:6m:2d	Sexo: Feminino Fone: - -
Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO FERREIRA DA SILVA	CNS: 898002932542674	
Profissão:	Documento: Reg.Nasc:	
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Solteiro(a)	
End Local.: - - -	SIMPLES COM PARECER	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 23236 4	Data: 24/05/2012 23:01:51	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: DOR MEMBROS INFERIORES	Convenio: S U S	
Acid. Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl. Saúde: Não
Trauma: Não	Maus Tratos: Não	

DADOS CLÍNICOS:

Ferida sanguinante no pé D/Amparo
 (cós) cor e sensibilidade?

*Dr. Francisco
 CRP: 0007720
 Fone: 085-3202-0533*

Pert. d/pele c/ alter
 lesões c/ dura

falta certa

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

O.S. Fisiológico O.G.V. 5800 , G.V = 308 + 1/4

<u>ALTA:</u>	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência:
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<u>DATA SAÍDA:</u> / / . <u>HORA:</u> :
	<input type="checkbox"/> A Pedido		
<u>DESTINO:</u>		<u>Proced. Solicitado:</u>	
<u>ÓBITO:</u>	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> Proced. Solicitado:
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<u>CID Compatível:</u> _____
		<u>Prof. Solicitante</u> Internação:	

Maria da Conceição F. da Silva
 Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Milton C. B. B. Filho
 CRM-2074
 P.D.U. - Ortopedia e Traumatologia
 Carimbo Assinatura - Profissional - BE



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL LEÔNIDAS MELO
BARRAS - PIAUÍ



FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade:

Hospital M. L. Melo

Para:

HUT

Nome da pessoa encaminhada:

Catálio Taita F. S.

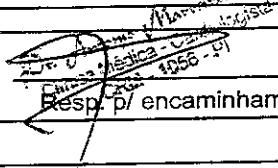
Registro:

Motivo de encaminhamento: Amputação traumática do pé e
do 2º dedo do pé direito

Observações:

Resposta a cirurgia feita.

Data 24/08/01



Resp. p/ encaminhamento

Obs: Deve ser arquivado no centro de Saúde
Unidade Mista e Hospital Local ou Regional.

FICHA RETORNO

Da Unidade:

Para:

Nome do Cliente:

Registro Original:

Diagnóstico e Orientações:

Data ____ / ____ / ____

Resp. p/ diagnóstico

Obs: Esta ficha deverá ser devolvida no
Hospital de origem através do próprio
Paciente devidamente fechada.