

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 Caridade Amalho nº 160
Bairro Boa Vista CEP 64100-000
Município Barran

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 tudo por bom e valioso.

Barran /PI, 28 de Janeiro de 2015.

Roberto Silva Pereira

OUTORGANTE

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: Roberto Silva Pereira
Nacionalidade Brasileira Natural Batalha
Estado Civil solteiro RG n.º 2.073.510
Profissão Auxiliar CPF n.º 903165093-53
Endereço Rua Carolano Cavellho n.º 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 tudo por bom e valioso.

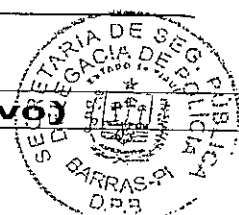
_____/PI, ____ de _____ de 20 ____.

OUTORGANTE

ocupações habituais, não havendo nenhuma possibilidade de recuperação



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA – SSP
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA 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 CARIOLANDO 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 CARIOLANO 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 POR VOLTA DAS 20H30MIN, A VITIMA "CAMILA THAYLLA FERREIRA" AO TRAFEGAR PELA RUA CARIOLANO 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) ATÉ 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 Lima
Responsible by the registration
ESCREVENTE COMPROSSADO 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

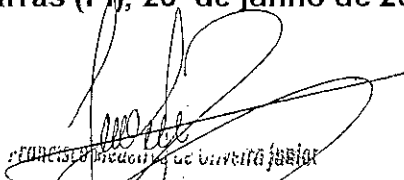


DECLARAÇÃO

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.


Francisco Medeiros de Oliveira Junior
ESCRIVÃO COMPROVADO DE R.O.
Del. da Polícia Civil de Barras/PI
RG nº 1.819.012 SSP/PI



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



REQUERIMENTO

Eu, Camila Rêila Araújo da Silva,
RG de nº 1.234.567 e CPF de nº 123.456.789
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
24.05.2012.

Barras, PI, 26 de junho de 2012

[Assinatura]

Assinatura

Voltar 12.06.12

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

12/6/2012

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



COMARCA DE BARRAS - ESTADO DO PIAUÍ
CARTÓRIO DO TERCEIRO OFÍCIO

REGISTRO CIVIL

WALBERT BRITO SILVEIRA
ESCRIVÃO SUBSTITUTO



CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, às fls. 247 verso, do livro A-20, sob n° 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 há a ressaltar".

O referido é verdade e dou fé.

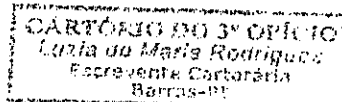
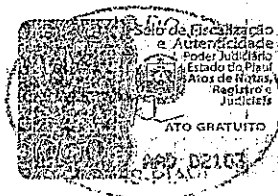
Barras (PI), 15 de fevereiro de 2008.

Luzia de Maria Rodrigues
Luzia de Maria Rodrigues

Escrivã Substituta

Escrevente Cartorária Autorizada

Matr. 423.027-2



TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO PRIVAT

P/Nº 8777997407		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
NOME/ENDEREÇO			
MARTA DA CONCEICAO FERREIRA DA S LLVA			

CPF/CNPJ		PLACA	
01679661388		NIS-4305	
BILHETE DE SEGURO DPVAT			
P/Nº 8777997407		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
		2010	26/01/2010
NOME/ENDEREÇO			
MARTA DA CONCEICAO FERREIRA DA S LLVA			

VIA		GRF/CNPJ	PLACA
1		01679661388	NIS-4305
COD. RENAVAM		MARCA/MODELO	
272350094		HONDA/NXR150 BROS MIX ES	
ANO FAB.	CAT. TARIF.	CHASSI	
2010	09	9C2KD0520AR089629	
PRÊMIO TANTAFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)
000000000			
Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A CNPJ: 09.248.608/0001-04			

118-2010

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 Perai

PA: RA

NATURALIDADE: Datelma-Pi DATA DE NASCIMENTO: 13.07.82

DOC ORIGEM: FANC. 31.376 23. 54.V 117 31

Exp. em Datelma-Pi

CPF: ~~903165093-53~~

ASSINATURA DO DIRETOR

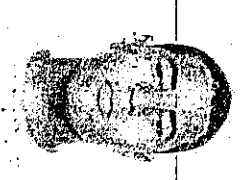
REI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

Roberto Silva Pereira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: ROBERTO SILVA PEREIRA

Nº de Inscrição: 903165093-53

Data do Nascimento: 13/07/82



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura: Roberto Silva Pereira

ROBERTO SILVA PEREIRA

S
E
R
P
R
O

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 07/12/99



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL MUNICIPAL LEONIDAS MELO - BARRAS - PI
BOLETIM DE ATENDIMENTO AMBULATORIO E DE URGÊNCIA



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Camila Costa Sena da Silva

DATA DE NASCIMENTO

05.11.2007

PROFISSÃO

SEXO

MASC ☐

FEM ☒

FILIAÇÃO

PAI Roberto Silva Pereira

MÃE

Ms. da Conceição S. da Silva

ENDEREÇO

Rua Cavalcante Cavalcanti Silva 160

MUNICÍPIO

ESTADO

Barras

PI

CEP

64 100-000

DADOS SOBRE ATENDIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO

04.05.2012

HORA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Febre no abdômen

Abdominal de 40°C

DIAGNÓSTICO

Febre reativa do

1º e 2º graus no abdômen

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

TRATAMENTO REALIZADO

1. Analgésico / 2. Antibiótico

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONSULTA BÁSICA

☒

CURATIVO

☐

AEROSOL

☐

RETIRADA DE PUNTO

☐

DRENAGEM DE ABCESSO

☐

PRESSÃO ARTERIAL

☐

RETIRADA DE CORPO ESTRANHO

☐

PEQUENA CIRURGIA

☐

SUTURA SIMPLES

☐

TERAPIA MEDICAMENTOSA

☐

PACIENTE EM OBSERVAÇÃO

☐

DATA 04.05.12

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE

Dr. Ulysses
Clínica Médica - Consultório

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Roberto Silva Pereira



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



FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Camila Tailor Ferreira da Silva

4 anos

Da Unidade:

H. L. M. L.

Para:

HUT

Nome da pessoa encaminhada:

Camila T. F. Silva

Registro:

Motivo de encaminhamento:

Ampulha hemifixa do 1º

e 2º poros front do pé 2

Observações:

Tratamento em curso

Data

27/08/16

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.



NOME DO PACIENTE: Camila Eloyda Ferreira Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 197067

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".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **CAMILA THAYLLA FERREIRA SILVA** (Prontuário: 197067)
Endereço: RUA CARIOLANDO 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 20/08/12

Cecília Brito

Cecília Brito
Gestora de Qualidade - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820
Redenção - Teresina - PI
CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINÁ - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINÁ-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02



Imp: 24/05/2012 23:01:52
(MIKAELLE)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: CAMILA THAYLLA FERREIRA SILVA		Prontuário: 197067
Mãe: 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	Convênio: S U S	
Acid. Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl. Saúde: Não Trauma: Não Maus Tratos: Não

DADOS CLÍNICOS:

Fez rido sangramento no pé D/Ampulha
com c. pul. pot. med. -

Dr. Francisco Carlos Góes
CRM-PI 11281
CPF: 888.748.053.34

Pont. 4/4 pul. ext. med.
4/4 pul. 1.º cl. med.

PA X mmHg Pulso: FC: bpm Temp.:

Diagnóstico Inicial: *Sut. vert.* CID:

CONDUITA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

O.S. Fisiológico 0,9% 580 e, CV = 30% + 1/2

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

Maria da Conceição Ferreira da Silva
Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Milton C. B. Filho
CRM-2074
201 - 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: <u>Hosp. M. L. Melo</u>	Para: <u>HUT</u>
Nome da pessoa encaminhada: <u>Carine TALLA F. Silva</u>	Registro:
Motivo de encaminhamento: <u>Ampulha preventiva do 1º e 2º parafuso do pé d</u>	
Observações: <u>Tram. a critério FHC</u>	
Data: <u>24/08/12</u>	
Resp. p/ encaminhamento: <u>[Assinatura]</u>	

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.