

**INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA**

**TORGANTE:** Juana Barros da Silva, brasileira, menor, portadora do RG de nº 89.35096-5 SSP-CE, inscrita no CPF de nº 082.899.673-41, nato ato representada por sua genitora Marly Martins Barros, brasileira, portadora do RG de nº 2001020050436 SSP-CE, inscrita no CPF de nº 4.848.343-00, residentes e domiciliadas à Fazenda Belo Monte, Quixeramobim (CE), CEP 63.800-000

**TORGADOS:** MARCELO OLIVEIRA DE ALMEIDA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o nº 34.527, RICARDO ALEXANDER EDUARDO CAVALCANTE, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o nº 22.566, PEDRO VICTOR PIMENTEL AZEVEDO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 31.392, PEDRO IGOR PIMENTEL AZEVEDO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o nº 31.391, ambos com endereço profissional no Centro Jurídico Santo Ivo, localizado à Rua José Campos de Azevedo, nº 39 do CPC, endereço eletrônico: pedrovictorpa@gmail.com.

**DERES:**

Este instrumento o Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui os Outorgados acima mencionados, seus procuradores, conferindo-lhe os mais amplos poderes para o foro em geral, na cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agirem, em conjunto ou separadamente, em qualquer juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes poderes especiais para requerer em Juízo ou fora dele, no também confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar e ratificar os compromissos, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar cheques compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, receber cheques decorrentes de condenação judicial, além de outros não expressamente constantes nesse mandato. Os poderes aqui mencionados poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo o que for bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

Quixeramobim/CE 02 de agosto de 2018

\* MARLY MARTINS BARROS  
OUTORGANTE



**DECLARAÇÃO DE POBREZA**

Eu, Marly Martins Barco  
brasileiro (a),  
CPF 617.248.343-00 RG 200102.0050436  
residente na (Rua, Avenida, Estrada) Avenida Belo Monte  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade Guaxizambomirim  
Estado Ceará Cep 63.800-000. Declaro, para os  
devidos fins, que sou pobre na forma da Lei 1060/50, não podendo, desta  
forma, custear as despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de  
minha família, pelo que suplico a gratuidade de justiça, assumindo inteira  
responsabilidade, na forma da Lei 7.115/83, pelas informações ora emanadas.

Guaxizambomirim/CE, 06 de agosto de 2018

MARLY MARTINS BARCO

DECLARANTE







VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2001020050436 DATA DE EMISSÃO 10/7/2001  
NOME MARLY MARTINS BARROS

FILIAÇÃO ARGIMIRO LUCENA BARROS E MARIA DO ROSARIO MARTINS

NACIONALIDADE DATA DE NASCIMENTO  
QUIXERAMOBIM-CE 28/2/1975

CERT. NASC. 3222 L AA F  
24V ENCANTADO QUIXERAMOBIM/CE  
D. ANT. 185743690

ASSINATURA DO DIRETOR  
BEI NSP 116 DE 28/02/75

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome  
MARLY MARTINS BARROS

Nº de Inscrição 617848343-00 Data do Nascimento 28/02/75



CARTÃO DE IDENTIDADE

MARLY MARTINS BARROS



ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL  
MUNICÍPIO DE QUIXERAMOBIM

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 01/07/98

MARLY MARTINS BARROS

Assinatura

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a sua utilização para fins de inscrição, salvo nos casos previstos na legislação vigente.









GOVERNO DO ESTADO CEARÁ  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM  
 HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO  
 FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

NIDADE DE ATENDIMENTO 24HS  
 DATA: 07/03/15 HORÁRIO: 16:47H  
 ATENDIMENTO Nº: 73  
 03.01.06.0029

RA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E REÇÃO CLÍNICA

NOME: Yvana Barros da Silva  
 DATA NASCIMENTO: 07/01/74 IDADE: 14 ESTADO CIVIL: solteira  
 NOME DA MÃE: Doná Martin Barros  
 URA LIDADE: Esplan PROFESSÃO: Estudante  
 ENDREÇO: Esplan BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 ENDREÇO DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO (X) TELEFONE: \_\_\_\_\_

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL: Monte Maria Barros

101mg/kg  
 130 x 90 mmHg SPO2: \_\_\_\_\_ % FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ lpm T: \_\_\_\_\_ °C PESO: \_\_\_\_\_ Kg

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
Politraumatismo/TCE; Queimaduras grandes; Coma ou alteração de consciência; Lesão da Coluna Vertebral; Desconforto Respiratório grave;	Cefaléia súbita ou rapidamente progressiva; Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios; História de convulsão; Dor torácica intensa; Crise asmática ou desconforto respiratório; Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; Epistaxe; Dor forte de qualquer natureza; Sangramento vaginal com dor abdominal; Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; Febre alta (39 - 40°); Luxações, entorse + dor intensa; Acidente por animais peçonhentos; Broncoespasmo.	Idade superior a 60 anos; Pacientes escobados; Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; Asma fora da crise; Enxaqueca; Dor ouvido moderada a grave; Dor abdominal sem alterações sinais vitais; Sangramento vaginal sem dor abdominal; Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; Abscessos; Distúrbios neurovegetativos; Lombalgia intensa; Intercorrências ortopédicas; Gastroenterite.	Queixas sem alterações agudas; Procedimentos como: curativo, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultado de exames, solicitação de atestados médicos; Demais situações não enquadradas anteriormente; Uso de benzilpenicilina;
			SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.

4 - To do - Esquadrão, S/n - Telefax: (86)3441.1353 - 3441.4009 E-mail: hosp.regional@hotmail.com - Quixeramobim-Ce



GOVERNO DO ESTADO CEARÁ  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM  
 HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO  
 FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

DATA: 01 / 11 / 15  
 HORA: \_\_\_\_\_  
 EXAME FÍSICO:



- Pós-ictus de excelente orientabilidade com  
 reações em face e M.I.I. Reforço de macaco após  
 trauma por um feixe orientado; F.E.G. - 15;

PRESCRIÇÃO:  
 # 40 - (1) Analgesia radiológica  
 (2) Omeprazol 40mg  
 (3) Srt 1000ml 1x, 12h  
 (4) Colegrefim 1 amp 5ml, 1x, 12h  
 Dr. M. S. S. S. S.  
 Chefe de Clínica  
 CRM/CE 12.288

RESUMO DA ENFERMAGEM:  
 (This section contains faint, mostly illegible handwritten notes)

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:  
 Deu alta com medicação adequada. Orientado quanto a medicação. Apresentar prescrição em que  
 se deu M.I.I. Reforço de macaco após o trauma. Seguir sob cuidados - João Torres  
 CRM/CE 12.288

Rejane de Sousa Bastos  
 Secretária de Gestão Hospitalar  
 DIREÇÃO GERAL

Dr. João Torres Filho  
 Médico  
 CRM/CE 12.288

DIREÇÃO CLÍNICA

ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO





**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM**  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
 SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Nome: \_\_\_\_\_

ATENDIDO

ATENÇÃO PARA OS DEVIDOS FIMOS QUE  
 LUANA CARLOS DA SILVA, VITIMIZADA  
 POR TRAUMATISMO (ACIDENTE DE MOTO)  
 NO DIA 07/11/15, COM TCE  
 MODERADO COM PERDA CONSCIÊNCIA,  
 (+) LEVAV. PÉ ESQUERDO, FRATURAS  
 DENTÁRIAS. FEZ 10 ESCOER-  
 FISIOTERAPIA, + REUSSTAVINSA  
 DENTÁRIA. 502.5; 505.9

2.

Dr. Paulo Calago  
 CREMEC/MTZ

31107117



SEU MEDICAMENTO  
 NA HORA CERTA

6 X 6 hs.: 06M - 12T - 06N - 12N (4 X DIA)  
 8 X 8 hs.: 06M - 02T - 10N (3 X DIA)  
 12 X 12 hs.: 06M - 06N (2 X DIA)

**COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA.**

Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fones: (88) 3441-1219 / 3441-1217  
 Quixeramobim - Ceará.




**OLÚMINA**

odontologia especializada  
Rua Monsenhor Salviato Filho, nº 33 - loja 02 - Centro - Quixeramobim/CE  
☎ (11) 99851.4855 (11) 99.445.1838

**RECEITUÁRIO**

Após acidente automobilístico a paciente WIANA BARNES DA SILVA compareceu ao consultório odontológico e após exame clínico e radiográfico foi constatada concussão do dente 21 e fratura coronária do dente 22 necessitando de extração dos mesmos e posterior reconstituição do dente tratado.

Quixeramobim-CE  
07/11/2015

  
Dr. Carlos Augusto Lima de Oliveira  
Cirurgião-Dentista  
CRD - 7399



Atesto para os devidos fins, que LIVIA BARROS DA SILVA recebeu atendimento médico em 09/11/15 com diagnóstico de: H85.8

o (a) mesmo(a) está necessitando de: 15 ( QUINZE ) dias de licença do trabalho, a partir da data do atendimento. 09/11/15 Quixeramobim - CE

*Dr. Jaciriel Aragão*  
MÉDICO  
CRM 101

MÉDICO - CRM

**ATESTADO**

ESTADO DO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO  
QUIXERAMOBIM - CE







UF: CE

**FICHA DE REFERÊNCIA**

Endereço de Origem: \_\_\_\_\_

Unidade Sanitária: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Nome: Wania Soares de Siqueira Prontuário Nº \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Data Nascimento: 1/1/ Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Local de Encaminhamento: Clínica Vitória TCE apresentando colúmbula

Exame(s) de Exame(s): Colpobuscol 3 (E) - Nejo vômitos / úlcera gastrintestinal

Exame já realizada: TC crânio / entorço

Exame Diagnóstico: TCE

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: [Assinatura] Função: \_\_\_\_\_ Data: 09/03/15 Hora: \_\_\_\_\_

**AGENDAMENTO**

Local de atendimento:  Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico

Profissional: \_\_\_\_\_

Local de Referência: Policlínica - Praxista Data: 1/1/ Hora: \_\_\_\_\_

**FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (\*)**

Local de Referência: \_\_\_\_\_

Prontuário Nº: \_\_\_\_\_ Alta: 1/1/

**TIPO CLÍNICO / CIRÚRGICO:**

**EXAME(S) DO(S) EXAME(S):**

Clínico: Principal \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Secundário 1 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Secundário 2 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

**POSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO:**

Problema justificou a referência? Sim  Não  O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim  Não

Assinatura do Consultante - Nº Registro: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**LIZAR TAMBÉM COMO RESUMO DE ALTA**



	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>
	<b>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE</b>
	<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>
	<b>RECEITUÁRIO MÉDICO</b>

Nome:

Encaminhamento

Encaminho a paciente  
 Luana Barros da Silva para  
 avaliação de trauma dentário  
 do dente 01.

Luana de Oliveira  
 DENTISTA  
 CRO: 7308

Luana de Oliveira  
 20. 11. 2015

	<b>SEU MEDICAMENTO</b>	<input type="checkbox"/>	6 X 6 hs.: 06M - 12T - 06N - 12N (4 X DIA)
	<b>NA HORA CERTA</b>	<input type="checkbox"/>	8 X 8 hs.: 06M - 02T - 10N (3 X DIA)
		<input type="checkbox"/>	12 X 12 hs.: 06M - 06N (2 X DIA)

**COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOMA POR SUA CONTA.**  
 Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fones: (88) 3441-1219 / 3441-1217  
 Quixeramobim - Ceará.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Nome:

Solicitação de exame

Solicito radiografia periapical  
do dente 21. Paciente Luana  
Barros da Silva.

Luan de Oliveira  
DENTISTA  
CRO: 7308

Luan de Oliveira  
20.11.2015

**SEU MEDICAMENTO NA HORA CERTA**

6 X 6 hs.: 06M - 12T - 06N - 12N (4 X DIA)
8 X 8 hs.: 06M - 02T - 10N (3 X DIA)
12 X 12 hs.: 06M - 06N (2 X DIA)

**COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOI ME POR SUA CONTA.**  
Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fones: (88) 3441-1219 / 3441-1217  
Quixeramobim - Ceará.







GOVERNO DO ESTADO CEARA  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM  
 HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO  
 FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

DATA: 01/11/15 HORA: \_\_\_\_\_

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

# Vítiwa acidente durante trabalho às 03 da  
 # Negro vomitou 1 vez  
 # febre elevada, com chate, efréncia  
 # consórcio TC com o doutor

RESCRIÇÃO:

*Handwritten signature and stamp*

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Renato de Sousa Bastos  
 Sociedade de Gestão Hospitalar  
 DIREÇÃO GERAL

Evandro César Botelho Martins  
 Médico  
 CRM/CE 15567

DIREÇÃO CLÍNICA

ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO



SECRETARÍA MUNICIPAL DE SALUD  
 FONDO MUNICIPAL DE SALUD  
 SUP - SISTEMA ÚNICO DE SALUD

RECEIPTO MÉDICO

Nombre:

Umaro Basso de Siba

Rf Vso infero

03. hebelox 7.5g \_\_\_\_\_ 10g

Tener 03 cef 21/21/21

por 25 días

07/10/15



COPIA PARA EL PACIENTE  
 COPIA PARA EL FARMACÉUTICO  
 COPIA PARA EL LABORATORIO  
 COPIA PARA EL SERVIDOR PÚBLICO

COMUNICAR AL PACIENTE EL PRECIO DEL FARMACU... POR LA CONSULTA





	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
PREFEITURA DE QUIXERAMOBIM - PZ/CE	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
	US -	TEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nome:

LUANA BARROS DA SILVA

Rx

ONX DE PÉ @ / AP Pen.Fa

Dr. Jackson  
MÉDICO  
CRM 12345

	6 X dia : 06M - 12T - 06N - 12N (dia)
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	8 X dia : 06M - 02T - 10N (3 X dia)
FARMÁCIA	12 X dia : 06M - 06N (2 X dia)

COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA. NÃO TOMAR POR SUA CONTA.



ESTADO DO CEARÁ  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM**  
 SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE / SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
**FICHA DE REFERÊNCIA**



Unidade de Origem: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
 Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_ Prontuário Nº: \_\_\_\_\_  
 Nº: 11111 Barrocas das Salvas  
 Sexo: ( ) M ( ) F Data de Nascimento: 1/1/ Ocupação: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Nº do Encaminhamento: \_\_\_\_\_  
 Encaminhamento: Rx de p.c  
 Justificativa de Exames: \_\_\_\_\_  
 Data da Realização: \_\_\_\_\_  
 Descrição Diagnóstica: \_\_\_\_\_  
Antonio Felix  
 Médico ( )  
 Ass.: DO Encaminhamento - Nº Registro Função \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
**AGENDAMENTO**  
 Encaminhamento para atendimento ( ) Ambulatório ( ) Hospitalar ( ) Auxílio Diagnóstico  
 Procedimento: Revisão P.P Profissional: Felício Bezerra  
 Unidade de Referência: \_\_\_\_\_ Data: 1/1 Hora: \_\_\_\_\_  
**FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (\*)**  
 Unidade de Referência: \_\_\_\_\_  
 Prontuário: \_\_\_\_\_ Alta: \_\_\_\_\_  
**RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO:**  
 \_\_\_\_\_  
**RESULTADO DE EXAME:**  
 \_\_\_\_\_  
**DIAGNÓSTICO:** Principal CID \_\_\_\_\_  
 Secundário 1 CID \_\_\_\_\_  
 Secundário 2 CID \_\_\_\_\_  
**PROPOSTA DA CONDUTA PARA SEGMENTO:**  
 \_\_\_\_\_  
 O problema justificou a referência? ( ) Sim ( ) Não  
 O motivo referência coincide com diagnóstico? ( ) Sim ( ) Não  
 Ass. Do Consultante - Nº Registro \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

UTILIZAR TAMBÉM COMO RESUMO DE ALTA.

026626

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)**

1. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 7. CNES \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

2. NOME DO PACIENTE Wanda Pinot de Siqueira

3. DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ 4. Nº DO PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ 6. Nº DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE \_\_\_\_\_

7. NOME DA MÃE \_\_\_\_\_ 8. SEXO  FEM  MASC

9. NOME DO RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ 10. TELEFONE DO CONVÊNIO \_\_\_\_\_

11. NOME DO RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ 12. TELEFONE DE CONTATO \_\_\_\_\_

13. ENDEREÇO, Nº, RUA, Nº, BARRIO \_\_\_\_\_ 14. CID, IBGE, MUNICÍPIO, UF \_\_\_\_\_

15. CID, IBGE, MUNICÍPIO, UF \_\_\_\_\_ 16. UF \_\_\_\_\_ 17. CEP \_\_\_\_\_

18. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

18. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 19. NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL TC Uterino 57 entrest 20. CID \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)**

21. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 22. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 23. CID \_\_\_\_\_

24. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 25. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 26. CID \_\_\_\_\_

27. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 28. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 29. CID \_\_\_\_\_

30. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 31. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 32. CID \_\_\_\_\_

33. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 34. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 35. CID \_\_\_\_\_

**JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)**

36. DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO TC

37. COEFICIENTE DE RISCO DO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 38. COEFICIENTE DE RISCO DO SECUNDÁRIO ASSOCIADO \_\_\_\_\_

39. OBSERVAÇÕES Pel uterino TCE operando em uma  
parede de 5 cm. Não há mais, não  
comunicar

**SOLICITAÇÃO**

40. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 41. DATA DA SOLICITAÇÃO \_\_\_\_\_

42. Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 43. Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_

44. Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 45. ASSINATURA COM CARIMBO DO CONSELHO \_\_\_\_\_

46. Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 47. Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO**

48. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_ 49. Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_

50. Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_ 51. ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO \_\_\_\_\_

52. Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)**

53. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE \_\_\_\_\_ 54. CNES \_\_\_\_\_



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 5089 / 2015

Dados da Ocorrência

Tipo do Fato: ACIDENTE DE TRANSITO

Hora da Comunicação: 26/11/2015 15:41:20

Hora da Ocorrência : 07/11/2015 16:10:00

Processo da Ocorrência: ROD CE 060

SEDE QUIXERAMOBIM/CE  
Ponto de Referência: NAS IMEDIAÇÕES DO SÍTIO SÃO JOAQUIM

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: LUANA BARROS DA SILVA

Nascimento : 25/01/2001

RG: Órgão Emissor: UF: - CPF:

Afiliação: ANTONIO LINDEMBERG ALCELINO DA SILVA

MARLY MARTINS BARROS

Endereço: SIT CUPIM

SEDE

QUIXERAMOBIM CE BRASIL

Telefone:

Dados da(s) Veículo(s)

Tipo: MOTOCICLETA MARCA: HONDA/CG150 FAN ESDI

Placa: PMT0017 MUNICÍPIO / UF: QUIXERAMOBIM / CE

Modelo/Fabricação: 2015/2014 COR: PRETA

Renavam: 1036752558 CHASSI: 9C7KC1680FR016507

Situação: NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: MARTA MARTINS BARROS

ENVOLVIMENTO: COLISAO

Histórico

QUE vem confeccionar o presente BO para informar que é genitora da menor acima qualificada, QUE na data, hora e local supracitados a mesma estava trafegando como garupa na motocicleta acima descrita a qual a condutora era VANESSA BARROS CAVALCANTE, QUE afirma que vinha da Fazenda Cupim sentido cidade, quando nas imediações do Sítio São Joaquim, um indivíduo em uma moto estava parado, resalta que quando a condutora de sua filha passava o mesmo avançou a preferencial e colidiu contra a condutora, ocasião em que a mesma perdeu o controle do veículo, no momento em que vieram a cair sobre o solo, QUE afirma que sua filha e a condutora da mesma foram socorridas por populares, QUE afirma que sua filha sofreu pancada na face, perda de dente e escoriações pelo corpo, e sua condutora sofreu corte no pe e escoriações pelo corpo.

Noticiante(s)

Nome : MARLY MARTINS BARROS

Endereço : SIT CUPIM

Bairro : SEDE

Município/UF : QUIXERAMOBIM CE BRASIL

Telefone:



Este documento é uma reprodução impressa em 26/11/2015 03:49  
O original que me foi apresentado e autenticado  
em 26/11/2015 03:49, por meio do sistema  
de autenticação de documentos, encontra-se em  
disponibilidade no sistema de autenticação de documentos  
do Estado do Ceará, sob o número de protocolo  
11492704. Testemunha: Ingrid  
Fátima de Oliveira  
Procuradora Geral do Estado

GOVERNO DO ESTADO DO CEARA  
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 5089 / 2015

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM  
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : \_\_\_\_\_  
"ESCRIVAO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Raimundo Roque Nogueira

DELEGADO(A) : SALVIANO DE PÁDUA SALDANHA FREIRE - MAT.: 012699-1-7



Certifico que este documento é uma cópia fiel do original que foi verificado e autenticado. De acordo com o artigo 2º do decreto lei 1.14 de 21 de abril de 1940 Dof. Quixeramobim 21/04/2015 Testemunho da Verdade Raimundo Roque Nogueira Portaria 14/2014 Oficial Registrador

09/10/2017

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

# SINISTRO 3170430171 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUANA BARROS DA SILVA  
COBERTURA Invalidez  
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE  
SEGURADORA S/A  
BENEFICIÁRIO LUANA BARROS DA SILVA  
CPF/CNPJ: 08287967341



Posição em 09-10-2017 10:35:11

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
18/08/2017	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00