

PROCURAÇÃO

Geilson Maia Holanda, brasileiro, inscrito no CPF
sob o nº 056.098.863-09, portador do RG de nº 2009.248.964-7 SSP-
CE, residente e domiciliado na Rua Julio Alves da Silva, nº 153,
anta Ol. Boimacinho, Limoeiro do Norte - CE;

pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constituem seus bastantes procuradores, o Dr. CARLOS EDUARDO CELEDÔNIO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o número 18.628 e WERUSKA WASNY DA SILVA CELEDÔNIO, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE 36.522, ambos com escritório profissional na Rua Cândido Olímpio G. de Freitas, 1058, Centro, Limoeiro do Norte/CE; a quem confere amplos poderes, com as cláusulas Ad-judícia e Ad-Negocia, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, ou Procedimento Administrativo, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo (a) nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda poderes especiais para confessar, desistir, renunciar direitos, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do outorgado.

Limoeiro do Norte/CE, 11 de junho de 2019.

x Geilson Maia Holanda
Requerente

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

Polegar Direito

Geilson Maia Holanda

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007248964 - 7 DATA DE EXPEDIÇÃO 16/01/2009

NOME
GEILSON MAIA HOLANDA

FILIAÇÃO
JOÃO MAIA DA SILVA
ANA MARIA DE JESUS MAIA HOLANDA

NATURALIDADE ALTO SANTO - CE DATA DE NASCIMENTO 14/08/1991

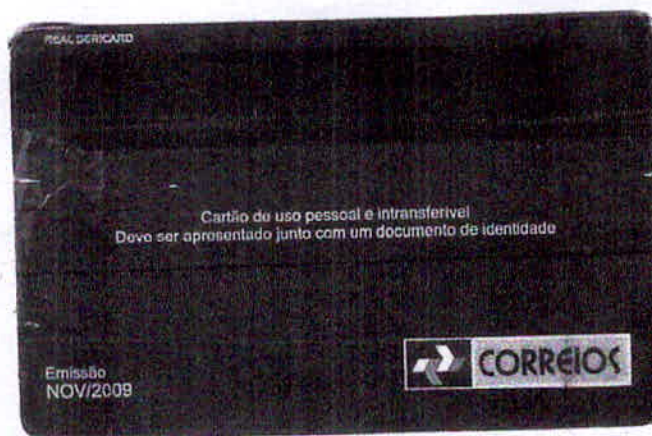
DOC ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1. OFÍCIO TERMO: 2461 FOLHA: 332
LIVRO: A-28 ALTO SANTO - CE

CPF

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 140



SINISTRO 3190370979 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GEILSON MAIA HOLANDA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi

Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO GEILSON MAIA HOLANDA

CPF/CNPJ: 05609886309

Posição em 14-06-2019 09:28:35

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada p beneficiário.

DECLARAÇÃO

Geilson Maia Holanda, brasileiro,
portador de RG de nº 2007.248.964-7 SSP-CE, inscrito no CPF sob
o nº 056.098.863-09, residente e domiciliado na Rua Filipe A. da Silva,
153, Limoeiro do Norte-CE, **declaro perante à Justiça desta**
comarca, que sou pobre na forma da Lei e que não posso
pagar as custas processuais.

Limoeiro do Norte/CE, 13 de junho de 2019.

x Geilson Maia Holanda

Requerente

Nº DO CLIENTE

10344281

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

578369895

Rota 09 25060 01 069010 - 0

Data de Emissão 14/06/2019

Nome FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA

End. Postal RU JULIO ALVES DA SILVA 00153 AP 01
LIMOEIRINHO - LIM. DO NORTE -

Medidor 9331982

Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 028714183-73

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência

Data da Apresentação

Previsão Próxima Leitura

Jun/2019

14/06/2019

17/07/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto

Mês

Abr/2019

DICR1= 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Aliquota

Valor do Imposto

ISENTO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

6873.697C.78B6.8FD2.7922.1D7C.8894.789C

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual

Leit. Anterior

Const.

Consumo (kWh)

Cons. Incl.

Cons. Fat.

Tarifa (R\$/kWh)

Valor (R\$)

FP 939

909

1,00

30

0,00

30

0,55056

16,51

14/06/19

29/05/19

16 DIAS

30

16,51

DESCRIÇÃO

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES

16,51

CORRECAO MONETARIA DO MES

6,02

JUROS DO MES

7,52

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

-30,05

te documento é cópia do original, assinado digitalmente por CARLOS EDUARDO CELEDONIO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, liberado nos autos em 21/06/2019 às 16:04 .
ra conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0020645-86.2019.8.06.0115 e código 4B28FBD

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de prova, Eu Geilson Maia Holanda, inscrito (a) no CPF número 056.098.863-09, Registro Geral de número 2007-248.964-7 SSP-CE, resido na propriedade da Sr.(a) Francisco Renato Raulino de Oliveira, localizada na Rua Julio Alves da Silva, nº 153, apto 01, na cidade de Coimbeiro do Norte, no estado de Ceará, onde mora, e recebe correspondências.

Eu, declaro, como também me responsabilizo, às **sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável**, pela veracidade deste documento, e assim passo a assiná-lo.

Coimbeiro do Norte / CE, 11 de junho de 2019

Geilson Maia Holanda

REQUERENTE

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ALTO SANTO

Impresso nº 2019218929

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 408 - 222 / 2019**

27/03/2019; QUE após o acidente apareceu uma possível lesão no ombro direito; QUE não chegou a pagar nada em Hospitais sendo atendimento pelo SUS; QUE houve gastos com medicamentos e exames EM um valor aproximado de 180,00 reais; QUE o noticiante não sofreu perda de membros ou órgãos; QUE afirma que esta é a primeira vez que sofre acidente em uma motocicleta. QUE a pessoa de GEIMÁRIA DE OLIVEIRA, acompanhou o declarante até o hospital, e que testemunhou as lesões sofridas pela vítima;////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ALTO SANTO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****GUILHERME FERNANDES DE SOUZA - MAT.: 30121805**

Guilherme Fernandes de Souza
Escrivão de Polícia Civil
Matrícula: 301218-0-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *X Geilson Maia Holanda***VISTO DO DELEGADO(A) :****ERLON LEITE FERNANDES DOS REIS - MAT.: 30115015**

Testemunha: Geimária de Oliveira



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

Nº 014059640847

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA

COD. RENAVAM

RNTRC

EXERCÍCIO

DENI

01

493158596

0000000000

2018

NOME

GEILSON MAIA HOLANDA

ALTO SANTO/CE

CPF/CNPJ

05609886309

PLACA

0103489

PLACA ANT/UF

*****/CE

CHASSI

902JG30708R544952

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLO/NÃO APLIC.

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB.

ANO MOD.

2008

2008

CAP/POT/CIL

2P/0CV/124CC

CATEGORIA

FARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENÇ. COTA ÚNICA

VENÇ. COTAS

I ***** **

** / ** / **

1: *****

P FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO/COTAS

2: *****

A ***

***** **

3: *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

00/00/0000

***** OBSERVAÇÕES *****

ALTO SANTO

LOCAL

Igor Pontes

Assistente Técnico

DETRAN-CE

20/12/2018

EXPLEDOR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

CE Nº 014059640847 BILHETE DE SEGURO DPVAT

05609886309 2018
0103489

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014059640847 12378258849

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 20/12/2018

VIA 01 CPF / CNPJ 05609886309 PLACA 0103489

RENAVAM 493158896 MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN

ANO FAB. 2008 CAT. TARIF. 09 Nº CHASSI 9C2JC30708R544952

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL À SER PAGO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 00/00/0000

PROPRIETÁRIO
LOTE/DO SEGURO DPVAT
MOTOR: JC30E78544952

MAR-2018

**VÁLIDO SOMENTE COM
SELLO DE AUTENTICIDADE**

03

TITULO DE AUTENTICAÇÃO
Nº 986760
PRONOME

AUTENTICAÇÃO

Nº HX 903525 EPLK

**CARTÓRIO 1º OFÍCIO
AUTENTICAÇÃO**

A presente Fotocópia, conferida com o original
apresentado neste Cartório, é verdadeira.

Alto Sarno, 02/10/2014

Heliene Gomes Magalhães Rogério
1ª Tabelião



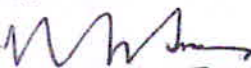
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. **GEILSON MAIA HOLANDA**, portador do RG n.º 2007248964-7, inscrito no CPF n.º 056.098.863-09, no dia 15/03/2019, às 15h16, Município de Alto Santo-CE, na Rodovia CE 132, Bairro Jardim, próximo a praça, vítima de acidente de trânsito, queda de motocicleta, sendo removido **para o Hospital e Maternidade Santa Rita**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 07 de maio de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - Ce
Fone: (85) 3433 7434



ALTO SANTO
GOVERNO MUNICIPAL
O FUTURO JÁ COMEÇOU

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ
FICHA DE REFERÊNCIA



UNIDADE DE ORIGEM: HKSL

DISTRITO SANITÁRIO: _____

Nome: Geilson Raul Holanda

Prontuário Nº: _____

Sexo: M ☒ F ☐

Idade: 37

Ocupação: _____

End.: _____

Bairro: _____

Motivo de Encaminhamento: Vitima de acidente naturalista preso
na floresta de mata.

Resultado de Exames: _____

Impressão Diagnóstica: Edson Munk Torquato D

C.I.D.: _____

Assinatura do Encaminhante - N.º do Registro

Função

DATA

HORA

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial ☒

Hospitalar ☐

Auxilio Diagnóstico ☐

Procedimento: 6 de Torquato D

Profissional: _____

Unidade de Saúde: (2) ins. de ins.

DATA: 1 / 1 / 1

HORA: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Nome: _____

Sexo: M () F () Idade: _____

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário N.º: _____

Alta: 1 / 1 / 1

Resumo Clínico: _____

Resultado do Exames _____

Diagnóstico: _____

Conduta Realizada _____

Proposta de Conduta para Seguimento _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo de referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Encaminhante - N.º do Registro

Função

DATA

HORA



ALTO SANTO
GOVERNO MUNICIPAL
O FUTURO JÁ COMEÇOU

HOSPITAL MATERNIDADE SANTA RITA

RELATÓRIO DE ALTA			
PACIENTE:			
PRONTUÁRIO:	UNIDADE:	ENFERMARIA:	LEITO:
INÍCIO DO TRATAMENTO:	DATA DA ALTA:	DATA DO RETORNO:	MÉDICO PARA RETORNO:
22/03/19	22/03/19		
RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA			
Doença decorrente por Cel. Lito e MID por síndrome de membrão feto, com sinais de doença local e sem sinais sistêmicos.			
DIAGNÓSTICOS			
PRINCIPAL: Cel. Lito e MID.			
ACESSÓRIO 1:			
ACESSÓRIO 2:			
EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS:			
CATE/ANGIO ☐	ECO ☐	RX ☐	TC ☐ RM ☐ OUTROS ☐
TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO			
- Oxecilina D5			
TERAPEUTA APÓS ALTA			
CONDIÇÕES DE ALTA? CURADO ☐ MELHORADO ☒ PIORADO ☐ ÓBITO ☐ À PEDIDO ☐ OUTROS ☐			
OUTRAS RECOMENDAÇÕES			
Recomendação de acompanhamento com Cel. Lito e MID.			
DATA 22/03/19		Dr. André Lima Viana Médico CREMEC 10456 CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO	

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	NUMERAÇÃO
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO SANTO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO SANTO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO SANTO CNPJ: 07.891.666/0001-26 - Rua Joaquim Rogério Cabo, 177 CEP: 62.970-000 - Alto Santo/CE	1ª VIA - FARMÁCIA - 2ª VIA PACIENTE
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL	
PACIENTE: <u>Geilson Vitor Almeida</u>	
ENDEREÇO: _____	
PRESCRIÇÃO	
<u>uso oral!</u> ① <u>Celebrin 500 mg - 40 cp</u> <u>5 cp de 6 em 6h por 10</u> <u>dias.</u>	
Dr. André Lima Viana Médico CREMEC 19456 Data: <u>27.03.19</u>	
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR NOME: _____ IDENT: _____ ORG. EMISSOR: _____ END: _____ CIDADE: _____ UF: _____	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Data: ____/____/____ Assinatura do Farmacêutico _____



ALTO SANTO
GOVERNO MUNICIPAL
O FUTURO JÁ COMEÇOU



SAÚDE
TODA HORA

RÉCEITUÁRIO

Nome: *Yubia Mano Holanda*

Id. 4.090.09414

① *Ataque de asma* _____ 2019

Tratado 19 de 8/8h

Neitor Antônio Menezes
Médico

CREMEC Nº 19.948

DATA

EM *15.03.19*

Secretaria de Saúde de Alto Santo

Em caso de emergência, disque 192 e chame o SAMU



ALTO SANTO
GOVERNO MUNICIPAL
O FUTURO JÁ COMEÇOU



RECEITUÁRIO

Nome: Geilson Maria Helene de

Uso tópicos

① Dexametasona 0,5mg/ml

Aplicar 2x/dia

Dr. André Lima Viana
Médico
CREMEC 19456

DATA
EM 24/03/19

Secretaria de Saúde de Alto Santo
Em caso de emergência, disque 192 e chame o SAMU!



RECEITUÁRIO

Nome:

601 L 1000 1000 1000

Fillings paper and from
20 fillings.

JUL 11 1964
P.E. (9)

DATA
EM 01.07.19

Jose Roberto P. Cunha Junior
Médico
CREMEC 1997

Secretaria de Saúde de Alto Santo
Em caso de emergência, disque 192 e chame o SAMU!