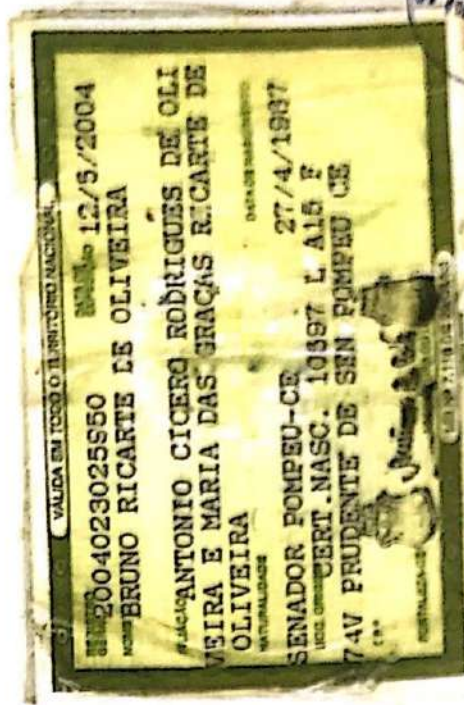






ELIANE SILVA
Advocacia



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Bruno Ricardo de Oliveira, brasileiro, solteiro,
proprietário de colchador, portador da cédula de identidade nº 8004
033.025.950 SSP-CE, inscrito no CPF/MF sob nº 035.067.823-55,
com endereço Rua E Conjunto Habitacional 24, Alto do Cruzeiro,
Senador Pompeu-CE.

OUTORGADO: **ELIANE BARBOSA SILVA**, brasileira, Advogada OAB/CE 27.940, inscrita no CPF Nº 85994898368, com endereço profissional na Rua Marcionílio Gomes de Freitas, s/n, centro, Senador Pompeu/CE, onde recebe intimações.

PODERES: Por este instrumento o outorgante supra qualificado nomeia e constitui a outorgada acima identificada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "Ad-judicia Et Extra", para agir em qualquer juízo, instância e tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para requerer em juízo ou fora dele como também confessar, desistir, renunciar ao direito a que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, transigir, representar o mesmo perante órgãos públicos, nomear peritos e assistentes, promover reinvidicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, receber cheques decorrentes de condenação judicial, além de outros não expressamente constantes neste mandato. Os poderes aqui descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reserva, dando tudo por bom, firme e valioso para o fiel cumprimento deste mandato.

Senador Pompeu, 12 de Setembro de 2017

x Bruno Ricardo de Oliveira
Outorgante

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Bruno Ricardo de Oliveira, brasileiro(a),
estado civil solteiro, profissão Preparador de Cédulas
natural de Senador Pompeu, estado Pernambuco
nascido aos 27 / 04 / 87, filho de Antonio Elcio Rodrigues de
Oliveira e Alana dos Anjos Ricardo de Oliveira,
portador(a) do RG nº 2004083095050 Órgão Expedidor
SSP-PE, CPF nº 075.067.883-65, **DECLARO** conforme
artigo 1º, da Lei 7.115/83, que resido no seguinte endereço:
Rua E Conjunto Habitacional, 84, Alto do Cruzino, Senador
Pompeu - PE.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e
criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte
estritamente a verdade.

Senador Pompeu - CE., 12 de Setembro de 2017.

✓ Bruno Ricardo de Oliveira
DECLARANTE

DECLARAÇÃO
(LEI Nº 1.060/50)



Eu Bruno Ricardo de Oliveira
Profissão Preparador de Escrituras
CPF: 035.067.893-55, RG: 2004083025990, residente e
domiciliado(a) à Rua E. Conjunto Habitacional 84
Bairro: Alto da Cruz cidade Senador Pompeu, Estado: Pernambuco
declaro para os devidos fins de direito e sob as penas da lei que não possuo
condições financeiras de arcar com as custas processuais, sob pena de prejuízo de
manutenção própria e de minha família, nos termos da lei 1.060/50 e alterações
supervenientes.

Senador Pompeu, 12 de 09 2017

Bruno Ricardo de Oliveira
DECLARANTE

SINISTRO 3160203242 - Resultado de consulta por beneficiário**MA BRUNO RICARTE DE OLIVEIRA****BERTURA Invalidez****SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial****Salvador - CE****BENEFICIÁRIO BRUNO RICARTE DE OLIVEIRA****CPF/CNPJ: 03506782355****Posição em 20-04-2017 08:27:19**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 2.362,50

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
03/06/2016	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00
24/04/2017	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Scanned with CamScanner



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Bruno Ricardo de Oliveira
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteiro
Profissão: Emp. de Edificação
Identidade: 8004083093960 CPF: 039.067.833-95
Endereço: Rua F 23 Habitação 8
Bairro: Alto do Guizano
Cidade: Senador Pompeu CEP: 63.600-000

OUTORGADO (Procurador)

Celso Pinheiro ME, CNPJ nº 20.905.851/0001-00, com endereço profissional Rua Paulo Gomes, 226, Bairro: Parque Soledade: Cidade: Caucaia- Ceará, CEP: 61000-600.

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Bruno Ricardo de Oliveira

Local e data:

Senador Pompeu, 25 de fevereiro de 2016.



Bruno Ricardo de Oliveira

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



(RECONHEÇO FIRMA)

Senador Pompeu, 25 de fevereiro de 2016

1º OFÍCIO

O Referido é verdadeiro. Dou Fé.
Senador Pompeu, 25 de fevereiro de 2016.
Em testemunha da Verdade

25 FEV. 2016

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 189 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 28/01/2016 09:52:29
Data / Hora da Ocorrência : 12/12/2015 16:23:00
Local da Ocorrência: AV FRANCISCO FRANÇA CAMBRAIA

CENTRO SENADOR POMPEU /CE

Local de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: BRUNO RICARTE DE OLIVEIRA
Nascimento : 27/04/1987
CPF: 2004023025950 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 03506782355
Mãe: ANTONIO CICERO RODRIGUES DE OLIVEIRA
MARIAS DAS GRAÇAS RICARTE DE OLIVEIRA

Residência: R E 90

CONJUNTO COHAB 63600000
SENADOR POMPEU CE BRASIL

Telefone: 88997271200

Histórico

Ocorreu em cartório desta Delegacia de Polícia Civil, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte: Que na data, no local, acima mencionados, o (a) declarante sofreu um acidente de trânsito quando trafegava conduzindo a bicicleta HONDA/CG 125 FAN KS, ano de fabricação/modelo 2/11/2011 cor PRETA, placa DCQ-106H Senador Pompeu/CE, chassi 9C2JC4110BR444128 licenciada em nome de Maria Camila Gustavo de Oliveira; Afirma o (a) declarante que colidiu com um caminhão de placas não anotadas, vindo cair ao solo; Que o (a) declarante informa que foi atendido por uma ambulância do samu para o hospital de Senador Pompeu/CE; Que em consequência do acidente o (a) declarante afirma que sofreu fratura do fêmur esquerdo; Que o (a) declarante procurou esta delegacia para lavrar o Boletim de Ocorrência, e foi cientificado que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de que no caso das informações inseridas neste procedimento serem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DECLARANTE: GACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MIGUEL ARCANJO FROTA JÚNIOR - MAT.: 135190-1-x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Bruno Ricarte de Oliveira

ASSINADO DO DELEGADO(A):

Jefferson
JEFFERSON LOPES CUSTODIO - MAT.: 404548-1-0

DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

Pág. 1 de 1

Impressão em: 28/01/2016 10:06

Celso Pinheiro
(85) 99989.0779
(85) 98721.2741

Dr. Fernando Higor Fayad Fernandes Vieira

Médico CRM 12721



Praça da Juventude S/N Senador Pompeu - Ce

LAUDO MÉDICO

NOME: Breno Resorte de Oliveira

Atendo pelo os dados fornecidos pelo DPVAT
que o paciente sofreu acidente por vítima
de acidente de Motocicleta com trauma em
Membro superior. Quando ainda recebeu atendimento
Médico Clínico e especializado seguindo para internação
cirúrgica para fratura de fêmur, quando, e posteriormente
com osteotomia e sendo realizado tratamento adequado
Mesmo após tratamento evoluiu com sequelas no
alto dignitosa.

Senador Pompeu 17/03/17

Dr. Fernando Higor Fayad F. Vieira
CREMEC - 12721
MÉDICO

Dr. Fernando Higor

CRM: 12721



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 - CEP 60170-002 - Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 244 - 2144 Fax 224-7225
e-mail psahosp@baydenet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93



Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Atesto e declaro que BRUNO RICARTE DE OLIVEIRA deu entrada neste Hospital no dia 18/12/15, Prontuário N.º 158.790, aos cuidados médicos do DR. CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO, internado com laudo médico de FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO CID S 72.3 submetido a tratamento cirúrgico, recebeu alta hospitalar dia 24/12/15. Paciente encontra-se em tratamento ambulatorial incapacitado de exercer suas atividades com previsão de 30 dias.

Fortaleza, 20 de janeiro de 2017.

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

EDITE MAGALHÃES
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS-LDA
CNPJ: 07.272.297/0001-93

Maria Edite M. de Magalhães
mat: 564 Auxiliar SAME

Maria Edite M. de Magalhães
mat: 564 Auxiliar SAME

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS-LDA
CNPJ: 07.272.297/0001-93

Valterino Pinheiro
CRM 6193
Ortopedia e Traumatologia



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 - CEP 60170-002 - Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 244 - 2144 Fax 224-7225
e-mail psahosp@baydenet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93



Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Atesto e declaro que BRUNO RICARTE DE OLIVEIRA deu entrada neste Hospital no dia 18/12/15, Prontuário N.º 158.790, aos cuidados médicos do DR. CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO, internado com laudo médico de FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO CID S 72.3 submetido a tratamento cirúrgico, recebeu alta hospitalar dia 24/12/15. Paciente encontra-se em alta médica definitiva.

Fortaleza, 7 de dezembro de 2016.

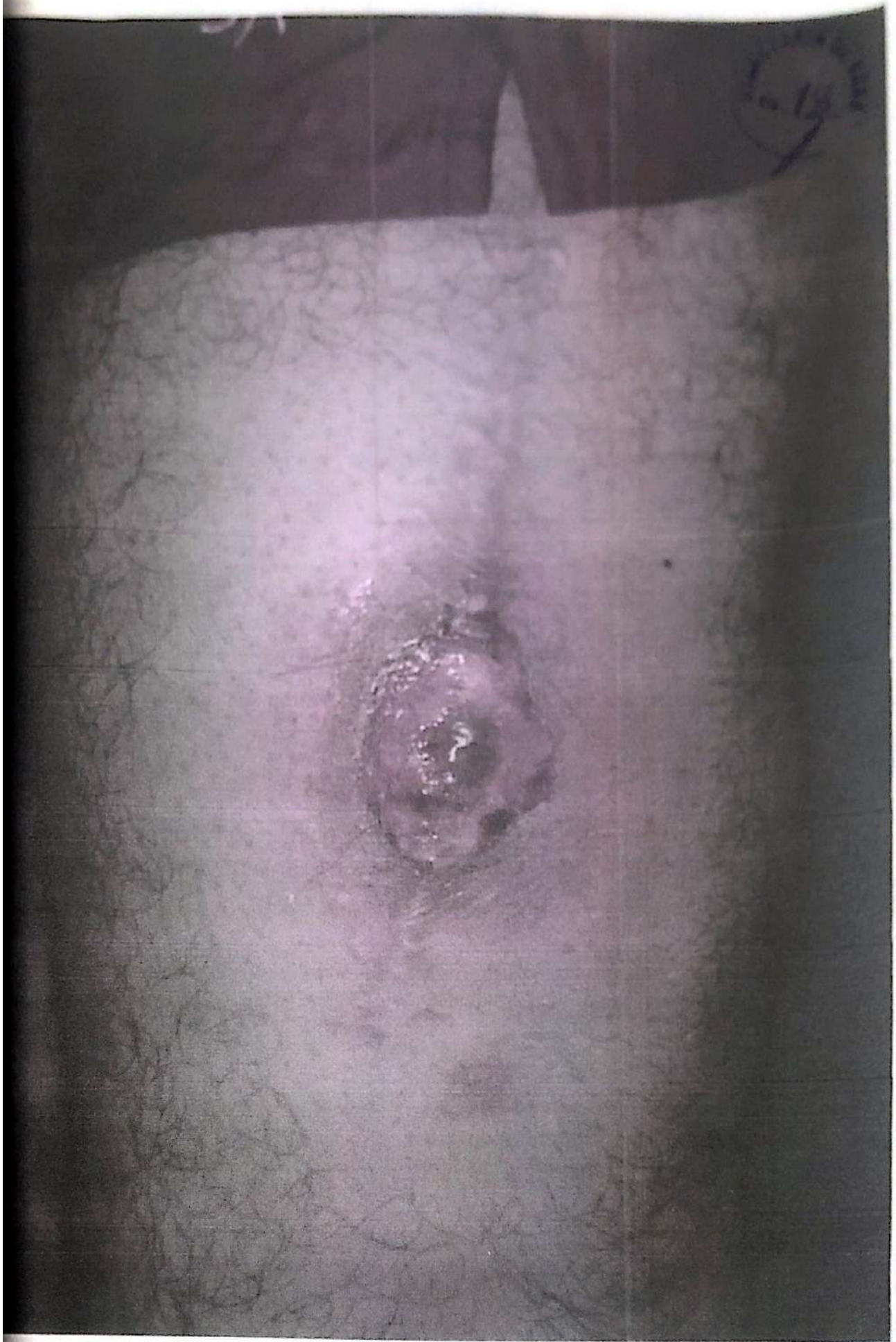
SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

EDITE MAGALHÃES
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS L.J.M.
CNPJ: 07.272.297/0001-93
Maria Edite M. de Magalhães
mat: 564 Auxiliar SAME

CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO
MÉDICO RESPONSÁVEL







SECRETARIA DE SAÚDE
13 20
7



ESTADO DO CEARÁ
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria de Saúde e Saneamento
Sistema Único de Saúde

Senador Pompeu

Recetudário Médico

Nome:

Marie Conila Gustavo

Rx uso interno

os. Celman (cap) — osx

Tratar os cap

& noite

08/05/17

CREMEC
119
Senador Pompeu

A saúde é sua maior riqueza. Cuide dela com carinho

SECRETARIA DE SAÚDE
12.2/



ESTADO DO CEARÁ
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria de Saúde e Saneamento
Sistema Único de Saúde

Senador Pompeu

Receituário Médico

Nome:

Bruno Victor Cluino
Viro AM

1 Ceftriaxone 1g ——— 0.34
prln 12 ao dia

COB. 1005 - UNICAMP 001346-074

Dr. Fernando Nigor Fayad F. Vieira
CREMEC 12721
MÉDICO

18/01/17

A saúde é sua maior riqueza. Cuide dela com carinho

SECRETARIA DE SAÚDE
IN 27
7



ESTADO DO CEARÁ
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria de Saúde e Saneamento
Sistema Único de Saúde

Senador Pompeu



Recetário Médico

Nome: Bruno Ricardo de Oliveira

R

Uso Oral

@ Cefalexina 500mg — 20cps
Tomar 01 cp 6/6h por 7d.

Dra. Rafaelly Duarte
17.982

A saúde é sua maior riqueza. Cuide dela com carinho

16.01.17



HOSPITAL PSA

RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES MÉDICAS

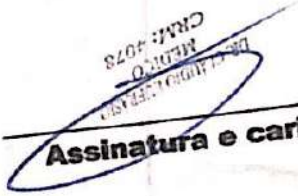
NOME: Bruno Pires de Almeida

Diagnóstico: Fraqueza

Solicito 90 de fisioterapia motora.

u. 5

31/08/14
Data


Assinatura e carimbo do Médico

Retornos:

Dia: / /

Hora: : :

Dia: / /

Hora: : :

Dia: / /

Hora: : :

Dia: / /

Hora: : :

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira 2283 - 41100-000 - CEP 60170-002 Fortaleza-Ce



ESTADO DO CEARÁ
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde e Saneamento
Sistema Único de Saúde

Senador Pompeu



Recetário Médico

Nome:

Bruno Ricardo de Oliveira

R.

Uso oral

① Ciprofloxacino 500mg - 20cp
Toma 01 cp de 12/12h
por 10 dias.

② SF 0,5.1 — 1 fôrco
na ferida 2 a 3x/dia

Dra. Cecília Pinheiro
MÉDICA
CREMEC 17.591

1810117

A saúde é sua maior riqueza. Cuide dela com carinho.

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA



O formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, nem de procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento do valor.

Bruno Ricardo de Oliveira

DATA DO RG Nº 80021093095950

EXPEDIDO POR SSP DE

EM 19/05/04 E

VALOR MENSAL DE R\$ 380,00 / CNPJ 000000000-0000-00

PROFISSÃO DEP. DE CALÇADOS

DPVAT DA VÍTIMA Bruno Ricardo de Oliveira NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

Conforme o art. 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a manter o 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.

Programação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

Salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.

Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.

Conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;

Forma FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;

Forma FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);

POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;

Bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento

matrícula dos dados bancários);

Beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL

reita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;

não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

CO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0239-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 17.883-7

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

CO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Bruno Ricardo de Oliveira

LOCAL E DATA

Bruno Ricardo de Oliveira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O 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 em vigor), 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 legislação 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.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Bruno Ricardo de Oliveira, portador da carteira de
de nº 80021033095950 e inscrito no CPF/MF sob o nº 036.967.883-26
e domiciliado na Rua E. S. Habituada
Sinador Pompeu, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que
impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de
ação 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
z permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração
o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico
IL, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a
avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº
4.

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

Bruno Ricardo de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Sinador Pompeu

Local e data

Dedaração



Eu, Bruno Pereira de Oliveira, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 14/11/16, fui socorrido por Polícia Militar, Estado de Minas. Telefone: () _____, e levado ao hospital: Maternidade Hospital Santa Cecília.

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.

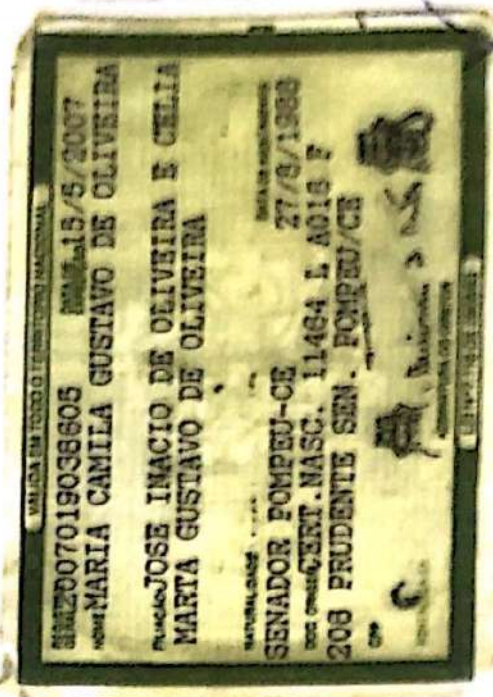
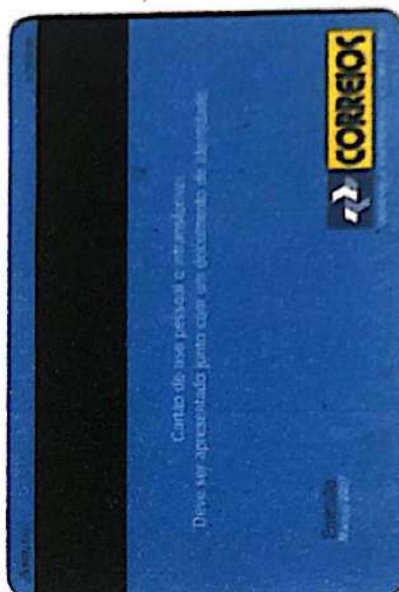
Por ser verdade, declaro estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal:

"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."

UF: _____ Data: ____/____/____

Bruno Pereira de Oliveira



FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação

RG: 2004008025950

D.M. 27.04.2015

MATERIDADE E HOSPITAL
SANTA ISABEL
Rua Joaquim F. de Magalhães, 897
Fone: 88 9971 3132
SENADOR POMPEU-CEARA

Nome do Paciente

Bruno Ricardo de Oliveira

Idade 28 Cor Sero M Estado Civil Solteiro Naturalidade Senador Pompeu Nac. BPEA

Endereço: Rua 90 - Conjunto COHAB - Sen. Pompeu
Bruno Ricardo de Oliveira
Rua das Graças, Ricardo de Oliveira

Telefone:

O Paciente chegou ao hospital
Estado: ☐ Regular ☐ Passando Mal ☐ Comatoso ☐ Com Hemorragia
Atendimento: SUS Data: 12.12.2015 Hora: 16:23
Local: ☐ Acidente de Trabalho

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Vítima de acidente entre moto e caminhão
possível fratura fechada no fêmur esquerdo.
consciente e orientado, chegou às 15.

SAT02: 96%. FC: 103 PR:

DADOS CLÍNICOS				DIAGNÓSTICO
TA	PULSO	TEMPERATURA		PESO
MM		AUXILIAR	RETAL	
60				Fratura e fêmur eq

PR: 120x90
1) SRI 1000ml + Dext 10% + Dext 5% + 10% EV
500ml 500ml (X)(X) 60 gotas/min.
2) Tramol 100mg + 100ml SRI 500ml EV. 17:20 12.12.15
3) SVD. - 1000ml 18:30 13.12.15

DESTINO DADO AO PACIENTE

Internado ☒ Transferido ☐

Observação: encaminhado ao Ambulatório
às horas após chegada A.U.E.

sem tratamento
do Paciente ou Responsável

Ass. do Médico: Dr. João Carlos de Oliveira

Medicação Administrada por: Dr. João Carlos de Oliveira

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Ass. do Médico

BOLETIM DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

VIRE

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

Rua Joaquim Ferreira da Magalhães, 997 - Centro
Fones: (88) 3449.1217 - Fax: 3449.1228 - (88) 9973.3132
CEP 63600-000 - Senador Pompeu - Ceará
CNPJ 07.802.897/0002-44 - CGF 06.633.146-6

GUIA DE TRANSFERÊNCIA



SANITÁRIO: 3ª CERE MUNICÍPIO: SENADOR POMPEU - CE

Nome: Juliano Ricardo de Oliveira

TEL:

CEP: 63.600.000

O: Rua E BAIRRO: Conj. COHAB

CIDADE: Sen. Pompeu

DO ENCAMINHAMENTO:

de colisão entre mob e carrochato com fratura em
esq. d. PA: 90x20, SA: 12: 96% FC: 103 Glasgow 15

DO DO EXAMES:

Cx: cog: Fratura fechada em fêmur medial esquerdo.

A JÁ REALIZADA:

O DIAGNOSTICA:

Fratura fechada em fêmur 19.

DO ENCAMINHANTE REG.

Médico
FUNÇÃO

12/12/15
DATA

HORA

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO:

ATORIAL ()

HOSPITALAR (X)

AUXILIO DIAGNOSTICO ()

MENTO: Comp. de fratura

PROFISSIONAL Trauma Hospital

E DE REFERÊNCIA J. J. F.

DATA

HORA

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

E DE REFERÊNCIA

PRONTUÁRIO Nº

ALTA

CLINICO/CIRURGICO

DO DE EXAMES

OSTICO PRINCIPAL

CID

ÁRIO 1

CID

ÁRIO 1

CID

TA REALIZADA

TA DE CONDUITA PARA SEGUIMENTO

LEMA JUSTIFICOU A REFERENCIA? SIM () NÃO ()

VO DA REFERENCIA COINCIDE COM O DIAGNOSTICO? SIM () NÃO ()

SS: DO ENCAMINHANTE REG.

FUNÇÃO

DATA

HORA

R TAMBÉM COMO RESUMO DE ALTA

REENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS

O TERMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO, ENTREGAR 2 VIAS AO USUÁRIO ORIENTANDO-O

RA RETORNAR COM A 1ª VIA A UNIDADE DE ORIGEM.

03:07

Ass: Magno

Ass: Tudor

1) VOLTAREN 75mg em 10/10/05

2) DEXAMETASONA 4mg + 20 AD. E. + 10/08

3) SLARF + ATENCÃO.

Curr Temp, 020000, 03 19/30/05
ID: Tratam de Fenuar "E"

1. Soluções imobilizadas quentes. (19001)

2 - Voltaren 75mg, 01amp, na
ju, 8/84 25 06 19

Obs: Aquando Transferrir
81 L. de Repreñcias.

06/05.

id. 15 : PA: 130x80.

C

el
Vigência: 02/08/2005
02/08/2005



P.H.: 23.15.1.0853 6136



DADOS DO PACIENTE:

Nome do paciente:	Enina Ricardo de Oliveira
Nº do Prontuário	
Idade:	
Endereço:	
Nome do Procedimento - Diagnóstico Inicial:	
Autor:	

Andréia Gonçalves

IDENTIFICATIVA

Médico Assistente: ANDRÉIA GONÇALVES DE OLIVEIRA
CRM 12345
RUA 123, 456 - 78901-123

CONFERE COM ORIGINAL
02/01/2016
Responsável - SAME
MHS
CNPJ 07.802.897/0002-44

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

Rua Joaquim Ferreira de Magalhães, 997 - 9971 3132
 CEP: 63600-000 - Senador Pompeu - Ce
 CNPJ 07.802.697/0002-44 - CGF 06.633.145-5



PRONTUÁRIO: _____

A.I.H. _____

CATEGORIA: _____

APT. _____ ENFERM. _____ LEITO _____

Nome: Bruno Ricardo de Oliveira
 Localidade: Sen. Pompeu Est. Civil: Solteiro Sexo: masculino
 Idade: 28 anos Data Nasc.: 27/04/87 Profissão: _____
 Endereço: Rua 6 Nº 90 COHAB - Senador Pompeu
 Responsável: M^{te} Camila Justino de Oliveira
 Endereço: O mesmo Fone: _____
 Contato: Licero Rodrigues de Oliveira
M^{te} das Graças Ricardo Oliveira

OPTOU POR APARTAMENTO

SIM ☐

NÃO ☐

acompanhante?
 Anterior?

SIM NÃO
 SIM NÃO

Admissão: 16 12 15

Alta: 16 12 15

14 01 Hora
 Hora

TA: Curado ☐
 Piorado ☐
 Transferido ☐

Melhorado ☐
 A pedido ☐
 Falecimento ☐

Inalterado ☐
 Indisciplina ☐
 Evasão ☐

CLINICA {
 Pediátrica ☐
 Cirúrgica ☐
 Obstétrica ☐
 Médica ☒

GNÓSTICO:

Internação: Frederico Lima

Matrícula:

CID

CID

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente admitido em 16/12/15
 Apresentando sintomas de
 dor abdominal de caráter
 crônico
 H/D: Frederico Lima

CONFERE COM ORIGINAL
 02/02/2016
 Responsável: SAME
 MHSI
 CNPJ 07 802 697/0002-44

Dr. Fernando Riquelme
 CRM: 12711
 MÉDICO

ASSINATURA DO MÉDICO

Simplex ☐

C/contraste ☐

SANGUE ☐

RH (—) ☐

Entrada

CENSO

Saída

16/12/15

16/12/15

SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Maternidade e Hospital Santa Isabel - Senador Pompeu - CE

Nome: Duane Rosta de Oliveira

Prescrição Médica - Assinatura

14/12/15

ENFERMAGEM

REGISTRO

CATEGORIA

Nº PRONTUÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO DE APLICAÇÃO DE MEDICAMENTO

OBSERVAÇÕES

RUBRICADA ENFERM.

D.

15

5/11

15

Dr. Felipe
MÉDICO

0011100

15.05.86

CPF

Assinatura da Enfermeira
COREN 236.053

Assinatura do Médico

Assinatura do Enfermeiro

Assinatura do Auxiliar

Assinatura do Técnico

Assinatura do Farmacêutico

Assinatura do Nutricionista

Assinatura do Psicólogo

Assinatura do Físico

Assinatura do Odontólogo

NOME Bruno Ricatto de Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Assinatura

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO DE APLICAÇÃO DE MEDICAMENTO

OBSERVAÇÕES

**RIJERCA DA
EUFEM**

106 AA: 20x805: 370

12.15

2490-110x80

321

[illegible]

clients were still
in the same place
I saw no off
in the same place
a white present
myself the same
the same.

5. Resolução da Câmara
Aut. de Cat. nº 10015
CONFECH-2007

In 3:07th client
for transcribed area
Hortakya V 1-4-1.

Chengdu

CONFIDENTIAL
2010030005
100-300000-0000
UNCL
CNO - 01-00-000000-00

37

SECRETARIA DE SAÚDE
FIS 32



Prefeitura Municipal
do Senador Pompeu

Rua Joaquim Ferreira de Magalhães, 997 - 080 5971 3132
CEP: 63600-000 - Senador Pompeu - Ce

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Bruno Ricante de Oliveira Registro: _____
Endereço: Rua E no 90 COHAB
Data de internamento: 16/12/15 Idade: 28 Profissão: _____
Motivo do Internamento: _____

Clinica onde esteve internado (a): _____
Médico Assistente: _____
Diagnóstico final: _____

Exames Realizados: (mais importantes e laudos)

- ☐ Patologia clínica _____
 - ☐ Radiognóstico _____
 - ☐ E.C.G _____
 - ☐ Ultrasson _____
 - ☐ Outros _____
- Cirurgia realizada: _____

Teve complicação pós-operatória: _____

Conduta terapêutica: _____

Observação: _____

Enfermeira: _____

Deverá ser acompanhado pelo PSF de: _____

Data de alta: ____/____/____ Às ____ horas

Assinatura do Paciente ou Responsável

Encaminhar a contra referência para o médico de seu município.

CONFERE COM ORIGINAL
09/02/2016 mlh
Responsável - SAME
MHSI
CNPJ 07 802 697/0002-44

SECRETARIA DE SAÚDE
40
1



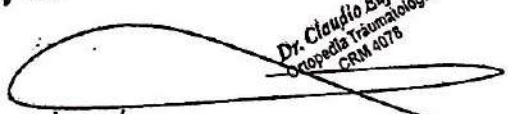
HOSPITAL PSA

NOME: D. B.

= Anestesia
= Retina pontal de
04-01-15

= Retorno de 02-03-15
73

= Não Pê
= Retorno Jovem


Data _____
Assinado _____
Dr. Claudio Eufrazin
Ortopedia Traumatologia
CRM 4078



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 - CEP 60170-002 - Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 244 - 2144 Fax 224-7225
e-mail psahosp@baydenet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93



Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Atesto e declaro que BRUNO RICARTE DE OLIVEIRA deu entrada neste Hospital no dia 18/12/15, Prontuário N.º 158.790, aos cuidados médicos do DR. CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO, internado com laudo médico de FRATURA DO FEMUR ESQUERDO CID S 72.3 submetido a tratamento cirúrgico, recebeu alta hospitalar dia 23/12/15. Paciente encontra-se em tratamento ambulatorial incapacitado de exercer suas atividades sem previsão de alta médica definitiva.

Fortaleza, 23 de dezembro de 2015.

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

LAYANNE SARAIVA
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Dr. Claudio Jose Fernandes Eufrazio
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3070

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS LTDA
CNPJ 07.272.297/0001-93
Layanne Saraiva S. L. Silva
MAT: 12.273 - AUXILIAR SAME

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

[illegible]



ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que Bruno Rêgo
de Oliveira recebeu atendimento médico em:
12/12/15 com diagnóstico de: fratura fechada
em fêmur proximal esquerdo CID: _____
o(a) mesmo(a) está necessitando de: 12 (doze) dias de licença do
trabalho, a partir da data do atendimento.

Senador Pompeu-Ce, 12/12/15.

Dr. João Tadeu S. G.
CRM: 18827
MÉDICO

MÉDICO/CRM



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU
Secretaria de Saúde e Saneamento
Sistema Único de Saúde

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que Bruna Ricardo de
Olivera recebeu atendimento médico em

com diagnóstico de: Fúria de Tumor

CID: S42.3

o(a) mesmo(a) está necessitando de: 90 (Ninety) dias de licença do
trabalho, a partir da data do atendimento.

Senador Pompeu-CE, 12, 13, 14, 15

MÉDICO/CRM

Cristiano Oliveira Rabelo
CRM 85569
Médico do Trabalho

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Bruno Ricardo de Oliveira,

RG nº 8004083093950, data de expedição 19/02/04, Órgão SSP RJ,

CPF nº 035.067.893-55, venho perante a este instrumento declarar que não

posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua E. S. Habitacional</u>
Número	<u>81</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Alto do Cruzeiro</u>
Cidade	<u>Senador Pompeu</u>
Estado	<u>ES</u>
CEP	<u>63.600-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: Bruno Ricardo de Oliveira

Nº DO CLIENTE
2859603-0

até 25 de abril de 2016

coelco

Para efetuar seu cancelamento, utilize o nº acima sempre que enviar seu pedido de cancelamento.

CPF: 000.000.000-00

CONTA DE CREDITO DEBITO DA ENERGIA E AGUA - 415430618

Nota 06 14000 15 069023 - 6 - Data de Emissão 09/01/2016

Nome MARIA CAMILA GUSTAVO DE OLIVEIRA

Endereço RU E CJ HABITACIONAL 00044

ALTO DO CRUZEIRO - SENADOR POMPEU - 01400000

Medidor 11954641

Ponto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDIDOR de Potência 0,00

RG / CPF: CNPJ 041387903-81

CNPJ

Nome do Responsável

DATAS					
Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Letura	Consumo	SEMPRE PAGO	EM 28.07
Jan/2016	09/01/2016	10/02/2016	120	0,00	0,00

ICMS					
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	ICMS	0,00	0,00
100,00			ICMS	0,00	0,00
ADICIONAIS			ADICIONAIS	0,00	0,00
700,00			ADICIONAIS	0,00	0,00

INFORMACOES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO					
Letra Atual	Letra Anterior	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)
1230	1220	10	10	10	10

DESCRIÇÃO					
VALOR CONSUMO DO MES					41,93
MULTA MORATORIA REF 12/2015					0,00
JUROS DO MES					0,29
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL					12,66
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA					1,32
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES - R\$ 4,11					

VENCIMENTO 15/01/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 57,00

COMPOSICAO DO VALOR DE CONSUMO					
Energia	27,89				
Transmissão	0,29				
Distribuição	10,56				
Encargos Setoriais	1,51				
Tributos (TOM PIS-COFINS)...	3,54				
TOTAL	43,79				

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSOES DE CO2 (Kg/kWh)					
Compensação das emissões pelo consumo de energia elétrica através do Coelco					
Emissão kg(CO2)	59,64				
Compensado kg(CO2)	0,00				

informações importantes e avisos de vencimento

CONTAS EM ATRASO

Prévio Aviso

NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA

Prazo (15 dias, contados a partir da data de vencimento da conta) para o pagamento da dívida.

Se não for pago, a concessionária de energia elétrica poderá suspender o fornecimento de energia elétrica em 15 dias.

Se a suspensão do fornecimento de energia elétrica ocorrer, a concessionária de energia elétrica não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes da suspensão.

Se a suspensão do fornecimento de energia elétrica ocorrer, a concessionária de energia elétrica não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes da suspensão.

Se a suspensão do fornecimento de energia elétrica ocorrer, a concessionária de energia elétrica não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes da suspensão.

Considere desta fatura R\$ 3,54 referente a PIS e COFINS.

Atos: 9 Rev. 100/2005 - ANEEL e Lei n. 10.637/02 e 10.638/03

Nº do Cliente: 2859603-0 Referência: Jan/2016

Data de Emissão: 09/01/2016 Total a Pagar (R\$): 57,00

Nº da Nota Fiscal: 415430618 Nº de Controle: 0002859603 00135 39462 06



Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Maria Emilia Gustavo de Oliveira,
 RG nº 2007019038605, data de expedição 35 / 05 / 2007,
 órgão SSP/RS e portador do CPF nº 041.387.903-81,
 com domicílio na cidade de Sinop, Mato Grosso, no Estado de
MT, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua e Conjunto Habitacional, nº 84, complemento
do Anjo, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado ainda consta/constava em meu nome na data do acidente ocorrido com a
 vítima Bruno Ricardo de Oliveira.

Veículo: motocicleta

Ano: 2011/2011

Modelo: Honda / EG 125 Fm

Placa: GED 3068

Chassi: GE33E4110BR4R1198

Data do Acidente: 12 / 12 / 2015

Local e Data: Sinop, Mato Grosso 27 de Janeiro 2016

Maria Emilia Gustavo de Oliveira

Assinatura do Declarante

