

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

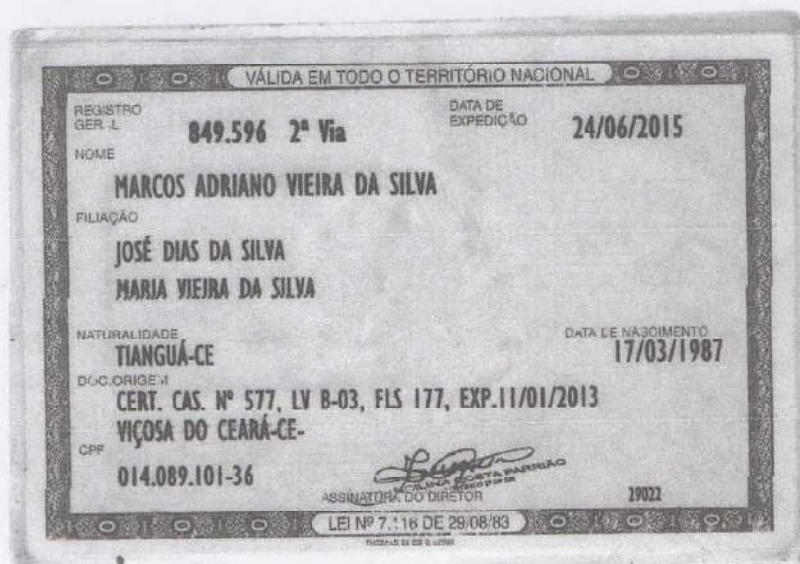
OUTORGANTE: MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA, brasileiro, casado, desempregado, portador da cédula de identidade RG de nº 849.596-2V SSP/CE, inscrito (a) no CPF sob o nº 014.089.101-36, residente e domiciliado no lugar denominado Sítio Juá dos Vieiras zona rural no município de viçosa do ceará-CE.

OUTORGADO(S): DR. CHRISTIAN DE OLIVINDO FONTENELLE, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE sob o nº 21.757 e **oDr. RAUL CAVALCANTE VIEIRA DE SOUSA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB(CE) sob nº 35.461, com endereço na Av. Major Felizardo de Pinho Pessoa, nº 344-A, Centro, Viçosa do Ceará-CE, com endereço eletrônico: christianfontenelleadv@gmail.com telefone: (88) 996191131/ (88) 992934065 onde recebem intimações.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração o OUTORGANTE acima qualificado nomeia e constitui seus bastante procuradores os OUTORGADOS(S) também qualificado(s) acima, a quem confere(m) amplos e ilimitados poderes para o foro geral, com a cláusula 'AD JUDICIA', e especialmente , para onde com esta se apresentar(em) e defender (em) direta ou indiretamente o (s) interessados(s), podendo propor as ações acompanhando as em todos seus termos, até reconvir, opor embargos agravar ou apelar em qualquer instância, fazer e assinar requerimento e os documentos necessários produzir provas e justificações, requerer falência ou concordata, assinar termo e compromisso de inventariante, podendo, também, transigir e finalmente , tudo mais usar e praticar para o bom e fiel desempenho deste mandato, inclusive substabelecê-lo com ou sem reserva de poderes.

Viçosa do Ceará, 28 de março de 2019.

Marcos Adriano Vieira da Silva



ENEL

COMPANHIA ENERGETICA DO CEARA
CNPJ 07.047.251/0001-70 - Inscr. Estadual 08.105.848-3

NOTA FISCAL
Nº 00618

ENDEREÇO ST JUA DOS VIEIRAS 00000

DADOS DA ENTREGA

BAIRRO

MUNICÍPIO VICOSA CEARA

CEP 62300000
ESTADO

SEGUNDA VIA RECIBO DE CONTA EVENTUAL - RCE

CENTRO OPERATIVO

SAO BENEDITO

Nº DO CLIENTE 9248847

DV 0

ROTA 21 31143 02 002750 - 7

VENCIMENTO 01/06/2018

MUNICÍPIO VICOSA CEARA

PERÍODO / REF 05/2018

FATURAMENTO 05/2018

NOME JAQUELINE PASSOS DE SIQUEIRA DA SILVA

CLASSIFICAÇÃO T:93 C:04

ENDEREÇO ST JUA DOS VIEIRAS 00000

CEP 62300000

DOC - 00000000000022068473-10

MOTIVO EMISSÃO 160

META DE CONSUMO 296

SEQUENCIAL

GRANDEZA	
ENERGIA ATIVA - kWh	299
ENERGIA ATIVA - kWh HP	0
ENERGIA ATIVA - kWh HP	0
ENERGIA ATIVA - kWh INTER	0,00
ENERGIA ATIVA - kWh HP	0,00

CÁLCULOS

VALOR CONSUMO DO MES
CORREÇÃO MONETÁRIA DO MES
JUROS DO MES
MUTA MORATORIA
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

LEITURA ATUAL	
ENERGIA ATIVA - kWh	
ENERGIA ATIVA - kWh HP	
DEMANDA FP	
ENERGIA ATIVA - kWh INTER	
ENERGIA ATIVA - kWh HP	

BASE DE CÁLCULO	VALOR
104,50	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

57EF.BEA3.C1B4.3B19.106C.758B.2F47.9540

INFORMAÇÕES

CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE A CONTA PARA AGRUPAMENTO DE VERGAMENTOS SUPRERA MUTA E PODERÁ PROVOCAR A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO

PAGUE SUA CONTA SOMENTE EM BANCOS E AGÊNCIAS AUTORIZADAS
A COBRANÇA DE EVENTUAL MUTA POR ATRASO DE PAGAMENTO SERÁ FEITA EM CONTA POSTERIOR

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

TOTAL A PAGAR

ENEL

COMPROVANTE ENEL

PERÍODO / REF 05/2018

VENCIMENTO

01/06/2018

MUNICÍPIO VICOSA CEARA

ROTA 21 31143 02 002750 - 7 TOTAL A PAGAR

Nº DO CLIENTE 9246847-0

0009246847 00006 4101 2 66

83830000001-2 20650031000-0 00092468470-4 00064101266-7



2ª Via Refaturamento-RCE(41)

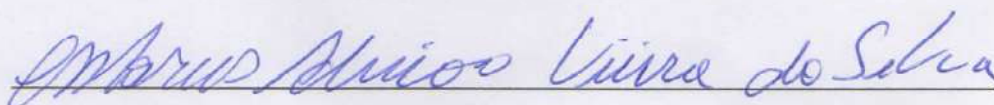
Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAUL CAVALCANTE VIEIRA DE SOUSA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/02/2019 às 15:10, sob o número 00506204920198060182. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 00506204920198060182 e código 5B36124.

DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, **MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA**, brasileiro, casado, desempregado, portador da cédula de identidade RG de nº 849.596 -2V SSP/CE, inscrito (a) no CPF sob o nº 014.089.101-36, residente e domiciliado no lugar denominado Sítio Juá dos Vieiras zona rural no município de viçosa do Ceará-CE. **DECLARO**, para fins de acesso ao benefício da **gratuidade de Justiça** (Lei 1.060/50 e art. 98 do CPC), que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de recursos para custear as despesas de imposto de renda desta demanda sem prejuízo do sustento próprio e da minha família. Assim, declaro ciência das sanções penais que estarei sujeito caso seja falsa a presente declaração firmada.

O que neste instrumento se declara é manifestação da verdade.

Viçosa do Ceará- CE, 28 de março de 2019.



MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA



GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE ARAIOSES - ARAIOSES - MA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002231/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/07/2018 08:22 Data/Hora Fim: 04/07/2018 08:48
 Delegado de Polícia: Raphael Cardoso Dos Reis

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia Civil de Araiozes
 Data/Hora do Fato: 26/04/2018 15:30

Local do Fato

Município: Araiozes (MA)
 Logradouro: RUA DAS MUMGUMBEIRAS SN

Bairro: COMPRIDA
 Nº: SN
 CEP: 65.570-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1617: Acidentes diversos - trauma	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome: MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: CE - Tianguá Sexo: Masculino Nasc: 17/03/1987
 Profissão: Autônomo Escolaridade: Ensino Médio Completo
 Estado Civil: Casado(a)
 Raça/Cor: Branca
 Nome da Mãe: Maria Virira da Silva Nome do Pai: Jose Dias da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 849596
 CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 014.089.101-36

Endereço

Logradouro: SITI JUADOS VIEIRA
 Bairro: INTERIOR DE VIÇOSA
 Telefone: (63) 98456-8159 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

NARRA O COMUNICANTE/VÍTIMA QUE EM DIA, HORA E LOCAL CITADOS SOFREU UM TRAUMA NA PERNA DIREITA (PLATOR TIBIAL DESCOMPENSADO), NECESSITANDO DE INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. RELATA QUE SE DESCONTROLOU E CAIU DE CIMA DA D 20 CUSTOM DE PLACA HUB 5405 DE COR VERMELHA DE VIÇOSA CEARÁ QUANDO O MOTORISTA DE NOME PEDRO PASSOS DE CIRQUEIRA DEU UMA MARCHA RÉ NO VEÍCULO



Delegado de Polícia Civil Raphael Cardoso Dos Reis
 Impresso por: Francisco Das Chagas Barros
 Data de Impressão: 04/07/2018 09:48
 Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002231/2018

ASSINATURAS

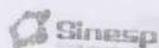
[Assinatura]
Francisco Das Chagas Barros
Responsável pelo Atendimento

[Assinatura]
Marcos Adriano Vieira da Silva
(Vítima / Comunicante)

Declaro para os devidos fins, que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

[Assinatura]
Raphael Cardoso Dos Reis
Delegado(a) de Polícia

RAPHAEL CARDOSO DOS REIS
Delegado de Polícia Civil
Matrícula: 2439545



Delegado de Polícia Civil Raphael Cardoso Dos Reis
Impresso por: Francisco Das Chagas Barros
Data de Impressão: 04/07/2018 08:48
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia



Estado do Ceará
Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
DPI/DELEGACIA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ

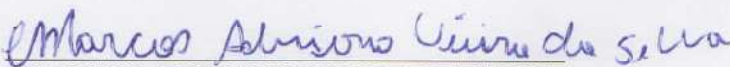


CERTIDÃO

Antônio Viana Barbosa Junior, *escrivão de Polícia Civil, com exercício nesta Delegacia Municipal de Polícia Civil de Viçosa do Ceará, no uso de minhas atribuições legais, etc...*

Certifica, a requerimento da parte interessa para fins de comprovação junto a Seguradora Líder, que o Sr. MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil noticiando que sofreu acidente de trânsito na data de 26.04.2018, por volta das 15:30h, na Rua Mungubeiras, no bairro de Comprida, da cidade de Araioses-MA, quando trafegava na carroceria do veículo GM/CHEVROLET D20 CUSTOM L, Cor: VERMELHA, Placa: HUB5405, Número Chassi: 9BG244RNMMC025373, Proprietário: ANA ALICE ARAUJO PASSOS DE SIQUEIRA, quando se desequilibrou e veio a cair, resultando em trauma na perna direita . O referido é a expressão da verdade. Dou fé. Cartório da delegacia municipal de polícia civil de Viçosa do Ceará, em 12 de junho de 2018. Eu, Antônio Viana Barbosa Junior, escrivão de polícia, que digitei e assino.


Antônio Viana Barbosa Junior
Escrivão de Polícia Civil
Matricula 133.968-1-7


MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013568675322
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 00162188080 PLACA 00000000000 ANO 2017

NOME
ANA ALICE ARAUJO PASSOS DE SIQUE

VICOSA DO CEARA /CE

CPF / CNPJ 70299161315 PLACA HUB5405/CE

PLACA ANT. / UF /CE CHASSI 9BG244RNMMC025373

CAR/CAMINHONE/C. ABERTA* DIESEL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
GM/CHEVROLET D20 CUSTOM 1991 1991

CAP / POT / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2.00T/87CV/ PARTIC VERMELHA

COTA UNICA ** ***/**/** ISENTO**

FAIXA LTV A PARCELAMENTO / COTAS 2NAD*****

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO *****

LOCAL DATA
VICOSA DO CEARA 24/07/2017

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, ENQUANTO TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013568675322 BILHETE DE SE

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 24

01 70299161315 HUB5405/CE

RENAVAM 00162188080 MARCA / MODELO GM/CHEVROLET D20

ANO FAB. 1991 CIL. 10 Nº CHASSI 9BG244RNMMC025373

PRÊMIO TARIFARIO

FNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO BILHETE (R\$)
30	3,33	33,33
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL (R\$)
4,15	0,27	71,75

X COTA ÚNICA PARCELADO 19/

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: LDB740B401409V

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAUL CAVALCANTE VIEIRA DE SOUSA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 18/12/2019 às 15:10, sob o número 00506204920198060182. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pgrAbrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0050620-49, 2019.8.06.0182 e código 5B36128.



Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de

MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA

Nº Sinistro:

3180388366

Vítima:

MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA

Data do Acidente:

26/04/2018

Cobertura:

INVALIDEZ

Procurador:

ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Senhor(a),

Após a análise no sinistro cadastrado sob o número **3180388366**, verificamos a existência de irregularidades, por essa razão o seu pedido de indenização foi negado.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01895/01896 - carta_13 - INVALIDEZ



Carta nº 13403498





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

_____, ____ de _____ de _____
Local e Data

x *Elmaro Adriano Vieira de Sousa*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Endereço			Número		Complemento
Bairro	Cidade		Estado	CEP	
Email				Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

- ☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- ☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO
AGÊNCIA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

_____ de _____ de _____
Local e Data

x Emerson Adriano Vieira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAIOES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE N. Sª DA CONCEIÇÃO
Av. Dr. Paulo Ramos, S/N, Centro Araioes - MA
CEP: 65.570-000



ENCAMINHAMENTO

MUNICÍPIO: ARAIOES - MA	
NOME DA UNIDADE: HOSPITAL E MATERNIDADE NSA DA CONCEIÇÃO	
NOME DO PACIENTE: <i>Marcos Adriano Vieira da Silva</i>	
DOC. DE IDENTIFICAÇÃO:	
ENDEREÇO:	
SEXO:	IDADE: <i>31a</i>
SINAIS E SINTOMAS: <i>Acidente cardíaco. apresenta em aberto do lado D.</i>	
IMPRESSÃO DIAGNOSTICA <i>fratura?</i>	
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: AR <i>ao soco - FX</i>	

20.7.18

Araioes

[Signature]
Carlos R. de Jesus
Assinatura do Médico
CRM 80.121-90
200-MA

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
A RODRIGO COIMBRA,
JOVIAIRIA, PARNABA/PI - 64216-470
NPJ: 06553564015593
(85) 3323-7188 - () -

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0288969
Data: 26/04/2018
Funcionario: EMILIANA

fls. 18
Registro: 163339
Hora: 17:55:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA

Nasc.: 17/03/1987 Idade: 31 ANOS, 1 MÊS, 9 DIAS
End.: POVOADO JUÁ DOS VIEIRAS, 0 -
Cor: PARDA Telefone: () -

Profissão:
Bairro: ZONA RURAL
Mãe: MARIA VIEIRA DA SILVA

CPF: - RG: 849596 - SUS: 700006755915607

Civil: CEP: 62300-00
Cidade: VICOSA DO CEARA/CE
Pal:

Procedimentos

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
01 CONSULTA (ACOLHIMENTO)

História Clínica/Exame físico:

Ponto de vista geral de alter. (20) em
Exames Complementares:

Prescrição Médica:

DA-olga ortopedico

RAIO X
DATA: 26-04-18
ASSINATURA: [assinatura]
Médico: [assinatura]
CRM-PI 5081
CRM-MA 7232

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 18:08:02

☐ Vermelho - Emergência ☒ Laranja - Muito urgente ☐ Amarelo - urgente ☐ Verde - Pouco urgente ☐ Azul - Não urgente

Queixa/História: DOR EM MID DEVIDO ACIDENTE DE CARRO HÁ 2 HORAS

Diabético

PA: 130X90 mmHg

TAX: 0°C

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

318 Dr. Bernardo Sousa Filho
CRM-PI 5081
Reso: 0 kg

SAT 02: 0

Dor:

ECG: 0

Conduta: AO CLÍNICO

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA

100 - MEDICO DE PLANTAO
Médico Responsável

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

2 - CNES
8015899
4 - CNES
8015899

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
700006755915607
10 - NOME DA MÃE
MARIA VIEIRA DA SILVA
12 - ENDEREÇO
POVOADO JUÁ DOS VIEIRAS, 0 - ZONA RURAL
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
VICOSA DO CEARA

8 - DATA DE NASCIMENTO
17/03/1987

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
163339
9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2
11 - TELEFONE DE CONTATO
() -

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO
2314102

15 - UF
CE
16 - CEP
62300-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Tosse no pulmão (1)
Evolução / por exames, definitivamente*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Indicada internação

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

normal + rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Tuberculose pulmonar (1)

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Teste Clínico

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA
CLÍNICA MÉDICA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
*Dr. Vitor Carneiro
Médico
CRM 3470*

28 - DOCUMENTO
() CNS () CPF
29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
26/04/2018
32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)
*Dr. Vitor Carneiro
Médico
CRM 3470*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - Nº DO BILHETE
38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA
40 - CNAE EMPRESA
41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO
() CNS () CPF
46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAUL CAVALCANTE VIEIRA DE SOUSA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/12/2019 às 15:10, sob o número 00506204920198060182. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050620-49.2019.8.06.0182 e código 5B3612C.



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 20

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

2 - CNES
8015899
4 - CNES
8015899

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
700006755915607
10 - NOME DA MÃE
MARIA VIEIRA DA SILVA
12 - ENDEREÇO
POVOADO JUÁ DOS VIEIRAS, 0 - ZONA RURAL
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
VICOSA DO CEARA

8 - DATA DE NASCIMENTO
17/03/1987

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
163339

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐

11 - TELEFONE DE CONTATO
() -

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO
2314102

15 - UF
CE
16 - CEP
62300-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA
CLÍNICA MÉDICA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

28 - DOCUMENTO
(x) CNS () CPF
29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
26/04/2018
32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - Nº DO BILHETE
38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA
40 - CNAE EMPRESA
41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF
46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

LAUDO CIRÚRGICO

PACIENTE:		IDADE:	DATA DE NASC:
DIAGNÓSTICO: <u>Fístula do 1º Trizal (D)</u>		OPERAÇÃO: <u>Trat. Cirúrgico</u>	
DATA: <u>11.05.19</u>		INTERVENÇÃO:	
CIRURGIÃO: <u>Dr. Victor Carneiro</u> Médico CRM 3470		AUXILIARES: <u>Dr. J. J. Souza</u>	
ANESTESISTA: <u>Dr. J. J. Souza</u>			
PRÉ-MEDICAÇÃO:			
INTERVENÇÃO: INÍCIO		TÉRMINO	DURAÇÃO
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO (TÉCNICA, LIGADURA, DRENAGEM, FECHAMENTO)			
1) <u>1.º Trizal do 1º Trizal</u> 2) <u>Aspiração, aspiração, aspiração</u> 3) <u>Tratamento do 1º Trizal</u> 4) <u>Tratamento do 1º Trizal</u> 5) <u>Colocação de drenagem, aspiração</u> 6) <u>Tratamento do 1º Trizal</u> 7) <u>Tratamento do 1º Trizal</u> 8) <u>Tratamento do 1º Trizal</u>			



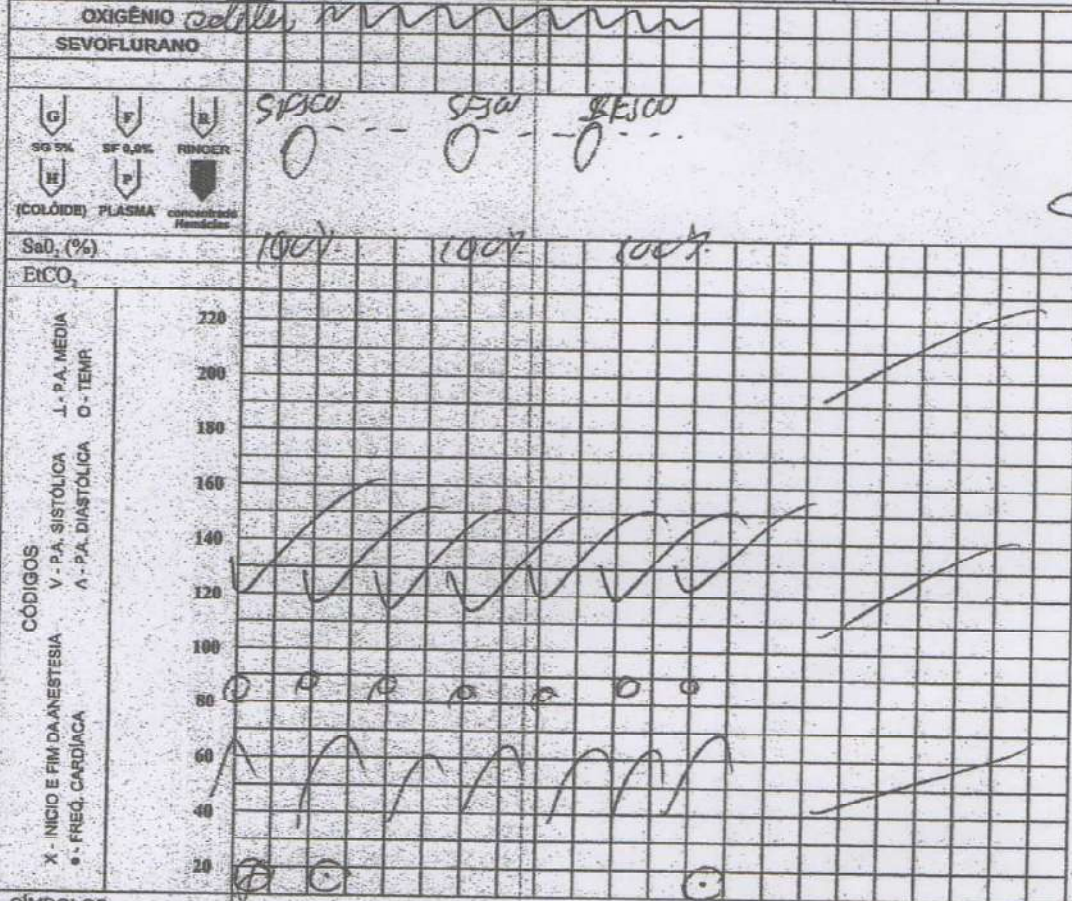
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

BOLETIM DE ANESTESIA



DATA: 11/05/18 SALA: 03
PRONTUÁRIO

PACIENTE: Lucas Adilson Viana de Sousa IDADE: DATA DE NASC: PESO: SEXO:
PROCEDIMENTO: Retirada de placa fibular D
ESTADO FÍSICO ASA:
PRESSÃO ARTERIAL: 120 x 70 mmHg RESPIRAÇÃO: 12 TEMPERATURA: PESO: ALTURA: OUTROS:
HEMOGLOBINA: HEMÓCRITO: GLICEMIA: UREIA: CREATININA:



SEQUÊNCIA:
Dormição 5
Fentil 1
Mantida 7
EPOC 12
CERTIFICADA

Técnica Anestésica: Raquianestesia
Observações: 1. Infusão contínua
2. Dose na RPA de total recuperação anestésica

☒ ECG ☐ PVC ☒ Oxigênio ☒ Fentil
☐ PAM ☒ PANI ☐ Capnógrafo
GASES: t / min. Início Fim Tempo
Oxigênio
Ar Medicinal

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Atropina	Amp	Dopamina	Amp	Neostigmina	Amp	Romifentanol	Fras
Adrenalina	Amp	Dormonid	Amp	Nitride	Amp	Ranitidina	Amp
Água dest. 10ml	Amp	Eforil	Amp	Noradrenalina	Amp	Ringer-Lactado	Fras
Cipro 200mg	Fras	Efedrina	Amp	Neocaina 0,5% pesada	Amp	Sufentanil	Amp
Cefazolina 1g	Amp	Fentanil (s/cons)	Amp	Neocaina 0,5% Isobar	Amp	S. Fisiológ. 0,9%	Fras
Clonidina	Amp	Fentanil (frasco)	Fras	Omeprazol	Fras	S. glicosado 5%	Fras
Coloide ()	Fras	Sevoflurano	MI	Pancurônio	Amp	Atracúrio	Amp
Dexametasona	Amp	Hidrocortisona	Fras	Profenid	Amp	Transamin	Amp
Diazepam	Amp	Isoflutano	MI	Propofol	Fras	Novabupi 0,5% v	Fras
Dimorf	Amp	Manitol	Fras	Protamina	Amp	Lidocaina 2% v	Fras
Dipirona	Amp	Metronidazol	Fras	Quelicin	Fras		
Dobutamina	Amp	Narcan	Amp	Quetamina	Fras		

Anestesiologista CRM 2634

CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO - CME

Material: Placa + 2 parafusos
 Nº do Lote: 1721 Método de esterilização: Vapor
 Data da Esterilização: 21/04/18
 Data de Validade: 21/05/18 5 anos
 Responsável pelo preparo: ep

PIAUÍ

UDE

VERDE



INÍCIO: _____ HORA. TÉRMINO: _____ HORA DURAÇÃO: _____ HORA
 CIRURGIÃO: _____ CIRURGIÃO: Dr. Vítor
 1º AUXILIAR: Dr. Dedato ANESTESISTA: Dra. Dalyna

MEDICAMENTOS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.
Adrenalina	amp		Neocaína pesada	amp	01
Água estéril 10mL	amp		Neocaína s/ vaso	amp	
Atropina	amp		Ocitocina	amp	
Clorpromazina	amp		Pancurônio	amp	
Dexametazona 4mg/2mL	amp		Petidina 50mg/2mL	amp	
Diazepam 10mg	amp		Plasil 10mg	amp	
Dimorf	amp	01	Propofol 1%, 20mL	amp	
Dopamina	amp		Prostigmine	amp	
Dormonid 15mg/3mL	amp		Soro Fisiológico 0,9%, 500mL	fr	05
Efortil 10mg/1mL	amp		Soro Glicosado 5%, 500mL	fr	
Enflurano	mL		Soro Ringer c/ lactato	fr	
Fenergam 50mg	amp		Sulfato de Magnésio 50%	amp	
Fentanil	fr		Suxametônio 100mg	fr	
Halotano	mL		Tionembutal	fr	
Haloperidol	amp		Transamin	amp	
Ketalar	fr		Xilocaína 2% s/ vaso	fr	
Methergim	amp		Xilocaína 2% c/ vaso	fr	
Naloxona	amp		Xilocaína 5% (pesada)	fr	
Neocaína c/ vaso	amp				

MATERIAIS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.
Abocath nº <u>20</u>	um	01	Algodão c/ agulha nº	env	
Agulha descart. <u>40x22/25x7</u>	uma	01/03	Algodão c/ agulha nº	env	
Agulha p/ raque nº <u>27</u>	uma	01	Algodão s/ agulha nº	env	
Algodão ortopédico	metro		Algodão s/ agulha nº	env	
Atadura de crepom tam.: <u>15 cm</u>	rolo	04	Cat gut simples c/ agulha nº	env	
Atadura gessada tam.:	rolo		Cat gut simples c/ agulha nº	env	
Dreno de tórax	um		Cat Gut Crom. c/ agulha nº	env	
Dreno penrose	um		Cat Gut Crom. c/ agulha nº	env	
Equipo p/ macrogotas	um	01	Mononylon nº 3-0	env	02
Equipo p/ transfusão sanguínea	um		Mononylon nº	env	
Lâmina p/ bisturi nº <u>24/20</u>	uma	02/03	Prolene nº	env	
Luva estéril nº <u>7.0/7.5/8.5</u>	par	01/03/01	Prolene nº	env	
Luva p/ proced. nº	par		Vicryl nº 2-0	env	01
Scalp nº	um		Vicryl nº 1	env	02
Sonda foley 2 vias nº	uma				
Sonda foley 3 vias nº	uma		02 24/min.	mm³	
Sonda nasogástrica nº	uma		elétrico		05
Sonda vesical simples nº	uma		seringas 10/5/3		02/01
Coletor de urina	um		cateter tipo cunha		01
Clamp umbilical	um				

UTILIZADO MATERIAL ÓRTESE/ PRÓTESE? SIM ☒ NÃO ☐

QUAL O MATERIAL USADO? Placa + parafusos

FEZ BIÓPSIA? SIM ☐ NÃO ☒

QUE DECA?

Atendimento	1020954
Data:	26/04/2018
Hora:	19:16

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
RUA RODRIGO COIMBRA, 1650
PARNAIBA/PI

fls. 24

JAKSON

BOLETIM DE ADMISSÃO

163339 - MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA

- Sexo: MASCULINO - 17/03/1987 - 31 ANOS, 1 MÊS, 9 DIAS

Clinica: CLINICA MÉDICA

Enfermaria: 034- SALA 01

Leito: CC01

Convênio: SUS

Escolaridade:

Médico: 2823 - BERNARDO DE OLIVEIRA SOUSA FILHO

CPF:

RG: 849596

C/N:

SIS Prenatal:

Endereço: POVOADO JUÁ DOS VIEIRAS, N° 0 - CEP: 62300-000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2314102- VICOSA DO CEARÁ/CE

Profissão:

Telefone: () -

Pai:

Mãe: MARIA VIEIRA DA SILVA

Responsável: MARCOS ADRIANO VIEIRA DA SILVA - ()

-- O MESMO

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

Tratado no serviço (1) curado e / ou,
em casa, 23/04/2018.

Diagnóstico Provável

Furto em Partes Furtivas (1)

Dr. Bernardo de Oliveira Sousa Filho
Médico
CRM 3470

BERNARDO DE OLIVEIRA SOUSA FILHO