



Advocacia e Consultoria Jurídica

Roberges Junior de Lima
OAB/MT 12.918

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA e ET EXTRA"

OUTORGANTE – SAMUEL HOLANDA COSTA, brasileiro, solteiro, estudante, portador (a) da Cédula de Identidade RG nº 2008336251-1 SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 097.803.643-31, residente e domiciliado no Sítio Recreio, nº 00, Zona Rural, Potiretama/CE

OUTORGADO – ROBERGES JUNIOR DE LIMA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil – Seccional de Mato Grosso, OAB/MT 12.918, com escritório profissional na Av. dos Ingás, nº 2330, Bairro Setor Comercial, Sinop/MT.

PODERES - Para o foro em geral, de acordo com a nova redação do art. 105 do NOVO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL, dada pela Lei nº 13.105 de 16-03-2015, c/c o parágrafo 2º do art. 5º da Lei nº 8.906 de 04-07-94, e ainda os poderes de firmar acordos, transigir, receber e dar quitação, substabelecer com ou sem reserva de poderes, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel andamento deste mandato, dando por bom, firme e valioso.

Potiretama/CE, 16 de julho de 2020.

x

SAMUEL HOLANDA COSTA
CPF nº. 097.803.643-31



Advocacia e Consultoria Jurídica

Roberges Junior de Lima
OAB/PA 27.856-A

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **SAMUEL HOLANDA COSTA**, brasileiro, solteiro, estudante, portador (a) da Cédula de Identidade RG nº 2008336251-1 SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 097.803.643-31, residente e domiciliado no Sítio Recreio, nº 00, Zona Rural, Potiretama/CE, DECLARO, com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, que não posso arcar com as custas deste processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

Potiretama-CE, 16 de julho de 2020.

x

SAMUEL HOLANDA COSTA

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
097.803.643-31

Nome
SAMUEL HOLANDA COSTA

Nascimento
14/03/2002

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
 COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIA BIOMÉTRICA

Polgar Direto

Samuel Holanda Costa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008336251 - 1 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/09/2012

NOME
SAMUEL HOLANDA COSTA

FILIAÇÃO
FRANCISCO BENTO COSTA

MARIA SOCORRO HOLANDA NEGREIROS COSTA

NATURALIDADE
ALTO SANTO - CE

DATA DE NASCIMENTO
14/03/2002

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:5559 FOLHA:172

LIVRO:A-12 ALTO SANTO - CE

CPF

1 VIA

Assina. do Diretor
 ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 189

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

83850000001-6 03540031000-0 00048730920-0 00743977297-1



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE ALTO SANTO



BOLETIM DE Ocorrência N° 408 - 469 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/07/2018 15:16:44**
Data / Hora da Ocorrência: **16/01/2018 14:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO CATINGUEIRINHA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **ALTO SANTO/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **SAMUEL HOLANDA COSTA**
Nascimento: CPF: **097.803.643-31**
RG: **2008336251-1** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA SOCORRO HOLANDA NEGREIROS COSTA**
FRANCISCO BENTO COSTA
Endereço: **SITIO RECREIO**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **ALTO SANTO/CE**
País: **BRASIL** CEP:
Telefone: **(88) 99631-3667**

Noticiante(s)

Nome: **MARIA NATHANYELLE SOUZA FREITAS**
Nascimento: **03/03/1993** CPF: **603.554.083-09**
RG: **2006099036614** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA ELISGARDENIA COSTA DE SOUZA**
FRANCISCO BATISTA DE FREITAS
Endereço: **RUA AVENIDA MARINETE ANSELMO , 7**
Bairro: **CENTRO**
Município: **ALTO SANTO/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99929-3398**

Histórico

Afirma a pessoa qualificada no presente termo, sujeita as penalidades previstas nos artigos 340 (comunicação falsa de crime ou de contravenção) e 342 (falso testemunho do código penal brasileiro, que no dia e horário acima, conduzia acompanhada o veículo do tipo **Motocicleta HONDA POP 110, cor BRANCA, ano 2016/2016, Placa PMP-9625, CHASSI 9C2JB0100GR215602, registrado no Detran-CE em nome de SUZANA PATRICIA DE HOLANDA NEGREIROS, levando na garupa seu amigo SAMUEL HOLANDA COSTA; QUE seguiam para o centro de Potiretama, quando o pneu traseiro derrapou e ambos acabaram caindo; QUE a noticiante sofreu apenas escoriações mas seu amigo teve Trauma em Punho Direito; QUE foram levados ao Hospital local de Potiretama pela pessoa de SAMARA e em seguida encaminhados ao Hospital HCSR localizado em Russas, onde também foram atendidos pelo SUS; QUE em consequência do acidente seu amigo sofreu lesões constatadas no protocolo de atendimento; QUE não houve gastos com medicamentos; QUE a noticiante bem como seu amigo não chegaram a ir em hospitais ou clínicas particulares, bem como não fizeram exames fora da rede pública de saúde; QUE a noticiante bem como seu amigo não sofreram perda de**

DELEGACIA MUNICIPAL DE ALTO SANTO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 10/07/2018 15:41:05


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE ALTO SANTO


BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 408 - 469 / 2018

membros ou órgãos; QUE afirma que esta é a primeira vez que sofre acidente em uma motocicleta.
QUE este acidente foi presenciado por SAMARA HOLANDA COSTA. E nada mais disse, dando-lhe por encerrado o presente registro.//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ALTO SANTO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DIOGO EMANUEL BRANDAO EMILIANO - MAT.: 30110315

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Marcia Matheny de Sousa Freitas

VISTO DO DELEGADO(A) :

ALINE DE CASTRO MOREIRA - MAT.: 30080513

Samuel Holanda Costa

RECEITUÁRIO

Atestado médico
Ateto para os devidos fins, o
paciente supra-citado, vítima de acidente
de trânsito em 16.01.18, tendo sofrido
fratura em punho direito, submetido a
RTT cirúrgico e utilização de fios de
Kirschner por 60 dias, o mesmo é portador
de sequelas permanentes e definidas que
se agravaram ao fim do tratamento,
apresentando edema, déficit de força,
limitação de movimento em punho, assim
se para funcional média (50%) do
MSP e punho direito, o mesmo encontra-se
de alta médica. Após 30 dias de fisioterapia
pela desde o dia 18.07.18. Oriento
realização física para confirmação
das sequelas.

Cid: S62

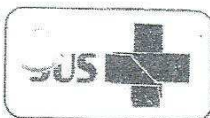
T92.2

Dr. João Fernando Neto
Médico
CRM: 3290

16/08/19



PREFEIRUTA MUNICIPAL DE POTIRETAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UMS RAIMUNDO PAIVA DIÓGENES



DATA: 16/01/18 HORA: 14:20

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME: Samuel Henrique Costa

CNS:

DATA DO NASCIMENTO: 14/5/82 IDADE: 35 PROFISSÃO:

NATURALID.:

ENDEREÇO: 57 Recio

BAIRRO

PA	DX	PESO	TEMP	SPO2	FC	FR	GLASGOW
----	----	------	------	------	----	----	---------

HDA/EX. FÍSICO:

ADOLESCENTE com possível fratura, D.I. 60,
com fratura em ponto (D) com deformidade
na região + dor moderada no local; fratura
em seguimento superior de mão, no local; fratura

HIPÓTESE DIAG: fratura em ponto (D).

ACIDENTE DE TRÂNSITO -> HOUVE COMPROVAÇÃO DO FATO POR PERÍCIA OU BOLETIM DE OCORRÊNCIA DA POLÍCIA? ☐ SIM ☐ NÃO

CONDUJA	APRAZAMENTO
(1) A TRAUMATOLOGIA.	
(2) VOLTAR EM 2-4 J. 14/10	

☐ OBSERVAÇÃO ☐ INTERNAMENTO ☐ CHEGOU EM ÓBITO ☐ TRANSFERIDO PARA _____ ÀS _____ h

Assinado: F. P. 11/6/2018



Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS		2. CNI/S 232800-3		3. CNI/S 232800-3	
Identificação do Paciente 4. NOME DO PACIENTE SAMUEL HOLANDA COSTA		5. NOME DO RESPONSÁVEL MARIA SOCORRO HOLANDA NEGREIROS COSTA		6. Nº DO PRONTUÁRIO 00112037	
7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 898002796128603		8. DATA DE NASCIMENTO 14/03/2002		9. SEXO 1 - Masculino	
10. RAÇA / COR Parda		11. ETNIA		12. TELEFONE DE CONTATO (88) 99631-3667	
13. ENDEREÇO RUA PADRE NEGRILHO - 50 - PROX A AHMENOM - CENTRO POTI KL TAMA		14. CID 10 231123		15. CID 9 CE 62.990-000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
16. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS 17. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO 18. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESUMIDAS) 19. CID 10 PRINCIPAL 20. CID 10 SECUNDÁRIO 21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
22. DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 23. CLÍNICA 24. CARÁTER DA INTERNAÇÃO 25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 26. Nº DO DOCUMENTO (CNS) DE PROFISSIONAL SOLICITANTE - ASSISTENTE 27. DATA DA SOLICITAÇÃO 28. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO COUNS)					
29. DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 30. CLÍNICA 31. CARÁTER DA INTERNAÇÃO 32. Nº DO DOCUMENTO (CNS) DE PROFISSIONAL SOLICITANTE - ASSISTENTE 33. DATA DA SOLICITAÇÃO 34. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO COUNS)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
35. () ACIDENTE DE TRÂNSITO 36. () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 37. () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 38. () ACIDENTE OUTRO					
39. Nº DO DOCUMENTO (CNS) DE PROFISSIONAL SOLICITANTE - ASSISTENTE 40. Nº DO BILHETE 41. Nº DO BILHETE 42. Nº DO BILHETE 43. Nº DO BILHETE					
AUTORIZAÇÃO					
44. Nº DO DOCUMENTO (CNS) DE PROFISSIONAL SOLICITANTE - ASSISTENTE 45. Nº DO DOCUMENTO (CNS) DE PROFISSIONAL SOLICITANTE - ASSISTENTE 46. Nº DO DOCUMENTO (CNS) DE PROFISSIONAL SOLICITANTE - ASSISTENTE 47. Nº DO DOCUMENTO (CNS) DE PROFISSIONAL SOLICITANTE - ASSISTENTE					



HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centrô
Russas / Ceará



1800231163		18/01/2018 11:36 12		GUIA DE ADMISSÃO () GUIA DE ATENDIMENTO ()		TRAUMA/CIRURGICO-02.005.005	
Nome		Nascimento		CNS		CPF	
00112037 - SAMUEL HOLANDA COSTA		14/03/2002 Id: 15 A 10 M 4 D		898002796128603			
Documento		Sexo		Estado Civil		Raça/Cor	
Identidade - 20083362511 - SSP/CE - 14/09/2012		M		Solteiro(a)		Parda -	
Endereço		CEP		Complemento		Ocupação	
RUA - PADRE NEGREIRO - 00 - CENTRO - POTIRETAMA - CE		62.990-000		PROX A AHMENOM		ESTUDANTE	
Naturalidade		Contatos		País		SisProNatal	
ALTO SANTO - CE		(88) 99631-3667					
Mãe		Nome		Validade		Autorização	
MARIA SOCORRO HOLANDA NEGREIROS COSTA		FRANCISCO BENTO COSTA					
Plano Convênio		Carteira		Especialidade		Profissional Solicitante	
SUS - SUS				TRAUMA/ORTOPEDIA		VICTOR PONTES PARAHYBA	
Caráter de Atendimento		Procedência		Procedimento Solicitado		Perm. Máxima (dias)	
Urgência							
CID Principal							

ANOTAYYES GERAIS

Parêcer () Exames-Laboratoriais () RX () Ultrassonografia () Prótese () Mudança de Procedimento ()
Convênio Autorizado Até: / / Prorrogado Até: / /
Outros () Especificar: _____
Data da Saída: 20 / 01 / 2018 Motivo: () Curado () A pedido () Evasão () Transferido () Óbito

DIAGNOSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

OPERAÇÃO

PRINCIPAL

SECUNDARIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

Pa do puka

Dr. Victor Pontes Parahyba
Médico
CREMESP-10.800

Médico Responsável

Diretor Responsável

Maria Socorro Holanda Negreiros Costa

Paciente ou Responsável

Guia emitida por: maria.aubetiza



**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Samuel Holanda Costa

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

DATA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
18/01/18		12 do pulm
19/01/18		substituído e c/yr

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

www.hcsrussas.com.br


**SANTAS
CASAS
UNIDAS**
BOLETIM DE OPERAÇÃO
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

 NOME: Samuel Holanda Costa

 DATA: 19 / 01 / 2018

 LEITO: 21.9
DIAGNOSTICO CLÍNICO:
Prato de pinto
DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:
CONDIÇÕES DO PACIENTE

TEMPO	PULSO	RESP.	P.A.	GERAIS

ANESTESIA:
Óxido Nitroso
OPERAÇÃO:
Prato de pinto
CLASSIFICAÇÃO:

INÍCIO: _____ FIM: _____

ACHADOS (DESCREVER OS ÓRGÃOS EXPLORADOS E REGISTRE OS OS ACHADOS PATOLÓGICOS)

O QUE FOI FEITO:

1) Prato
 2) Prato de pinto
 3) Siga com Olfato
 4) Prato
 5) Prato + Siga

Dr. Victor Pontes P. Filho
 Médico
 CRM 10.140

CONTAGEM COMPRESSAS:

Dr. Anísio Figueiredo Filho
 Médico Clínico
 CRM 2298

Operador _____

Auxiliar _____

Anestesista _____

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

www.hcsrussas.com.br



ATESTADO

Atesto que, Samuel Helvén

certe

está impossibilitado(a) de trabalhar, por

30 (trinta)

dias, apartir desta data 22/02/18, por

Furto de joia

Dr. Marcos Parany
Ortopedia & Traumatologia
CRM-DF 1060

MÉDICO - CRM
www.hcsrussas.com.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE POTIRETAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UMS RAIMUNDO ARAÚJO DIÓGENES



DATA: 27/01/18 HORA: _____

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME: Samuel H. Costa CNS: _____

DATADO NASCIMENTO: 24/03/92 IDADE: 15 PROFISSÃO: _____ NATURALID.: _____

ENDEREÇO: St. Raimundo BAIRRO: _____

PA	DX	PESO	TEMP	SPO2	FC	FR	GLASGOW
----	----	------	------	------	----	----	---------

HDA/EX. FÍSICO:

Adolescente em tratamento de fratura
em punho (D) necessitando de nova RX de
punho para retorno ao traumatologista.

HIPÓTESE DIAG: fratura em punho (D) (em TTT)

[] ACIDENTE DE TRÂNSITO -> HOUVE COMPROVAÇÃO DO FATO POR PERÍCIA OU BOLETIM DE OCORRÊNCIA DA POLÍCIA? [] SIM [] NÃO

CONDUTA	APRAZAMENTO
<u>Solicitação RX da RG</u>	

[] OBSERVAÇÃO [] INTERNAMENTO [] CHEGOU EM ÓBITO [] TRANSFERIDO PARA _____ ÀS _____ h

K



Dr. Jorge Morais de Amorim
Médico
CRM - CE 14878
CRM - RN 7325

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190595306 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SAMUEL HOLANDA COSTA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE COR. SEGUROS EIRELI
BENEFICIÁRIO SAMUEL HOLANDA COSTA
CPF/CNPJ: 09780364331

Posição em 16-07-2020 15:10:14

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R\$00.000,00
Juros e Correção: R\$00.000,00
Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
04/12/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
13/11/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	
01/11/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	