

**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"**

OUTORGANTE	Valdeci Teixeira Filho		
Nacionalidade	brasileiro	Natural	acopiara-ce
Estado Civil	solteiro	RG nº	1456.778
Profissão	agricultor	CPF nº	155.651.748-30
Endereço	Barro do Inga'		
Bairro	zona rural	CEP	63560000
Município/UF	acopiara	FONE	1881981227681

OUTORGADO: ALEXANDRE FERREIRA LEITE NETO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 38.054 e JEFERSON CAVALCANTE DE LUCENA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 18.340, todos com endereço profissional na Rua Eng. Antônio Ferreira Antero, nº 401, Água Fria, CEP nº 60.821-765, Fortaleza/CE, Fone/Fax: (85) 3273-4861.

PODERES:

Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicia" e "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, **podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso**, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Acopiara-ce 11.08.2020

*Valdeci Teixeira Filho

OUTORGANTE

**DECLARAÇÃO**

DECLARANTE	Valdeci Teixeira Filho		
Nacionalidade	brasileiro	Natural	acopiara-ce
Estado Civil	solteiro	RG nº	1.456.778
Profissão	agricultor	CPF nº	555.651.748-30
Endereço	Barra do Ingaí		
Bairro	Zona rural	CEP	63560000
Município/UF	acopiara	FONE	(88) 98322-7684

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de minha família, nos termos do Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, Art. 98 do CPC/15 e em conformidade com os dispositivos insertos na Lei nº 1.060/50.

Acopiara-ce 11.08.2020.

*Valdeci Teixeira Filho

DECLARANTE

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 PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

NOME
VALDECI TEIXEIRA FILHO

FILIAÇÃO
FRANCISCO ABEL DE MATOS
MARIA TEIXEIRA DE SOUZA

DATA NASCIMENTO: **14/06/1982** NATURALIDADE: **ACOPIARA - CE**
ORGÃO EMISSOR: **SSPDS-CE** IDENTIFICADOR: **XXX**
OBSERVAÇÃO: **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**

Valdeci Teixeira Filho
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

DT 155.651.748-30 DN: XXXXXXXXXXXXXXXX

REGISTRO GERAL LOCAL DATA DE EMISSÃO OUTROS RG
2019179504-6 P.: 188 07/10/2019 1456778 1ª VIA

REGISTRO CIVIL
CERT. NASCIMENTO CARTÓRIO: QUINCOÊ TERMO: 0007323 FOLHA: 00000193
LIVRO: A00027 ACOPIARA - CE

NOME SOCIAL: XXXXXXXXXXXXXXXX

T. ELETOR: XXXXXXXXXXXXXXXX DTPS: XXXXXXXXXXXXXXXX SER E: XXXX UF: XX

NOME PREF: XXXXXXXXXXXXXXXX IDENTIDADE PROFISSIONAL: XXXXXXXXXXXXXXXX

QUINT. MILITAR: XXXXXXXXXXXXXXXX

CNH: XXXXXXXXXXXXXXXX

CNS: XXXXXXXXXXXXXXXX

Paulino Manoel da Silva
ASSINATURA DO DIRETOR

POLEGAR DIREITO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



SISTEMA INTEGRADO DE SANEAMENTO RURAL - BAJ
RUA EMÍDIO ALVES DE ALMEIDA, S/N - CENTRO
ACOPIARA - CE - CEP. 63.560-000
C.N.P.J.: 04.829.898/0001-66 - Fone : (88) 3565-0350

CONTA D'ÁGUA

FOLHA: 1/1

ASS DE MORADORES E PRODUTORES DE BARRA DO INGA

03.254.062/0001-18

0003324.9 PAR RBR 1 0 0 0 0 200104618 02/07/20 JUL/2020

MARIA ROZILEIDE ALVES
RUA NOVA, 0
BARRA DO INGA
ACOPIARA

CEP: 63.560-000

01.04.04.0000000000

JUL/20 24 000 24 11
JUN/20 38 000 037 11
MAI/20 20 000 028 11
ABR/20 15 000 014 11
MAR/20 16 000 031 11
FEV/20 39 000 031 11
JAN/20 41 000 028 11
00028

** 0,00

** ***,**

05/08/2020

59,78

CONSUMIDOR

SISTEMA INTEGRADO DE SANEAMENTO RURAL - BAJ

MARIA ROZILEIDE ALVES
RUA NOVA, 0 - BARRA DO INGA

SEQ.: 63
01.04.04.0000000000

0003324.9

JUL/2020

200104618

05/08/2020 59,78

0003324.07.20.200104618

82660000000.2 59781249000.6 33240720200.8 10461800002.0





BOLETIM DE Ocorrência N° 404 - 788 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **04/07/2018 09:59:55**
Data / Hora da Ocorrência: **06/06/2018 19:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO CIPO**
Complemento:
Bairro: Município: **ACOPIARA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **VALDECI TEIXEIRA FILHO**
Nascimento: **14/06/1962** CPF: **155.651.748-30**
RG: **1456778** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA TEIXEIRA DE SOUZA**
FRANCISCO ABEL DE MATOS
Endereço: **SITIO BARRA DA INGA, O CASA**
Bairro: **DT. EBRON**
Município: **ACOPIARA/CE** CEP: **63.560-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99657-3057**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HZR6252** Uf: **CE** Município: **ACOPIARA** Chassi:
9C2JC3010YR030080 Renavam: **732111447** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** Ano
Fabricação: **2000** Ano Modelo: **2000** Combustível: **GASOLINA** Cor:
AZUL Proprietário: **FRANCISCO TEIXEIRA FILHO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

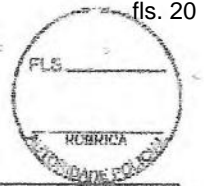
Histórico

Afirma sob as penalidades previstas nos ART. 339, 340 e 342 do CPB e advertido(a) das penalidades de falsa comunicação de crime e Contravenção Penal, o (a) declarante disse que, TEM HABILITAÇÃO Nº. 01938837961 E AFIRMA TER SOFRIDO LESÕES EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE VEICULAR E COMPARECE NESTA DELEGACIA AFIM DE REGISTRAR BOLETIM DE Ocorrência PARA O RECEBIMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO DPVAT; Disse que guiava o VEÍCULO TIPO: MOTOCICLETA, RENAVAM: 732111447, Número Chassi: 9C2JC3010YR030080, Placa: HZR6252, Marca/Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS. Ano de Fabricação: 2000, Ano do Modelo: 2000, Cor: AZUL, disse que caiu da motocicleta quando na estrada do sitio Cipo, ao tentar desviar de um buraco, o declarante disse que a motocicleta derrapou e ele caiu; Disse que no momento da queda, como a motocicleta caiu por cima de sua perna, um homem que ia passando na estrada, o ajudou a retirar o veículo de cima do declarante e o levou até sua casa; Disse que ao chegar em casa relatou que tinha sofrido um acidente e que seu filho de nome ANTONIO FRANCISCO ALVES TEIXEIRA(ALEX) SOCORREU O DECLARANTE ATÉ O HOSPITAL GERAL SUZANA GURGEL DO VALE, POIS TINHA SOFRIDO ESCORIAÇÕES E CORTE NO PÉ DIREITO e que foi mandado para casa; Disse que ainda com muitas dores retornou ao hospital no dia 02/07/2018 e que foi pedido um raio x e constatado que havia fraturado o pé direito e que foi encaminhado para o

Valdeci Teixeira Filho



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



fls. 20

BOLETIM DE Ocorrência Nº 404 - 788 / 2018

hospital HOSPITAL REGIONAL DE IGUATU; E nada mais disse!!

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ACOPIARA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO HERDESON DE OLIVEIRA BERNARDO - MAT.: 30091213

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

82 Alceu Teixeira FRB

VISTO DO DELEGADO(A) :

PAULO RENATO FELIX FERREIRA - MAT.: 30080815

Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 037825	Atendimento 0002	Nome do Paciente VALDECI TEIXEIRA FILHO	CNS 120170813390001	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 1456778		Estado Civil Outro	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 14/06/1962	Local ACOPIARA/CE	Idade 56 Ano(s)		
Pai FRANCISCO ABEL DE MATOS		Mãe MARIA TEIXEIRA DE SOUZA		
Endereço VILA BARRA DO INGA, S/N	Bairro ZONA RURAL	CEP 63560-000	Município ACOPIARA	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjugue		
Responsável VALDECI TEIXEIRA FILHO	CPF do Responsável	Endereço VILA BARRA DO INGA, S/N	Município ACOPIARA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 05/07/2018	Hora 09:11	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ANTONIO ALBERTO BANDEIRA		CRM/UF 2063/CE	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	
Indicador de Acidente		Funcionário DANIELLE DE OLIVEIRA NUNES		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação / / às hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito		
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
PA (mmHg)				

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

*Receita de 2ª consulta
Dr. 30 de Junho de 2018*

Receita de 1ª consulta - Suspensão

*Receita de 1ª consulta (Fz D)
Receita de 1ª consulta*

ANTONIO ALBERTO BANDEIRA - CRM: 2063

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: VALDECI TEIXEIRA FILHO

Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 037825	Atendimento 0003	Nome do Paciente VALDECI TEIXEIRA FILHO	CNS 120170813390001	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 1456778			Estado Civil Outro	Sexo Masculino
Data de Nascimento 14/06/1962		Local ACOPIARA/CE	Idade 56 Ano(s)	
Pai FRANCISCO ABEL DE MATOS			Mãe MARIA TEIXEIRA DE SOUZA	
Endereço VILA BARRA DO INGA, S/N		Bairro ZONA RURAL	CEP 63560-000	Município ACOPIARA
Profissão	Empresa	Cônjugue		
Responsável VALDECI TEIXEIRA FILHO	CPF do Responsável	Endereço VILA BARRA DO INGA, S/N	Município ACOPIARA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 11/07/2018	Hora 08:16	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ANTONIO ALBERTO BANDEIRA		CRM/UF 2063/CE	Tipo Atendimento RETORNO	
Indicador de Acidente		Funcionário DANIELLE DE OLIVEIRA NUNES		
Observação				
Sala		Data/Hora Liberação ____/____/____ às ____ hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito	

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)
-----------	-------------	--------	---------	---------	-----------

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Ex de 2: anal. de 1º grau
Análise de 3º grau de 1º grau

Ex de 1º grau de 1º grau
Análise de 1º grau

Dr. Antônio Alberto Bandeira
CRM 2063
Traumatologia

ANTONIO ALBERTO BANDEIRA - CRM: 2063

Valdeci Teixeira Filho

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: VALDECI TEIXEIRA FILHO

Obs: laudo cirúrgico

PREFEITURA DE
ACOPIARA
Secretaria da Saúde**BPA**

(URGÊNCIA / EMERGÊNCIA)

Nº DE REGISTRO: 488

Data: <u>06/06/2018</u>	Horário: <u>20:43</u>	Idade: <u>55 anos</u>	Sexo: <u>M</u>
Paciente: <u>Valdinei Teixeira Filho</u>			
End. Do Paciente / Resp.: <u>Rua Barra do Inga, Arapiraca</u>			
Telefone: <u>9 96573057</u>	Doc. de Identificação: <u>RG. 145677X</u>		
Cartão do SUS: <u>1201708133900011</u>			
ESF de Origem: <u>256 Barra do Inga</u>			

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM / TRIAGEM (Horário: 20:45)

Classificação de Risco: <input type="checkbox"/>	PA: <u>110/90</u>	T: <input type="checkbox"/>	PESO: <input type="checkbox"/>	HGT: <input type="checkbox"/>	P: <input type="checkbox"/>
--	-------------------	-----------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

						<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	Pontos:
Nenhuma Dor	Um Pouco Dor	Um Pouco Mais de Dor	Tem Ainda Mais Dor	Tem Muita Dor	Tem Dor Máxima	

Escala de Intensidade de Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem Dor			Média Dor			Pior Dor				

Pontos: ☐

Tabela 1

Escala de Dor para Recém-Nascidos - Neonatal Infantil, Pain Scale (NRS)

Indicador	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	Relaxada	Contrainda	Vigilante
Choro	Ausente	Resmungos	
Respiração	Regular	Diferente da basal	
Braços	Relaxados	Fletidos/Estendidos	
Pernas	Relaxadas	Fletidas/Estendidas	
Estado de Alerta	Dormindo e/ou Calmo	Agitado e/ou limitado	

Presença de dor > 3 pontos ☐

Anotações de Enfermagem:

Pt. repouso tranquilo no leito
por queda de mto

ATENDIMENTO MÉDICO

Histórico da Doença atual: <u>sem dor no abdômen</u> <u>sem febre</u>	
Exame Físico:	
Exames Complementares:	
Resultados:	
Diagnóstico: <u>Fome e sede</u>	
Destino do Paciente:	Ass. e Carimbo do Médico: <u>Luiz Eduardo Barbosa</u> Médico CRM 12316
Assinatura do Paciente ou Responsável: <u>Valdinei F. Filho</u>	

fls. 25

NOME DO PACIENTE			ENFERMARIA	LEITO
DATA	PLANOS TERAPÊUTICOS E TRATAMENTOS	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES	ASSINATURA E Nº DO COREN
	1. PACIENTE PORTADOR DE 1. 900.000 GT (FM)	21.20	Paciente medicado.	Renato
	2. LACTADO (/ SUF. DE ALMA	21.20		
	3. (N) (M) (S) (M) (S) (M) (S) (FM)	21.20		
	4. (M) (S) (M) (S) (M) (S) (FM)	21.30		



BPA

Nº DE REGISTRO:

fls. 26

Data:	02.07.18	Horário:	08:28	Idade:	26 anos	Sexo:	M
Paciente:	Valdinei Teixeira Silva						
End. do Paciente / Resp.:	Vila Barro da Lagoa						
Telefone:	06573057	Doc. de Identificação:					
Cartão do SUS:	1201708133900011						
ESF de Origem:	Barro da Lagoa						

Classificação de Risco: <input type="checkbox"/>	PA: 100 X 60	T:	PESO:	HGT:
--	--------------	----	-------	------



PONTOS:

Escala de Intensidade de Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



Sem. Dcr

Media Dec

End Date

Anotações de Enfermagem:

Don no pe' (D)

ATENDIMENTO MÉDICO

Histórico da Doença atual:

ID: 60496220 30 11/10/10

Exame Físico:

Exames Complementares:

Resultados:

Diagnóstico:

Destino do Paciente:

Ass. e Calor do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável:

Dr. ~~Antonio~~ ~~Barbosa~~

* Valdesi Tenzion

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ALEXANDRE FERREIRA LEITE NETO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 18/09/2020 às 16:53, sob o número 0051724-162020800029. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0051724-16.2020.8.06.0029 e código 7482D70.

OME DO PACIENTE

ENFERMARIA

LEITO

ASSINATURA
E Nº DO
COREN

ATA

PLANOS TERAPÊUTICOS E TRATAMENTOS

HORARIOS

OBSERVAÇÕES

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS - CEARÁ
FICHA DE REFERÊNCIA

GUIA DA UNIDADE QUE SE REFERE

Unidade de Origem Hospital Regional de Apoiara Prontuário _____

Nome: Galdecir Teixeira Filho

Sexo: M (X) F () Data do Nascimento: 14/06/62 Ocupação: Agricultor

Endereço: Rua Barra do Inga

Bairro: _____ Município: Apoiara Fone: 96573055

Urgência: Sim () Não ()

Data de Referência: 02/07/18

Impressão Diagnóstica: Fratura do 2º metatarso do pé D.

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial () Hospitalar (X) Auxílio Diagnóstico ()

Unidade de Referência: HRI

Procedimento: Avaliação cl. traumato - Data: 02/07/18 Hora: 10:00

logista

Função

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS - CEARÁ
FICHA DE REFERÊNCIA

GUIA DO USUÁRIO

DEVOLVER ESSA FICHA À UNIDADE DE
SAÚDE QUE FEZ O SEU ENCAMINHAMENTO

Unidade de Origem Hospital Regional de Apoiara Prontuário _____

Nome: Galdecir Teixeira Filho

Sexo: M (X) F () Data do Nascimento: 14/06/62 Ocupação: Agricultor

Unidade de Referência: HRI

Procedimento: Avaliação cl. traumatologista Data: 02/07/18 Hora: 10:00

Município: Apoiara

Motivo do encaminhamento: _____

Conduta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: Fratura do 2º metatarso do pé D.

Função

Dr. Francisco Barboza
CRM: 6572

02/07/18
Data



Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

Nome: Vofey Ferreira Filho

1) Acetaminofeno 300mg
 1p de 4/4hs;
 6 - 14, 22hs.

2) Dolufen 300
 3x 1p

3) Dolufen 300
 3x 1p

4) ANCOF 300mg
 3x 1p

Voltando à consulta, queira trazer esta receita.

Dr. Francisco Barbosa
 CRM: 0572



Secretaria de Saúde



HOSPITAL GERAL
Suzana Gurgel do Vale

RECEITUÁRIO

Name: VARUNGT DASHOLAN FANNO

6 TW OMM.

9. CEFN 41000000 - 2010

from 02 12 616
Hans, 07 08 1

1/100 64 DEMO.

Who ~~is~~ ^{is} ~~the~~ ^{the} ~~owner~~ ^{owner} — of the
2 POLIAGONAL ~~house~~ ^{house} — of the
APRIL at 12 M. (12 M.)

Ob. Ob. 100

Luiz Eduardo Barbosa
Médico
CRM 12316

Voltando à consulta, queira trazer esta receita.



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

Nome: VALDECI TEIXEIRA FILHO

D. Nascimento: 14/06/1962

Médico Solicitante: *****

Tomografia computadorizada de pé direito

ID: 27327

D. Exame: 06/11/2018

Convênio: sus

Comentários:

Estudo realizado em aparelho de tomografia computadorizada. Foram obtidas imagens no plano axial sem a administração endovenosa do meio de contraste iodado. As imagens foram reformatadas nos planos sagital e coronal.

Os seguintes aspectos foram observados:

Edema dos planos subcutâneos do pé, sem evidências de coleções.

Planos musculares com padrão tomográfico preservado.

Ausência de líquido intra-articular ao método.

Estruturas ósseas com trabeculado conservado, sem nítidos sinais de fraturas.

Redução discreta do espaço articular metatarso-falangeano do hálux, associada à discreta esclerose óssea subcondral, mais evidente na superfície metatarsal da articulação.

Demais relações articulares mantidas.

Conclusão:

Edema subcutâneo do pé, de aspecto inespecífico, podendo estar relacionado à contusão.

Artropatia degenerativa metatarso-falangeana no hálux.

Não se evidenciam fraturas identificáveis pelo método.

Terça-Feira, 06 de novembro de 2018

Dr. Cláudio Búrgio de Carvalho Filho
CRM: CRM-SC 9088

Assinado eletronicamente por: Dr. Cláudio Búrgio de Carvalho Filho CRM CRM-SC 9088 em 20/11/2018 08:19.

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Se você não for o destinatário, saiba que qualquer divulgação, cópia, distribuição ou utilização do conteúdo dessas informações é proibido e passível de punição dentro da lei.

UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DE IGUATU- FUSPI
HOSP. REG. DR MANOEL BATISTA DE OLIVEIRA

(24)

Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 037825	Atendimento 0002	Nome do Paciente VALDECI TEIXEIRA FILHO	CNS 120170813390001	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 1456778		Estado Civil Outro	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 14/06/1962	Local ACOPIARA/CE	Idade 56 Ano(s)		
Pai FRANCISCO ABEL DE MATOS		Mãe MARIA TEIXEIRA DE SOUZA		
Endereço VILA BARRA DO INGA, S/N	Bairro ZONA RURAL	CEP 63560-000	Município ACOPIARA	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjuge		
Responsável VALDECI TEIXEIRA FILHO	CPF do Responsável	Endereço VILA BARRA DO INGA, S/N	Município ACOPIARA	Telefone 88 9657305

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 05/07/2018	Hora 09:11	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ANTONIO ALBERTO BANDEIRA		CRM/UF 2063/CE	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	
Indicador de Acidente		Funcionário DANIELLE DE OLIVEIRA NUNES		
Observação				

Sala	Data/Hora Liberação / / às hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
------	-----------------------------------	--

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)
-----------	-------------	--------	---------	---------	-----------

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

*Recebeu de 2ª, mais 1ª
do 30 dia de 1ª. Condição*

Paciente - Suspeito

*Atx de 1ª D (Fz D)
Revisão de 1ª D.*

ANTONIO ALBERTO BANDEIRA - CRM: 2063

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: VALDECI TEIXEIRA FILHO



Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: VALDECI TEIXEIRA FILHO

Nº Sinistro: 3180526553

Vítima: VALDECI TEIXEIRA FILHO

Data do Acidente: 06/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador CARLOS EDUARDO DA SILVA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180526553**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **06/06/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

