



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA



Impresso nº 2018290431

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 11702 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/12/2018 10:07:02**
Data / Hora da Ocorrência: **19/02/2018 11:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA FREI CIRILO**
Complemento:
Bairro: **MESSEJANA** Município: **FARIAS BRITO/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MANOEL VENANCIO DE SOUSA**
Nascimento: **13/07/1952** CPF:
RG: **8463655** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA BEZERRA SANTOS**
JONAS FRANCISCO DE SOUSA
Endereço: **RUA POVOADO DE ALEGRIA, 73**
Bairro: **CAIÇARA** CEP:
Município: **TEJUCUOCA/CE** Telefone:
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIH3736** Uf: **CE** Município: **TEJUCUOCA** Chassi:
9C2KC1670CR583604 Renavam: **477292275** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano
Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **FRANCISCO TAVARES BEZERRA DE SOUSA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Que o declarante não possui carteira de habilitação e no dia e hora acima mencionado, pilotava a moto acima descrita, carregando na garupa um saco de cimento, quando a moto derrapou e o declarante perdeu o controle da moto caindo ao solo; Que na queda o declarante quebrou o braço direito em duas partes; Que o declarante foi para casa e somente três dias depois quando estava sentindo dores foi levado por seus familiares ao Hospital Frotinha de Messejana onde recebeu os tratamento médico.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Josenildo Moura de Menezes
Escrivão de Polícia
Mat.: 061369-1-5
JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Manoel Venancio de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUCAS XIMENES DE CASTRO - MAT.: 3011812-X

DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

Consolidado em: 11/12/2018 11:16:37

Pág. 1 de 1

Impresso em: 11/12/2018 11:28:14



Esta é a segunda via de
NOV/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
5811166 DV **2**

VENCIMENTO
14/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA			
Consumo faixa 0-30 Kwh	30	0,40036	12,01

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

COB. SALDO FATURA ANTERIOR

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 1,02)

-36,98

24,97

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **549453633**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 30 034102 01 043800

Medidor

Poste

Nome MANOEL VENANCIO DE SOUSA

757218

0000 A155

Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora PV ALEGRIA 00000 CAICARA TEJUCUOCA 62610000

RG / CPF / CNPJ 044.643.473-63

CGF

Classe B2 - 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 1419 1410 1 9 0 30

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

Prev. Próxima
Leitura

13/11/2018

14/12/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

D45C.3998.6463.93E3.D478.6713.7AE7.0DC7

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Aliquota

Valor do Imposto

ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	6,19
TRANSMISSÃO	0,66
DISTRIBUIÇÃO	3,52
ENCARGOS SETORIAIS	0,94
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	0,70

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

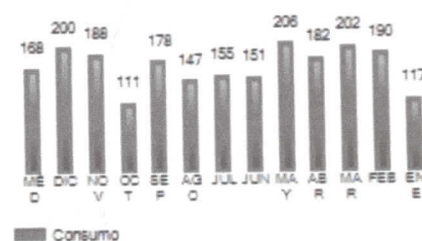
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 5,03

Conjunto ITAPAJE

Mês SET/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,44	20,88	41,76	0,70	0,70	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	1,00	1,00	0,00
DMIC (h)	5,58			0,70		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Nº do Cliente:

5811166-2

Nº da Nota Fiscal: **549453633**

Total a Pagar (R\$): **0,00**

Data de Emissão:

11/12/2018

Referência: **NOV/2018**

Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

DECLARAÇÃO
(LEI Nº 1.060/50)

NOME: <u>Manoel Venâncio de Sousa</u>		
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL: <u>Casado</u>	
PROFISSÃO: <u>Agricultor</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>13/07/1952</u>	
C.P.F.: <u>044.643.473-63</u>	R.G.: <u>8463655</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua: Povoado da Alegria, S/N</u>		
BAIRRO: <u>Caicara</u>	CIDADE: <u>Tejuçuoca</u>	U.F.: <u>ce</u>
C.E.P.: <u>62.610-000</u>	FONE:	

A pessoa acima qualificada, declara para os devidos fins de direito e sob as penas da Lei que não possui condições financeiras de arcar com as custas processuais, sob pena de prejuízo da manutenção própria e da própria família, nos termos do art. 5º, LXXIV, e na Lei nº 1.060/50 e alterações supervenientes.

Tejuçuoca-ce, 02 de Outubro de 2018.

Manoel Venâncio de Sousa

Declarante

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MANOEL VENANCIO DE SOUSA	NASCIMENTO 13/07/1952(65 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 5098581	Nº DO BE 260799
NOME DA ESPOSA MARIA BESERRA SANTOS	NOME RESPONSÁVEL NI	SEXO M	RACIA/COR PARDO
ENDEREÇO AVENIDA FREI CIRILO 1861 MESSEJANA	MUNICÍPIO FORTALEZA	CEP 60.840-285	UF CE

OCORRÊNCIA

LOCAL DO ACIDENTE/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO
ACIDENTE DE MOTO

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI

SAT O2
NI%

PULSO
NI

GLICEMIA
NI

ALERGIAS
BENZETACIL

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
NADJA DE ARÊA LEÃO E SOUSA

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
22/02/2018 11:25:38

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

Acidente há 03 dias (1h)

Fratura: úmero D.

Intumescimento / Inchaço.

DIAGNÓSTICO

SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS

COD. PROCEDIMENTO

CID

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

(030 5090 227)

TIPO DE ALTA/SAÍDA

DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO

OBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

ALTA/SAÍDA:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

Impresso por NADJA DE ARÊA LEÃO E SOUSA em 22/02/2018 11:25:38

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 Penal.

Manoel Venancio de Sousa
MANOEL VENANCIO DE SOUSA

CONFERE COM ORIGINAL
19.11.18

04.535.197/0012-45
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578
Messecjana - CEP: 60.864-110
Fortaleza - Ceará

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ADEILSON LUIZ DE AZEVEDO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 14/01/2019 às 11:55, sob o número 01023818020198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0102381-80.2019.8.06.0001 e código 4286E91.

Ministério
da
SaúdeSistema
Único de
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

6 - Nº PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masculino ☒Feminino ☐

10 - NOME (A MÃE OU RESPONSÁVEL)

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. IBGE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº BILHETE

38 - SÉRIE

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBDR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO☐ EMPREGADOR☐ AUTÔNOMO☐ DESEMPREGADO☐ APOSENTADO☐ NÃO SEGURADO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

AUTORIZAÇÃO

44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

☐ CNS ☐ CPF

47 - DATA DO DOCUMENTO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRAAv. Jornalista Tomaz Coelho, 1578
Mossoró - CEP 60.854-970PIP Aho marlim
Gráf. HDEBO-SAME-AIH-0

CONFERE COM ORIGINAL

19.11.18



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



Fortaleza 2

fls. 14

Unim - 1260007988

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

2 - CNES:
2529149

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **INSTITUTO PRAXIS**

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **MANOEL VENANCIO DE SOUSA**

PRONTUÁRIO
5551453

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
703407295121418

8 - DATA NASCIMENTO:
13/07/1952

09 - SEXO
() M () F

10 - RAÇA/COR

10.1 - E

11 - NOME DA MÃE/PAI:
MARIA BESERRA SANTOS

12 - TELEFONE:

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
NI

14 - TELEFONE DE CONTATO:

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO):
AVENIDA FREI CIRILO 1861 MESSEJANA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
FORTALEZA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:
CE

19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM FRATURA DE **UMERO** ,NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO .

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:
FX.UMERO

24 - CID 10 PRINCIPAL:
S423

25 - CID10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:
TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE TIBIA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
0408020393

CRM 5635

29 - CLÍNICA:
TRAUMA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
EMERGENCIA

31 - DOCUMENTO:
() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

34 - DATA SOLICITAÇÃO:
23/02/2018

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - Nº DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ DA EMPRESA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO:
() CNES () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:
/ /

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via - SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

NOME: <u>Manoel Venâncio de Sousa</u>		
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL: <u>Casado</u>	
PROFISSÃO: <u>Agricultor</u>	C.P.F.: <u>044.643.473-63</u>	
ENDEREÇO COM CEP: <u>Povoado da Alegria, S/N, cep. 62.610-000</u>		
BAIRRO: <u>Caicara</u>	CIDADE: <u>Tecumeca</u>	U.F.: <u>ce</u>

OUTORGADO: JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.130, com endereço para intimações e notificações, nesta urbe, na Rua Paula Gomes da Silva, nº 226, bairro Parque Soledade, CEP 61.603-070, Caucaia/CE, onde recebe intimações de estilo (art. 106 do NCPC).

PODERES: Por este instrumento o(a) Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui o Outorgado acima identificado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agir, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, promover requerimentos administrativos, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ainda ao Advogado acima descrito, os poderes para, em nome do(a) Outorgante, receber citação judicial ou administrativa, receber intimações, prestar depoimento pessoal, reconhecer a procedência do pedido, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, receber valores, inclusive, em cheques decorrentes de condenação judicial, renunciar a quaisquer valores superiores ao teto dos Juizados Especiais em razão de eventual ajuizamento no procedimento especial (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, além de outros não expressamente constantes nesse mandato (art. 105 do NCPC).

Os poderes nesta procuração descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgantes(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do art. 5º, da Lei nº 1.060 de 1950 e art. 98 e ss. do NCPC.

Tecumeca - ce, 02 de Outubro de 2018

Manoel Venâncio de Sousa

OUTORGANTE

