

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	ANTONIO GRACIA ANDRADE DA MOTA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	
Estado Civil	CASADO	RG nº	301131895
Profissão	AUTONOMO	CPF nº	926.379.143-00
Endereço	RUA DOM AURELIANO MATOS, 1819		
Bairro	CENTRO	CEP	62 600 000
Município/UF	ITAPAJÉ/CE		
Telefone	(85) 991454389		

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, casado, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua Carlos Ribeiro Pamplona – nº 100 – 1º Andar – Sala 101 – Bairro Edson Queiroz – CEP: 60.811-695 – Fortaleza/CE, Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030 / (85) 98853-0069. E-mails: saboyaebrandao@hotmail.com / brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao_@hotmail.com

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" 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 realizar endosso em cheque nominal emitido em nome do outorgante, 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.

Fortaleza/CE, 13 de DEZEMBRO de 20 18

➤ Antonio Gracia Andrade da Mota

OUTORGANTE

➤ RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE

➤ RUA LARGO MAJOR JOÃO RIBEIRO - Nº 35 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.811-695 - ITAPAJÉ/CE

Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: saboyaebrandao@hotmail.com brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao_@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

DECLARANTE	ANTONIO GRACIA ANORADE DA MOTA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	
Estado Civil	CASADO	RG nº	301131895
Profissão	AUTONOMO	CPF nº	926.379.143-00
Endereço	RUA DOM AURELIANO MATOS, 1819		
Bairro	CENTRO	CEP	62 600 000
Município/UF	ITAPAJÉ/CE		

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 às custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, CF/88, Art. 98 e ss. do CPC, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, 13 de DEZEMBRO de 2012

➤ Antonio Gracia Anorade da Mota

DECLARANTE

➤ RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE

➤ RUA LARGO MAJOR JOÃO RIBEIRO - Nº 35 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.811-695 - ITAPAJÉ/CE

Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: saboyaebrendao@hotmail.com brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrendao@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 15

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, ANTONIO GRACIA ANDRADE DA MOTA
BRASILEIRO(A), CASADO (ESTADO CIVIL), AUTÔNOMO (PROFISSÃO),
PORTADOR DO RG Nº 926.349.143-00, INSCRITO NO CPF SOB O
Nº _____ RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NO ENDEREÇO
RUA DOM AURELIANO MATOS, 1819, ITAPAJÉ/CE

DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELOS DRS. **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS, ATUALMENTE, COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO JUDICIAL, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, ISENTO O ESCRITÓRIO SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS, REPRESENTADO ATRAVÉS DOS ADVOGADOS **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE, TEL.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030/ (85) 98853-0069, DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL, CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE TANGE A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS DOCUMENTOS E/OU DADOS) E VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI [ART. 339 E 340] DO CPB."

CIENTE DE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO DA VALIDADE DE MENCIONADO DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

FORTALEZA/CE 13 DE DEZEMBRO DE 2018.

Antonio Gracia Andrade da Mota

DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

➤ RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE

➤ RUA LARGO MAJOR JOÃO RIBEIRO - Nº 35 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.811-695 - ITAPAJÉ/CE

Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: saboyaebrendao@hotmail.com brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrendao@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

NOME
ANTONIO GRACIA ANDRADE DA MOTA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 301131895 SSP CE

CPF
 926.379.143-00

DATA NASCIMENTO
 05/04/1978

FILIAÇÃO
 JOSE JANUARIO DA MOTA
 LEONOR ANDRADE DA MOTA

PERMISSÃO
 ACC CAT. HAB. A

VALIDADE
 04/06/2023

1ª HABILITAÇÃO
 28/06/2008

Nº REGISTRO
 04415201682

OBSERVAÇÕES
 A

ASSINATURA DO PORTADOR
Antonio Gracia Andrade da Mota

DATA EMISSÃO
 06/06/2018

LOCAL
 ITAPIPOCA, CE

ASSINATURA DO EMISSOR
por Vitor F. P. Costa
 NOR VASCONCELOS PENTE

CEARÁ

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1642874137

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1642874137

SERVICO AUTONOMO DE AGUA E ESGOTO - S.A.A.E.

RUA DOM AURELIANO MATOS, 1819 - CENTRO

ITAPAJE - CE - CEP: 62.600-000

C.N.P.J.: 07.544.786/0001-57 - Fone : (85) 3346-0188

CONTA D'AGUA

FOLHA: 1/1

INSCRIÇÃO 0009854.0 CLS TAR ECONOMIAS NF./CONTA EMISSÃO MES/FAT
 0009854.0 PAR R-1 RES COM IND PUB OUT 180083917 27/09/18 SET/2018

ANTONIO GRACIA ANDRADE DA MOTA
 RUA RAIMUNDO NABOR BASTOS,, 215
 SANTA RITA
 ITAPAJE CEARA

CEP: 62.600-000

LOCALIZAÇÃO
 00.00.01.0000009620

ENDEREÇO DE ENTREGA

LOCALIZAÇÃO

ULTIMOS CONSUMOS					SERVIÇOS E TARIFAS		
MES/FAT	CONS.	OCO	DC		COD	DESCRIÇÃO	PREST.
SET/18	09	000	32		001	TARIFA DE AGUA	17,68
AGO/18	03	000	030	3	016	Multa por Atraso - 07/2018	0,36
JUL/18	06	000	029	6			
JUN/18	06	000	032	6			
MAI/18	07	000	029	7			
ABR/18	07	000	033	7			
MAR/18	05	000	027	5			
MÉDIA: 00005							

HIDROMETRIA							
HIDROMETRO	INSTALAÇÃO	LEIT. ANT.	DT. LEITURA	LEIT. ATUAL	DT. LEITURA	CONSUMO DIAS	CONSUMO OCO
A000071329	11/01/10	0090	02/08/18	0389	03/09/18	0009	000

OBSERVAÇÕES		PARAMETROS DA AGUA DISTRIBUIDA					
		Portada 2914 de 12/12/2011 - Valores máximos permitidos					
		Período					
		Reservatório	Cloro	pH	Cloro	Turbidez	Fitor
		Parâmetros	até 150H	8,0 a 8,5	até 5,0 mg/l	até 5,0	até 1,5 mg/l
		Padrão					
		Obtidos					
		Qtd de Análise					

MENSAGENS

2ª Via da Conta Mensal

MULTA 2% 0,36 ENCARGOS DIÁRIOS MESES EM DÉBITO

VENCIMENTO 27/09/2018

VALOR R\$ 18,04

CONSUMIDOR

COMPROVANTE PAGTO

D. A. OLIVEIRA
 PRATA DUCI DE CAXIAS
 ITAPAJE -

Código de Barras:

82650000001804025600098540918180083917 000

2

Empresa Cedente : SAAE
 Valor da Conta : 18,04
 Data / Hora Pago: 27/09/2018 - 09:27:59
 Terminal Caixa : 00001
 N. de Sequência : 00078
 Nome do Operador: SOL

SE JESUS CRISTO SALVA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014142703656

PPT 01 256605882

VIA CDD. RENAVAM 0000000000 2018

NOME

ANTONIO GRACIA ANDRADE DA MOTA
ITAPAJÉ /CE

92637914300 NGV7516/CE

92637914300 NGV7516/CE

PAS/MOTOCICLO/MÃO APLIC. GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS 2010 2010

2P/OCV/124CC PARTIC PRETA

1. COTA ÚNICA 1.º VENC. / COTAS

2. FAIXA L.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2.º VENC. / COTAS

3. PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 180.65 185.50 3.º VENC. / COTAS

DATA DE PAGAMENTO 01/08/2018

ITAPAJÉ 02/08/2018

Igor Pontes
Superintendente

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEIC. AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESS. TRANSPORTADAS QUINAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014142703656 BILHETE DE SEGURO D

92637914300 NGV7516

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014142703656 131045309

01 92637914300 NGV7516

256605882 HONDA/CG 125 FAN KS

2010 2010

PRÊMIO TARIFÁRIO

81.29 9.03 90.33

4.15 0.70 185.50

CUSTO DO BILHETE (R\$)

01/08/2

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: JG41E1A719793

25

01



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

Impressão nº 2018174606

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 565 - 415 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 23/10/2018 15:58:59
Data / Hora da Ocorrência: 30/08/2018 13:00:00
Endereço da Ocorrência: ESTRADA MOREIRA - SÃO JOAQUIM
Complemento:
Bairro: ZONA RURAL Município: UIRIM/CE
Ponto de Referência:



Notificante(s)

Nome: ANTONIO GRACIA ANDRADE DA MOTA
Nascimento: 05/04/1978 CPF: 926.379.143-00 UF: CE
CNH: 04415201682 Órgão Emissor: DETRAN
Filiação: LEONOR ANDRADE DA MOTA
JOSE JANUARIO DA MOTA
Endereço: RUA RAIMUNDO NABOR BASTOS, 215
Bairro: SANTA RITA CEP:
Município: ITAPEJÉ/CE
País: BRASIL Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NQY7516 UF: CE Município: ITAPEJÉ Chassi: 9C2JC4110AR719793 Renavam: 256605882 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Ano Fabricação: 2010 Ano Modelo: 2010 Combustível: GASOLINA Cor: PRETA Proprietário: ANTONIO GRACIA ANDRADE DA MOTA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISÃO

Histórico

Notificante informa que sofreu um acidente de trânsito quando pilotava a motocicleta acima descrita, ao ser colidido por outra moto de placa não anotada, vindo a cair ao chão. Acrescenta que foi socorrido ao Hospital Unidade Obstétrica de Uirim, conforme Boletim de Atendimento de Paciente Externo, nº. 52, datado de 30/08/2018. O registrante apresenta como testemunhas do fato as pessoas de Antônio Carlos Andrade da Mota, portador do RG nº. 326946898-SSP/CE e CPF 926.321.903-63, bem com, Francisco Gerffeson Pereira de Moura, portador do RG 2007014006055-SSPDS/CE e do CPF 041.509.363-58. Nada mais disse. // As informações prestadas neste boletim, são de inteira responsabilidade do registrante, bem como das testemunhas apresentadas por ele e que juntos assinam o presente instrumento. //

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE UIRIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

DANIEL MOREIRA SANTOS - MAT.: 200899-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antonio Gracia Andrade da Mota

DELEGACIA MUNICIPAL DE UIRIM

Controlado em 23/10/2018 16:14:06

Pág. 1 de 2

Impressão em 23/10/2018 16:14:06

VALIDO SOMENTE
COM O SELO DE
AUTENTICIDADE



25 OUT. 2018

[Handwritten signature]

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 18/12/2018 às 11:07, sob o número 01876728220188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0187672-82.2018.8.06.0001 e código 41FF8D3.



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

Impresso nº 2018174698

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 565 - 615 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

IVANILDO ALVES DOS SANTOS - MAT 200122300



fls. 20

+ Antonio Carlos Andrade da Mota

- Joo Giffreiros R. Moura



VALIDO SOMENTE
COM O SELO DE
AUTENTICIDADE



CARTORIO ZELIA MOTA
1º OFÍCIO - ITAPAJÉ-CE

Atestifico que a presente cópia confere
com o original retido no Cartório de Itapajé-CE

25 OUT. 2018

MARIA ZELIA MOTA - 1ª Tabelião
CAROLINE GOMES MOTA - Substituta
Valido somente com selo de autenticidade



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeC. C LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
08-18 DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 21

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

2 - CNES

2552086

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

4 - CNES

2552086

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANTONIO GILBERTO ALVES DE MORAES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

2474

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

848 003 950 991 966

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/04/1978

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RACIA/CO

PARDA

10.1 - P. INIA

11 - NOME DA MÃE

LEONOR DONDARDE DA MOTA

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

ANTONIO DIAS

12 - TELEFONE DE CONTATO

(85) 9203-9474

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA: RUA VERDE SV ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Unirrim

17 - CDD. IHGE - MUNICÍPIO

231375

18 - UI

EF

19 - CDD. IHGE

E26

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Causa Moto e queda
e lesão pé direita

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Lesão completa

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

Fratura exposta

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura exposta

24 - CID 10 PRINCIPAL

I.792

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação Hospitalar

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

01501 0035

29 - CLÍNICA

Ortopedia

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

30/08/18

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL REGISTRADO NO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SFRH

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAC DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESMPREGADO

() APQSENTAÇÃO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

Dr. José Roberto Barroso

Med. Adipoc

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO DO Nº DE REGISTRO DO CONSELHO

52 - Procedimento realizado pelo SUS (Sistema Único de Saúde) sem nenhum custo para o paciente ou qualquer tipo de convênio.

HMSVP

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 247427 Atendimento 0001 Nome do Paciente ANTONIO GARCIA ANDRADE DA MOTA
Documento(s) CPF: 926.379.143-00 Estado Civil Casado(a) Sexo Masculino
Data de Nascimento 05/04/1978 Local UMIRIM/CE Idade 40 Ano(s)
Pai JOSE JANUARIO DA MOTA Mãe LEONOR ANDRADE DA MOTA
Endereço RUA RIACHO VERDE, SN Bairro ZONA RURAL CEP 62660-000 Município UMIRIM UF CE Telefone 85992039474
Profissão VIGILANTE Empresa Cônjuge MARIA ROSILEUDA CAMILO DIAS
Responsável ANTONIO DIAS CPF do Responsável Endereço RUA RIACHO VERDE, SN Município UMIRIM UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 30/08/2018 Hora 19:57 Convênio SUS Matricula CID
Profissional do Atendimento GIOVANNI ANDRADE LIMA CRM/UF 15266/CE Tipo Atendimento CONSULTA
Indicador de Acidente Funcionário JOSE JULIGLECIO PINTO DE AZEVEDO
Trânsito Observação

Sinais Vitais Data/Hora Liberação às hs. Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito

Peso (kg) Altura (cm) T (°C) P (bpm) R (mpm) PA (mmHg) Oximetria (%) Glicemia (mg/dL)
77 124 X 70 98

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 30/08/2018 20:05

Responsável pela Classificação: SIDILA TEIXEIRA SOA

Relatório:

PACIENTE REFERNCIADO DO MUNICIPIO DE UMIRIM, VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO POR VOLTA DAS 13 HORAS, APRESENTANDO DEARURA EXPOSTA DE QUINTO PODODACTILO DIREITO, NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. SPO2 98% AA.

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

COUSA MOTO X CARRO
LESÃO PELO
TRAFETAGEM

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.

HMSVP

GIOVANNI ANDRADE LIMA - CRM: 15266

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANTONIO DIAS



FOLHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA

Hospital H. M. S. V. P. Clínica Trauma Enf. Sala Leito

Paciente Antônio Sampaio Mendes da Costa Matrícula 247427

Diagnóstico Fratura exposta de fêmur

Moléstias Secundárias

Queixa e Duração

História da Moléstia Atual Doença do motociclista
com lesão em PE (D)

Antecedentes Individuais

Antecedentes Hereditários

Hábitos

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.

Interrogatório sobre Aparelho

Alta curado ☐ Alta melhorado ☐ Alta estado inalterado ☐ Alta piorada ☐

Só p/ diagnóstico ☐ Transferido ☐ Alta a pedido ☐ Alta por abandono ☐

Alta tratam. terminado ☐ Óbito ☐

 / /
Data

Assinatura



RELATÓRIO DE OPERAÇÕES

Nome do Paciente ANTONIO GILBERTO AMORIM
Categoria SUS Idade 40 Sexo M Enf. Leito
Data da Cirurgia 30/08/18 Cirurgião Dr. Gerson Augusto
Auxiliar Circulante Valdineia
Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA SPDA
Cirurgia DEBIDAMENTE CIRCULANTE
Diagnóstico Pós-operatório:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

1. ANESTESIA GERAL

2. ASSEPTA/ANTISEPTA

3. INCISÃO LARGA E PROFUNDA

4. SUTUREMENTO

5. ESPARRAMAMENTO

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.

HMSVP



FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: U. Umirim Município: _____
Distrito/Sanitário: _____

Nome: Antonio gracia andrade da mota Prontuário N.º 247427
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento 05/04/78 Ocupação: _____
Endereço: Riacho Verde Bairro: _____ Tel: _____
Mãe: Beonom Andrade da Mota
Pai: Jorge Januario da Mota
Documento (CPF/RG/CERT.NASC.): RG - 301131895
Cartão do SUS N.º: 898 0039 5099 1966

Motivo de Encaminhamento:

Fratura exposta do quinto dedo do pé direito após acidente de moto

Resultado de Exames

Conduta já Realizada

Impressão Diagnóstica

Dra. Raquel Bernardo
Assinatura do Encaminhado: 4 N.º Registro

Médica
Função

30/08/18
Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico
Procedimento: _____ Profissional: Ortopedia/Traumatologia
Unidade de Referência: Sau Camilo Data: 1/1/ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário N.º _____ Alta / / /

Resumo Clínico / Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal

Secundário 1: _____

Secundário 2: _____

CID: _____

CID: _____

CID: _____

Proposta de Conduta para Seguimento

O problema justificou a referência: Sim Não

O motivo de referência coincide com o Diagnóstico? Sim Não

Assinatura do Consultante N.º Registro

Função

Data

(*) Utilizar também como resumo de alta

(**) Obrigatoriamente devem ser preenchidos todos os campos solicitados.

DADOS DO PACIENTE

Nome ANTONIO GRACIA ANDRADE DA MOTA				Prontuário/Atendimento 247427/0003	
Nascimento 05/04/1978		Local UMIRIM		País Nacionalidade Brasil	
Idade 40 Ano(s)		Estado Civil Casado(a)		Religião	
Sexo Masculino		Raça/Cor Parda		Etnia	
Documento(s) CPF: 926.378.143-00		CNS 69.8003.950.9919-66			
Endereço RUA RIACHO VERDE		Nº SN		Bairro ZONA RURAL	
Município UMIRIM-CE		CEP 62650-00			
Fone (85)99203-0474		Profissão VIGILANTE		Empresa	
Responsável ANTONIO DIAS		CPF do Responsável		Fone Responsável (85)99105-4532	
Endereço Responsável		Cônjuge MARIA ROSILEUDA CAMILO DIAS			
Mãe LEONOR ANDRADE DA MOTA		Pai JOSE JANUARIO DA MOTA			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 30/08/2018 21:00		Quarto/Leito 062-0001		Aposento ENFERMARIA	
Clínica CIRURGICA		Setor EMERGENCIA ADULTO			
Código S62.3		Matrícula		Dias 0	
Médico GEORGE ARAUJO MAGALHAES		CRM 8672			
CID Principal S62.3 Fratura de ossos do metatarso		CID Complementar Z48.8 Outro seguimento cirúrgico especificado			
Observação					
Usuário JOSE JULIGLECIO PINTO DE AZEVEDO		Procedimento SUS 0408060638 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO INT		Sispre natal	
Data Saída 08/09/2018		Hora		Usuário Saída	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.

HMSVF

ITAPIPOCA, 30 de agosto de 2018.

Assinatura do paciente
Responsável pela Impressão: JOSE JULIGLECIO PINTO DE AZEVEDO

Assinatura do responsável

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/12/2018 às 11:07, sob o número 01876728220188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0187672-82.2018.8.06.0001 e código 41FF8D3.



HOSPITAL UNIDADE OBSTÉTRICA DE UMIRIM

RUA: SÃO FRANCISCO, S/N - FONE: (85) 3354-1448

CEP: 62.660-000 MUNICÍPIO: UMIRIM - CEARÁ

Nº 185-27

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

DATA 30.08.18

UNIDADE: 0. Umirim

1º ATENDIMENTO ☐ SUBSEQUENTE ☐ EMERGÊNCIA ☐ FRANQUEADO ☐

6. IDENTIFICAÇÃO AmP: Graciele Andrade da Silva
ESTADO CIVIL: casado SEXO: M IDADE: 40a
NATURALIDADE: Umirim PROFISSÃO: _____
CNS: _____ CATEGORIA: _____
RESIDÊNCIA: Rincão Verde

7. QUEIXA PRINCIPAL

8. HISTÓRICO ATUAL Fratura exposta dedo mínimo pé D, após acidente de moto

9. DIAGNÓSTICO

10. EXAMES SOLICITADOS:

Dr. Rafael Bernardo
Médico
CREMEC: 17.750

FICHA DE REFERÊNCIA

Cidade de Origem: 0. Umirim Município: _____
 Distrito Sanitário: _____

Nome: Antonio Garcia Andrade da Mota Prontuário N.º _____
 Sexo: M Data de Nascimento: 05/04/98 Ocupação: _____
 Endereço: Riocho Verde Bairro: _____ Tel: _____
 Mãe: Beatriz Andrade da Mota
 Pai: Jorge Antonio da Mota
 Documento (CPF/RG/CERT.NASC.): 88-301131895
 Cartão do SUS N.º: 898 0039 5099 1466

Motivo de Encaminhamento: Exatara exposta do quinto dedo do pé direito após acidente de moto
 Resultado de Exames: _____

Conduta já Realizada: _____
 Impressão Diagnóstica: _____
 Assinatura do Encaminhante: _____ Registro: _____
 Assinatura do Encaminhado: _____ Registro: _____
 Função: Medico Data: 30/08/18 Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Atendimento Hospitalar: _____
 Procedimento: _____ Profissional: _____
 Unidade de Referência: SUS - Casa do Data: / / Hora: _____
 Auxílio Diagnóstico: Ortopedia / Traumatologia

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____ Prontuário N.º _____ Alta: / /
 Município: _____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____
 Resultado de Exames: _____
 Diagnóstico: Principal: _____ CID: _____
 Secundário 1: _____ CID: _____
 Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____
 O problema justificou a referência: Sim Não _____
 O motivo de referência coincide com o Diagnóstico? Sim Não _____
 Assinatura do Consultante N.º Registro: _____ Função: _____ Data: _____

(*) Utilizar também como resumo de alta

(**) Obrigatoriamente devem ser preenchidos todos os campos solicitados



ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o (a) Sr. (a),

BRUNO BRAS ANDRADE SILVA
Compareceu neste hospital no dia de hoje das ____ h às ____ h por
motivo de doença, devendo:

() Retornar ao trabalho.

() Ser dispensado no dia de hoje.

(☒) Permanecer afastado do trabalho (90) dias
dias a partir de ____.

Observações: Doença Exantemática
20/12 CID: S92.0

ITAPIPOCA, 20 de 12 de 20 18

[Assinatura]
ASSINATURA E CRM

Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
Tel.: 88 3631.5100



SÃOCAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapipoca.org.br

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

ANILDO GILBERTO

DIACETILAZOLAMIDA
1000mg 20 comprimidos

ITAPIPOCA

13 de dez de 2018

[Assinatura]
ASSINATURA E CRM

► Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 61
Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
Tel.: 88 3631.5100