

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

fls. 7

OUTORGANTE:

Nome: <u>Francisco Nazareno Procopio da Silva</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>servidor publico</u>	Carteira de Identidade: <u>2001020025610</u>	
CPF nº: <u>990.938.773-15</u>	Residência: <u>Et. Chono Cajazeiras, SIN</u>		
Bairro: <u>Casaavel</u>	Cidade: <u>Casaavel</u>	Estado: <u>ce</u>	CEP: <u>62850-000</u>

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.808, com escritório profissional na rua Barbara de Alencar, nº 1920, apto 301, bloco,E, aldeota Fortaleza - CE CEP: 60.140-000, fone: (85) 9657.0528
e-mail: KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juízo, instância ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com os especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir dos direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento do presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Fortaleza (CE), 13 de Julho de 2018

X Francisco Nazareno Procopio da Silva
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Francisco Nazareno Procopio da Silva

brasileiro(a), Solteiro, Serv. Público, portador da Carteira de Identidade/RG nº 2001.020025610, e inscrito no CPF/MF sob o nº 990.938.713-15, residente domiciliado na cidade de Cascavel, estado do Ceará, na Rua Et. Chono Cadazeiro, nº 514, declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 13 de Julho de 2.018.

X Francisco Nazareno Procopio da Silva

 SUS	Ministério da Saúde	Sistema Único de Saúde	LAUDO 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 <i>Antonio P. de Silva</i>		6 - Nº PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DO NASCIMENTO <i>17/09/1983</i>	
9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Antônio</i>	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>Rua Costa 1311 Morceira</i>		12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Porto</i>	
13 - CDD - 11 - TELEFONE DE CONTATO		14 - CDD - 15 - UF	
15 - CEP		16 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Falhas de pulso D</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>C1 neurológica</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>MM + tx. por + B</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Falhas de pulso</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL <i>S52.5</i>	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

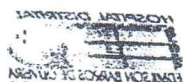
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Procedimento de tratamento</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA <i>Eletr</i>	27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO CNS ☐ CPF ☒	29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>12938942320</i>
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Antônio</i>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>25/07/18</i>	32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO <i>Dr. Antônio Almeida</i> CREMEC 4477
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO ☐	34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO ☐	35 - CNPJ DA SEGURADORA	36 - Nº BILHETE
37 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO ☐	38 - CNPJ DA EMPRESA	39 - CNAE EMPRESA	40 - CDR
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO ☐			

AUTORIZAÇÃO	
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	44 - CDD - 45 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46 - DOCUMENTO CNS ☐ CPF ☐	47 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
48 - DATA DO DOCUMENTO	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CONFERE COM ORIGINAL
06/09/2016

Dr. Antônio
18492

Gráf. HDEBO-SAME-AIH-005



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA DE SAUDE



Fortaleza

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

AV. JORNALISTA TOMAZ COELHO 1578 - MESSEJANA - FONE - 31051560

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

Alessandro Medeiros

Atendo para a dor que
foi ocasionado por causa da fratura por subluxação
a H. corrigir a fratura do osso da
fal. No momento com fratura com-
pleta. Liberado ao retorno ao trabalho.

Uso exclusivo do HDEBO - Messejana

Uso exclusivo do HDEBO - Messejana

Cláudio Costa Martins de Souza

Ortopedia
Traumatologia

19/01/16

Fortaleza, ____ de ____ de 20__

Assinatura e carimbo do profissional

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME FRANCISCO NAZARENO PROCOPIO DA SILVA	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 2001020025610 SSP CE	CPF 990.938.713-15
DATA NASCIMENTO 12/09/1983	
FILIAÇÃO RAIMUNDO NONATO PROCOPIO DA SILVA FRANCISCA ANASTACIA DA SILVA	
PERMISSÃO [] ACC [] CAT. HAB. AB	Nº REGISTRO 63924709777
VALIDADE 31/07/2017	1ª HABILITAÇÃO 29/07/2006
OBSERVAÇÕES EXERCE ATIV REMUNERADA;	
Assinatura do Portador: <i>Francisco Nazareno Procopio da Silva</i>	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 21/09/2012
Assinatura do Emissor: <i>Francisco Julio Dias Cavalcanti</i>	
47025710011 CE131739441	
DETRAN - CE (CEARA) DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **531093461**

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

Esta é a segunda via de
JUN/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
2018098 DV **5**

VENCIMENTO
04/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DESCRIÇÃO DA CONTA Quantidade $\times$ Tarifa $=$ Valor (R\$)

Rota 19 020020 59 065000 Medidor 8991970 Poste 0000 0000
Nome FRANCISCA ANASTACIA DA SILVA
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora ET CHORO CAJAZEIRAS 00000 CASCAVEL CASCAVEL 62850000

RG / CPF / CNPJ 119.210.133-20 CGF
Classe 01-RESIDENCIAL, 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 13156 13088 1 68 0 68

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 27/06/2018 Prev. Próxima Leitura 27/07/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7D8D.6B34.3E87.1A7F.8619.5EEA.4B43.9838

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -32,86
MULTA MORATORIA 0,30
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA 0,73
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 13,92
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,51)

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

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

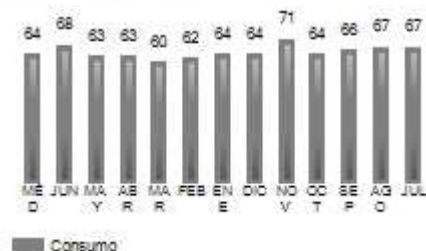
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 11,92

Conjunto CASCAVEL

Mês ABR/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,87	21,74	43,49	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	7,67	15,34	30,69	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,88			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica **cliente**

N° do Cliente: **2018098-5** N° da Nota Fiscal: **531093461** Total a Pagar (R\$): **0,00**
Data de Emissão: **13/07/2018** Referência: **JUN/2018** N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 439 - 3657 / 2016

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRANSITO**Data / Hora da Comunicação: **14/10/2016 13:37:03**Data / Hora da Ocorrência: **23/07/2016 10:07:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CHANCELER EDSSON QUEIROZ**

Complemento:

Bairro: **CENTRO**Município: **CASCAVEL/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **FRANCISCO NAZARENO PROCOPIO DA SILVA**Nascimento: **12/09/1983** CPF:RG: **200120025610**Orgão Emissor: **SSP**Filiação: **FRANCISCA ANASTACIA DA SILVA****RAIMUNDO NONATO PROCOPIO DA SILVA**Endereço: **LARGO CHORO ESTRADA NOVA**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **CASCAVEL/CE**País: **BRASIL**

UF:



DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL

CEP:

Telefone: **(85) 98547-6757****Histórico**

Afirma a vítima que sob as penalidades dos artigos 340 e 342 do CPB; Que no dia e hora acima especificados estava conduzindo a motocicleta HONDA/CG 160 FAN ESDI PLACA:PNF 3340, REGISTRADA NO NOME DE ARQUIMEDES SOARES SA SILVEIRA, no endereço supra quando um homem de nome SERGIO RODRIGUES FACO no veículo GM/CELTA DE PLACA:JRI 7383, que seguia na sua frente entrou na rua a esquerda sem dar o devido sinal, sem dar tempo para o noticiante frear e acabou colidindo na lateral do veículo e veio a cair no solo, que danificou a bengala direita, para lama dianteiro, corrimão traselro, maneta da embreagem, e a bateria e arranhões na moto; que teve lesão e escoriações pelo corpo e uma fratura no punho direito; Que foi socorrido pelo SAMU e levado para o Hospital frozinha da messejana, onde foi medicado e fez cirurgia no punho direito e após liberado; QUE estão em anexo as cópias: RG DA VITIMA, COMPROVANTE DE RESIDENCIA, DOCUMENTO DO VEICULO, GUIA HOSPITALAR e DECLARAÇÃO DO SAMU; QUE VALE RESSALTAR QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS POR OCASIÃO DESTES PROCEDIMENTO, SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE, E QUE A NÃO VERACIDADE DESTAS O SUJEITA ÀS PENAS DA LEI (artigos 340 e 342 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Daniel Menezes Alencar Gonçalves - MAT.: 3002/4-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Nazareno Procopio da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARCIA JANINE ESPINDOLA - MAT.: 198859-1-7





GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

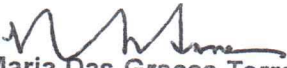


CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e a requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **FRANCISCO NAZARENO PROCOPIO DA SILVA**, portador do RG Nº 2001020025610 e inscrito no CPF sob o Nº 990.938.713-15, no dia 23/07/2016, às 10h07min, no município de CASCABEL – CE, na Av. Chanceler Edson Queiroz. Paciente vítima de colisão moto com carro, onde o mesmo foi encaminhado para o **Hospital Frotinha de Messejana**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 09 de setembro de 2016

Atenciosamente,


Maria Das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA
SAMU 192 CEARÁ

SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax:3260 2061
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br
Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br, Fone : (85) 3260-3797



Seguradora Líder - DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML DO SERURO DPVAT

Eu, Francisco Nazareno Procópio da Silva,
 Portador da carteira de identidade nº 03924709777, e inscrito no CPF/MF sob o nº 990.938.713-15,
 Reside e domicilia na Rua: Choro Cajazeiras,
 Numero: 5/N, Bairro: Cascavel, Cidade: Fazenda, Estado: Ceará,

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 Obrigatório DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (☐) Não há estabelecimento do IML localizado no município da minha residência; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro Obrigatório DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no município em que resido realiza perícias com prazo superior a **90 noventa** dias do respectivo pedido;

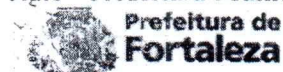
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro Obrigatório DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causa diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo 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 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

LOCAL Fortaleza DATA 28 / 10 / 16

Francisco Nazareno Procópio da Silva

Assinatura do declarante conforme
documento de identificação.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FRANCISCO NAZARENO PROCOPIO DA SILVA		Nº DO PRONTUÁRIO 5020094	Nº DO BE 138459
CÁDUS		NASCIMENTO 12/09/1983(32 ANOS)	SEXO M
NOME MÃE FRACISCA ANASTACIA DA SILVA		NOME RESPONSÁVEL NI	RACIA/COR PARDO
ENDEREÇO ZONA RURAL 52 USB - 28 BEBERIBE CONDUTOR - ALDEMIER ESTRADA NOVA		MUNICÍPIO CASCADEL	UF CE
CONTATO (85) 98604-9202		CEP NI	

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA LUXAÇÃO NO PUNHO DIREITO E LACERAÇÃO NO CALCÂNEO DIREITO.	MOTIVO COLISÃO COM 1 VEIC. MOTOR 2 OU 3 RODAS
SINTOMAS NI	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL 110/80	SAT O2 98%	PULSO 73	GLUCEMIA NI
----------------------	-----------------------------------	----------------------	--------------------	-----------------------

CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO KELINE SORAYA SANTANA NOBRE	DATA E HORA DA CLASSIF. 23/07/2016 11:37:0
-------------------------------	--	--

ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE Acidente de moto - Projeto pelo gônd. - Urg TCT = trauma punho e calcâneo Rx = punho P. dist. = fratura antebraço
--

DIAGNÓSTICO

SADT SOLICITADO ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAO-X ☐ OUTROS	COD. PROCEDIMENTO	CID
--	-------------------	-----

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
so a região		

TIPO DE ALTA/SAÍDA

☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ☐ ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por KELINE SORAYA SANTANA NOBRE em 23/07/2016 às 11:37:05

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

laureas calcaneio

Al- sutura

CONFERE COM ORIGINAL

06/09/2016

Francisco Nazareno Procopio da Silva
FRANCISCO NAZARENO PROCOPIO DA SILVA

Francisco Nazareno Procopio da Silva
FRANCISCO NAZARENO PROCOPIO DA SILVA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE FRANCISCO NAZARENO PROCOPIO DA SILVA		DADOS PESSOAIS	
CADUS	Nº DO PRONTUÁRIO 5020094	Nº DO BE 138459	
NOME MÃE FRACISCA ANASTACIA DA SILVA	NASCIMENTO 12/09/1983(32 ANOS)	SEXO M	RACIA/COR PARDO
ENDEREÇO ZONA RURAL 52 USB - 28 BEBERIBE CONDUTOR - ALDEMIR ESTRADA	NOME RESPONSÁVEL NI		
NOVA	MUNICÍPIO CASCADEL /	UF CE	
CONTATO (85) 98604-9202	CEP NI		
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE		OCORRÊNCIA	
QUEIXA LUXAÇÃO NO PUNHO DIREITO E LACERAÇÃO NO CALCÂNEO DIREITO.		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
SINTOMAS NI	MOTIVO COLISAO COM 1 VEIC. MOTOR 2 OU 3 RODAS	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL 110/80	SINAIS VITAIS	
TEMPERATURA NI °C	SAT O2 98%	PULSO 73	GLICEMIA NI
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO KELINE SORAYA SANTANA NOBRE	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 23/07/2016 11:37	
ÁREA DE ATENDIMENTO 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA	ÁREA ATENDIMENTO		

ANAMNESE

ATENDIMENTO MÉDICO

Acidente de moto - Projeto no solo.
Urg TCE = Trauma punho e calcâneo
Rx = punho P. M. M. = fratura antebraço

DIAGNÓSTICO	COD. PROCEDIMENTO	CID
SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X		
() OUTROS		

MEDICAMENTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
so a região			

ALTA/SAÍDA:	TIPO DE ALTA/SAÍDA
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO	
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO	ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

Impresso por KELINE SORAYA SANTANA NOBRE em 23/07/2016 às 11:37:05
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Laureço Alcanis

CR - Sutura

CONFERE COM ORIGINAL
06/09/2016

Francisco Nazareno Procopio da Silva

Francisco Nazareno Procopio da Silva
18492

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, publicado em 13/07/2018 às 14:05, sob o número 0147265342018060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0147265-34.2018.8.06.0001 e código 39A7628.



LAUDO 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 <i>PER. N. N. N. P. de S. W. 1</i>	6 - Nº PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DO NASCIMENTO <i>17/09/1983</i>
9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Ana Maria</i>
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>Rua 101 Casa 1311 Morceles</i>	12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Porto</i>
13 - Cód. IBGE MUNIC	14 - UF
15 - CEP	16 - TELEFONE DE CONTATO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Falhas do pulso D

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ci neurais

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

MM 1 ex. fur y B

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Falhas do pulso D

PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Procedimento de...</i>	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
24 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	26 - N° DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	28 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>12/07/16</i>	29 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

30 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	31 - CNPJ DA SEGURADORA	32 - Nº BILHETE
33 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	34 - CNPJ DA EMPRESA	35 - CNAE EMPRESA
36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	37 - CDR	38 - CDR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	45 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46 - DOCUMENTO	47 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	48 - DATA DO DOCUMENTO
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		

CONFERE COM ORIGINAL
06/09/2016

Gráf. HDEBO-SAME-AIH-005

 PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI HOSPITAL DISTRITAL LAMARCA BARROS DE OLIVEIRA		 Hospital de Fortaleza		REGISTRO EMERGÊNCIA	MATRÍCULA NO HOSPITAL
PACIENTE Fro Robercio Rocio de Silva					
DATA OPERAÇÃO 16 / 07		ENFERMARIA		LEITO	
Dr. Claudio Martins Traumatologia CRM 5888 SBOT 6726		1º AUXILIAR		2º AUXILIAR	
ANESTESISTA L. Severino		3º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO Fratura do osso do dente D (23087116)		TIPO DE ANESTESIA		TIPO DE OPERAÇÃO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO O osso		RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA		EXAME RADIOGRÁFICO NO ATO	
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO		Sim, entupimento de sangue		Sim	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCN. LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS

01. De e em dente de dente no sangue dentário

02. Fratura + com

03. Fratura + com

04. Fratura de fratura e fratura com placa e T

05. 3 x 4 + fratura no osso do osso de sangue

06. Fratura no osso

07. Fratura no osso


Dr. Claudio Martins
 Traumatologia
 CREMEC 5888 SBOT 6726
 10/07/2016

CONFERE COM ORIGINAL
 06/09/2016


 Dr. Claudio Martins
 Traumatologia
 CRM 5888 SBOT 6726

Gráf. HDEBO-SAME-Desc. Oper.-003

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/07/2018 às 14:05, sob o número 01472653420180600001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0147265-34.2018.8.06.0001 e código 39A7628.



GOVERNO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CASCAVEL
SECRETARIA DE INFRAESTRUTURA
DEP. MUNICIPAL DE TRANSITO
DEMUTRAN



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

NÚMERO 01 fls. 21

FOLHA

DADOS DO ACIDENTE

LOCAL DA OCORRÊNCIA (RODOVIA E KM) **Av. Chancela Edison Pereira, 2434** MUNICÍPIO **CASCAVEL** UF **CE**

PONTO DE REFERÊNCIA **EM FRENTE A LEXO NOVEIS** HORÁRIO **10:10** ZONA ☐ RURAL ☒ URBANA DATA **23/07/16** DIA DA SEMANA **SABADO**

CONDIÇÕES DO TEMPO ☒ DOM ☐ CHUVA ☐ NEBLINA CONDIÇÕES DA VIA: ☒ SECA ☐ MOLHADA TIPO DE PAVIMENTO: ☐ ASFALTO ☐ TERRA ☐ CASCALHO ☐ CONCRETO

CLASSIFICAÇÃO ☒ SEM VITIMA ☐ COM VITIMAS NÚMERO DE VITIMAS FATAIS **—** FERIDAS **01** NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ COLISÃO ☐ ATROPELAMENTO ☐ ATROP. DE ANIMAL ☐ CHOQUE ☐ CAPOTAMENTO ☐ TOMBAMENTO ☐ INCÊNDIO ☒ ABALHOAMENTO ☐ OUTROS SINALIZAÇÃO ☐ HORIZONTAL (PINTADA) ☒ VERTICAL (PLACAS) ☐ NÃO TEM ACOSTAMENTO ☐ REGULAR ☒ ESTREITO ☐ ILUMINAÇÃO ☒ BOA ☐ RUIM ☐ NÃO TEM

NOME DO CONDUTOR **SERGIO RODRIGUES FACO** TELEFONE PARA CONTATO **(85) 98202.7132** NASCIMENTO **30/10/75** SEXO ☒ MASC ☐ FEM

ENDEREÇO DO CONDUTOR **Rua Chico Matias, 98 - CASA 02** BAIRRO **Centro** MUNICÍPIO **Juazeiro** UF **CE**

PRIMEIRA HABILITAÇÃO **23/10/1996** CATEGORIA **B** PRONTUÁRIO **811470321** UF **BA** IDENTIDADE (RG OU CPF) **898.667.465-34** ORGÃO EMISSOR-UF

VEÍCULO MARCA / MODELO **GM / CELTA** ESPÉCIE **PASSEIRO** PLACA **JR2 7383** UF **BA** MUNICÍPIO **SALVADOR**

COR DO VEÍCULO **PRATA** Nº DO CRLV **012843418099** DATA DA EMISSÃO **04/06/2016** Nº PASSAGEIROS **03**

NOME DO PROPRIETÁRIO **DIBENS LEASING SA ARRA MERCANTIL** VEÍCULO ENTREGUE A **AO CONDUTOR**

ENDEREÇO DO PROPRIETÁRIO

VEÍCULO E CONDUTOR Nº 01

VEÍCULO E CONDUTOR Nº 02

NOME DO CONDUTOR **FRANCISCO WAZARENO PROCOPIO DA SILVA** TELEFONE PARA CONTATO **(85) 98547.6757** NASCIMENTO **12/09/83** SEXO ☒ MASC ☐ FEM

ENDEREÇO DO CONDUTOR **CHORÓ ESTADA NOVA** BAIRRO **CHORÓ** MUNICÍPIO **CASABEIXA** UF **CE**

PRIMEIRA HABILITAÇÃO **29/07/2006** CATEGORIA **AB** PRONTUÁRIO **630993157** UF **CE** IDENTIDADE (RG OU CPF) **990.938.713-15** ORGÃO EMISSOR-UF

VEÍCULO MARCA / MODELO **MONDA / CG 160 FAN** ESPÉCIE **PASSEIRO** PLACA **PNF 3340** UF **CE** MUNICÍPIO **FORTALEZA**

COR DO VEÍCULO **PRATA** Nº DO CRLV **012220438285** DATA DA EMISSÃO **07/12/2015** Nº PASSAGEIROS **01**

NOME DO PROPRIETÁRIO **ARQUIMEDES SOARES DA SILVEIRA** VEÍCULO ENTREGUE A **CRH: 04731581252**

ENDEREÇO DO PROPRIETÁRIO **MARCELO DE CARVALHO REPOS**

VITIMA Nº

NOME **FRANCISCO WAZARENO PROCOPIO DA SILVA** TELEFONE PARA CONTATO **(85) 98547.6757** NASCIMENTO **12/09/83** SEXO ☒ MASC ☐ FEM

ENDEREÇO **CHORÓ ESTADA NOVA** IDENTIDADE (RG OU CPF) **990.938.713-15** ORGÃO EMISSOR / UF **V.02** VEÍCULO EM QUE VIAJA

FERIMENTOS ☐ LEVES ☒ GRAVES ☐ FATAIS CONDIÇÕES DA VITIMA ☒ CONDUTOR ☐ PASSAGEIRO ☐ PEDESTRE USAVA CINTO / CAPACETE ☒ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO INF. CONDUZIDO (A) PARA: **HOSPITAL LOCAL** **SAMU 192**

NOME TELEFONE PARA CONTATO NASCIMENTO SEXO ☒ MASC ☐ FEM

ENDEREÇO IDENTIDADE (RG OU CPF) ORGÃO EMISSOR / UF VEÍCULO EM QUE VIAJA

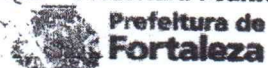
FERIMENTOS ☐ LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS CONDIÇÕES DA VITIMA ☐ CONDUTOR ☐ PASSAGEIRO ☐ PEDESTRE USAVA CINTO / CAPACETE ☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO INF. CONDUZIDO (A) PARA:

NOME TELEFONE PARA CONTATO NASCIMENTO SEXO ☐ MASC ☐ FEM

ENDEREÇO IDENTIDADE (RG OU CPF) ORGÃO EMISSOR / UF VEÍCULO EM QUE VIAJA

VITIMA Nº

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/07/2018 às 14:05, sob o número 0147265342018060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0147265-34.2018.8.06.0001 e código 39A7628.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE FRANCISCO NAZARENO PROCOPIO DA SILVA		DADOS PESSOAIS	
CADUSUS	NASCIMENTO 12/09/1983(32 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 5020094	Nº DO BE 138459
NOME MÃE FRACISCA ANASTACIA DA SILVA	NOME RESPONSÁVEL NI	SEXO M	RACIA/COR PARDOS
ENDEREÇO ZONA RURAL 52 USB - 28 BEBERIBE CONDUTOR - ALDEMI R ESTRADA NOVA	MUNICÍPIO CASCABEL /	UF CE	
CONTATO (85) 98604-9202	CEP NI		
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
OCORRÊNCIA			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEIXA LUXAÇÃO NO PUNHO DIREITO E LACERAÇÃO NO CALCÂNEO DIREITO.	MOTIVO COLISAO COM 1 VEIC. MOTOR 2 OU 3 RODAS		
SINTOMAS NI	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)		
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL 110/80	SAT O2 98%	PULSO 73
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA	GLUCEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO KELINE SORAYA SANTANA NOBRE		DATA E HORA DA CLASSIFIC. 23/07/2016 11:37:0
ÁREA ATENDIMENTO			
ÁREA DE ATENDIMENTO 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA			
ANAMNESE			
ATENDIMENTO MÉDICO <i>Acidente de moto - Projeto no solo. Urg TCE = trauma punho e calcâneo Rx = punho e p. dist. = fratura antebraço</i>			
DIAGNÓSTICO			
ADT SOLICITADO ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIO-X ☐ OUTROS			
COD. PROCEDIMENTO			
CID			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MEDICAMENTO <i>so a região</i>	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO			
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA			

Atestado por KELINE SORAYA SANTANA NOBRE em 23/07/2016 às 11:37:05
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

laenços calcâneo

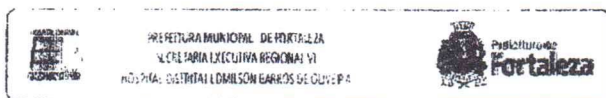
At- suture

CONFERE COM ORIGINAL

06/09/2016

Francisco Nazareno Procopio da Silva
FRANCISCO NAZARENO PROCOPIO DA SILVA

[Carimbo e Assinatura]
18452



REGISTRO EMERGÊNCIA

MATRÍCULA NO HOSPITAL

PACIENTE <i>Fro Rêgonus Acácio da Silva</i>			
DATA OPERAÇÃO <i>10 / 09 / 2016</i>	ENFERMARIA	LEITO	
Dr. <i>Claudio Martins</i> Traumatologia SBOT 5888		1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA <i>L. Severino</i>		TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>fratura do rádio distal D (23087116)</i>			
TIPO DE OPERAÇÃO <i>170 cirurgias de fratura de rádio distal D</i>			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO <i>0 curado</i>			
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA <i>na</i>			
EXAME RADIOGRÁFICO NO ATO <i>sim, verticificado e unguem</i>			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO <i>na</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCNICA LIGADURA DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS

- 01. Ace em dicubito dorsal no flanco esquerdo
- 02. Antissepsia + cam
- 03. Lavagem da pele com álcool
- 04. Redução da fratura e fixação com placa 3x4 e 2 parafusos no contexto do antebraço e unguem
- 05. Sutura da pele
- 06. Tala funcional

Dr. Claudio Martins
Traumatologia
REMFC 5888 SBOT 5826
10/09/2016

Gráf. HDEBO-SAME-Desc. Oper.-00

CONFERE COM ORIGINAL
06 / 09 / 2016

na
Dr. Claudio Martins
Traumatologia
SBOT 5888

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Francisco MARDÔNIO Salmito de Almeida

vítima de acidente de trânsito, em 23/07/2016, sofreu:

Fratura do Músculo do antebraço D
CID S52.5

e submeteu-se a tratamento(s):

Cirurgia - Osteossíntese
redução e fixação da fratura
fisioterapiaencontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:Cedez no mesmo local do acidente
e dele trouxe danos.Bloqueio extensor do punho e
extensor da mão. Músculo do
tendão extensor do antebraço do polegar
dificuldade de movimento.
Comprometido funcional
membros funcionante.

10/01/2017

Fco. Mardônio Salmito Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411 /

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.



Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10463148

A/C: FRANCISCO NAZARENO PROCOPIO DA SILVA

Sinistro: 3160678968 ASL-1145717/16
Vítima: FRANCISCO NAZARENO PROCOPIO DA SILVA
Data Acidente: 23/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ARQUIMEDES SOARES DA SILVEIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCO NAZARENO PROCOPIO DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001958

Conta: 0000024280-2

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

