



JOÃO GUIMARÃES DA SILVA
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: Franciuron Rodrigues de Sousa
Brasileiro, casado, zelador, com RG. 95002021150 e CPF 761.213.213,
Residente e domiciliado na Rua Alto das Pedunhas nº 330, casa B,
Barro, Piquet Breibau, Fortaleza - Ce. CEP. 60.534.460.

OUTORGADO: JOAO GUIMARAES DA SILVA, brasileiro, casado, advogado,
inscrito na OAB/CE sob nº 32.963, email: guimardes_silva1@hotmail.com, com
endereço laboral na Avenida João Pessoa 7164, sala 201 - Parangaba, Fortaleza-CE.
CEP: 60.545-812.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante
procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicium et*
extra, para o foro em geral e especialmente para AÇÃO DE DPVAT, podendo,
portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer
instância, 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 ao Advogado acima
descrito, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do
pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação,
receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar
declaração de hipossuficiência econômica. Em conformidade com a norma do art.
105 do CPC.

Fortaleza (CE), 12 de Julho de 2018.

FRANCIURON RODRIGUES DE SOUSA

Avenida João Pessoa 7164, sala 201, Parangaba, Fortaleza/CE
Fone: (85)988127629 996609508 Email: guimardes_silva1@hotmail.com



JOÃO GUIMARÃES DA SILVA
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Franciuron Rodrigues de Sousa
Brauleno, Casado, zelador, com RG 95002021150, e CPF. 761.213.213-34
Residente e domiciliado na Rua Alto das Pedrinhas nº 330, casa B,
Bauro, Piquet Genibau, Fortaleza, Ce. CEP 60.534.460.

Declaro de acordo com o art. 1º da lei 7115/83, não ter condições financeira de arcar com as custas judiciais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio e da minha família, sendo beneficiário de GRATUIDADE DE JUSTIÇA, por força do artigo 5º, inciso LXXIV, da CF/88, e do artigo 4º da lei 1060/50, com redação dada pela lei 7510/86, indicando para patrocínio de minha causa o advogado em PROCURAÇÃO.

Fortaleza, 12 de Julho de 2018

FRANCIURON RODRIGUES DE SOUSA

(Assinatura)

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 SUCESÓRIAS

Polegar Direito

FRANCIVON RODRIGUES DE SOUSA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 95002021150 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/11/2011

NOME FRANCIVON RODRIGUES DE SOUSA
FILIAÇÃO FRANCISCO RANOS DE SOUSA
NOME NECI RODRIGUES DE SOUSA

NATURALIDADE TRAIRI - CE DATA DE NASCIMENTO 18/07/1977

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: BARRENTO TERNO: 164 FOLHA: 164
LIVRO: A-1 ITAPIPOCA - CE
CPF 761.213.213-34

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ante de Inscrição no CPF



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
761.213.213-34

Nome
FRANCIVON RODRIGUES DE SOUSA

Nascimento
18/07/1977

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
D1CE.574C.F86F.7B16

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 12:47:46 do dia 24/11/2011 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 04

Nº DO CLIENTE

9205715-2

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 100
CEP 60136-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

fls. 18

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

525405963

Rota 10 01240 31 050540 - 5

Data de Emissão 15/05/2018

Nome FRANCIVON RODRIGUES DE SOUSA

End. Postal RU ALTO DAS PEDRINHAS 00330 CS B

PARQUE GENIBAU - FORTALEZA - 60534460

Medidor 8846058

Posto 0000 H03W

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 761213213-34

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mai/2018	15/05/2018	15/06/2018

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto

Mês

Mar/2018

DICI = 0,00 P

Padrão Individual

Apuração Individual

	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC	0,00			0,00		

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
94,38	27,00%	25,48

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

61E4.6981.90A1.830F.904E.3470.4A2A.83E1

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
976	844	1,00	132	0,00	132	0,71504	94,38
15/05/18	13/04/18		32 Dias		132		94,38

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MÊS

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,89)

VALOR (R\$)

94,38

10,27

VENCIMENTO

22/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

104,65

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Iluminação	25,48
Distribuição	20,27
Encargos Setoriais	25,48
Tributos (ICMS PIS COFINS)	23,38
TOTAL	94,38

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

12	11	10	09	08	07	06	05	04	03	02	01
132	132										

MÊS: Mar Abr Mai Jun Jul Ago Set Out Nov Dez Jan Fev Mar Abr Mai Jun

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

0 100

Para caracterizar sua conta, registre suas emissões de CO₂.

SEU NÚMERO DO CLIENTE SERÁ O SEU IDENTIFICADOR.

Chame os vizinhos e peça-lhes a ajuda no combate ao aquecimento global, reduzindo o consumo de energia elétrica.

A ENEL AGRADECE A PARCERIA DA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 0,00 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS=0,74% e COFINS=3,39%.

Fonte: O Risco, 200-2005 - ANEEL e Fatores de Emissão de CO₂ de 1990-2000

Informamos que a tarifa foi reajustada, em média, em 4,96%, conforme Resolução Homologatória ANEEL n. 2.383/2018, com vigência de 22/04/2018 a 21/04/19. Estamos em Bandeira Amarela com custo de 1,00 real a cada 100kWh (quilowatt-hora). Informações: www.aneel.gov.br

9205715-2

Mai/2018

Nº do Cliente

15/05/2018

Referência

104,65

Data de Emissão

525405963

Total a Pagar (R\$)

0009205715 00001 39012 50

Nº da Nota Fiscal

525405963

Nº do Controlador

00013901291-5





JOÃO GUIMARÃES DA SILVA
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente, o Sr. Francisco Rodrigues de Sousa
DECLARA para os devidos fins de direito, ser responsável (civil e
criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e
juntos ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, em
desfavor de qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT,
exonerando o Dr. João Guimarães da Silva, OAB/CE 32.963, bem
como o estagiário Márcio Ferreira de Carvalho, portador de CPF
460.968.683-04, de qualquer responsabilidade civil ou criminal.

Fortaleza/CE 12 de julho de 2018

Declarante

FRANCISCO RODRIGUES DE SOUSA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

2018/021922

fls. 20

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2273 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/05/2018 11:12:41**
Data / Hora da Ocorrência: **27/02/2018 16:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA SARGENTO HERMINIO DE MORAIS**
Complemento:
Bairro: **ELLERY** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCIVON RODRIGUES DE SOUSA**
Nascimento: **18/07/1977** CPF:
RG: **95002021150** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **NECI RODRIGUES DE SOUSA**
FRANCISCO RAMOS DE SOUSA
Endereço: **RUA ALTO DAS PEDRINHAS, 330 CASA B**
Bairro: **GENIBAU**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98975-8631**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO HONDA/CG 150 FAN ESI, COR PRETA, ANO FAB. 2012, ANO MOD 2012, DE PLACA OIK-5327/CE, E QUE NA DATA DO ACIDENTE ERA REGISTRADA EM NOME DE FRANCIVON RODRIGUES DE SOUSA, QUE TRANSITAVA NA AV. SARGENTO HERMÍNIO DE MORAIS QUE A VITIMA COLIDIU COM UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE REALIZAVA UM RETORNO PERMITIDO, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO MOTORISTA DO REFERIDO CARRO PARA O HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA - ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

FRANCIVON RODRIGUES DE SOUSA

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

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 Rodrigues de Sousa

vítima de acidente de trânsito, em 24/02/18, sofreu:

Fraturas múltiplas do pé Est
cid. S92.7

e submeteu-se a tratamento(s): Cirúrgico.

osteossíntese, redução e
fixação das fraturas.encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:Edema crônico, rubor local
dor e desconforto
movimentos claudicante, não confiança
uso de sondas calçado fechado
instabilidade. Nos costais movi-
mentos com dor e limitação
funcionalmente, moderada.
Não há sequelas definitivas

19/06/18

Francisco Mardônio Salmito Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC/4411
Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
CREMEC 4411 /

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013571277022
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA PRT 01 CÓD. RENAVAM 00486405745 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2017

NOME
FRANCIVON RODRIGUES DE SOUSA

FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ 76121321334 PLACA 01K5327/CE

PLACA ANT. / UF /CE CHASSI 9C2KC1670CR610859

ESPECIE TPO PAS/MOTOCICLO/MAC APLIC. COMBUSTIVEL GASOL/ALCO

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP. POT / CIL. 2P/0CV/149CC CATEGORIA PARTIC ORR. PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. / COTAS
1. ****
2. ****
3. ****
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS
1. ****
2. ****
3. ****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOP (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO ****

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA DATA 18/09/2017

Igor Ponte

Superintendente DETRAN-CE

JAIME ARARIPE
Serviço Registral

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará
Bel. Jaime de Alencar Araripe Júnior - Titular | Bel. Guilherme Augusto de Alencar Araripe - Substituto
Av. Mister Hall, 4965 - CEP 60356-001 - Fortaleza - Ceará | (051) 3215-3301 - cartorio@pecel.com.br

19467087637241 1 AUTENTICAÇÃO - Certifico que esta fotocópia é reprodução fiel do original que me foi representado.

Fortaleza, 4 de abril de 2018. 12:20:02. Em testemunho da verdade.

SONIA MARIA MATOS MAGALHÃES ARAÚJO (Escrivente)

Valor total R\$ 2,35. FUNT: carine



03
AUTENTICAÇÃO
HP915.893

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013571277022 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 18/09/2017

VIA 01 CPF / CNPJ 76121321334 PLACA 01K5327

RENAVAM 00486405745 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2012 ANO MOD. 09 CHASSI 9C2KC1670CR610859

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81,27 DENATRAN (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOP (R\$) 0,7 COTA UNICA 185,5

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 15/04/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04

MOTOR: KC16E7C610859

02790



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

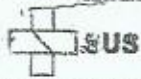
NOME DO PACIENTE						DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO		Nº DO BE	
FRANCIVON RODRIGUES DE SOUSA								150000		1997BU	
NOME NAI						NASCIMENTO		SEXO		RAÇA/COR	
NECI RODRIGUES DE SOUSA						18/07/1977(40 ANOS)		M		PARDO	
ENDEREÇO						NOME RESPONSÁVEL					
RUA ALTO DAS PEDRINHAS 330 JENIBAU						NI					
CONTATO						MUNICÍPIO				UF	
(85)9						FORTALEZA				CE	
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE						OCORRÊNCIA		CEP			
								NI			
QUERER						CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
COLISÃO CARRO MOTO COM TRAUMA NO MIE						ACIDENTE DE MOTO					
SINTOMAS						MOTIVO		ESCALA DE DOR			
NI								99 (ADULTO)			
PESO		PRESSÃO ARTERIAL		SINAIS VITAIS		PULSO		GLICEMIA			
NI KG		NI/NI		SAT O ₂		NI		NI			
TEMPERATURA		ALERGIAS		NI%							
NI °C		NI									
AMARELO						RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO					
						MARIA HELENA RODRIGUES					
ÁREA DE ATENDIMENTO						ÁREA ATENDIMENTO		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO			
ATENDIMENTO TRAUMA								27/02/2018 17:53:45			
XANEGRE						ATENDIMENTO MÉDICO					
DIAGNÓSTICO						COD. PROCEDIMENTO		VLU			
SIST. SOCIALIZADO:											
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X										() OUTROS	
MÉDICAMENTO						PRESCRIÇÃO MÉDICA					
						APAZAMENTO				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					
Assinado por MARIA HELENA RODRIGUES em 27/02/2018 às 17:53:45											
Isso 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.											

francivon rodrigues de sousa

Daniel Ayres Moraes Statista
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 13833

HOSPITAL DISTRITAL DR. JOVANO DE MOURA
ATESTADO QUE CÔPIA CONFERE COM ORIGINAL

Miracle Ramos
Met. 45632
Coordenador do SAME - HDEAM



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 24

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Francison Rodrigues de Sousa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

35 4655

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

818 00518451815181518

8 - DATA DE NASCIMENTO

13 10 1977

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Mari Rodrigues de Sousa

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Auto das Pedrinhas, 330 - Genilva

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Fortaleza

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

CE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doença de fratura de 2º, 3º, 4º e 5º metatarsos de pé esquerdo, com mobilização do tornozelo e calcanhar

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura de 2º, 3º, 4º e 5º metatarsos

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

Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de ossos do pé

21 - CID 10 PRINCIPAL

S32.3

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

(x) CPF

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

014161088216319

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DANIEL AYREMORES BATISTA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

27/02/18

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

Daniel Ayremoraes Batista

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNP DA SEGURADOR

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA

ATESTADO QUE NÃO CONFERE COM ORIGINAL

36 - CNPJ DA EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNAE DA EMPRESA

40 - CBO

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORÇÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

2318101729933

126700 19612



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVADRO AYRES DE MOURA



DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: FRANCIVAN RODRIGUES DE SOUSA			
DATA DA CIRURGIA: 28/02/18		UNIDADE:	LEITO:
CIRURGIÃO: Dr. Antonio Luiz		1º AUX.: Dr. Felipe Rocha	2º AUX.:
AUX. CIRCULANTE:		AUX. INSTRUMENTADORA: Felipe Almeida Rocha	
ANESTESISTA:		TIPO DE ANESTESIA: Cirurgia de Pé e Tornozelo	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA - LUXAÇÃO PE			
Fb PE 30729157 GA			
TIPO DE CIRURGIA: TORNOLUXIA 30731119 GA			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:			

EXAMES DURANTE ATO CIRÚRGICO:

INTERCORRÊNCIAS DURANTE A CIRURGIA:

DESCRIÇÃO

1. PE com 600 HUESO
2. ANESTESIA + ANESTESIA + ROSELO CANTO STERIL
3. MOSSO DORSA PE
4. PUNÇÃO E PUNÇÃO FRATURA LUXAÇÃO 03 FIO (E) 7 M
5. TENDONOTOMIA EXTENSORES DEBIL
6. SARGOS JULGAR
7. LUXAÇÃO + TALA

Dr. Antonio Luiz V. Gonçalves
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia de Quadril
CRM 12973 TEOT 14167

Felipe Almeida Rocha
Cirurgia de Pé e Tornozelo
CRM 12973 TEOT 14167

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVADRO AYRES DE MOURA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcelo Ramos

Mat. 45632

Coordenador do SAMU - FIDAM



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRICTAL Dr. EVANDRO AYRES DE MOURA



FICHA DE ANESTESIA

NOME: Francison Rodrigues de Paula Nº PRONTUÁRIO: 150655
ENFERMARIA: 40a LEITO:

DATA: <u>08/02/18</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGÜÍNEO: <u>B</u>	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	PLAQUETAS	GLICEMIA	DIÚROSIS	
	URINA		URICIA	CREATININA		
APARELHO RESPIRATÓRIO				ASMA	BRONQUITE	
APARELHO CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
APARELHO DIGESTIVO		DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO	CÉTER-AMER	
ESTADO MENTAL		ANSIOLÍTICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				DEFINIÇÃO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES				EMERGÊNCIA	ELETIVA	

MEDICAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA		APLICADA ÀS	EFEITO
HORA	<u>10h15min (até 15h30min) 15h30h</u>		
Agentes Anestésicos	O ₂	INDICAÇÃO	
	Halogenados	Sedat. Excit. Tosse	
Líquidos	Inalatórios	Tratando as náuseas Letar	
		Náuseas Vômitos	
Códigos		Outros	
		MANUTENÇÃO	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		06/14h, 15h30h	
		07/14h30min	
POSICÃO	<u>Pa</u>		

AGENTES	<u>Bupivac. 0.5%, 10mg + Diltiazem, 1mg</u>	TEMPO GARROTE
TÉCNICAS ANESTÉSICAS	<u>RNDW 14h45min 15h30min</u>	PERDA SANGÜÍNEA
CIRURGIA	<u>TTC em Fontes de água</u>	INÍCIO
CIRURGIÕES	<u>Dr. Antonio. Pinto + Dr. [illegible]</u>	TERMINO
ANESTESISTAS	<u>Dr. Antonio</u>	DURAÇÃO, INÍCIO
OBSERVAÇÕES	<u>Antonio Jedsan Martins Médico - CRM: 5622</u>	



FICHA DE EVOLUÇÃO DE PACIENTE - FEP

NOME	PRONTUARIO	DATA DO NASCIMENTO	ENFERMARIA	LEITO	DATA DO INTERNAÇÃO	DATA DO INICIO DO TRATAMENTO
DIAGNÓSTICO		OBSERVAÇÕES				
Fratura de omó do metatarsos						
DATA	EVOLUÇÃO					
27/02/18	Paciente com fratura de 2º, 3º, 4º, 5º metatarsos de pé (E) com intenso p/ tratamento cirúrgico					
28/02	Paciente submetido ao TTO cirúrgico. Fratura - Inicialmente fechada.					
01/03	1º PO Evoluindo bem. Aplicar 15 dias de gesso.					

Dr. Daniel Ayres Moraes Duarte
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CREMFC: 13533

Dr. Antonio Luiz V. G. G. G.
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM 12444 TEO 14047

HOSPITAL DISTRITAL Dr. EVANDRO AYRES DE MOURA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramalho
Má 45632
Coordenadora do SAJE - HDEAM

Dr. Edilma Lemos
Traumatologia e Ortopedia
CRM 12444 TEO 14047



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



Fortaleza

ATESTADO MÉDICO

O Sr(a) Francisco Rodrigues de
Sousa

Foi atendido (a) neste hospital.

Dia: 27 de 02 de 18 as _____ hs

Tendo como causa do atendimento: trauma pé

1. () paciente foi atendido nesta instituição as _____ hs

E pode retornar à suas atividades.

2. (X) Necessitando de 07 dias de afastamento de
suas atividades laborais ou escolares por motivos de Doença
ou agravos: fratura metatarso 1ª (E)

3. () Encontra-se a() Apto() Inapto a prática curricular
de Educação física.

4. () Não apresenta, no momento, sinais e/ou sintomas de
Doenças ou agravos que o(a) incapacitem para o trabalho

5. () Paciente encaminhado à especialidade: _____

Fortaleza, 27 de 02 de 18

[Assinatura]
Médico CRM Dr. José Marcelo V. Porto
Médico - Traumatologista
CRM 6590

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
RUA CANDIDO MATA 134 - ANTONIO BEZERRA
FORTALEZA - CEARÁ - PABX (85) 3488.32.10



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



Prefeitura de
Fortaleza

ATESTADO MÉDICO

O Sr(a) Francisco Rodrigues de Sousa

Foi atendido (a) neste Hospital:

Dia: 27 de 02 de 18 as _____ hs

Tendo como causa do atendimento: trauma pé

1. () paciente foi atendido nesta instituição as _____ hs

E pode retornar à suas atividades.

2. (X) Necessitando de 07 dias dias de afastamento de suas atividades laborais ou escolares por motivos de Doença ou agravos: fratura metatarsal pé (E)

3. () Encontra-se a() Apto() Inapto a prática curricular de Educação física.

4. () Não apresenta, no momento, sinais e/ou sintomas de Doenças ou agravos que o(a) incapacitem para o trabalho

5. () Paciente encaminhado à especialidade: _____

Fortaleza, 27 de 02 de 18

[Assinatura]
Médico CRM Dr. José Marcelo V. Porto
Médico - Traumatologista
CRM 6590

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
RUA CANDIDO MOTA 194 - ANTONIO BEZERRA
FORTALEZA - CEARÁ - PABX (85) 3488.32.10



DIVISÃO DE FISIOTERAPIA

PARA:

Fernando Rodrigues de Sousa

Declaro para os devidos fins que o
Paciente acima referido está realizando
tratamento fisioterapêutico nesta unidade
de saúde. O mesmo possui limitação
de amplitude de movimento no pé E;
o ~~paciente~~ (Digo) o mesmo realizou cirurgia
e está realizando tratamento nesta Clínica
HMJMA.

Atenciosamente

3rena Kessia da S. Souza
Fisioterapeuta
CREFITO-255645-F

Em Fortaleza 16/08 20 18
FISIOTERAPEUTA: 3rena
CREFITO: 255645-F

SINISTRO 3180255655 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** FRANCIVON RODRIGUES DE SOUSA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE****INDENIZAÇÃO** INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE**BENEFICIÁRIO** FRANCIVON RODRIGUES DE SOUSA**CPF/CNPJ:** 76121321334**Posição em 10-07-2018 13:08:18**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
10/07/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50