

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Antonio Deleí Ferreira dos Santos</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>	Carteira de Identidade: <u>50330053</u>
CPF nº: <u>863429.903-72</u>	Residência: <u>Rua Chiquinho Aparvaído.</u>	
Bairro: <u>Camindézinho</u>	Cidade: <u>Camindé</u>	Estado: <u>CE</u> CPF: <u>62.700-000</u>

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº M8.119.595 SSP/MG e CPF nº 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza – CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3231-6493.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicium et extra*", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, em caso de julgada procedente a Ação e os recursos cabíveis, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiências em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 18 de Março de 20 16.

ANTONIO DELEI FERREIRA DOS SANTOS
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Antonio Delei Ferreira dos Santos, brasileiro o,
Agricoltor, Solteiro, portador da Carteira de Identidade/RG nº
50330053 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 865.429, residente e
domiciliado na cidade de Carinde, estado de Ceará, na Rua
Chiquinho Aparecido, nº 2465 Carindezinho
declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de
arcar com as 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), 18 de Maio de 2016.

ANTONIO DELEI FERREIRA DOS SANTOS

Declarante

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, Antonio Delci Ferreira dos Santos
 BRASILEIRO(A), Solteiro (ESTADO CIVIL),
Agricultor (PROFISSÃO), PORTADOR DO RG Nº 503
 INSCRITO NO CPF SOB O Nº 863.429.903-72, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NO
 ENDEREÇO Rua Chiquinho Aparecido, Nº 2465

DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI
 DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELO DR. RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI,
 BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº
 18.044 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 MONTI ADVOGADOS, REPRESENTADO
 ATRAVÉS DO ADVOGADO RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, BRASILEIRO,
 SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 18.044, COM SEDE
 A RUA DO ROSÁRIO - Nº 77 - 6º ANDAR - SALA 604 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.055-090 -
 FORTALEZA/CE, 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 18 DE Março DE 2016.

➤ ANTONIO DELCI FERREIRA DOS SANTOS

DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
ANTONIO DELCI FERREIRA DOS SANTOS	
	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF	50330053 SSP/SP
CPF	865.429.903-72
DATA NASCIMENTO	24/08/1980
FILIAÇÃO	
FLORISMUNDO FERREIRA D OS SANTOS	
PERMISSÃO	ACC
CAT. HAB	AD
NR REGISTRO	04182577532
VALIDADE	27/11/2018
1ª HABILITAÇÃO	06/09/2007
OBSERVAÇÕES	
EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA	
<i>Antonio Delci Ferreira dos Santos</i> ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL	JOSE BONIFACIO, SP
DATA EMISSÃO	10/12/2013
<i>Jose Bonifacio</i> ASSINATURA DO EMISSOR	
31499483100 SP611534690	
DETRAN-SP (SAO PAULO)	

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
831416585

PROIBIDO PLASTIFICAR
831416585

Nº DO CLIENTE
7241457-0

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.038,
de 26 de abril de 2002.

coelce

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

04 36000 10 117200 - 8 **07/01/2016**

FRANCISCA MARIA DOS SANTOS

RU CHIQUINHO APARECIDO 02465

CANINDEZINHO - CANINDE - 62700000

5312142

0000 0000

01-RESIDENCIAL MONOFASICO

0,100

982050723-53

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

07/01/2016 04/02/2016

VENCIMENTO 01/02/2016 TOTAL PAGAR (R\$) 31,37

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

CONSUMO CONSCIENTE EMISSOES DE CO2 (kg/kWh)

CONSUMO CONSCIENTE EMISSOES DE CO2 (kg/kWh)

CONSUMO CONSCIENTE EMISSOES DE CO2 (kg/kWh)

CONSUMO CONSCIENTE EMISSOES DE CO2 (kg/kWh)

CONSUMO CONSCIENTE EMISSOES DE CO2 (kg/kWh)

CONSUMO CONSCIENTE EMISSOES DE CO2 (kg/kWh)

CONSUMO CONSCIENTE EMISSOES DE CO2 (kg/kWh)

CONSUMO CONSCIENTE EMISSOES DE CO2 (kg/kWh)

CONSUMO CONSCIENTE EMISSOES DE CO2 (kg/kWh)

CONSUMO CONSCIENTE EMISSOES DE CO2 (kg/kWh)

CONSUMO CONSCIENTE EMISSOES DE CO2 (kg/kWh)

CONSUMO CONSCIENTE EMISSOES DE CO2 (kg/kWh)

CONSUMO CONSCIENTE EMISSOES DE CO2 (kg/kWh)

CONSUMO CONSCIENTE EMISSOES DE CO2 (kg/kWh)

CONSUMO CONSCIENTE EMISSOES DE CO2 (kg/kWh)

CONSUMO CONSCIENTE EMISSOES DE CO2 (kg/kWh)

CONSUMO CONSCIENTE EMISSOES DE CO2 (kg/kWh)

CONSUMO CONSCIENTE EMISSOES DE CO2 (kg/kWh)

CONSUMO CONSCIENTE EMISSOES DE CO2 (kg/kWh)

informações importantes e avisos de vencimento

informações importantes e avisos de vencimento

informações importantes e avisos de vencimento

informações importantes e avisos de vencimento

informações importantes e avisos de vencimento

informações importantes e avisos de vencimento

informações importantes e avisos de vencimento

informações importantes e avisos de vencimento

informações importantes e avisos de vencimento

informações importantes e avisos de vencimento

informações importantes e avisos de vencimento

informações importantes e avisos de vencimento

informações importantes e avisos de vencimento

informações importantes e avisos de vencimento

informações importantes e avisos de vencimento

informações importantes e avisos de vencimento

informações importantes e avisos de vencimento

informações importantes e avisos de vencimento

informações importantes e avisos de vencimento

Cliente: 7241457-0 Referência: Jan/2016
Data de Emissão: 07/01/2016 Total a Pagar (R\$): 31,37
Nº da Nota Fiscal: 415115157 Nº de Controle: 0007241457 00001 39012 68

83880000000-3 31370031000-3 00072414570-2 00011901272-9





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
8ª DELEGACIA REGIONAL DE CANINDÉ
UNIDADE POLICIAL DE CARIDADE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº B.O.: 0177/2016

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 05/02/2016 às 11:00 hs

DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 06/10/2015 às 23:30 hs.

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: EM FRENTE AO MOSTEIRO- CANINDE/CE

HISTÓRICO: O Queixoso compareceu a esta Unidade Policial, onde fez o seguinte relato: Que no dia hora e local acima citado, que encontrava-se pilotando a motocicleta de marca HONDA/CG 150 TITAN ES, PLACA HXW 0357/CE, COR VERMELHA, ANO 2006, CHASSI 9C2KC08507R010729, licenciada em nome de ANTONIO DELCI BEZERRA DOS SANTOS, O Queixoso relata que saia do trabalho e ia com destino a casa de um irmão, quando no meio do trajeto, ao passar em um quebra-mola, perdeu o controle da sua motocicleta, e veio a cair ao solo, a vítima foi socorrido por populares, que levaram para o Hospital São Francisco, e logo foi transferido para o LUF em Fortaleza em uma ambulância do SAMU, a vítima teve multiplicas escoriações e TCE grave. E NADA MAIS DISSE E NEM FOI LHE PERGUNTADO.//////////

➤ DADOS DA VÍTIMA:

Nome: ANTONIO DELCI FERREIRA DOS SANTOS

RG; 50330053 SSP/SP CPF: 865.429.903-72

Data de Nascimento: 24/08/1980

Filiação: Florismundo Ferreira dos Santos

Endereço: Rua Chiquinho Aparecido nº2465 - Canindezinho - Canindé/CE

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

MATRÍCULA: 284.88-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: ANTONIO DELCI FERREIRA DOS SANTOS

Cl. Sérgio Landim Barroca
Chefe da Unidade Policial
Mat: 284.88-1-3

Formulário de Anamnese de Urgência/Emergência

Instituição Prestadora: SANTA CASA DE CANINDE
Convênio: SUS AMBULATÓRIO
Dados do Paciente

GUIA:

Usuário do Cadastro:
Usuário do Atendimento:

VIRGINIA
MARGUSA

Nome: ANTONIO DELCI FERREIRA DOS SANTOS

Paciente: 64238

Atendimento:
1136409

Nome da Mãe: NC

Sexo: MASCULINO

Data Nascimento: 24/08/1980

Idade: 35 Anos / 1 Mês / 12 Dias

ZONA RURAL

Número: 0

Endereço: RÓCILANDIA

Bairro: UBIRASSU

Cidade: CANINDE

CEP: 62700000

Telefone:

Dados do Atendimento

Prestador Médico: ANTONIO DE PADUA MARTINS

Data: 06/10/2015

Hora: 00:17:36

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Assinatura do Paciente ou Responsável

Serviço: CIRURGIA GERAL

RG: 503300536

Sintomas:

T:

PA:

P:

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico: () Sim () Não A que?

Anamnese:

Atendimento de urgência

TCE

Flacidez 2+5+2=9

Sat. 93% ar ambiente

Pulso 83 bpm

PA 120x90 mmHg

Exame Físico:

[Assinatura]

Carimbo/Assinatura Médico-CRM

Hipótese Diagnóstica:

Cód. COD 10:

Procedimento

Imagem:

Laboratório:

Outros:

Medicação

Carimbo/Assinatura
Enfermagem COREN

Formulário de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora : SANTA CASA DE CANINDE
Convênio : SUS AMBULATORIO
Dados do Paciente

Data : 15/10/2015
Hora : 15:37:27

GUIA :

Usuário do Cadastro : VIRGINIA
Usuário do Atendimento : FRANCISCO

Nome : ANTONIO DELCI FERREIRA DOS SANTOS

Paciente : 61238

Atendimento
1138455

Nome da Mãe : NC

Sexo : MASCULINO

Data Nascimento : 24/8/1980

Idade : 35 Anos / 1 Mês / 21 Dias

Endereço : RGCILANDIA

Bairro : UBIRACU

CEP : 62700000

Cidade : CANINDE

Telefone :

Número : 0

Classificação de Prioridade:

G:

P:

Tempo

PESO :

T: 36,2°C

Assinatura do Paciente ou Responsável

603300536

Paciente vítima de acidente mot no há 10 dias. Apresenta hemorragia ocular bilateral 110.

ATENDIMENTO: ☐ OBSTÉTRICO ☐ GINECOLÓGICO ☐ PEDIÁTRICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO		TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL ? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ GSU ☐ OUTRAS AMBULÂNCIAS ☐ CARRO PRÓPRIO		PROCUROU PSF ? CAUSAS: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ ENCAMINHADO ☐ NÃO TINHA FICHA PARA CONSULTA ☐ NÃO TINHA MÉDICO ☐ POSTO ESTAVA FECHADO ☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA		POR QUÊ ? ☐ NÃO É EFICIENTE ☐ É LONGE DE CASA ☐ NUNCA TEM MÉDICO	
LOCAL DO ACIDENTE: ☐ DE C/ O ☐ VIA PÚBLICA ☐ TRÊS ☐ ESCOLA ☐ TRÊS		TIPO DE TRAUMA: ☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA					

TIPO DE ACIDENTE:

☐ queda de onde ? ☐ queda de fogo ☐ queda branca ☐ outros

☐ ACIDENTE C/ OBJETOS CORTO-CONTUSOS ☐ AFOGAMENTO

☐ CARRO : CINTO? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ MOTO : CAPACETE? ☐ SIM ☐ NÃO

☐ ATROPELAMENTO : ☐ CARRO ☐ MOTO ☐ BICICLETA ☐ OUTROS

☐ QUEIMADURAS : ☐ 1º GRAU ☐ 2º GRAU ☐ 3º GRAU

☐ INTOXICAÇÃO EXÓGENA : POR : ☐ POR : ☐ POR : ☐ POR :

☐ MORDEDA/PICADA DE ANIMAIS ? ☐ POR : ☐ POR : ☐ POR : ☐ POR :

☐ OUTROS :

ESPANCAIMENTO: ☐ **VIOLÊNCIA SEXUAL:** ☐ **POR QUEM ?** ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ MÃE ☐ DESCONHECIDO

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA: ☐ **OUTROS:** ☐

1 EMERGÊNCIA 0 min ☐ Estado mental alterado ou em coma ☐ Glasgow < 12 ☐ Desconforto respiratório grave ☐ Dor torácica ☐ Crises convulsivas ☐ Intoxicações exógenas ☐ Tentativas de suicídio ☐ Reações alérgicas ou anafiláticas ☐ Complicações de Diabetes ☐ Parada cardiorrespiratória ☐ Hemorragias ativas ☐ Infecções graves ☐ Alterações de sinais vitais ☐ PA > 140 ou < 90 ☐ PA diastólica > 130 ☐ PA sistólica > 180 ☐ HR > 34 ou < 10	2 MUITO URGENTE 10 min ☐ Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva ☐ Diminuição do nível de consciência ☐ Alteração agrida do comportamento (agitação, letargia, confusão mental) ☐ Convulsão nas últimas 24h com alteração do nível de consciência ☐ Dor torácica ☐ Crise asmática ☐ Desmaios ☐ Diabéticos apresentando sudorese, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia ☐ História recente de sangramento digestivo (melena/ hematoquezia) ☐ Dor abdominal intensa ☐ Sangramento vaginal ativo ☐ Náuseas, vômitos ou diarreia persistentes ☐ Febre alta ☐ Fraturas ósseas ☐ Intoxicação: exógenas, sem alteração de sinais vitais ☐ Dor oncológica	3 POUCO URGENTE 60 min ☐ Idade superior a 60 anos ☐ Gestantes ☐ Pacientes escatolados ☐ Deficientes físicos e pacientes em cadeiras de rodas e acamados ☐ Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro clínico anterior ☐ Asma ☐ Enxaqueca ☐ Dor de ouvido ☐ Dor abdominal sem alterações de sinais vitais ☐ Sangramento vaginal leve ☐ Lombalgia intensa ☐ Distúrbios neurovegetativos ☐ Abscessos e outras complicações infecciosas ☐ Convulsões sem alteração do nível de consciência	4 NÃO URGENTE Procurar unidade básica de saúde e marcar consulta com médico assistente ☐ Pacientes em acompanhamento ambulatorial, mas sem tratamento ☐ Doras crônicas ☐ Procedimentos como curativos, trocas de sondas, requisições e receitas médicas ☐ Avaliação de exames solicitados por médico assistente ☐ Solicitações de declaração, atestados ou relatórios médicos A Pde foi internado no IJF o N de peito de TCE SIC foi resoluído TC de crânio que constatou a lesão. (Não foi informado)
--	--	--	---

NTI - Núcleo de Tecnologia da Informação

Este documento é cópia de original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA ELENDE MONTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0123928-84.2016.8.06.0001 e código 2058DEE.

Atendimento
1138455

NIO DELCI FERREIRA DOS SANTOS

Prescrição Médica :

Horário Medicamentos

16:50

Diferença 2uro LP
Alta após

Anamnese / Evolução / Exame Físico

Assinatura

Data

Paciente for consultado por
Hemorragia cerebral e de
cabeça.

Holte este pla pro excremento do intestino (acidente
de modo + T de seden a tra a febre

Al. fenda
Hemorragia cerebral. Hemorragia cerebral
bilobulosa - Rápido 15. No momento não

Dr. Noel Cor
Clínico Ger
CRM 118

NTI - Núcleo de Tecnologia da Informação



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO :5401492

NOME: ANTONIO DELCI FERREIRA DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO:24/08/1980

PAI:FLORISMUNDO FERREIRA DOS SANTOS

MÃE:N.C

DATA DE ATENDIMENTO:06/10/2015

DATA DE SAÍDA:13/10/2015

MOTIVO: O PACIENTE ANTONIO DELCI FERREIRA DOS SANTOS, 35 ANOS, DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA DO IJF, EM 06/10/2015, PROCEDENTE DE CANINDE-CE, COM TCE GRAVE, DECORRENTE DE QUEDA DE MOTO.

FOI TRAZIDO PELO SAMU, JÁ INTUBADO, GLASGOW 9.

TC DE CRÂNIO EVIDENCIOU CONTUSÃO HEMORRÁGICA TEMPORAL. EVOLUIU POUCO COOPERATIVO, CONFUSO, ACORDADO.

SAIU DE ALTA HOSPITALAR À PEDIDO, ASSINADA PELA FAMÍLIA, EM 13/10/2015.

LAUDO DIGITADO EM 25/01/2016 (JOÃO ANANIAS/C)"

Dr João Ananias Vasconcelos Neto
MÉDICO
CREMESP 3626

MÉDICO/RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/BE

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL

[illegible]

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VITIMA: Antonio Dele Ferreira dos Santos NUMERO DO SINISTRO: _____

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 06-10-2015 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 16-10-2015

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: Fco Roney BOUTARA LOPES BARBOSA - 10684

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

TCE

DADOS RESUMIDOS DOS TRAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

fto clínico

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE? () SIM ☒ NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

() A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, POR TANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º Cabeça → Cefaleia crônica, distúrbio
- 2º + hipocrêntica + diminuição da
- 3º funções cognitivas em 60%.
- 4º
- 5º

A FIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE 16-10-2015 A 21-12-2015 QUE AS RESPOSTAS ACIMA. SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

CAVINDE

LOCAL

21.12.2015

DATA

Fco Roney B. L. Barbosa
ASSINATURA E CRM

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

CAVINDE

21.12.2015

LOCAL

ASSINATURA DA VITIMA

17/03/2016

Outlook.com - sheilamartins18@hotmail.com

Regular DPVAT - Pagamento Liberado - Sinistro: 3160134085 | Vítima:
ANTONIO DELCI FERREIRA DOS SANTOS



Regular DPVAT 15:15

Para: sheilamartins18@hotmail.com

**Prezado usuário, um novo andamento foi cadastrado em sua conta. Por favor acesse
nosso sistema para maiores informações:**

Número do Sinistro: 3160134085

Nome da Vítima: ANTONIO DELCI FERREIRA DOS SANTOS

Novo Andamento: PAGAMENTO LIBERADO A PARTIR DE 18/03/2016; VALOR R\$ 5.062,50;
BENEFICIÁRIO: ANTONIO DELCI FERREIRA DOS SANTOS; BANCO CAIXA ECONÔMICA FEDERAL;
AG: 746; CONTA: 25694-1.

Atenciosamente,

Regular DPVAT.