



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Charles Moreira da Silva</u>		Data Nasc: <u>03/06/1992</u>
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Recurso</u>	Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
RG: <u>20075689329</u>	CPF: <u>059.289.633-19</u>	
Endereço: <u>Núcleo G</u>		
Cidade: <u>Pentecoste</u>	CEP: <u>62640-000</u>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, CEP: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, 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, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEC participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiência e perícias médicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 18 de fevereiro de 2019.

x Charles Moreira da Silva
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Charles Oliveira da Silva, brasileiro(a), Solteiro, portador(a) de cédula de identidade nº 2007568932-9, inscrito(a) no CPF sob o nº 059.289.633-19, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Núcleo 6, nº _____, Bairro Zona RURAL, CEP: 62640-000/CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 28 de fevereiro 2019.

x Charles Oliveira da Silva

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. Deborah Braga Pinto

RG Nº: 2007806501-6

CPF Nº: 059.406.773-12

2. Luiz de Oliveira da Silva

RG Nº 2005010311787

CPF Nº 033.397.643-60



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Charles Oliveira da Silva, residente e
domiciliado na núcleo G, nº _____,
bairro: ZONA RURAL, na cidade de Pentecoste, portador(a) do
RG nº 2007568932-9, inscrito(a) no CPF nº 059.289.633-19
estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu
próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que
declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que
assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com
esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 18 de fevereiro de 20 19.

x Charles Oliveira da Silva
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a)
Sr(a) Charles Oliveira da Silva Declara para os
devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA
DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais
precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs
nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos
fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal)
pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança
de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude
sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE
Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 28 de fevereiro 2019.

x Charles Oliveira da Silva

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME: Deborah Braga Rinto
CPF: 059.406.773-12
ASSINATURA: Deborah
2. NOME: Sidney de Oliveira da Silva
CPF: 033.397.643-60
ASSINATURA: Sidney



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 525 - 598 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/04/2015 10:50:09**
Data / Hora da Ocorrência : **02/04/2015 17:20:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTR LOCALIDDE NUCLEO G**

PENTECOSTE /CE

Ponto de Referência:

Delegado João Gomes da Silva
1º Oficial de Pentecoste

Certifico que a presente cópia
Confere com o original que foi
representado. Dou. Fé
Pentecoste - CE 25/02/17

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CHARLES OLIVEIRA DA SILVA**
Nascimento : **03/06/1992**
RG: **2007568932-9** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: - CPF: **05928963319**
Filiação: **FRANCISCO MOACIR BEZERRA DA SILVA**
RANCISCO MOACIR BEZERRA DA SILVA
Endereço: **SIT NÚCLEO G**
ZONA RURAL 62640000
PENTECOSTE CE BRASIL

Telefone: **8591853741**



Histórico

Afirma que por volta das 17h20min do dia 02-04-2015, na estrada da Localidade de Núcleo "G", zona rural deste município, seu irmão CHARLES OLIVEIRA DA SILVA guiava a MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN MIX KS, ANO FAB. 2009, ANO MOD. 2009, COR CINZA, PLACA-NQU1308, CHASSI-9C2KC16109R036500, de propriedade dele, quando no trajeto de uma curva o mesmo foi abalroado por outra motocicleta que vinha em sentido contrário e invadiu a mão de direção do irmão da registrante. Que até a presente data nada sabe informar sobre os dados do outro veículo, nem sobre seu guizador. Que naquela oportunidade Charles foi socorrido à UPA24h, nesta cidade, onde recebeu atendimento e dali foi transferido para o IJF-CENTRO, em Fortaleza-Ce, onde também foi atendido. Que em consequência desse acidente CHARLES sofreu traumatismo na face e trauma na perna direita. Que referido ainda se encontra em tratamento, aguardando cirurgia na face. Nada mais disse.

Noticiante(s)

Nome : **CHIRLE OLIVEIRA DA SILVA**
Endereço : **R AMANCIO CAMPELO 324**
Bairro : **PEDREIRA 62640000**
Município/UF : **PENTECOSTE CE BRASIL** Telefone: **8591853741**

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Maria Helena Gomes de Souza
MARIA HELENA GOMES DE SOUZA - MAT.: 106331-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Chirle Oliveira da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) : Adriana Alves Brandão Braga
ADRIANA ALVES BRANDÃO BRAGA - MAT.: 198860-1-8



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 525 - 598 / 2015





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



fls. 21

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 525 - 1078 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: 20/07/2017 14:43:50
Data / Hora da Ocorrência: 02/04/2015 17:20:00
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA LOCALIDADE DE NÚCLEO "G"**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL / NÚCLEO "G"** Município: **PENTECOSTE/CE**
Ponto de Referência: **NI**

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **CHARLES OLIVEIRA DA SILVA**
Nascimento: 03/06/1992 CPF: 059.289.633-19 UF: **CE**
RG: 2007568932-9 Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **FRANCISCA CARLOTA DE OLIVEIRA DA SILVA**
FRANCISCO MOACIR BEZERRA DA SILVA
Endereço: **SITIO NÚCLEO G**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **PENTECOSTE/CE** CEP: **62.640-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9185-3741**

Histórico

Em aditamento ao B.O. Nº 525-598/2015, a vítima deseja fazer uma retificação referente o nome de seus pais, haja vista ter havido erro de digitação quando foi colocado por duas vezes o nome de seu pai FRANCISCO MOACIR BEZERRA DA SILVA, onde, na verdade, deveria ter sido colocado o nome de sua mãe FRANCISCA CARLOTA DE OLIVEIRA DA SILVA conforme consta em sua documentação de RG. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

LICIA NADIA PINHO DE CASTRO - MAT.: 198308-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

X Charles Oliveira da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOÃO CARLOS ARAUJO MACHADO - MAT.: 30079213

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME CHARLES OLIVEIRA DA SILVA	
DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF 20075689329 SSP CE	
CPF 059.289.633-19	DATA NASCIMENTO 03/06/1992
FUNÇÃO FRANCISCO MOACIR BEZERRA DA SILVA FRANCISCA CARLOTA DE OLIVEIRA DA SILVA	
PERMISSÃO []	ACC []
CAIXA A	
Nº REGISTRO 05443304830	VALIDADE 01/03/2021
	1ª HABILITACAO 08/03/2012
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
Assinatura do Portador <i>Charles Oliveira da Silva</i>	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSAO 04/03/2016
Assinatura do Emissor <i>[Assinatura]</i>	48182401446 CE152352449
DETRAN - CE (CEARA)	

INTERPRINT LTDA

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL

1276784410

PROJETO PLASTIFICAR

1276784410

Nº DO CLIENTE
1139938-4
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 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

fls. 23

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 474961710
Rota 38 34071 09 017100 - 7 Data de Emissão 25/04/2017
Nome FRANCISCO MOACIR BEZERRA DA SILVA
End. Postal RU COLONOS NUCLEO G 00000
COLONOS - S. LUIS DO CURU - 62640000
Medidor 5234193 Poste 0000 0000
Classe 04-RURAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00
RG / CPF / CNPJ 065198638-90 CGF
Nome do Responsável

DATAS
Mês de Referência Data da Apresentação Previsão Próxima Leitura
Abr/2017 25/04/2017 25/05/2017

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7087.3029.C789.36FF.480C.B44B.BE49.EE21

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
37117	36992	1,00	125	0,00	125	0,35273	44,09
25/04/17	24/03/17		32 DIAS		125		44,09

VALOR CONSUMO DO MES 44,09
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 16,85
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 3,72)

VENCIMENTO 01/06/2017	TOTAL A PAGAR (R\$) 60,94																										
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)																										
Energia 26,52 Transmissão 0,60 Distribuição 0,60 Encargos Setoriais 4,79 Tributos (ICMS PIS/COFINS) ... 2,84 TOTAL 44,09	<table border="1"> <tr> <td>155</td><td>125</td><td>157</td><td>110</td><td>167</td><td>151</td><td>167</td><td>107</td><td>174</td><td>222</td><td>167</td><td>158</td><td>158</td> </tr> <tr> <td>MED</td><td>abr</td><td>mar</td><td>fev</td><td>jan</td><td>dez</td><td>nov</td><td>out</td><td>set</td><td>ago</td><td>jul</td><td>jun</td><td>mai</td> </tr> </table>	155	125	157	110	167	151	167	107	174	222	167	158	158	MED	abr	mar	fev	jan	dez	nov	out	set	ago	jul	jun	mai
155	125	157	110	167	151	167	107	174	222	167	158	158															
MED	abr	mar	fev	jan	dez	nov	out	set	ago	jul	jun	mai															
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)																											
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica. Emitido kg (CO ₂) 54,03 Compensado kg (CO ₂) 0,00 Consciência Ecológica(%CO ₂) 97																											
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO																											
CONTAS EM ATRASO																											
AVISO DE DÉBITO VENCIDO: Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 40,31. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.																											
DÉBITOS ANTERIORES Mes/Ano 02/2017 Valor R\$ 40,31																											
Consta desta fatura R\$ 2,84 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:1,15% e COFINS:5,32% Art. 9 Res. 100-2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03 Conforme Resolução Homologatória ANEEL 2.214/2017, entre 1 e 30 de abril a Tarifa será reduzida em 0,06630 R\$/kWh para reverter a previsão do Encargo de Energia de Reserva (EER) da Usina Anara III. O efeito na fatura se dará conforme ciclo de leitura e faturamento. Informações: www.aneel.gov.br ou pelos canais convencionais de comunicação																											

Registro de Atendimento Emergencial

Por: MARIA DE NAZARE PINHEIRO UCHOA

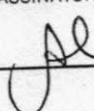
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 22/04/2015 07:01:42	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 70470578195333	NOME: CHARLES OLIVEIRA DA SILVA			Registro: - 5363239			
CPF:	RG:	D. NASC: 03/08/1992	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR:		
NOME DA MÃE: FRANCISCA CARLOTA DE OLIVEIRA DA SILVA			NOME DO PAI: FRANCISCO MOACIR BEZERRA DA SILVA				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: RAIMUNDO SOARES DE OLIVEIRA		Nº: 106	BAIRRO: PEDREIRAS			
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: PENTECOSTE	UF: CE	CEP: 62640-000			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: CHARLES OLIVEIRA DA SILVA			PARENTESCO:		TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: RETORNO FEITO NA EMERGÊNCIA, BUCO MAXILO							
QUEIXAS:							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Residência	Escala de Dor: Sem dor	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: BRANCO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: BUCO MAXILO							

Anamnese e Exame Físico:

Paciente vítima de acidente motorístico, apresentando
fratura de maxila superior em região zigomática.
Perda: fratura de complexos zigomáticos (D)

Conduta:

Transferência p/ Hospital de apoio

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 22/04/15	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: 

Dr. André Roberto
Cirurgião Dentista
Bucal-Maxilo
(071)



Rua: Professor Dias da Rocha, 1530 – Aldeota

Fone: (85) 3224.54.17 – Fax (85) 3261.1849

C.G.C. 7.263.866/0001-34

TERMO DE CONHECIMENTO

EU, Charles Oliveira da Silva
CPF. 059.289.633-19 RG. 20075689329 Estou
ciente que o Hospital Batista Memorial não cobra de
pacientes ou familiares qualquer valor financeiro de
honorários médicos referentes aos internamentos ou
procedimentos hospitalares oriundos do SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE.

ASS. PACIENTE Charles Oliveira da Silva

ASS. RESPONSÁVEL X

Fortaleza, 22 / 04 / 15



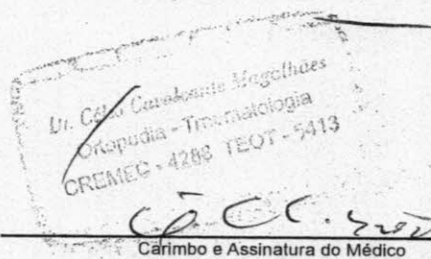
ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL VALE DO CURU
Rua: Francisca Moreira s/n - Pentecoste - Ceará

RECEITUÁRIO

Aterto por Charles
Oliveira da Silva, 25 anos, foi
vítima de acidente de trânsito,
moto, em 02/04/2015, sofrendo
fratura múltipla na face. Foi
submetido a tratamento cirúr-
gico e atualmente encontra-se
em ALTA DEFINITIVA.
Solicite Seguro DPVAT.

AX.
—

C 17105 502



Data: 20/09/2017

FUMAR CAUSA CÂNCER DE BOCA, ESÔFAGO E PULMÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE
Secretaria Municipal de Saúde
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nome: Charles Oliveira da Silva

A Perícia Médica

O paciente acima é vítima de acidente automobilístico em 02/04/15 com trauma em face (não estava usando capacete), com fratura dos ossos maxilares (fratura do complexo órbito-maxilar - zigomálico-D). A cirurgia foi realizada dia 24/04/15 com redução do fratura. O paciente acima está sem condições de trabalhar desde 02/04/15 por um período de 90 (noventa) dias a conta do dito acidente.

DATA: 11, 06, 15


Fernanda Dias Goulart
CREMEC 13524
MÉDICA

FUMAR CAUSA CÂNCER DE BOCA, ESÔFAGO E PULMÃO

 HOSPITAL BATISTA MEMORIAL				8021-7		FICHA DE ANESTESIA					
NOME DO PACIENTE						Charles Oliveira de Silva					
Nº DO PRONTUÁRIO						169846		Nº CONTROLE			
TIPO DE CIRURGIA						APTO/ENF.		LEITO		CATEGORIA	
CIRURGIÃO						TEMPO DE SALA		TEMPO DE OXIGÊNIO			
IDADE		PESO		ALTURA		SEXO		TEMPERATURA		PULSO	
		95kg				M		36,5		80	
Tipo Sanguíneo		Hematias		Hemoglobina		Hematócrito		Glicemia		Uréia	
				13				80		40	
Ap. Respiratório						Asma					
Ap. Circulatório						Bronquite					
Ap. Digestivo						Dentes		Pescoço		Alergia	
Ap. Urinário										Estado Mental	
Diagnóstico Pré-Operatório						Risco		Atarácicos		Corticóides	
Anestésias Anteriores						Hipertensores		Outros			
Medicação Pré-Anestésica						Hora		Efeitos		Hipopressores	
HORÁRIO						INDUÇÃO					
Agente Anestésico						Satisfatório					
Líquidos						Excitação					
						Tosse					
						Laringoespasmos					
						Lenta					
						Náuseas					
						Vômitos					
						Outros					
CÓDIGO						MANUTENÇÃO					
V - P. Arterial; 0 Pulso; 0 Respiração						1 - Monitorização					
A - X Anestesia O Operação						2 - Venoclave (nº 20)					
						3 - Fentanyl 300µg					
						4 - Propofol 200mg + 100mg					
						5 - Atropina 30mg					
						6 - INT / tubo polarizado					
						Anestesia Satisfatória ☒ SIM					
						Não por quê?					
						7 - Despertar					
						8 - Despertar 100mg					
						Reflexos na S. 9					
						9 - Amida 50mg					
						Obstrução					
						Co2					
						Excitação					
						30 - bromopride 30mg					
						Náuseas					
						Vômitos					
						11 - Atropina 1mg					
						Para o Leito Com Cânula					
						12 - Propofol 2mg					
						Condições					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						Perda Sanguínea Aproximada					
						Volume Sanguíneo Reposto					
POSICÃO						Duração Total da Operação					
AGENTES						hs.					
TÉCNICA						Volume Total da Anestesia					
OPERACÃO						hs.					
CIRURGIÕES						Assinatura do Anestesta Responsável					
ANESTESISTAS						CRM 11156 CPF 960127063					

26138

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL - HBM
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

Intuário
9846

Atendimento
13069



Reserva/Guia
12600008017



Data 22/04/2015 Hora 19:10

Nome do paciente
CHARLES OLIVEIRA DA SILVA [CPF: 5928963319]

Endereço
MUNDO SOARES DE OLIVEIRA

Cidade
EDREIRAS

Nome da Mãe
RANISCA CARLOTA DE OLIVEIRA DA SILVA

Responsável
CHARLES OLIVEIRA DA SILVA

Cidade
EDREIRAS

Sexo Est. Civil
M Solteiro

Dt Nasc. 03/06/1992
Telefone 85 91040332

R.G. 20075689329

Código CNS
704705781795333

Num. Complemento
106

Cidade
PENTECOSTE

UF
CE

Endereço
RAIMUNDO SOARES DE OLIVEIRA

Cidade
PENTECOSTE

Cap

Num.
106

Telefone
85 91040332

Médico Atendente
259330 FRANCISCO DE ASSIS SILVA [CRM: 0909] [CPF: 3383059391]

Procedimento
220704 OSTEOSINTESE DA FRATURA DO OSSO ZIGOMATICO

Convênio
50 SUS

Médico Acompanhante
259330 FRANCISCO DE ASSIS S [CRM: 0909] [CPF: 3383059391]

Cid
S024 FRAT DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

Origem
PACIENTES DO IJF

Seção
012401 RECEPCAO (INTERNAMENTO HOSPITALAR)

Acomodação
POSTO: 010216 - POSTO III ENFERMARIA: 016110 - ENFERMARIA 309 LEITO: 16 / ENF 309

Data mín. para alta - 22/04/2015

Data máx. para alta - 26/04/2015

Atendente - ADRIANA FRANKLIN

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [] Sim [] Não
Internação anterior...? [] Sim [] Não

Data admissão 22/04/2015
Hora admissão 19:10

Data alta 02/05/15
Hora alta 11:00

Alta....: Curado.....: [] Melhorado.....: [] Inalterado.....: []
Porado.....: [] A pedido.....: [] Indisciplina.....: []
Transferido....: [] Falecimento....: [] Evasão.....: []

Clinica.: Médica.....: []
Cirúrgica.....: []
Obstétrica....: []

Diagnóstico:

Internação.: Fratura dos ossos maxilares
Definitivo... Fratura dos ossos maxilares

Cid
S10.214
S10.214

Histórico:

Paciente admitido de acidente motorciclístico dia 02/04/15 com fratura em face. Cirurgia realizada dia 24/04/15 com osteossíntese de rigidez

Alta - 1
Perm - 2
Transf - 3
Óbito - 4

Raio X:
[] Simples
[] C/Contraste

Uti
Entrada ____/____/____
Saída ____/____/____

Caract. Trat. _____

Yuri Campelo Fraga
Cirurgião - Traumatologia
Yuri Campelo Fraga
Carimbo - Maxilo-facial
Bucco - Maxilo-facial
Residência UF - CRO-CE 7780

Motivo

Sangue..: [] Rh.: []

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO QUE TODOS OS DADOS ACIMA MENCIONADOS FORAM FORNECIDOS E CONFERIDOS POR MIM, COM BASE EM DOCUMENTOS LEGAIS, E QUE SÃO TOTALMENTE VERÍDICOS.

X Charles Oliveira da Silva
Assinatura do Paciente

RG

05

PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE

Secretaria Municipal de Saúde

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nome: Charles Oliveira da Silva

A Perícia Médica

O paciente acima é vítima de acidente automobilístico em 02/04/15 com trauma em face (não estava usando capacete), fratura dos ossos maxilares (fratura do corpo do osso - maxila - zigomático D). A cirurgia foi realizada dia 24/04/15 com redução do fratura. O paciente acima está sem condições de trabalhar desde 02/04/15 por um período de 90 (noventa) dias conta do data acidente

DATA: 11, 06, 15

Remanda Dias Goulart
CREMEC 13524
MÉDICA

FUMAR CAUSA CÂNCER DE BOCA, ESÔFAGO E PULMÃO

Pronto Atendimento

Clínica Médica 24h
Buco-Maxilo-Facial 24h
Clínica de Imagens
Tomografia, Ultra-som
Raios X

Internamentos

Clinicos & Cirúrgicos

Cir. Buco-maxilo-facial
Cirurgia Cardíaca
Cirurgia Geral
Cir. Neurológica
Cir. Pediátrica
Cirurgia Plástica
Cir. Proctológica
Cirurgia Ortopédica
Cirurgia Urológica
Cirurgia Vascular
Cirurgia Médica
Ginecologia
Obstetrícia

UTI

Rim Centro (Hemodiálise)
Litotripsia Extra-Corpórea
Fisioterapia

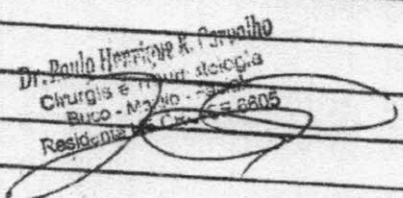
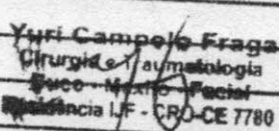
Chorle de Oliveira da Silva

*Paciente vítima de acidente
motociclístico no dia 02/04/15,
submetido a tratamento cirúrgico
fratura de maxilar no dia 2
No momento encontra-se de alta
definitiva.*

CID: S024

21/08/15

*Dr. João Eudes Teixeira
Cirurgião - Dentista
CRO - 7598*

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
24/04/2015		Paciente submetido a tratamento cirúrgico de fratura do complexo Orbital-Maxilo-Zigomaxilar (D). Procedimento realizado sem sutura com fio 3/0. Retirada a SPOD.  Dr. Paulo Henrique R. Carvalho Cirurgião e Traumatologia Buro - Maxilo-Facial Residência - F.O. - 6805
25/04/2015		Paciente em seu 1º DPO de fratura de complexo orbital-maxilo-zigomaxilar (D). Sem queixas algas. Sítios cirúrgicos sem sinais de infecção ou desconexão de sutura. Oclusão normal. Discreta edema em 1/3 médio da face. CD: Solicito R PO  Yuri Campelo Fraga Cirurgião e Traumatologia Buro - Maxilo-Facial Residência UF - FRO-CE 7780
		Rx. FACE (REALIZADO) 25/04/15
26/04/15		PACIENTE NO 2º DPO DE RED + FIR DE FRATURA DE ZIGOMAXILAR (D). CREMA LOCAL EM REGRESSÃO. NÃO APRESENTA QUEIXAS ALGAS.  Dr. Pedro Henrique da Hora Sales Cirurgia e Traumatologia Buro Maxilo-Facial / CRO 7471

NOME: _____

APTO./LEITO: _____

CONV.: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 19/02/2019 às 16:09, sob o número 01119544520198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0111954-45.2019.8.06.0001 e código 446C357.

[illegible]

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL - HBM
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PÁGINA: 1 / 1
DATA: 22/04/2015
HORA: 19:12:25

26)38

Prontuário 169846	Atendimento 13069	Reserva/Guia *12600008017*
Data 22/04/2015 Hora 19:10		
Paciente CHARLES OLIVEIRA DA SILVA [CPF: 5928963319]	Sexo Est. Civil M Solteiro	Dt Nasc. 03/06/1992
Endereço RAIMUNDO SOARES DE OLIVEIRA	Num. Complemento 106	Telefone R.G. 85 91040332 20075089329
Bairro PEDREIRAS	Cidade PENTECOSTE	Código CNS 704705761795333
Nome da Mãe FRANCISCA CARLOTA DE OLIVEIRA DA SILVA	Endereço RAIMUNDO SOARES DE OLIVEIRA	Profissão
Responsável CHARLES OLIVEIRA DA SILVA	Cidade PENTECOSTE	UF CE
Bairro PEDREIRAS		Num. 106
		Cep 85 91040332

Médico Atendente 259330 FRANCISCO DE ASSIS SILVA [CRM: 0909] [CPF: 3383059391]	Médico Acompanhante 259330 FRANCISCO DE ASSIS S [CRM: 0909] [CPF: 3383059391]
Procedimento Res: 20704 OSTEOSINTESE DA FRATURA DO OSSO ZIGOMATICO	Cid S024 FRAT DOS OSSOS MALARES E MAXILARES
Se... 012401 RECEPCAO (INTERNAMENTO HOSPITALAR) 50 SUS	Origem PACIENTES DO IJF
Acomodação POSTO: 010216 - POSTO III ENFERMARIA: 016110 - ENFERMARIA 309 LEITO: 16 / ENF 001	Atendente - ADRIANA FRANKLIN
Data mín. para alta - 22/04/2015	Data máx. para alta - 26/04/2015

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [] Sim [] Não Data admissão: 22/04/2015 Data alta 02, 05, 15

Internação anterior..? [] Sim [] Não Hora admissão 19:10 Hora alta 11:00

Alta....: Curado.....: [] Melhorado.....: [] Inalterado.....: [] Clínica.: Médica.....: []

Piorado.....: [] A pedido.....: [] Indisposição.....: [] Cirúrgica.....: []

Transferido....: [] Falecimento....: [] Evasão.....: [] Obstétrica....: []

Diagnóstico:

Internação.: Fratura dos ossos maxilares Cid S10.214

Definitivo.: Fratura dos ossos maxilares Cid S10.214

Histórico:

Prontuário número de acidente motociclístico dia 02/04/15

com fratura em face. Cirurgia realizada dia 24/04/15 com

osteossintese de zigoma

Alta - 1	Raio X:	Uti
Perm - 2	[] Simples	Entrada ____/____/____
Transf - 3	[] C/Contraste	Saída ____/____/____
Óbito - 4		
Motivo	Caract. Trat.	
[] Sangue..: [] Rh..: [] [] A [] B [] C [] D []		

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO QUE TODOS OS DADOS ACIMA MENCIONADOS FORAM FORNECIDOS E CONFERIDOS POR MIM, COM BASE EM DOCUMENTOS LEGAIS, E QUE SÃO TOTALMENTE VERIDICOS.

Charles Oliveira da Silva
Assinatura do Paciente

RG

Yuri Campelo Fraga
Carimbo e Assinatura do Médico
BUCO - Maxila do lado esquerdo
Residência UF - CE - CRQ-CE 1780

05/12/2015

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 19/02/2019 às 16:09, sob o número 011119544520198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 01111954-45.2019.8.06.0001 e código 446C357.



"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
 Av. Padre Antônio Tomás, 2056 – Aldeota – CEP 60140-160 – Fortaleza – Ceará
 Fone: (85) 4005-2999 – Fax: (85) 4005-2945

DATA	HORA	• EVOLUÇÃO •
01/05/15		Paciente em seu 2º DPO de Red + FIR de Ex de Zigma (B) Evolutiva estável, orientada, verbalizando, deambulando, consciente, aguda, ausência de queixas algias e em B. Abame apresenta ausência de sinais de infecção ou de trauma em altura, hipostoma residual em regressão (B). CD: Alta prenata. Epilamantã. dia 02/05/2015 Aguarda TC de face <i>Dra. Raissa Brito Popóla</i> Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Residente DIF CRO-CE 7352
02/05/15		Paciente em seu 3º DPO de RED + FIR de Ex de Zigma (B) Evolutiva estável, consciente, orientada, verbalizando, deambulando. Não relata queixas algias; aguda. Uo exame observa edema em tnp médio da face em maxilas; hipostoma residual, sem sinais de infecção; sem diferença de altura. CD: ALTA DMP <i>Dra. Shellen Rocha</i> Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Residente DIF CRO-CE 7584 TC de face. SVJ 02/05/15

NOME: _____

APTO./LEITO: _____

CONV.: _____

 HOSPITAL BATISTA MEMORIAL				FICHA DE ANESTESIA																					
8021-7				NOME DO PACIENTE <i>Charles Oliveira de Silva</i>																					
TIPO DE CIRURGIA <i>Maxilomaxila</i>				Nº DO PRONTUÁRIO <i>169846</i>				Nº CONTROLE																	
CIRURGIÃO <i>Dr. Marcos [illegible]</i>				APTO / ENF.		LEITO		CATEGORIA																	
IDADE				PESO		ALTURA		SEXO		TEMPERATURA		PULSO		RESPIRAÇÃO		PR ARTERIAL		DATA DA ANESTESIA							
Tipo Sanguíneo				Hematias		Hemoglobina		Hematócrito		Glicemia		Uréia		Urina											
Ap. Respiratório				Ap. Circulatório				Ap. Digestivo				Ap. Urinário				Asma				Bronquite					
Diagnóstico Pré-Operatório				Anestésias Anteriores				Medicação Pré-Anestésica				Hora				Efeitos				ECG				Alergia	
HORARIO				Risco				Estado Mental				Atráxicos				Corticóides				Hipotensores				Outros	
Agente Anestésico				Líquidos				INDUÇÃO				Satisfatório				Excitação				Tosse					
								Laringoespasmos								Lenta									
								Náuseas								Vômitos									
								Outros																	
CÓDIGO				MANUTENÇÃO				1 = Monitorização																	
V - P. Arterial; 0 - Pulso; 0 - Respiração				2 = Ventilação 10-15				3 = Função da via																	
A - X - Anestesia O - Operação				4 = Pulso 2-300 batidas				5 = Anestesia 10mg																	
				6 = INT (10mg) + 10mg				Anestesia Satisfatória				SIM				NÃO									
				7 = Colapso da				Não por quê?																	
				DESPERTAR				8 = Anestesia 10mg																	
				Reflexos na S.O.				9 = Anestesia 10mg																	
				Obstrução				10 = Anestesia 10mg																	
				Náuseas				11 = Anestesia 10mg																	
				Para o Leito Com Canela				12 = Anestesia 10mg																	
				Condições				13 = Anestesia 10mg																	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES				Perda Sanguínea Aproximada																					
				Volume Sanguíneo Reposto																					
				Duração Total da Operação																					
				Volume Total da Anestesia																					
POSICÃO				AGENTES				TÉCNICA				OPERAÇÃO													



MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ

Av. Padre Antônio Tomás, 2036 - Aldeota - CEP 60140-160 Fortaleza - Ceará

Fone: (85) 4005-2999 - Fax: (85) 4005-2945

Pronto Atendimento

Clínica Médica 24h
Buco-Maxilo-Facial 24h
Clínica de Imagens
Tomografia, Ultra-som
Raios X

Internamentos Clínicos & Cirúrgicos

Cir. Buco-maxilo-facial
Cirurgia Cardíaca
Cirurgia Geral
Cir. Neurológica
Cir. Pediátrica
Cirurgia Plástica
Cir. Proctológica
Cirurgia Ortopédica
Cirurgia Urológica
Cirurgia Vascular
Cirurgia Médica
Ginecologia
Obstetrícia

UTI

Rim Centro (Hemodiálise)
Litotripsia Extra-Corpórea
Fisioterapia

Chorle de Oliveira da Silva

Paciente vítima de acidente

*motociclístico no dia 02/04/15, sendo
submetido a tratamento cirúrgico de
fratura de maxilar no dia 24/04/15.*

*No momento encontra-se de alta
definitiva.*

CID: S024

21/08/15

Dr. João Eudes Teixeira
Cirurgião - Dentista
CRO - 7598

Entidade de Utilidade Pública, Lei 3111/65 e Federal, decreto 1575/77

111546/07

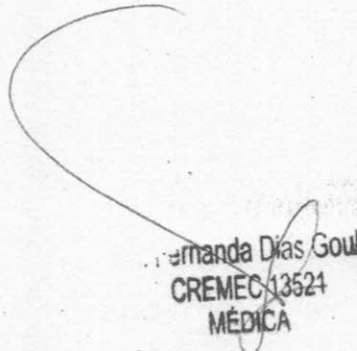
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE
Secretaria Municipal de Saúde
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nome: Charles Oliveira da Silva

A Perícia Médica

O paciente acima é vítima de acidente automobilístico em 02/04/15 com trauma em face (não estava usando capacete), com fratura dos ossos maxilares (fratura do complexo órbito-maxilar - zigomáxilo-D). A cirurgia foi realizada dia 24/04/15 com redução da fratura. O paciente acima está sem condições de trabalhar desde 02/04/15 por um período de 90 (noventa) dias a contar do dito acidente.

DATA: 11, 06, 15


Fernanda Dias Goulart
CREMEC 13524
MÉDICA

FUMAR CAUSA CÂNCER DE BOCA, ESÔFAGO E PULMÃO

SINISTRO 3180059484 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CHARLES OLIVEIRA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE COR. SEGUROS EIRELI

BENEFICIÁRIO CHARLES OLIVEIRA DA SILVA

CPF/CNPJ: 05928963319

Posição em 08-02-2019 10:37:18

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/02/2018	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00