



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome:	RAUL SIQUEIRA DE SOUZA		Nacionalidade:	BRASILEIRA
Estado Civil:	SOLTEIRO	Profissão:	AGRICULTOR.	Carteira de Identidade:
CPF nº:	082.707.253-82	Residência:	SÍTIO ESCURO	
Bairro:	ZONA RURAL	Cidade:	CRATEÚS	Estado/UF: CEP:
			CEARA	63.700-000

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 998-A, Centro, município de Crateús/CE, CEP nº 63.702-885; Celular/WhatsApp: (88) 99619-6396.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) 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, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, 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 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 audiência e perícias médicas, em nome do(a) outorgante, substabelecer com ou sem reservas, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

CRATEÚS – CE., 15 de FEVEREIRO de 2019.

Raul Siqueira de Souza
(outorgante)



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declarante: <u>RAUL SILVEIRA DE SOUZA</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Residência: <u>POUADO SIZO ESCURO.</u>		Profissão: <u>AGRICULTOR</u>
CPF nº: <u>082.707.253-82</u>	RG nº: <u>2016071434-0 SSP-CE</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>
Bairro: <u>ZONA RURAL</u>	Cidade: <u>CRATEÚS</u>	Estado/UF: <u>CEARA</u>
CEP: <u>63.700-000</u>	Telefone:	

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.

Crateús - Ce., 15 de FEVEREIRO de 2019.

Raul Silveira de Souza
Declarante



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
 Número
082.707.253-82
 Nome
RAUL SIQUEIRA DE SOUZA
 Nascimento
12/09/1999
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CÓDIGO DE CONTROLE
B912.997A.A54E.C894
 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 12:29:23 do dia 17/12/2015 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RAUL SIQUEIRA DE SOUZA,RG nº 2016071434-0 data de expedição 04/03/16, Órgão SSP/CE,CPF nº 082.707.253-82 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	ST ESCURO
Número	S/N
Apto / Complemento	ZONA RURAL
Bairro	
Cidade	CRATEUS
Estado	CEARA
CEP	63.700-600
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CRATEUS/CE 27/06/18Assinatura do Declarante: X Raul Siqueira de Souza



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 557861677

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei n° 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
JAN/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
2191579 PV **2**

VENCIMENTO
14/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
75,58

Rota 31 038006 03 0187000 Medidor 9164337 Poste 0000 0
Nome JOSE VILSON SIQUEIRA
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora ST ESCURO 00000 STO ANT DOS AZE CRATEUS 63700000

RG / CPF / CNPJ 060.844.998-99 CGF
Classe B2 - 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 19354 Leitura Anterior 19189 Constante 1 Consumo (kWh) 165 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 165

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA			
Consumo faixa 0-30 Kwh	165	0,36315	59,91

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 15/01/2019 Prev. Próxima Leitura 14/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

C065.6CB3.CFDF.2659.EECA.A6B4.098C.3FED

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 31,09
TRANSMISSÃO 3,32
DISTRIBUIÇÃO 17,72
ENCARGOS SETORIAIS 4,75
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 3,03

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES 0,50
JUROS DO MES 0,85
MULTA MORATORIA 1,19
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 13,13

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

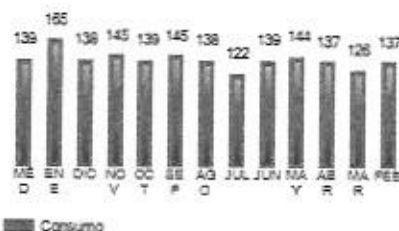
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 24,29

Conjunto

Mês NOV/ 2018

	Padrão Individual Mensal	Trim.	Anual	Apuração Individual Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	3,13	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			3,13		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

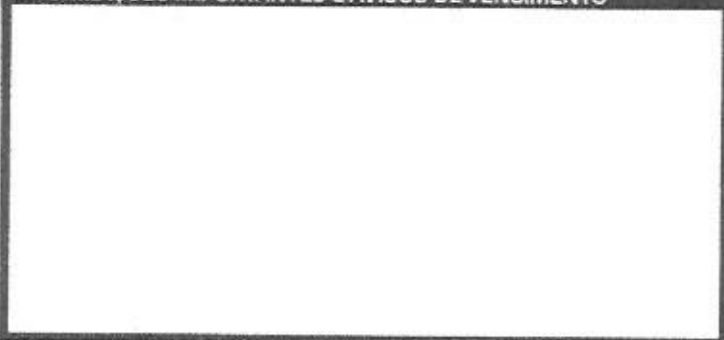


CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 2191579-2 N° da Nota Fiscal: 557861677 Total a Pagar (R\$): 75,58
Data de Emissão: 16/02/2019 Referência: JAN/2019 N° de Controle: 0002191579 00220 4339 2 08

83860000000-0 75580031000-6 00021915790-1 02204339280-7



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 16/02/2019 às 09:42, sob o número 011120613201908060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0111206-13.2019.8.06.0001 e código 4448B02



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 2314 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)**

Data / Hora da Comunicação: **27/06/2018 12:31:27**

Data / Hora da Ocorrência: **31/12/2017 14:00:00**

Endereço da Ocorrência: **ESTRADA DO INCHUI**

Complemento:

Bairro:

Município: **CRATEUS/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RAUL SIQUEIRA DE SOUZA**

Nascimento: **12/09/1999** CPF: **082.707.253-82**

RG: **20160714340**

Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **MARIA NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA**
NC

Endereço: **SITIO ESCURO**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **CRATEUS/CE**

País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(88) 9930-0172**

Noticiante(s)

Nome: **RAUL SIQUEIRA DE SOUZA**

Nascimento: **12/09/1999** CPF: **082.707.253-82**

RG: **20160714340**

Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **MARIA NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA**
NC

Endereço: **SITIO ESCURO**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **CRATEUS/CE**

País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(88) 9930-0172**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSU3948** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:

9C2KC1650ER506240 Renavam: **1005300124** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ESD** Ano

Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**

Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOSE VILSON SIQUEIRA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

A vítima informa que na data e horário acima estava conduzindo a motocicleta de placa OSU 3948 na estrada carroçal próximo a localidade de Inchui, município de Crateús, quando estava realizando um conversão para para esquerda, o mesmo sobrou na curva e caiu em uma barreira; que com a queda foi socorrido pelo senhor ANTONIO ALGERIR SALES OLIVEIRA, pois o sinistro aconteceu bem próximo a propriedade deste senhor; que vítima foi levada de carro para o Hospital de Novo oriente, porem foi transferido para o Hospital são Lucas de Crateus e chegando neste foi atendido pelo medico Orlindo Barbosa Gomes Junior; que foi

Raul Siqueira de Souza

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

fls. 15

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 2314 / 2018**

constatando fratura no calcanhar do pé esquerdo ; que passou quatro a cinco meses em tratamento; que durante esse período de recuperação não conseguia exercer as suas atividade laborais normais; que a vitima informa que a motocicleta que estava conduzindo é de propriedade do senhor JOSE VILSON SIQUEIRA; que a vitima estava usando capacete e que não tinha ingerido bebida alcoólica durante o fato. E nada mais disse/////

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****MARCELO PONTES CAVALCANTE - MAT.: 30093917****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Paulo Siqueira de Souza***VISTO DO DELEGADO(A) :****ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4***x Antonio ALGERIN SALVO OLIVEIRA**x JOSS VILSON SIQUEIRA*

Nº DATA 31/12/17

1 - IDENTIFICAÇÃO

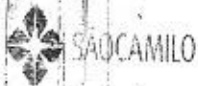
NOME: AGUIAR Diqueira de Souza
NOME DO PAI: Cláudio Diqueira de Souza
NOME DA MÃE: Cláudio Diqueira de Souza
CNS: 1210919910001-2
ESTADO CIVIL: PF SEXO: M DN: 12/09/1991 IDADE: 27
PROFISSÃO: Enfermeiro CPF: 1210919910001-2 CIDADE: Enfiteus
ENDEREÇO: Bitão Escuro
SINAIS E SINTOMAS: Paciente vítima de acidente automobilístico (SIC), apresentando trauma em abd, encaminhado para avaliação sobre traumatologia de + REXIO X.
3 - DIAGNÓSTICO:

4 - CONDIÇÃO:

DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO
MÉDICO
OTENEC 1552

ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASS. DO MÉDICO



Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 124786	Atendimento 0005	Nome do Paciente RAUL SIQUEIRA DE SOUZA	CNS 704801529435544	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 082.707.253-82			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 12/09/1999	Local CRATEUS/CE		Idade 18 Ano(s)	
Pai NC	Mãe MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA			
Endereço CAMPO SITIO ESCURO II, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjuge	Telefone 88 99300172	
Responsável MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE	CPF do Responsável	Endereço CAMPO SITIO ESCURO II, SN	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 01/01/2018	Hora 17:57	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA	CRM/UF 6945/CE			Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente	Funcionário MARIA APARECIDA SOARES XIMENES			
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg) 1	Altura (cm)	T (°C) 36.5	(bpm) 87	R (bpm) 120x00

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

SR 94

PASP

A

A grande parte Traumatologia
Retorno de Sobol p/ per fun

Para o JTF.

Parte luz

Profund 0/100

aprox + 18

1000 56 f

12/10/11

01/01/11

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Dr. Gilvan Melo Marques
MÉDICO
CREMEC: 10784

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA DE NAZARE SIQUEIRA

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME: Raul Siqueira de SousaPRONTUÁRIO: 124786POSTO: Observação LEITO: 03

DATA	
01/01/18	AS 08:15 PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBA- LIZA, VÍTIMA ACIDENTE AUTO (SIF) APRESENTANDO TRAUMA EM MTE, REFERINDO DOR AO LOCAL, TRANSFERÊNCIA AUTORIZADA PL SORTEL.
01.01.18, às 18:15h	Paciente retornando de SORTEL, com pedido de urgência para o SIF, aguardando avaliação com traumatologista, segue ao CSE.
02.01.2017, às 08:45h.	Pct. R.S.S. 18 anos, em observação, vítima de acidente automobilís- tico dia 31/12/2017. Consciente, orientado, ver- baliza, deambula com dificuldade, em tempo em repouso no leito, ar ambiente, dita zero, aguardando consulta me- dica. Com HD de trauma em tórax e abdômen, imobilizado por tala gessada. Pct. nega comorbidades, assim como uso de medicação contínua e alergias. Paciente queixava-se no local principalmente ao movimentar-se. Histórico de ter sido transportado para SORTEL onde contra referenciaram para aguardar vaga em SIF Fortaleza. Eliminações físico- químicas presentes. Exame de imagem RX constando em prontuário segue aos cuidados de enfermagem. Aguardando consulta médica.
02.01.2017, às 08:45h.	Pct. avaliado pelo Dr. Jamil que internou e solicitou transferência para SIF. Fortaleza. Segue aos cuidados de enfermagem.

Dra. Cláudia Siqueira Nascim
ENFERMEIRADra. Regina Soares da
ENFERMEIRA
CORENCE 525Dra. Tereza Siqueira
ENFERMEIRADra. Tereza Siqueira
ENFERMEIRA
CORENCE 525

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

DN: 12/10/1999

NOME DA MÃE: Mª DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA

PRONTUÁRIO: 124986

SETOR: OSSEOPEDICIA (ORTI) LEITO: 62 CONVÊNIO: SUS

DATA: 01/10/18

	PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO
01	<i>Leto livre</i>	
02	<i>leol 50 f (E)</i>	<i>500 09:29 500 (21)</i>
03	<i>leol 50 f + leol (E) 12/12H</i>	<i>09:50 20:50</i>
04	<i>leol 50 f + leol (E) 6/6H</i>	<i>09:50 20:50</i>
05	<i>Transal Pl leol (E) SIN</i>	<i>09:50 20:50</i>
06	<i>AGU+ROP Transplên</i>	
07	<i>Sa vrtz</i>	
08		
09	<i>Di fául transplên</i>	
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

Evolução Médica:

fatiga, náusea, vômito, dor abdominal

Jr. Gilvan Melo Marques
MÉDICO
CREMEC: 10784

Assinatura e Carimbo

Este documento é cópia do original assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 16/10/2019 às 09:42, sob o número 01112061320198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0111206-13.2019.8.06.9901 e código 4448802.

DATA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Assinatura legítima e nº COREN
37/12/2017	Paciente em repouso no leito do Q35, consciente, orientado, verbaliza, deambula com auxílio. Víti de acidente. Refereendo dor na região do MTE. Guardando item avaliado pelo o traumatologista. Segue com cuidados de enfermagem.	Janice Alves TÉC. ENFERMAGEM COREN/CE 508.243
37/12/2017	Paciente em repouso no leito do Q35, consciente, orientado, verbaliza, deambula com auxílio. Víti de acidente. Refereendo dor na região do MTE. Guardando item avaliado pelo o traumatologista. Segue com cuidados de enfermagem.	Janice Alves TÉC. ENFERMAGEM COREN/CE 508.243
31.12.17	Paciente continua no leito de observação em observação orientada verbalizando deambula com auxílio. O mesmo relato no sistema de acidente no trânsito apresentando trauma em M.T.E. (Tornozelo) mobilizando, quando o liberação do Círculo para Transfusão no momento, sem gases.	Maria Elvira Sousa Téc. de Enfermagem COREN/CE 924.480
01/01/18	Paciente em repouso no leito do Q35, consciente, orientado, verbaliza, deambula com auxílio. Apresentando dor na região do MTE mobilizando. Guardando item avaliado pelo o traumatologista. Refereendo dor na região do MTE. Segue com cuidados de enfermagem.	Janice Alves TÉC. ENFERMAGEM COREN/CE 508.243
01/01/18	Paciente em repouso no leito do Q35, consciente, orientado, verbaliza, deambula com auxílio. Apresentando dor na região do MTE mobilizando. Guardando item avaliado pelo o traumatologista. Refereendo dor na região do MTE. Segue com cuidados de enfermagem.	Janice Alves TÉC. ENFERMAGEM COREN/CE 508.243
	Assinatura legítima e nº COREN	Janice Alves TÉC. ENFERMAGEM COREN/CE 508.243

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SpO₂ = Saturação Periférica; DT = Dreno de Tórax; DS = Dreno de Sucção; SNG = Sonda Nasogastrica; SNE = Sonda Nasoentérica; CVC = Cateter Venoso Central; CH = Cateter para Hemodiálise; TOT = Tubo Orotraqueal; SVD = Sonda Vesical de Demora.

Hospital São Lucas

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ADMINISTRAÇÃO Paciente: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA
Prontuário: 124786 Convênio: SUS

Data Nascimento: 12/09/1999

PACIENTE: Nome da Mãe MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA

NOME DA MÃE Município: CRATEUS-CE

SETOR: C.C.T. LEITO: 03 CONVÊNIO:

DN: 12/09/1999

PRONTUÁRIO: 124786

DATA: 05/01/18

	PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO
01	Ameltra	
02	Tela gessada para	
03	Atte hospital	
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

Gerardo Fernandes Junior
CPF: 445.756.553-72
CRM: 8251

Evolução Médica:

Det: lesão intanal, epil, R...
D: Tela gessada
Ameltra
Atte hospital

Gerardo Fernandes Junior
CPF: 445.756.553-72
CRM: 8251
Assinatura e Carimbo

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 16/02/2019 às 09:42. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0111206-13.2019.8.06.0001 e código 4448B02.

DATA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Assinatura legível e nº COREN
05/01/18	às 08hs cliente em 2º PO de -	
	procedimento em m.t. (E) tornoz -	
	lo, injeção coberta e renovado	
	curativo pct consciente, orienta -	
	de verbalizar, deambula com	
	ajuda só o necessário. pct	
	não relata dor no momento	
	da plantar, segue aos cuidados	
	dos de Emp	
	9:30 cliente passou pelo monitor	
	descum para sala de parto	
	como pedi prescrição médica	
	entregue prescrição de corte próte -	
	médica (corte orientado)	
	em uma cadeira de parto	
	Lígia Fernandes T-X 889410.	
	Thom Wilson Silva	
	Roberto de Jesus Ribeiro	

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SpO₂ = Saturação Periférica; DT = Dreno de Tórax; DS = Dreno de Sucção; SNG = Sonda Nasogástrica; SNE = Sonda Nasoentérica; CVC = Cateter Venoso Central; CH = Condicionador Hidráulico; TOT = Tubo Orotraqueal; SVD = Sonda Vesical de Demora.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 16/02/2019 às 09:42, sob o número 01112061320198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0111206-13.2019.8.06.0001 e código 4448B02.

Hos		ANESTESIA									
ADMINIS		Paciente: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA Data da Int: 02/01/2018 Dt de Nasc: 12/09/1999 Convênio: PARTICULAR Prontuário: 124786 Município: CRATEUS-CE Nome da Mãe: MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA									
PACIENTE		DATA 03.01.18									
TIPO DE CIRURGIA		LEITO									
IDADE	PESO	ALTURA	SEXO	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRAÇÃO	P. ARTERIAL				
18			M		71		110/60				
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	URINA					
AP RESPIRATÓRIA					ASMA		BRONQUITE				
AP CIRCULATÓRIO					ECG						
AP DIGESTIVO				DENTES	PESCOÇO	ALÉRGIA					
AP URINÁRIO						ESTADO MENTAL					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					RISCO	ATAQUE					
ANESTESIAS ANTERIORES					CORTICÓIDES						
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				HORA	EFEITO	HIPOSENSORES OUTROS					
HORÁRIO		17:55 20:27				INDUÇÃO					
Agentes Anestésicos											
Líquido											
CÓDIGO V P Arterial: O Pulso: O - Respiração A X Anestesia	260										
	240										
	220										
	180										
	160										
	140										
	120										
	100										
	80										
	60										
40											
20											
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		B50278000 A* 700 726									
POSICÃO		Supino									
AGENTES		Máscara O2 e Manobra									
TÉCNICA		Respiratória									
CIRURGIA		Cirurgia									
CIRURGIÕES		A. B. C.									
ANESTESISTAS		N. S. S.									
		SISTEMA					() NÃO				
		NÃO PORQUE?									
		DESPERTAR									
		REFLEXOS NA SO					OBS...UÇÃO Co2				
		EXCITAÇÃO					NÁUSEAS				
		VÔMITOS					OUTROS				
		PARA O LEITO CÂNULA									
		() SIM () NÃO									
		CONDIÇÕES									
		BALANÇO									
		PERDA SANGÜÍNEA APROXIMADA									
		VOLUME SANGÜÍNEO REPOSTO									
		TEMPO CIRÚRGICO									
		DURAÇÃO TOTAL DA OPERAÇÃO									

Hospital

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

ADMINISTRAÇÃO

Paciente: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA
 Data da Int: 02/01/2018 Dt de Nasc: 12/09/1999
 Convênio: PARTICULAR Prontuário: 124786
 Município: CRATEUS-CE
 Nome da Mãe: MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA

DATA

03.01.18

PACIENTE

LEITO

INTERVENÇÃO

CIRURGIA

PROPOSTA

REALIZADA

Cist. de Dorozelo e

CIRURGIÃO

Dr. Gerardo junior

CRM

AUXILIARES

1º

CRM

2º

CRM

3º

CRM

4º

CRM

ANESTESIOLOGISTA

Dr. Jamil

CRM

TIPO DE ANESTESIA

Raque

PATOLOGISTA

INSTRUMENTADOR(A)

Nairam

CIRCULANTE

Marinete

ACHADOS OPERATÓRIOS

① Amplicar a art. renal

② Fazer a anastomose

③ Fazer anastomose p/ o ureter no Douglas

④ Fazer anastomose p/ o ureter no Douglas

lobul

⑤ Fazer anastomose p/ o ureter no Douglas

coto do ureter

⑥ Fazer a fixação da bexiga no Douglas

de p/ o Douglas

⑦ Fazer a anastomose

⑧ Fazer a anastomose

⑨ Fazer a anastomose

03 01 18

SINISTRO 3180341309 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** RAUL SIQUEIRA DE SOUZA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Sabemi

Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO RAUL SIQUEIRA DE SOUZA**CPF/CNPJ:** 08270725382**Posição em 16-02-2019 10:17:46**

O pedido do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
25/10/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

Carta nº: 13507893

A/C: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180341318
Vitima: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA
Data do Acidente: 31/12/2017
Cobertura: DAMS
Procurador: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

Valor: R\$ 788,64

Banco: 237

Agência: 00000997-0

Conta: 0000030943-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



SINISTRO 3180341318 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** RAUL SIQUEIRA DE SOUZA**COBERTURA** DAMS**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Sabemi

Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO RAUL SIQUEIRA DE SOUZA**CPF/CNPJ:** 08270725382**Posição em 16-02-2019 09:30:13**

O pedido do Seguro DPVAT foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Comprovantes de despesas médicas	Vitima	Não Conforme	



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRATEÚS

Secretaria Municipal de Finanças

Coordenadoria de Gestão Tributária

Rua Coronel Zezé, 1141 - Centro

Crateús - CE - 63700010

Nota: 2018000001

00100188

Código Verificação

810E8ADA2

Código QR



NOTA FISCAL ELETRÔNICA ÁGIL - NFeA

Data e Hora de Emissão: 21/03/2018 - 09:09 hs

Município de Prestação: Crateús - CE

Natureza da Operação: Tributação no município

Período de Competência: 03/2018

Reg. Especial Tributação: Nenhum

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: GERARDO FERNANDES JUNIOR ME

Nome Fantasia: DR GERARDO JUNIOR

Email: pabloelvio@hotmail.com

Incentivador Cultural: Não

Endereço: CORONEL LUCIO, 221, Sala 3 - CENTRO - CEP: 63.700-000 - Crateús - CE

CPF/CNPJ: 63.481.865/0001-37

Inscrição Municipal: 718

Inscrição Estadual:

MEI: Não

Fone/Fax: (88) 99633-6811

Simplex Nacional: Sim

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

Nome Fantasia:

Email:

Endereço: CAMPO SITIO ESCURO 2, S/N - ZONA RURAL - CEP: 63.700-000 - Crateús - CE

CPF/CNPJ: 082.707.253-82

Inscrição Municipal:

Inscrição Estadual:

Fone/Fax:

DADOS COMPLEMENTARES

Código de Serviço: 4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres

CNAE: 8630-5/01 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos

Intermediário:

Construção Civil - Obra:

ART:

Inscrição Municipal:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE À PROCEDIMENTO CIRÚRGICO "FRATURA DE TALUS", RAIOS X DO PÉ ESQUERDO E RAIOS X DO CALCANHAR.

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: 6%

VALOR TOTAL DE SERVIÇOS = R\$ 4.300,00

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deduções (R\$)	Desconto Incondicionado (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	
0,00	0,00	0,00	4.300,00	2,0100	
		ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Valor Líquido (R\$)	
		86,43	0,00	4.300,00	

OUTRAS INFORMAÇÕES

A autenticidade desta NFeA pode ser verificada no site <https://crateus-ce.issintel.com.br/>.
Esta NFeA foi emitida com respaldo LC N° 427/2000
Prestador de Serviços optante pelo Simples Nacional.

Emitido por: GERARDO JUNIOR FERNANDES



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRATEÚS

Secretaria Municipal de Finanças

Coordenadoria de Gestão Tributária

Rua Coronel Zezé, 1141 - Centro

Crateús - CE - 63700010

Nota: 30180000

00102639

Código Verificador

4FA61AB5

Código QR



NOTA FISCAL ELETRÔNICA ÁGIL - NFeA

Data e Hora de Emissão: 05/01/2018 - 10:37 hs

Município de Prestação: Crateús - CE

Natureza da Operação: Isenção

Período de Competência: 01/2018

Reg. Especial Tributação: Nenhum

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO

Nome Fantasia: HOSPITAL SÃO LUCAS

Email: contabilidade@saocamilocrateus.org.br

Incentivador Cultural: Não

Endereço: UBALDINO SOUTO MAIOR, 1052 - SAO VICENTE - CEP: 63.700-000 - Crateús - CE

Fone/Fax: (88) 3691-2019

Simples Nacional: Não

CPF/CNPJ: 60.975.737/0076-79

Inscrição Municipal: 3362

Inscrição Estadual:

MEI: Não

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

Nome Fantasia:

Email:

Endereço: CAMPO SÍTIO ESCURO 2, S/N - ZONA RURAL - CEP: 63.700-000 - Crateús - CE

Fone/Fax:

CPF/CNPJ: 082.707.253-82

Inscrição Municipal:

Inscrição Estadual:

DADOS COMPLEMENTARES

Código de Serviço: 4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres

CNAE: 8610-1/02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

Intermediário:

Inscrição Municipal:

Construção Civil - Obra

ART

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO TRAUMATOLÓGICO

VALOR TOTAL DE SERVIÇOS = R\$ 2.000,00

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deduções (R\$)	Desconto Incondicionado (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor Líquido (R\$)
0,00	0,00	0,00	2.000,00	0,0000	2.000,00
		ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)		
		0,00	0,00		

OUTRAS INFORMAÇÕES

A autenticidade desta NFeA pode ser verificada no site <https://crateus-ce.issintel.com.br/>.

Esta NFeA foi emitida com respaldo LC Nº 427/2000

Os serviços referentes a esta NFeA são isentos/Imunes do ISS.

Nota isenta/imune de ISSQN: por análise do processo de isenção.

Emitido por: ANTONIO ERIBERTO FEITOSA