



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	Antonio Claudio Oliveira Castro		
NACIONALIDADE	Brasileira	NATURAL	Solteiro
RG	040.143.733.17	ESTADO CIVIL	Solteiro
CPF	002.270.083.83	PROFISSÃO	Procurador
ENDEREÇO	Rua Jorge Figueiredo, 3497 A		
BAIRRO	Amorim	CEP	61880000
MUNICIPIO / UF	Fortaleza / CE		
FONES	(85) 985162811 999247367		
E-MAIL	antoniocastano05@hotmail.com		

OUTORGADA: NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo – Fortaleza – CEP 60.325-700.

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 FENASEG, 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, desistir, 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 outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 25 de Abril de 2019.

Antonio Claudio Oliveira Castro
outorgante

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO DISTRICTAL DO MONDUBIM
ALEXANDRA JACKELINE M. SILVA - OFICIAL INTERINA
SUBSTITUTA: SARA L. M. PILOMENO PONTES
CNPJ: 74.189.895/0001-90 - Rua Clemente Silva, Nº 251 - A - Mondubim - CEP: 80.711-445 - Fortaleza - CE
Reconheço a assinatura de ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CASTRO que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Fortaleza, 26 de maio de 2019. Em test. da verdade.
Valdelia Maria Cavalcante de Sousa (Escritorante Autorizada)
Valor Total R\$ 4,15

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 26/04/2019 às 15:28, sob o número 01279793620198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0127979-36.2019.8.06.0001 e código 478AE73.



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Antonio claudio oliveira lactano, Brasileiro(a),
solteiro, pedida militar, portador da Carteira de
Identidade/RG nº 304.127-1-0 (pu-ce) -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o
nº 002.270.083-83, residente e domiciliado na cidade de
Itaitinga, estado Ceará, na Rua
Jorge Figueiredo, Nº 3497-A Ancuri,
declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de
arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o
de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 25 de abril de 20 19.

Ant: claudio O. lactano

Declarante



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO

Eu, Antonio Claudio Oliveira Coutinho,
Brasileiro(a), solteiro, portador da cédula de Identidade Nº
304.127-3-0 (PM-CE) E CPF Nº 002.270.083-83, capaz,
nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
Rua Jorge Figueiredo nº 3497-A Anunci

na Cidade de Itaitinga, Estado Ceará, CEP
61.880-000, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais
declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada
DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito
fornecida.

Fortaleza, 25, de Abril, de 2019.

Ant: Claudio O. Coutinho

DECLARANTE



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Antonio Claudio Oliveira Coutinho, brasileiro(a),
solteiro, policial militar, portador(a) do RG nº
304.127.1-0, inscrito no CPF sob nº
002.270.083-83, residente e domiciliado no endereço
Rua Jorge Figueiredo, 3497 - A Ancuri.

Declaro para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que tem total e plena consciência da propositura da **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT**, em seu nome e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo administrativo, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a **Dra. NAJMA MARIA SAID SILVA**, brasileira, solteira, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 28.394, com escritório profissional a Rua Antônio Drumond, nº 1051, bairro Monte Castelo, CEP 60.325-700, 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 (CE), 25 de Abril de 20 19.

Ant: Claudio I. Coutinho

Declarante.

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>Antonio Claudio Oliveira P.</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>Rua Jorge Figueiredo, 3497 A</u>		Profissão: <u>Policial Militar</u>
CPF nº: <u>002.270.083-83</u>	RG n: <u>304.127-1-0</u>	Estado Civil: <u>solteiro</u>
Bairro: <u>Anunci</u>	Cidade: <u>Itaitinga</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>61.880.000</u>	Telefone: <u>9.85162811 / 99247367</u>	

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTOS, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o (a) acima qualificado (a) DECLARO(A), sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente:

Fortaleza, 25 de Abril de 2019

Ant: Claudio O. Oliveira

Assinatura

Lei Nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983

O PRESIDENTE DA REPUBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.

Paragrafo único – O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em Processo Penal.

Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na Legislação aplicável.

Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.

Brasília, e, 29 de Agosto de 1983: 162º da Independência e 95º da República.

João Figueiredo / Ibrahim Arbi-Ackel / Hélio Beltrão



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 35. DISTRITO POLICIAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 130 - 6880 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/06/2017 21:01:41**
Data / Hora da Ocorrência: **20/06/2017 17:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 040**
Complemento:
Bairro: **COACU** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **EDSON VIEIRA DOS SANTOS**
Nascimento: **21/10/1969** CPF: **415.953.603-44**
RG: **09444912** Orgão Emissor: **PM**
Filiação: **ISABEL VIEIRA DOS SANTOS**
RAIMUNDO VIEIRA DE MORAIS
Endereço: **NÃO INFORMADO 1ª CIA DO 8º BPM**
Bairro: **ALDEOTA** CEP:
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone:
País: **BRASIL**

UF:

01 JUN. 2018

Histórico

que está lotado na 1CIA/8BPM; que foi acionado via CIOPS para comparecer à R. MANOEL JACARÉ, 189, AP. 106 Bl. B; que o CIOPS apenas pediu para que o declarante verificasse se nesse endereço havia um veículo GM/SPIN de placas OSA 4334, com o parachoque danificado; que então o declarante compareceu ao local e verificou a existência desse veículo e sem seu parachoque dianteiro; que conversou com a proprietária do veículo (MARIA GLÁUCIA UIABA BARROCAS PAIVA) e esta esclareceu que havia se envolvido em um acidente, na condição de motorista do veículo; que ela disse que sabia que deveria ficar no local, mas devido ao nervosismo saiu do local em não solicitou socorro; que então o declarante pediu que ela o acompanhasse até a delegacia para prestar esclarecimentos acerca dos fatos, tendo o declarante solicitado o documento do veículo e da Sra. MARIA GLÁUCIA; que a vítima do acidente trata-se de um soldado da PMCE de nome ANTONIO CLAUDIO DE OLIVEIRA CAETANO; que a vítima estava trafegando em uma moto de placas PNG 0910; que não sabe informar a dinâmica do acidente; que soube que ele sofreu escoriações e está esperando maiores avaliações acerca do seu estado; que o declarante afirma que essas informações foram obtidas através do CIOPS, pois não teve contato com a vítima; que questionou o CIOPS para saber se era necessário conduzir o veículo a essa delegacia, tendo o CIOPS informado que não havia necessidade pois o veículo havia sido retirado do local.

DELEGACIA DESTINO: DEL

RESPONSÁVEL PELO REG

RESPONSÁVEL PELA INFO

DELEGACIA DO 35. DISTRITO POLICIAL

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO DISTRITAL DO MONDUBIM
ALEXANDRA-JACKELINE MOURA ROLIM SILVA - OFICIALA INTERINA
SUBSTITUTA: SARAH PHILOMENO PONTES
CNPJ: 74.189.895/0001-90 - Rua Clemente Silva, Nº 251 A - Mondubim - CEP: 60.711-445 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3298.2821 / 3467.0769 - E-mail: sagoridomondubim@hotmail.com.br
Reconheço por autenticidade a firma individual de
ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Fortaleza, 26 de maio de 2018. Em test. da verdade.
Valdelia Maria Cavalcante de Sousa (Escrivente Autorizada)
Valor Total R\$ 4,15

1774-1-8

02



Ant: Claudio O. Caetano



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**

Secretaria da Segurança Pública
e Defesa Social

Polícia Militar do Ceará

Despacho: _____

fls. 23

Cópia Autêntica Nº 137/2017-RPMONT

Livro do Fiscal de Dia

Fortaleza, 10 de julho de 2017.

Oficial de Dia: 2º Ten QOAPM Deusdeth.

Cópia Autêntica extraída do Relatório da Parte Diária do Fiscal de Dia e Oficial de Policiamento Montado, do dia 20/06/2017 para 21/06/2017, da página 527, Item 12 – Ocorrências / 06, contém o seguinte teor:

06. Por volta das 16h40, fomos informados pelo CIOPS, que o SD 25410 Antônio Cláudio Oliveira Caetano, matr. 304.127-1-0, residente a Rua Jorge Figueiredo, 3497, bairro Ancuri, pertencente ao efetivo do 1º Esquadrão deste RPMont, quando se deslocava com destino a sua residência, envolveu-se em um acidente de trânsito na Rodovia CE-040, altura do km 11, quando a motocicleta em que trafegava de marca Honda, modelo CG 150 EX, cor vermelha com branca, de placa PNG 0910-Ce, colidiu com o veículo marca Chevrolet, modelo Spin 1.8 LTZ, cor bege, de placas OSA 4634, ano 2013/2014, pertencente a Sra. Maria Glaucia Cuiabá Barrocas Paiva, RG 20077179530, CPF nº 122.646.103-44, residente a Rua Manuel Jacaré, 189, apto 106, bairro Mucuripe, Cep 60175110. O Segundo informações repassadas pelo 2º Ten Chaves, Oficial de Operações Montado, o Sd 25410 Caetano, foi conduzido pela aeronave do CIOPAER ao Hospital IJF Centro, onde foi atendido, medicado e após exames radiológicos não foram constatadas fraturas. A Sra Maria Gláucia, envolvida no acidente, compareceu ao 30º DP, e na presença do Delegado Dr. Rudson Rocha prestou um B.O. de número 130-6880/2017. A ocorrência foi registrada no CIOPS com o número M20170445627.

Despacho: Cmt - RPMont.

Eu, 2º Sgt PM 18425 - Cleilson Moura da Silva, M.F. 125.417-1-6, Auxiliar do Cmt Adjunto _____ digitei.

Marcelo Ribeiro **ABREU** – Major QOPM
Comandante Adjunto do RPMont
M.F. 108105-1-5

15 FEV. 2017



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Segurança Pública
e Defesa Social
Polícia Militar do Ceará

Confere em: 30/05/2018.

José Robson Monteiro de M...
Chefe / Emissão de Certidão.
MAT 105336

fls. 24

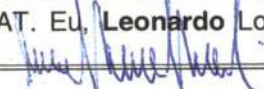
CERTIDÃO Nº. 352/2018.

O Ten. Cel. QOPM **RONALDO** José de Sousa da Silva, Comandante do Batalhão de Policiamento Rodoviário Estadual - **BPRE**, no uso de suas atribuições legais, **CERTIFICA**, a requerimento da parte interessada, que foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito - **BOAT**, sob nº **12757-14**, acerca de acidente ocorrido na RV CE 040, Km 11 no Município de Fortaleza/CE, no dia 20/06/2017, às 16h20min, no seguinte teor:

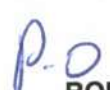
Natureza do Acidente	COLISÃO
Veículo e Condutor 01	HONDA/CG 150 TITAN , de placa(s) PNG 0910-CE , conduzido por Antônio Claudio Oliveira Caetano; nascido em 16/04/1984, prontuário nº 04014373317-CE, categoria de habilitação " A/B ", residente à Rua Jorge Figueiredo, 3497, Ançuri, Itaitinga/CE. Proprietário (a): Maria Layana Serpa de Sousa. Veículo entregue: Ao Oficial de Dia do RPMONT.
Veículo e Condutor 02	CHEVROLET/SPIM , de placa(s) OSA 4634-CE , condutor se evadiu do local, Proprietário (a): Maria Glaucia Uiaba Barrocas Paiva.

DESCRIÇÃO:

Segundo a versão do condutor **V-1**, declarou que: "No dia 20/06/2017, saindo de serviço pilotando uma moto titan 150 CE, vermelha, placa PNG-0910 ano 2014, na CE-040 km 11 as 16h20, um veículo Spim prata placa OSA-4634 avança na CE pra fazer um retorno proibido vindo a colidir comigo e me jogando no meio da via com o impacto, e se evadiu do local não prestando socorro acionado 190, e chegou de imediato as VTRs PRE, SAMU, CHOQUE, FTA e fui socorrido pro IJF- CENTRO pelo CIOPAER. **Atendeu a ocorrência:** o 2º Sgt. PM 18.570 Hugo **LEONARDO** M. Souza, MF: 125563-1-4, de serviço na **VTR 2044-BPRE**, informando que ao chegar ao local do acidente constatou as seguintes condições: tempo bom, via seca, pavimentada com asfalto, sinalização horizontal (pintada), sem acostamento e com iluminação boa. Informou também que: "No local foi verificado que se tratava de uma acidente, do tipo colisão entre um automóvel e uma motocicleta, que no local estava a motocicleta (V1) e somente o para-choque do automóvel (veículo V2); que estava no local e estava ao solo o condutor do veículo (V1); que o mesmo foi socorrido para o IJF-CENTRO; que compareceu ao local o CIOPAER, tendo como piloto o Cap. Cleriston, que a vítima foi socorrida pelos socorristas **FLEXA** e **ESTEVAN** do CIOPAER. Que compareceu ao local o SAMU 060 - base **EUSEBIO** - **SHIRLEY GEANE** e **JUNIOR**, que também compareceu ao local a equipe da VTR RPMONT - Ten Chaves Oficial, Oficial de Operações de Cavalaria, onde ficou com todos os pertences do SD Caetano; que o (V2) foi notificado no Art. 176, pois o mesmo se evadiu do local do acidente sem prestar socorro à vítima; QUE o veículo (V1) foi entregue na Cavalaria da Polícia Militar ao Ten Deusdeth - Oficial de Dia. A vítima transitava no sentido Fortaleza/Eusébio. **Vítima (01)** Antônio Claudio Oliveira Caetano, condutor do V1, socorrido para o IJF-CENTRO, com ferimentos graves, usava capacete de segurança. **Avaria(s) V-1:** Frente toda quebrada, retrovisores quebrados, estribos amassados, mata cachorro amassado e escapamento amassado.

E assim foi descrito e preenchido o BOAT. Eu, **Leonardo** Lopes do Nascimento, SGT. PM Nº 18761, M.F: 125755-1-3, Digitador, o digitei e assino  conforme original.

Batalhão de Policiamento Rodoviário Estadual - BPRE, Fortaleza/CE, em 30/05/2018.


RONALDO José de Sousa da Silva - TC QOPM
Comandante do Batalhão de Policiamento Rodoviário Estadual
M.F: 084.629-1-7


Rubens Pereira Alves MAJ PM
Mat.: 076.840-1-0

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

15 OUT. 2018

15 FEV. 2019

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

POLÍCIA MILITAR

Fe pública lei Federal Nº 7.116/83
Decreto Estadual Nº 23.965/95

IDENTIDADE Nº: 304.127-1-0

NOME
ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO

POSTO / GRADUAÇÃO
CABO

SITUAÇÃO
ATIVA

ASSINATURA DO IDENTIFICADO

Ant. Claudio O. Caetano

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Nº NA PM
25.410

DATA DA ADMISSÃO
08.09.2010

CPF
002.270.083-83

FILIAÇÃO
JOAQUIM FERREIRA CAETANO
ROCILDA SOARES DE OLIVEIRA CAETANO

NATURALIDADE
SENADOR SA

ESTADO
CE

DATA DE NASCIMENTO
16.04.1984

CUTIS
PARDA

CABELO
CASTS.

OLHOS
CASTS.

SEXO
MASC.

TS
0

RH
POSITIVO

RD

DATA DA EMISSÃO
16 / 03 / 18

PERMITIDO O PORTE DE ARMA



ANTÓRIO MUNDUBIM

Rua Clemente Silva, nº 251-A

Maraponga

(85) 3296-2821 • 3467-0769

A presente cópia confere com o original exibido neste cartório. Dou fé. Fortaleza,

26 MAIO 2018

Francisco Paulo Silva
Regina Célia Rodrigues de Almeida
Valquíria Maria Cavalcante de Sousa
Maria Vanda Leite Gadelha
Fátima Regina Vasconcelos Pinto

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 26/04/2019 às 15:28:00, sob o número 01279793620198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0127979-36.2019.8.06.0001 e código 478AE75.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 30412710 PM CE	CAT. HAB. AB
CPF 002.270.083-83	DATA NASCIMENTO 16/04/1984
FILIAÇÃO JOAQUIM FERREIRA CAETANO ROCILDA SOARES DE OLIVEIRA CAETANO	
PERMISSÃO	ACC
Nº REGISTRO 04014373317	VALIDADE 27/10/2021
1ª HABILITAÇÃO 08/01/2007	
OBSERVAÇÕES EXERCE ATIV REMUNERADA;	
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Ant. Claudio S. Caetano</i>	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 04/11/2016
ASSINATURA DO EMISSOR <i>Igor Vasconcelos Ponte</i>	12844539246 CE156190370
DETRAN-CE (CEARA)	

SELO DE AUTENTICIDADE CRV 03 AUTENTICAÇÃO HS201.157	A presente cópia confere com o original exibido neste cartório. Dou fé. Fortaleza, 26 MAIO 2018
Maraponga Rita Carmem Silva 185 3296-2821 - 3467-0769	Francisco Paulo Silva Regina Célia Rodrigues de Almeida Valéria Maria Cavalcante de Sousa Maria Vanda Leite Gadelha Fabio Regina Vasconcelos Pinto

15 FEV. 2019



Nº de Inscrição:

000.000.000

DADOS DO CLIENTE

Nome: ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO
End. Leitura: RU JORGE FIGUEIREDO, 3497, A, ANCURI
Cidade: ITAITINGA
End. Entrega:
Cidade:
Local: 000 Setor: 000 Quadra: 0013 Lote: 0261 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

CEP: 61060-000

CEP:

ECONOMIAS

Residencial: 000 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	R12F288865	269	279	10	5

DATAS

Leitura Atual: 05/05/2018 Emissão: 05/05/2018 Lacre Água: 1238521
Leitura Anterior: 05/01/2018 Próxima Leitura: 05/06/2018 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 03/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	0.12	0.12	0.10	0.12	0.12
Analisadas	0.12	0.12	0.10	0.12	0.12
Em conformidade	0.12	0.12	0.10	0.12	0.12

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 1 m³ | META: 10 m³.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE



ESCRITURA DOS SERVIÇOS...
A presente cópia confere com o original exibido neste cartório. Dou fé. Fortaleza,
28 MAIO 2018

HISTÓRICO DE VOLUME	
Mês/Ano	Esgoto (m³)
05/2018	5
04/2018	5
03/2018	5
02/2018	5
01/2018	5
12/2017	5
11/2017	5
10/2017	5
09/2017	5
08/2017	5
07/2017	5
06/2017	5
05/2017	5
04/2017	5
03/2017	5
02/2017	5
01/2017	5
12/2016	5
11/2016	5
10/2016	5
09/2016	5
08/2016	5
07/2016	5
06/2016	5
05/2016	5
04/2016	5
03/2016	5
02/2016	5
01/2016	5
12/2015	5
11/2015	5
10/2015	5
09/2015	5
08/2015	5
07/2015	5
06/2015	5
05/2015	5
04/2015	5
03/2015	5
02/2015	5
01/2015	5
12/2014	5
11/2014	5
10/2014	5
09/2014	5
08/2014	5
07/2014	5
06/2014	5
05/2014	5
04/2014	5
03/2014	5
02/2014	5
01/2014	5
12/2013	5
11/2013	5
10/2013	5
09/2013	5
08/2013	5
07/2013	5
06/2013	5
05/2013	5
04/2013	5
03/2013	5
02/2013	5
01/2013	5
12/2012	5
11/2012	5
10/2012	5
09/2012	5
08/2012	5
07/2012	5
06/2012	5
05/2012	5
04/2012	5
03/2012	5
02/2012	5
01/2012	5
12/2011	5
11/2011	5
10/2011	5
09/2011	5
08/2011	5
07/2011	5
06/2011	5
05/2011	5
04/2011	5
03/2011	5
02/2011	5
01/2011	5
12/2010	5
11/2010	5
10/2010	5
09/2010	5
08/2010	5
07/2010	5
06/2010	5
05/2010	5
04/2010	5
03/2010	5
02/2010	5
01/2010	5
12/2009	5
11/2009	5
10/2009	5
09/2009	5
08/2009	5
07/2009	5
06/2009	5
05/2009	5
04/2009	5
03/2009	5
02/2009	5
01/2009	5
12/2008	5
11/2008	5
10/2008	5
09/2008	5
08/2008	5
07/2008	5
06/2008	5
05/2008	5
04/2008	5
03/2008	5
02/2008	5
01/2008	5
12/2007	5
11/2007	5
10/2007	5
09/2007	5
08/2007	5
07/2007	5
06/2007	5
05/2007	5
04/2007	5
03/2007	5
02/2007	5
01/2007	5
12/2006	5
11/2006	5
10/2006	5
09/2006	5
08/2006	5
07/2006	5
06/2006	5
05/2006	5
04/2006	5
03/2006	5
02/2006	5
01/2006	5
12/2005	5
11/2005	5
10/2005	5
09/2005	5
08/2005	5
07/2005	5
06/2005	5
05/2005	5
04/2005	5
03/2005	5
02/2005	5
01/2005	5
12/2004	5
11/2004	5
10/2004	5
09/2004	5
08/2004	5
07/2004	5
06/2004	5
05/2004	5
04/2004	5
03/2004	5
02/2004	5
01/2004	5
12/2003	5
11/2003	5
10/2003	5
09/2003	5
08/2003	5
07/2003	5
06/2003	5
05/2003	5
04/2003	5
03/2003	5
02/2003	5
01/2003	5
12/2002	5
11/2002	5
10/2002	5
09/2002	5
08/2002	5
07/2002	5
06/2002	5
05/2002	5
04/2002	5
03/2002	5
02/2002	5
01/2002	5
12/2001	5
11/2001	5
10/2001	5
09/2001	5
08/2001	5
07/2001	5
06/2001	5
05/2001	5
04/2001	5
03/2001	5
02/2001	5
01/2001	5
12/2000	5
11/2000	5
10/2000	5
09/2000	5
08/2000	5
07/2000	5
06/2000	5
05/2000	5
04/2000	5
03/2000	5
02/2000	5
01/2000	5
12/1999	5
11/1999	5
10/1999	5
09/1999	5
08/1999	5
07/1999	5
06/1999	5
05/1999	5
04/1999	5
03/1999	5
02/1999	5
01/1999	5
12/1998	5
11/1998	5
10/1998	5
09/1998	5
08/1998	5
07/1998	5
06/1998	5
05/1998	5
04/1998	5
03/1998	5
02/1998	5
01/1998	5
12/1997	5
11/1997	5
10/1997	5
09/1997	5
08/1997	5
07/1997	5
06/1997	5
05/1997	5
04/1997	5
03/1997	5
02/1997	5
01/1997	5
12/1996	5
11/1996	5
10/1996	5
09/1996	5
08/1996	5
07/1996	5
06/1996	5
05/1996	5
04/1996	5
03/1996	5
02/1996	5
01/1996	5
12/1995	5
11/1995	5
10/1995	5
09/1995	5
08/1995	5
07/1995	5
06/1995	5
05/1995	5
04/1995	5
03/1995	5
02/1995	5
01/1995	5
12/1994	5
11/1994	5
10/1994	5
09/1994	5
08/1994	5
07/1994	5
06/1994	5
05/1994	5
04/1994	5
03/1994	5
02/1994	5
01/1994	5
12/1993	5
11/1993	5
10/1993	5
09/1993	5
08/1993	5
07/1993	5
06/1993	5
05/1993	5
04/1993	5
03/1993	5
02/1993	5
01/1993	5
12/1992	5
11/1992	5
10/1992	5
09/1992	5
08/1992	5
07/1992	5
06/1992	5
05/1992	5
04/1992	5
03/1992	5
02/1992	5
01/1992	5
12/1991	5
11/1991	5
10/1991	5
09/1991	5
08/1991	5
07/1991	5
06/1991	5
05/1991	5
04/1991	5
03/1991	5
02/1991	5
01/1991	5
12/1990	5
11/1990	5
10/1990	5
09/1990	5
08/1990	5
07/1990	5
06/1990	5
05/1990	5
04/1990	5
03/1990	5
02/1990	5
01/1990	5
12/1989	5
11/1989	5
10/1989	5
09/1989	5
08/1989	5
07/1989	5
06/1989	5
05/1989	5
04/1989	5
03/1989	5
02/1989	5
01/1989	5
12/1988	5
11/1988	5
10/1988	5
09/1988	5
08/1988	5
07/1988	5
06/1988	5
05/1988	5
04/1988	5
03/1988	5
02/1988	5
01/1988	5
12/1987	5
11/1987	5
10/1987	5
09/1987	5
08/1987	5
07/1987	5
06/1987	5
05/1987	5
04/1987	5
03/1987	5
02/1987	5
01/1987	5
12/1986	5
11/1986	5
10/1986	5
09/1986	5
08/1986	5
07/1986	5
06/1986	5
05/1986	5
04/1986	5
03/1986	5
02/1986	5
01/1986	5
12/1985	5
11/1985	5
10/1985	5
09/1985	5
08/1985	5
07/1985	5
06/1985	5
05/1985	5
04/1985	5
03/1985	5
02/1985	5
01/1985	5
12/1984	5
11/1984	5
10/1984	5
09/1984	5
08/1984	5
07/1984	5
06/1984	5
05/1984	5
04/1984	5
03/1984	5
02/1984	5
01/1984	5
12/1983	5
11/1983	5
10/1983	5
09/1983	5
08/1983	5
07/1983	5
06/1983	5
05/1983	5
04/1983	5
03/1983	5
02/1983	5
01/1983	5
12/1982	5
11/1982	5
10/1982	5
09/1982	5
08/1982	5
07/1982	5
06/1982	5
05/1982	5
04/1982	5
03/1982	5
02/1982	5
01/1982	5
12/1981	5
11/1981	5
10/1981	5
09/1981	5
08/1981	5
07/1981	5
06/1981	5
05/1981	5
04/1981	5
03	



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
44058976



fls. 29

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

08/06/2018 16:06:16

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12817128	ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO	M	16/04/1984	34
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
30412710 PMCE CE	227008383		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R R JORGE FIGUEIREDO,3497 - ANGURI, FORTALEZA(CE) CEP 60874765				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
985162811	9994247367			

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
80023000038001012			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
03/07/2017	12:14		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
2132184 FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

LEANDRO 5 FEB 2019
Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**

08/06/2018 16:38

Paciente: ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO	Dt. Nasc.: 16/04/1984	Atendimento: 46169314	Prontuário: 12817128
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 133209/1	
Profissional(is): JOSE AMILTON MATOS CAVALCANTE JUNIOR CRM 16373 [1]	Nº: 15263221	14/10/2017	às 07:33

ANAMNESE

Queixa Principal	DOR ARTICULAR	[1]
Queixa Principal		
CID10	M255 DOR ARTICULAR	[1]
Queixas e Sintomas Gerais	PACIENTE 33a, PORTADOR DE AR. GOTOSA, COMPARECE COM RELATO DE QUE REINICIOU QUADRO DE DOR ARTICULAR EM TORNOZELO E HALUX. NEGA FEBRE, NEGA QUEIXAS URINÁRIAS E EVACUATÓRIAS. RELATA ATENDIMENTO ONTEM, POREM NAO TOMOU AS MEDICAÇÕES PRESCRITAS BEG,AAA, HID, CORADO PPP SEM EDEMA APARENTE	[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		

15 FEV. 2019



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
46169314



fls. 31

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

08/06/2018 16:09:21

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12817128	ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO	M	16/04/1984	34
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
30412710 PMCE CE	227008383		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R R JORGE FIGUEIREDO,3497 - ANGURI, FORTALEZA(CE) CEP 60874765				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
985162811	9994247367			

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
80023000038001012			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116300-RECEPCAO EMG ADULTO			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
14/10/2017	07:29		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente	Clinica		
79925375 JOSE AMILTON MATOS CAVALCANTE JUNIOR	3-PEDIATRICA		
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

15 FEV. 2019



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
46146481



fls. 32

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

08/06/2018 16:08:30

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12817128	ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO	M	16/04/1984	34
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
30412710 PMCE CE	227008383		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R R JORGE FIGUEIREDO,3497 - ANGURI, FORTALEZA(CE) CEP 60874765				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
985162811	9994247367			

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
80023000038001012			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116300-RECEPCAO EMG ADULTO			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
13/10/2017	08:01		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente			Clinica
2756021 RAFAEL MAGALHAES GOMES			1-MEDICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

15 FEV. 2019

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

08/06/2018 16:07

Paciente: ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO Dt. Nasc.: 16/04/1984 Atendimento: 46169314 Prontuário: 12817128
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 133209/1

Profissional(is): JOSE AMILTON MATOS CAVALCANTE JUNIOR CRM 16373 [1] Nº: 15265630 14/10/2017 às 09:07

ANAMNESE

Queixa Principal APRESENTA EXAMES [1]

Queixa Principal

CID10 M255 DOR ARTICULAR [1]

Queixas e Sintomas Gerais EXAMES DENTRO DA NORMALIDADE (SEM ACHADOS PARA PAR GOTA)... CD: MANTENHO MEDICAÇÕES PRESCRITAS NO ATENDIMENTO DE ONTEM [1]

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados Alta após cuidados e/ou medicação [1]

15 FEV. 2019

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

08/06/2018 16:06

Paciente: ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO	Dt. Nasc.: 16/04/1984	Atendimento: 46146481	Prontuário: 12817128
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 133213/14	

Profissional(is): RAFAEL MAGALHAES GOMES CRM 15782 [1]	Nº: 15228604	13/10/2017	às 08:04
--	--------------	------------	----------

ANAMNESE

Queixa Principal	PCT REFERE LOMBALGIA, NÃO INÉDITA, S/IRRADIAÇÃO, QUE PIORA COM A MOVIMENTAÇÃO E MELHORA COM O REPOUSO QUADRO ESSE HÁ 01 DIA. NEGA ALERGIAS. LASEGUE E KERNING -. OROFARINGE: SEM ALTERAÇÕES, AP: MVU, SEM RUÍDOS ADV, ABD: INOCENTE. EM CASO DE PIORA CLÍNICA OU SINAIS DE ALARME RETORNAR IMEDIATAMENTE. NEGA USO DE MEDICAÇÕES CONTINUAS.	[1]
------------------	---	-----

Queixa Principal		
------------------	--	--

CID10	R68 OUTR SINT E SINAIS GERAIS	[1]
-------	-------------------------------	-----

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação	[1]
--------------------------------	-----------------------------------	-----

15 FEV. 2019

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

08/06/2018 16:39

Paciente: ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO	Dt. Nasc.: 16/04/1984	Atendimento: 46219959	Prontuário: 12817128
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 133209/1	
Profissional(is): CARLA MARIA SOARES BRITO CRM 17883 [1]	Nº: 15354465	17/10/2017	às 07:33

ANAMNESE**Queixa Principal**

1. QP/HDA:
PCT RELATA CEFALÉIA, TONTURA E TOSSE SECA HA 1 DIA
NEGA FEBRE, ODINOFAGIA E OUTRAS QUEIXAS

[1]

2. PARAMETROS

FC: 84

FR: 16

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ORIENTADO

PA: 140X90

3. EXAME FÍSICO

AFEBRIL AO TOQUE, EUPNEICO, HIDRATADO

AC: RCR EM 2T, BNF, SEM SOPROS

AP: MVU SEM RA

4. SEPSE: NÃO**5. NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS**

EM USO DE: ALOPURINOL

COMORBIDADES: HIPERURICEMIA

6. CD: SOLICITO LAB

PX ANALGESIA

Queixa Principal**CID10**

R68 OUTR SINT E SINAIS GERAIS

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

15 FEV. 2019

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**

08/06/2018 16:09

Paciente: ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO	Dt. Nasc.: 16/04/1984	Atendimento: 46219959	Prontuário: 12817128
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 133209/1	

Profissional(is): ANDRE LUIS PINTO CARLOS CRM 12372 [1]	Nº: 15357535	17/10/2017	às 09:02
---	--------------	------------	----------

ANAMNESE

Queixa Principal

NAO COMPARECEU

[1]

15 FEV. 2019

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**

08/06/2018 16:39

Paciente: ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO	Dt. Nasc.: 16/04/1984	Atendimento: 46219959	Prontuário: 12817128
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 133209/1	
Profissional(is): CARLA MARIA SOARES BRITO CRM 17883 [1]	Nº: 15361342	17/10/2017	às 10:22

ANAMNESE

Queixa Principal

PCT RETORNA COM EXAMES LABORATORIAIS SEM ALTERAÇÕES
RELATA MELHORA DA CEFALEIA APOS ANALGESIA

[1]

CD: PCT SOLICITA ATESTADO
ORIENTO QUE DE ACORDO COM MINHA AVALIAÇÃO FÍSICA E
CRITÉRIOS CLÍNICOS O MESMO APRESENTA-SE APTO A
RETORNAR AO TRABALHO
FORNEÇO DECLARAÇÃO

Queixa Principal

CID10

Z000 EXAME MEDICO GERAL

[1]

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação

[1]

15 FEV. 2019



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
46219959



fls. 38

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

08/06/2018 16:10:13

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12817128	ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO	M	16/04/1984	34
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
30412710 PMCE CE	227008383		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R R JORGE FIGUEIREDO,3497 - ANGURI, FORTALEZA(CE) CEP 60874765				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
985162811	9994247367			

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
80023000038001012			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116300-RECEPCAO EMG ADULTO			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
17/10/2017	07:32		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
3301494 CARLA MARIA SOARES BRITO			1-MEDICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

15 FEV. 2019



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
46317802



fls. 39

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

08/06/2018 16:10:55

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12817128	ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO	M	16/04/1984	34
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
30412710 PMCE CE	227008383		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R R JORGE FIGUEIREDO,3497 - ANGURI, FORTALEZA(CE) CEP 60874765				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
985162811	9994247367			

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
80023000038001012			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116300-RECEPCAO EMG ADULTO			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
20/10/2017	22:23		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
3275620 GUILHERME SABOIA SILVEIRA			1-MEDICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
<u>AGUARDAR ATENDIMENTO NO GRUPO DE CONSULTORIOS ==> ALA AZUL</u> <u>CLASSIFICACAO DE RISCO AZUL</u>			
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

15 FEV. 2019

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

08/06/2018 16:10

Paciente: ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO Dt. Nasc.: 16/04/1984 Atendimento: 46317802 Prontoário: 12817128
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 133209/8

Profissional(is): GUILHERME SABOIA SILVEIRA CRM 17192 [1] Nº: 15490794 20/10/2017 às 22:29

ANAMNESE**Queixa Principal**

PACIENTE REFERE SER PORTADOR DE GOTA. APRESENTA-SE COM QUADRO DE DOR AGUDA EM MIE DE FORTE INTENSIDADE E EDEMA EM TORNOZELO.

[1]

EM USO DE ALOPURINOL

CD: CRISE DE GOTA

Queixa Principal**CID10**

R68 OUTR SINT E SINAIS GERAIS

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE**PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO****Alta Após Medicação E Cuidados**

Alta após cuidados e/ou medicação

[1]

15 FEV. 2019



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 03/07/2017 9:44:10

Por: EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA 20/06/2017 17:26:55

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS 704304594619694	NOME: ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO	Registro: 5251342
CPF 00227008383	RG:	D. NASC. 16/04/1984
	ESTADO CIVIL	SEXO M
		RAÇA/COR Branca
NOME DA MÃE: ROCILDA SOARES DE OLIVEIRA CAETANO	NOME DO PAI: JOAQUIM FERREIRA CAETANO	
TIPO DE LOGRADOURO Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE JORGE FIGUEIREDO	Nº 3497
	BAIRRO PEDRAS	
COMPLEMENTO	TELEFONE CONTATO	MUNICÍPIO FORTALEZA
	UF CE	CEP 60874765

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME PAC.VINDO NO CIOPAER	PARENTESCO	TELEFONE 998516284
---------------------------	------------	--------------------

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO	CBO DO EMPREGADO	CNPJ DO EMPREGADOR	CÓDIGO DO CNAER
-----------------	------------------	--------------------	-----------------

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO	Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta
-----------------------	--

QUEIXAS	ACIDENTE DE MOTO COM RELATO DE DOR NO BRAÇO + PERNAS
---------	--

OBSERVAÇÕES	PROBLEMAS E M EXTREMIDADES/DOR LEVE
-------------	-------------------------------------

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Leve	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE
-----------------------------------	---------------------	----------------------------------

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese

Exame Físico

Conduta

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

DATA E HORA DO ATENDIMENTO	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:
----------------------------	--

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
01 JUN. 2018
Sam

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

15 OUT. 2018

ASS:

15 FEV. 2019

HAP CLÍNICA DOM MANUEL

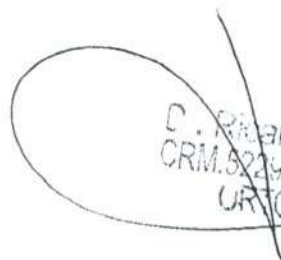
LAUDO MÉDICO:

Autº. Elódio Oliveira Lectorio

O paciente acima necessita ser avaliado na emergência do HAP, pois o mesmo foi vítima de acidente de moto há aprox.13 dias, com dor e imp.funcional no ombro Esq./perna D., e necessita ser avaliado na emergência pelo traumatologista de plantão.

Fratura(?)

Fortaleza/CE, 03/Julho/2017


D. Ricardo Vinicius
CRM.5229 / SBOT 8202
ORTOPEDIA

15 FEV. 2019

LIDIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
01 JUN. 2018

LIDIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
15 OUT. 2018

ASS:

Dr. Ricardo Vinícius (CRM 5229/SBOT 8202)

Hap clínica Dom Manuel (2ª feira de 07 às 13 e de 15 às 19 // 3ª feira de 7 às 10:30 e 4ª feira de 16 às 19)

Aut.º. Flávio

(*) Biprofenid comp. =====> 10 comp.

01 comp., após o café da manhã.

Fortaleza/CE, 03 /Julho/2017

Observação importante:

Não permita que o vendedor/balconista lhe venda um medicamento diferente do que está na receita. Isso pode ser prejudicial à sua saúde. Não tome injeção em jejum.

Paciente afirma não ser alérgico(a), nem apresentar nenhuma contra-indicação aos medicamentos acima.

Dr. Ricardo Vinícius
CRM 5229/SBOT 8202
ORTOPEDIA

COPIA CORRETORA DE SES. JUD.
01 JUN. 2018

15 FEV. 2019

HAP CLÍNICA DOM MANUEL

LAUDO MÉDICO:

Aut.^o Cláudio Oliveira Lefano

O paciente acima, vítima de trauma na região do joelho/tornozelo D., com edema leve e ferimentos residuais em ambos, não deve, devido às dores, montar, nem permanecer longos períodos em pé, nos próximos 45 dias.

Fortaleza/CE, 11/Julho/2017

15 FEV. 2019

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
01 JUN. 2018

D. Ricardo Vitorius
CRM.5229/88018202
ORTOMEDIA

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

15 OUT. 2018

Ass:

Dr. Ricardo Vinícius (CRM 5229/SBOT 8202)

Hap clínica Dom Manuel (2ª feira de 07 às 13 e de 15 às 19 // 3ª feira de 7 às 11:30 e 4ª feira de 16 às 19)

Aut.º Eládio Oliveira Leitores

(*) Diprosam (injet.) =====> 01 amp.

01 amp., IM., DOSE ÚNICA.

(*) Gel com piroxicam (0,5%) + DMSO (5%) =====> 01 unid. (50g.)

Passar nos locais afetados, 2X./dia.

(*) Meloxicam (7,5 mg) + Cetoprofeno (75 mg) =====> 14 cáp.

01 cáp., de 12/12 h.. (07 dias)

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:

Não permita que lhe seja vendido um medicamento diferente do que está na receita. Tomar 30 minutos de sol diariamente. Não tome injeção em jejum.

Paciente afirma não ser alérgico(a), nem apresentar nenhuma contra-indicação aos medicamentos acima.

Fortaleza/CE, 08 / 11 / 17

15 FEV. 2019

15 OUT. 2018

LOJA CORRETORA DE SEG. LTDA.

01 JUN. 2018

Av. Santos Dumont, 1.256 - Tel. 3.488.8084 - (85) 99944.0380
North Shopping - Loja 439, 1º Piso - Tel.: 3217.2534 - (85) 99924.2751
R. Desembargador Moreira, 1.020 - Tel.: 3264.3011 - (85) 99924.5544

PagueMenos
MANIPULAÇÃO

Hapvida

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA SP/SADT

Nº 4 0620561

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

1 - Nº Guia Profissional (preste serviço)	4 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	5 - SEMEA
---	-------------------------	-----------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

8 - NÚMERO DA CARTeira	9 - NOME
------------------------	----------

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

13 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CN	14 - NOME DO CONTRATADO
--------------------------------------	-------------------------

DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

21 - DATA / HORA DA SOLICITAÇÃO	22 - CATEGORIA DA SOLICITAÇÃO	23 - CID-10	24 - INDICAÇÃO CLÍNICA (descrever o problema clínico, com a evolução, a história da doença, a história da vida, a história da família, a história da comunidade e o meio ambiente)
---------------------------------	-------------------------------	-------------	--

25 - TABELA	26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	27 - DESCRIÇÃO
-------------	-----------------------------	----------------

Friedrich - 1055		
------------------	--	--

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

30 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CN	31 - NOME DO CONTRATADO
--------------------------------------	-------------------------

36 - MUNICÍPIO	37 - UF	38 - CÓDIGO IBGE	39 - CEP	40 - CÓDIGO CRES
----------------	---------	------------------	----------	------------------

DADOS DO ATENDIMENTO

46 - TIPO DE ATENDIMENTO	47 - INDICAÇÃO DE ACDENTE	48 - TIPO DE SAÍDA
--------------------------	---------------------------	--------------------

49 - TIPO DE DOENÇA	50 - TEMPO DA DOENÇA	51 - DATA	52 - HORA INICIAL	53 - HORA FINAL	54 - TABELA	55 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	56 - DESCRIÇÃO	57 - QTD	58 - VOA	59 - % RED. JACRES	60 - VALOR UNITÁRIO R\$	61 - VALOR TOTAL R\$
---------------------	----------------------	-----------	-------------------	-----------------	-------------	-----------------------------	----------------	----------	----------	--------------------	-------------------------	----------------------

CONSULTA DE REFERÊNCIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Autorizo o prestador a disponibilizar a operadora os resultados dos exames e avaliações de meu atendimento

Assinatura do Usuário / Representante

Hapvida

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 40620562

ANS - nº 36.825-3

3 - Nº GUIA PROFISSIONAL (conforme atendimento)

4 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

5 - SÉTIMA

DADOS DO BENEFICIÁRIO

6 - NOME DO BENEFICIÁRIO

7 - DATA VÁLIDA DA TERMA

8 - DATA DE EMISSÃO DA GUIA

9 - VALIDADE DA CARTeira

8 - NOME DA CARTeira
8002300000381003

9 - PLANO

10 - NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

13 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF

14 - NOME DO CONTRATADO

16 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

17 - CONSELHO PROFISSIONAL

18 - NÚMERO DO CONSELHO

19 - UF

20 - CÓDIGO CBO

DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

21 - DATA / HORA DA SOLICITAÇÃO

22 - CATEGORIA DA SOLICITAÇÃO

23 - CID 10

24 - INDICAÇÃO CLÍNICA (descrever a problemática, sintomas, sinais, antecedentes e alto custo)

25 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - DESCRIÇÃO

Fim de viagem: 10 ss

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

30 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF

31 - NOME DO CONTRATADO

32 - TIPO

33 - 34 - 35 - LOCALIZAÇÃO - Nº COMPLEMENTO

36 - MUNICÍPIO

37 - UF

38 - CÓDIGO REG

39 - CEP

40 - CÓDIGO ONES

41 - NOME DO PROFISSIONAL EXECUTANTE - COMPLEMENTAR

42 - CONSELHO PROFISSIONAL

43 - NÚMERO NO CONSELHO

44 - UF

45 - CÓDIGO CBO

DADOS DO ATENDIMENTO

46 - TIPO DE ATENDIMENTO

1 - Remissão 2 - No urgência 3 - Resposta 4 - Consulta 5 - Exame 6 - Atendimento 7 - SADI Intensivo 8 - Quimioterapia 9 - Radioterapia 10 - TRT (Tratamento de Substituição)

47 - INDICAÇÃO DE ACIDENTE

1 - Acidente no tempo relacionado ao trabalho 2 - Não

CONSULTA DE REFERÊNCIA

Autenticação

49 - TIPO DE DOENÇA

50 - TEMPO DA DOENÇA

A - Anos M - Meses D - Dias

51 - DATA

52 - HORA INICIAL

53 - HORA FINAL

54 - TABELA

55 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

56 - DESCRIÇÃO

57 - QTD

58 - VIA

59 - TEC

60 - % REQ. ACRESC

61 - VALOR UNITÁRIO R\$

62 - VALOR TOTAL R\$

AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR A OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAÇÕES DE MEU ATENDIMENTO

Assinatura do Usuário / Representante



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT 2.º N.º

ANS - N.º 36.825-3

3 - Nº GLB PRINCIPAL (paciente atendido)

DATA DE AUTORIZAÇÃO 3 - SENHA

03/04/17

C40815357

DATA VÁLIDA DA SÉTIMA

5ª DATA DE EMISSÃO DA GUIA

8 - NÚMERO DA CARTERA

9 - PLANO

11 - NOME

ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO

13 - CÓDIGO DA OPERAÇÃO / QP1 / QP2

14 - NOME DO CONTRATADO

16 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

21 - DATA/HORA DA SOLICITAÇÃO

22 - CRITÉRIO DA SOLICITAÇÃO

23 - CID 10

ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO

FISIOTERAPIA MOTORA: ANALGESIA/GANHO DE ADM/PROPRIOCEPÇÃO/PLIOMETRIA

25 - TABELA

27 - DESCRIÇÃO

28 DT SOL 29 DT AUT

1 0

30 - CÓDIGO DA OPERAÇÃO / QP1 / QP2

31 - NOME DO CONTRATADO EXECUTANTE

32 - TIPO

33 - 34 - 35 - 105 / PLACARDIO - Nº - COMPLEMENTO

36 - MUNICÍPIO

37 - UF

38 - CÓDIGO / BDE

40 - CÓDIGO CENS

41 - NOME DO PROFISSIONAL EXECUTANTE / CONTRATANTE

42 - CONSELHO PROFISSIONAL

43 - NÚMERO DO CONSELHO

44 - UF

45 - CÓDIGO CENS

46 - TIPO DE ATENDIMENTO

47 - INDICAÇÃO DE AGENTE

48 - TIPO DE SIDA

1 - Remoção 2 - Pac. Cirúrgico 3 - Terapia 4 - Consulta 5 - Exame 6 - Atendimento 7 - SADI 8 - Atendimento 9 - Atendimento 10 - 795 (Tempo Real Substituição)

CONSULTA DE REFERÊNCIA

49 - TIPO DE DOENÇA

50 - TEMPO DE DOENÇA

A - Anos C - Códigos

51 - DATA

52 - HORA INICIAL

53 - HORA FINAL

54 - TABELA

55 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SÉRIE

56 - DESCRIÇÃO

57 - QTD

58 - TEC

59 - 3 MEDICAMENTOS

60 - VALOR UNITÁRIO R\$

61 - VALOR TOTAL R\$

62 - VALOR TOTAL R\$

64 - OBSERVAÇÃO

65 - TOTAL PROCEDIMENTOS R\$

66 - TOTAL FAIXAS E ALGUEBES R\$

67 - TOTAL MATERIAIS R\$

68 - TOTAL DE MEDICAMENTOS

69 - TOTAL DE ANÁLISES DE LABORATÓRIO

70 - TOTAL GASTOS MEDICINAIS R\$

71 - TOTAL GASTO DA GUIA R\$

80 - DATA E ASSINATURA DO ASSINANTE

81 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO

82 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA PRESTACÃO

83 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA PRESTACÃO

84 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA PRESTACÃO



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: CARLA MARIA SOARES BRITO

Paciente: ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO

Data do Atendimento: 17/10/2017

RECEITA

USO ORAL

1. DRAMIN ----- 1 CX

TOMAR 1 COMP ATE DE 8/8H SE NAUSEAS OU VOMITOS

Dr. Carla Soares
Médico
CREMEC 17.888

LIBIA CORRETORA DE PROVA
01 JUN. 2018

15 OUT. 2018

CARLA MARIA SOARES BRITO

17/10/2017 10:22

15 FEV. 2019
192.85.4.101

RP3000N

Paciente: Antonio Claudio 101.05 minutos
Profissional: 00023000038001

Data	Hora	Consulta realizada (s/n)
01.02	14:00	OK
02.02	14:00	OK
03.02	14:00	OK
06.02	14:00	OK
07.02	14:00	OK
23.02	11:30	OK
01.03	11:00	OK
02.03	13:00	OK
05.03	15:00	OK
06.03	15:00	

Data	Hora	Consulta realizada (s/n)
10/03	08:30	OK
22/03	12:00	OK
23/03	12:30	

01 JUN. 2018
LUA CORRIGIDA DE SEQUÊNCIA



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ITAINGA - CEARÁ

RECEITUÁRIO

NOME: Antonio Claudio S. eadant

2) Itapua Lene 600g - seco
3 dias

2) Volaren 75mg - 03 comprimidos
em água

DATA

20/02/18



Alimentação materna: bom para a mãe, melhor para o bebê.

15 OUT. 2018

15 FEV. 2019 Ass.

FICHA DE ATENDIMENTO DE PACIENTES
Empresa: 19151 - VIDA IMAGEM FORTAL
Setor: 162100 - PAIXO REC TRAUMA - HAF FORTALEZ
Endereço: AV AGUANIMBI, 1827 FATIMA 60.055-401
Atendimento: 44058976 Data: 03/07/2017
Paciente: 12817128 ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO
Nascimento: 16/04/1984 Telefone: 985162811
Endereço: R. R JORGE FIGUEIREDO, 3497 ANGIURI CEP: 60.874-478
Queda P. Moleto

ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO
Problema: 20616503
Data do Pedido: 03/07/17
Data / Hora: 03/07/17 12:28:02
Operador: JANIER
Idade: 33 ano(s) Sexo: M

Convênio: 1 - HAT LIDA
No. Gerencial: 180023000038001012
Paciente: EXTERNO
Motivo: EMERGENCIA

Exames Solicitados	Guia	Medico Solicitante	Serha	Qt	At Unit	At Total	
32040015 RX DE OU PODODACTILOS - LADO DIREITO	28954099	FELIPE VERAS	E74038985	1	0.00	0.00	!O(o8" 4405897621
32040016 RX ARTICULACAO TIBIO TARSICA - LADO DIREITO	28954099	FELIPE VERAS	C40809848	1	0.00	0.00	!O(o;" 4405897624
32040017 RX JOELHO ATE LATERAL - LADO DIREITO	28954099	FELIPE VERAS	C40809847	1	0.00	0.00	!O(o:" 4405897623
32030013 RX OMOPLATA DO OMBRO-FUNCIONAL - LADO ESQUERDO	28954098	FELIPE VERAS	C40809845	1	0.00	0.00	!O(o9" 4405897622

Quantidade Total de Exames Solicitados: 4 Valor Total de Exames Solicitados: 0.00

Tela nº 327-4129
Observações:
Liquido nos 1.º e 2.º espaços 3277-4129. Hora de Recado: 2ª a 6ª das 07:00 às 18:00. Exame só será entregue com a ficha de atendimento do dia.
Paciente: Rôa João Leão Filho S/N.

1514 CORRETORA DE SEG. LTDA.
01 JUN. 2018
ASS:

15 FEV. 2019

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 26/04/2019 às 15:28, sob o número 01279793620198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0127979-36.2019.8.06.0001 e código 478AE7D.



Receituário de Controle Especial

Hospital Antonio Prudente

INSC. CNPJ Nº 05874946/001-09

Av. Aguanambi, 1827, Fátima, Fortaleza,
Ceará

Telefone: 085-32774000

Paciente: **ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO**

Endereço:

Prescrição: **MAXSULID 400----- 2 CAIXAS(10)**

TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12 EM 12 HORAS POR 10 DIAS

LISADOR ----- 2 CAIXAS

TOMAR 02 COMPRIMIDOS A NOITE POR 10 DIAS

GELO 20 MINUTOS 4 VEZES POR DIA

Data

23/11/17

Cesar Wagner Montenegro Cima
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 8430 CREMER 4492

CESAR WAGNER MONTENEGRO CIMA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CREMEC 8430 / SBOT 10193

LIM. CORR. TORA DE SEG. LTDA.
01 JUN. 2018

ASS:

15 FEV. 2018



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO** às **12:56** hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por **7 (SETE)** dias,
a partir de **03/07/2017** , tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S934

Código da Doença

Local e Data

Jr. Felipe Veras P. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 12845

Assinatura do Médico

FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA

CRM 12845

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BBEMD77N7O0K0
Solicitacao da Senha : 03/07/2017 12:13:44

R3002

FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA

03/07/2017 12:56

192.85.4.101

LIMA CORRETORA DE SEC. LTDA.
01 JUN. 2018

ASS:

15 FEV. 2019

UNA CORRETORES DE SEC. JUD.

ARTICULAR
Clínica Médica e Fisioterapia
Adm.: Dr. João Batista

- Clínica Médica
- Traumatologia/Ortopedia
- Pequenas Cirurgias
- Fisioterapia
- Psicologia

**Consulta
Preço Popular**

1200
R3

3283.4784
98800.0778

clinicaarticular@gmail.com

Av. Eng. Humberto Monte, 1440
Em frente ao Christus Parquelândia

fls. 56

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 26/04/2019 às 15:28 , sob o número 01279793620198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0127979-36.2019.8.06.0001 e código 478AEZF.



PROTOCOLO DE RECEBIMENTO

Informo que nesta data, recebemos a documentação referente ao benefício de seguro de vida do Segurado:

Antonio Elcadio Olimia Caetano

Entregue pelo Sr. (a)

Sr. João Batista

ATENÇÃO: Enviaremos a documentação inicial à seguradora e a mesma poderá solicitar novos documentos.

Fortaleza, 31 / 08 / 18

BR Insurance Corretora de Seguros S/A
CNPJ 11.721.921/0006-74
SUSEP 10.2032962-2
Av. Desembargador Moreira, 2120 Sala 1105
Aldeota-Fortaleza/CE CEP 60110-002
Kamila

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 58

Página 1 de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

03/07/2017 12:53

Paciente: ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO Dt. Nasc.: 16/04/1934 Atendimento: 44058976 Prontuário: 12817128
Convênio: HAPVIDA Posto: Leito: /

Profissional(is): FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA CRM 12845 [1] Nº: 12252218 03/07/2017 às 12:57

ANAMNESE

Queixa Principal

RX EVIDENCIANDO FRATURAS ANTIGAS EM FIBULA E EM HALUX
DIREITO CONSOLIDADAS
CD: IMOBILIZACAO POR 1 SEMANA E EM SEGUIDA FISIOTERAPIA

[1]

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

15 FEV. 2019

CONFERE O PRONTUÁRIO
LEANDRO 431
Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 59

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

03/07/2017 12:33

Paciente: ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO	Dt. Nasc.: 16/04/1984	Atendimento: 44058976	Prontuário: 12817128
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA CRM 12845 [1]	Nº: 12251072	03/07/2017	às 12:19

ANAMNESE**Queixa Principal**

REFERE ACIDENTE DE TRANSITO HA 13 DIAS APRESENTANDO DOR E EDEMA EM TORNOZELO DIREITO, DOR DIFUSA NA PERNA DIREITA E DOR NO OMBRO ESQUERDO
PACIENTE FOI AVALIADO INICIALMENTE NO IJF SENDO LIBERADO COM TALA BOTA (ENTORSE DE TORNOZELO?) POREM SO FICOU 1 DIA COM A TALA E RETIROU PARA USAR O ROBOFOOT SOMENTE POR 2 DIAS E RETIROU POR CONTA PROPRIA

[1]

CID10

S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO

[1]

DIAGNÓSTICO**Hipótese Diagnóstica****CID10**

S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO

[1]

15 FEV. 2019

CONFERE O PRONTUÁRIO
LEANDRO 431
Assinatura

SINISTRO 3190136239 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO ANTONIO CLAUDIO OLIVEIRA CAETANO
CPF/CNPJ: 00227008383

Posição em 26-04-2019 13:47:23

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
13/04/2019	Negativa Técnica - Sem sequelas	
19/02/2019	Exigência Documental	
19/02/2019	Aviso de Sinistro	