



**ACTUS**  
Advogados Associados

fls. 1

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA  
CÍVEL DA COMARCA DE BARBALHA/CE.**

**JOSÉ MANOEL DE SALES**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº: 029112540 SSP/CE e do CPF nº: 214.737.143-20, residente e domiciliado no Sítio Espinhaço Arajara, nº 491, Distrito Arajara, na cidade de Barbalha/CE, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, por intermédio do seu advogado infra-assinado (instrumento de procuração - doc. anexo), com fulcro no art. 318 e seguintes do Código de Processo Civil, promover a presente **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA DPVAT** com fulcro na Lei 8.441/92, que dá nova redação à Lei Federal nº 6.194/74, e nos demais dispositivos legais aplicáveis à espécie, em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, inscrita no CNPJ n. 09.248.608/0001-04, situada à Rua da Assembleia, nº.100, 16º Andar – Centro – Rio de Janeiro – RJ, CEP – 20011-000, pelo que declara e passa a expor:



## 1 – PRELIMINARMENTE

### 1.1 – NOTIFICAÇÕES E INTIMAÇÕES:

---

Preliminarmente, requer a Vossa Excelência que todas as intimações e notificações atinentes ao presente feito sejam dirigidas ao **Dr. Thomaz Antonio Nogueira Barbosa (OAB/CE 20.787)**, sob pena de nulidade processual (art. 272, §2º do CPC).

### 1.2 - DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA:

---

Inicialmente, requer os benefícios da justiça gratuita, em razão de não possuir recursos suficientes para arcar com as custas e despesas processuais, haja vista expressa previsão no Código de Processo Civil, não sendo óbice à benesse a constituição de advogado. Senão vejamos:

Art. 98. A pessoa natural ou jurídica, brasileira ou estrangeira, com insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios tem direito à gratuidade da justiça, na forma da lei.

§ 1º A gratuidade da justiça compreende:

I - as taxas ou as custas judiciais;

Art. 99. O pedido de gratuidade da justiça pode ser formulado na petição inicial, na contestação, na petição para ingresso de terceiro no processo ou em recurso.

[...]

§ 4º A assistência do requerente por advogado particular não impede a concessão de gratuidade da justiça.

## 2 – DA SITUAÇÃO FÁTICA E JURÍDICA:

---



O Requerente foi vítima de acidente de trânsito ocorrido no dia 06.06.17 (conforme B.O. em anexo), tendo lesões gravíssimas como resultado do incidente mencionado. Vejamos:

1. Fratura antiga completa da base do 1º metatarso.
2. Artrose interfalangeana difusa.

Em virtude das lesões sofridas o requerente precisou ser encaminhado ao hospital para realização de primeiros socorros, bem como posteriormente o requerente fora submetido a uma cirurgia de osteossíntese com pinos de fixação, carecendo de um longo período de recuperação. Como consequência do acidente mencionado lhe sobrevieram amargas sequelas, prejudicando o desempenhar de suas atividades quotidianas.

Contudo, apesar da lesão em decorrência de acidente envolvendo veículo automotor, o Requerente teve outorgado quantia à título extrajudicial o valor de R\$ 1.687,50 (Um Mil Seiscentos e Oitenta e Sete Reais e Cinquenta Centavos).

Todavia, o suplicante ciente dos direitos que lhe cabe, vem perante esse juízo, esperando ser devida e completamente indenizado, na forma do Art. 3º, inciso II, da Lei nº 6.194/74<sup>1</sup>, com redação dada pela Lei nº 11.482/2007, dispositivo que fixa a referida indenização no valor de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Assim sendo, entre o que é devido (R\$ 13.500,00), e o que foi pago em via administrativa (R\$ 1.687,50), **resta cristalino que à parte suplicante é devida uma diferença a título indenizatório/reparatório de R\$ 11.812,50 (Onze Mil Oitocentos e Doze Reais e Cinquenta Centavos).**

Em razão do valor que é devido, conforme art. 3º da Lei 6194/74, nota-se, de forma clara como a luz do sol, a necessidade de pagamento de indenização securitária, não só como uma medida de justiça, mas de proporcionalidade entre o que DEVE ser recebido e o do dano sofrido pelo Autor.

---

<sup>1</sup> “Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada: II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;”



À vítima de acidente de veículo automotor aplica-se a Lei nº 6.194/74 (Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não), conforme disposto no Art. 3º, II:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no artigo 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

Portanto, o Requerente possui direito à receber indenização em razão do evento danoso, totalizando um valor de até R\$ 13.500,00, o qual será apurado mais detidamente com a perícia judicial.

Saliente-se que, a **comprovação do nexo de causalidade entre o fato e o dano sofrido pelo Autor são circunstâncias suficientes para a viabilidade do direito à indenização securitária pleiteada**, independentemente de culpa (art. 5º da Lei 6194/74), se manifestando assim a jurisprudência pátria. Cito:

SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES APELAÇÃO CÍVEL 4550/96 - Reg. 3204-1 Cod. 96.001.04550 QUARTA CÂMARA - Unânime Juiz: PAULO GUSTAVO REBELLO HORTA - Julg: 27/06/96 DPVAT. FALTA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO. LEI N. 8441/92. INCONSTITUCIONALIDADE. INOCORRENCIA. [...] **A indenização por morte em acidente de trânsito e devida, mediante simples prova do acidente, ainda que não recolhido o DPVAT. Cabe a seguradora acionada reaver do consórcio o que tiver satisfeito em face da aplicação do art. 7. da Lei n. 8441/92.** (grifo nosso)

Assim sendo, buscando o pagamento integral do quanto devido pela Requerida, ingressa com a presente ação pleiteando a diferença securitária com base na Lei nº. 6.194/74.

### **3 – NECESSIDADE DE PERÍCIA TÉCNICA À SOLUÇÃO DA LIDE:**



A realização de perícia judicial é indispensável à solução das demandas referentes ao Seguro DPVAT, haja vista que somente o laudo do *expert* é capaz de delimitar a extensão do dano sofrido e a justa indenização para tanto.

Portanto, requer, a **NÃO REALIZAÇÃO da audiência de conciliação e a designação da perícia tão logo seja apresentada a Contestação**, tudo conforme expressão disposição dos arts. 464, *caput* e 465, *caput*, ambos do CPC.

#### **4 – DO PRAZO PRESCRICIONAL:**

---

Diante da violação de um direito, nasce para o Autor/Vítima uma pretensão (Art. 189, CPC). Contudo, a pretensão pode ser extinta pela sua inércia (inatividade durante determinado decurso de tempo), configurando o nascedouro da prescrição.

Com as ações referentes ao Seguro DPVAT não seria diferente. Nesse sentido, o Enunciado Sumular nº 405 dispõe que **“A ação de cobrança do seguro obrigatório (DPVAT) prescreve em três anos”**, cujo termo inicial é a ciência da incapacidade (Súmula 278, STJ) ou, tendo havido pagamento administrativo parcial, interrompe-se o prazo prescricional, iniciando-se um novo prazo trienal a partir desse momento (TJ-PE - APL: 28405020108171370 PE 0002840-50.2010.8.17.1370 ;TJ-SP - APL: 02192464320108260100 SP 0219246-43.2010.8.26.0100).

Portanto, claramente demonstrado, *in casu*, que não houve prescrição quanto ao direito do Requerente, haja vista que entre o termo inicial e o termo final não transcorreu lapso temporal superior a 03 anos.

#### **5– DOS PEDIDOS:**

---

Destarte, ante o exposto, REQUER:



- a) A concessão da gratuidade da justiça em razão da declaração que segue em anexo e conforme expressa disposição legal (arts. 98, *caput* e §1º, I e 105, *caput*, ambos do CPC);
- b) Que todas as intimações e notificações atinentes ao presente feito sejam dirigidas ao **Dr. Thomaz Antonio Nogueira Barbosa (OAB/CE 20.787)**, sob pena de nulidade processual (art. 272, §2º do CPC), bem como, que os eventuais alvarás sejam expedidos em nome de **Antônio Allan Leite Saraiva (OAB/CE 23.502)** ou **Thomaz Antonio Nogueira Barbosa (OAB/CE 20.787)**;
- c) A não realização da audiência conciliatória, com a consequente cientificação do prazo de 15 dias para apresentar Contestação, à contar da juntada do aviso de recebimento aos presentes autos (art. 231, I c/c art. 334, §4º, I, ambos do CPC), sob pena de revelia e consequente presunção de veracidade dos fatos articulados na presente peça, haja vista a robusta prova documental acostada.
- d) A designação, tão logo seja apresentada a contestação, da perícia judicial (arts. 464 e 465 do CPC);
- e) A PROCEDÊNCIA da presente ação, com a condenação da requerida ao pagamento da diferença da indenização do seguro obrigatório DPVAT no valor de R\$ 11.812,50 (Onze Mil Oitocentos e Doze Reais e Cinquenta Centavos), com juros de 1% a.m. contados desde a data do acidente, conforme Súmula 54 do STJ e atualizados à data da efetiva liquidação, com fulcro no artigo 3º, II da Lei 6.194/74;
- f) A condenação da Requerida nas custas processuais (art. 84 do CPC), bem como nos honorários advocatícios no valor de 20% da condenação, do proveito econômico pretendido ou, em não sendo possível mensurá-lo, do valor atualizado da causa (art. 85, *caput* e §2º do CPC);

Protesta e requer provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, sem exceção de nenhuma, especialmente pelos documentos que instruem esta Inicial.



**ACTUS**  
Advogados Associados

fls. 7

**Dá-se a esta causa o valor de R\$ 11.812,50 (Onze Mil Oitocentos e Doze Reais e Cinquenta Centavos).**

Nestes termos

Pede deferimento

Barbalha-CE, 21 de Janeiro de 2019.

---

**Thomaz Antonio Nogueira Barbosa**  
**OAB/CE 20787**

---

**Rivânia Alves Santos**  
**OAB/CE 39.114**

---

**Antônio Allan Leite Saraiva**  
**OAB/CE 23502**

---

**Mateus Araújo Ricarte**  
**Estagiário de Direito**



# ACTUS

Advogados Associados

## "PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

### OUTORGANTE:

JOSE Manoel de Sales, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº 079112540 SSP/CE e CPF 714.137.143-20, residente e domiciliado em São Estanção Anaiara, Distrito Anaiara, Barbalha/CE.

**OUTORGADO:** THOMAZ ANTÔNIO NOGUEIRA BARBOSA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 20.787 e/ou ANTONIO ALLAN LEITE SARAIVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 23.502, ALANA CORREIA DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE sob o n.º 30.218, ANDEISE SILVA FARIAS NOGUEIRA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o n.º 35.332, LIBERALINA MARIA ARRAIS SOARES CÂNDIDO, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE 33.529 ambos com escritório situado à Rua Zuca Sampaio n.º 649, Santo Antônio, Barbalha/CE onde recebe intimações e avisos.

**PODERES:** O(A) outorgante concede os mais amplos, gerais, especiais e ilimitados poderes, para representá-lo(a) junto ao foro em geral, conforme o artigo 105 do CPC, bem como os poderes da cláusula "ad judicium et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(os/as) nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais, acompanhando-o(a) e promovendo quaisquer medidas preliminares, previstas ou assecuratórias dos seus direitos e interesses; conferindo-lhe, também, poderes especiais para transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação e/ou procedimento, requerer gratuidade da justiça, receber e dar quitação, firmar compromisso, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, propor execução, requerer insolvência, rescisória, embargos, agravos, agindo em conjunto ou separadamente, podendo, ainda, representar junto às instituições financeiras e repartições públicas federais, estaduais e municipais; empresas públicas, autárquicas, sociedades de economia mista, pessoas jurídicas de direito público/privado ou pessoas físicas em geral, representar o(a) outorgante perante o INSS de qualquer município da federação, podendo substabelecer (em conjunto ou isoladamente), com ou sem reserva de poderes, o presente mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, enfim, poderá o(s) procurador(es), praticar(em), alegar(em), promover(em) e assinar(em) todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato, especialmente para ajuizar ação de Divórcio Consensual em seu favor.

**DECLARA** o(a) outorgante, nos termos da Lei nº 13.105/15, Arts. 98 e 99 de que não possui recursos suficientes para arcar com as despesas do processo em afetar diretamente o seu próprio sustento e de sua família.

Barbalha/CE, 19 de Jan de 2018

JOSE Manoel de Sales

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
E DEFESA DA CIDADANIA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

BARBALHA - CE

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RAO DOADOR DE ORGÃOS E TECIDOS

REGISTRO GERAL 9029112540 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/5/1999

NOME JOSE MANOEL DE SALES

FILIAÇÃO MANOEL JOAQUIM DE SALES E MARIA BRASILINA DE SALES

NATURALIDADE BARBALHA-CE DATA DE NASCIMENTO 10/1/1961

DOC. ORIGEM DERT. CASAM. 909 L B09 F 189-189 BARBALHA-CE

CPF 2.189.714.021

FORTALEZA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

C/C

NASCIMENTO 01.61 INSCRIÇÃO NO CPF 214 737 143 20

CONTRIBUINTE JOSE MANOEL DE SALES

SECRETARIO DA RECEITA FEDERAL

MINISTERIO DA FAZENDA  
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL  
COORDENACÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROBATORIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

JOSE MANOEL DE SALES

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

SUS  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

16223024437 0006 1

JOSE MANOEL SALES

10/01/1961

**Nº DO CLIENTE**  
4471147-6

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 07.047.251/0001-70 | CGF 05.105.848-3

**enel**

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 480948232

Rota 29 13014 04 745000 - 6 Data de Emissão 12/06/2017

Nome MARIA DO SOCORRO SALES

End. Postal ST ESPINHACO ARAJARA 00491

DISTRITO ARAJARA - BARBALHA - 63180000

Medidor 9581173 Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 006612823-41 CGF

Nome do Responsável

**DATAS**

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jun/2017	12/06/2017	13/07/2017

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**  
Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto CCRATO

Mês Abr/2017 EUSD 6,00

Padrão Individual 2,00 P

	Mensal			Trím.			Anual		
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC	10,50	21,17	42,34	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC	7,53	15,19	30,39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC	5,68			0,00					

**ICMS**

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

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

AD82.A382.4088.A9CD.754E.60BE.1C24.713E

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
19145	19073	1,00	72	0,00	30	0,18100	5,43
					42	0,31043	13,04

12/06/17 12/05/17 31 DIAS 72

**VALOR (R\$)** 18,47

**DESCRIÇÃO**

VR. CONSUMO DO MES RESIDENCIAL NORMAL	37,25
DESCONTO TARIFA SOCIAL - BAIXA RENDA	-18,78
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,31
DOACAO FUNDACAO TERRA 1/1	5,00
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	21,25
DOACAO-PAST-DA-CRIANCA	2,00

TEL: 85-3254 6441

0704241-07742600-008148-031000530TELCES1

**VENCIMENTO** 13/07/2017

**TOTAL A PAGAR (R\$)** 48,03

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Energia	8,54
Transmissão	5,05
Distribuição	5,75
Encargos Setoriais	2,00
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	2,60
<b>TOTAL</b>	<b>19,78</b>

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

MED	Jun	Jul	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul
	76	72	75	61	77	57	81	113	81	76	82	83

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO <sub>2</sub> )	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )	Consciência Ecológica(%CO <sub>2</sub> )
31,12	0,00	0

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

fls. 11

FLS.

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 1693 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **18/07/2018 10:15:32**Data / Hora da Ocorrência: **06/07/2017 16:30:00** 106-06-2017Endereço da Ocorrência: **SÍTIO BOA ESPERANÇA**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **BARBALHA/CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **JOSE MANOEL DE SALES**Nascimento: **10/01/1961** CPF: **214.737.143-20**RG: **99029112540**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **MARIA BRASILINA DE SALES****MANOEL JOAQUIM DE SALES**Endereço: **SÍTIO ESPINHAÇO**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **BARBALHA/CE**País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(88) 9611-8826****Dados do(s) Veículo(s)****1) Placa: HXB4451** Uf: **CE** Município: **BARBALHA** Chassi:**9C2JC30101R097345** Renavam: **754344916** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** AnoFabricação: **2001** Ano Modelo: **2001** Combustível: **GASOLINA** Cor:**VERDE** Proprietário: **JOSE RICARDO ALVES COUTINHO** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

Afirma o(a) noticiante/vítima, advertido(a) das penas cominadas para os crimes de denúncia caluniosa e falsa comunicação de crime/contravenção penal, que era o garupeiro da motocicleta pilotada por José Ricardo Alves Coutinho. Aduz que estavam no Sítio Boa Esperança quando, ao pararem na entrada e rampa - da rodovia que dá acesso ao Distrito do Caldas, nesta cidade, o piloto pisou num buraco e com isso a motocicleta pesou e perderam seu equilíbrio, momento em que pularam da moto. A vítima, ora noticiante, ao pular, caiu de mal jeito e sofreu uma lesão no pé direito. O condutor da motocicleta não sofreu nenhuma lesão. Depois do acidente que acaba de narrar, foram para casa. Após chegar em casa, a dor não cessava e o inchaço era visível, por isso pediu para que um sobrinho fosse deixá-lo no Hospital. Foi levado para o Hospital São Vicente, em Barbalha/CE. Ao dar entrada na unidade hospitalar, foi submetido a exame de Raio-X, teve o pé imobilizado e foi orientado a voltar no dia seguinte, já que naquele horário não havia médico especialista para atendê-lo. No dia seguinte voltou e foi atendido por um especialista. Depois de fazer alguns exames, poucos dias depois foi submetido a cirurgia, uma vez que ficou constatado que a vítima sofrera uma fratura no pé direito. Após a cirurgia, recebeu alta. Precisou fazer algumas sessões de fisioterapia para conseguir melhorar os movimentos do pé. Ainda hoje sente dores no pé direito. O condutor da motocicleta, que também é proprietário, possui CNH.

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

José Ailton Saraiva Calixto Junior

ESCRIVÃO DE POLÍCIA Pág. 1 de 2

Mat.: 300.907-1/3

Impresso em: 18/07/2018 10:25:51



# GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



## BOLETIM DE Ocorrência Nº 421 - 1693 / 2018

Ressalta que somente a vítima restou lesionado em decorrência da queda. O piloto nada sofreu. Não contratou ninguém para auxiliá-lo no protocolo do Seguro DPVAT. O piloto da motocicleta está presente e confirma os fatos narrados, além assinar o presente boletim de ocorrência. Está ciente de que as informações prestadas neste registro são de inteira responsabilidade da vítima.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA**

José Ailton Saraiva Calixto Júnior  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA  
Mat.: 300.907-1-3

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**JOSE AIRTON SARAIVA CALIXTO JÚNIOR - MAT.: 30090713**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*X José Ricardo Alves Lourenço*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**JULIO CESAR AGRELLI LOBO - MAT.: 198795-1-8**

*X José Ricardo Alves Lourenço*

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

Pág. 2 de 2

Impresso em: 18/07/2018 10:25:51



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 1893 / 2018

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**  
Data / Hora da Comunicação: **06/08/2018 15:34:45**  
Data / Hora da Ocorrência: **06/08/2018 15:34:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA MAJOR SAMPAIO, 45**  
Complemento: **DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL**  
Bairro: **CENTRO** Município: **BARBALHA/CE**  
Ponto de Referência:

**Noticiante(s)**

Nome: **JOSE MANOEL DE SALES**  
Nascimento: **10/01/1961** CPF: **214.737.143-20**  
RG: **99029112540** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA BRASILINA DE SALES**  
**MANOEL JOAQUIM DE SALES**  
Endereço: **SITIO ESPINHAÇO**  
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:  
Município: **BARBALHA/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9611-8826**

**Histórico**

Cuida-se de registro de boletim de ocorrência para retificar dados do BO nº 421-1693/2018, considerando que o acidente de trânsito ocorreu no dia 06/06/2017, por volta das 16h30min, e no registro do BO nº 421-1693/2018 consta dia 06/07/2017. A retificação tem base em Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência, emitida pelo Hospital São Vicente de Barbalha/CE. Onde se lê: Data/Hora da Ocorrência: 06/07/2017 16:30:00. Leia-se: Data/Hora da Ocorrência: 06/06/2017 16:30:00.

José Ailton Saraiva Calixto Júnior  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA  
Mat.: 300.907-1-3

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSE AIRTON SARAIVA CALIXTO JÚNIOR - MAT.: 30090713

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *X José Manoel de Sales*

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO MARCELO MOURA DE ALMEIDA - MAT.: 133829-1-3

## SINISTRO 3180437414 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOSE MANOEL DE SALES

**COBERTURA** Invalidez

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

**BENEFICIÁRIO** JOSE MANOEL DE SALES

**CPF/CNPJ:** 21473714320

**Posição em 11-10-2018 15:27:19**

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
05/10/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO**  
**ARTESANATO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO**

**CE**

**JOSE RICARDO ALVES COUTINHO**

**DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF**  
 2002029076568 SSP CE

**CPF**  
 009.563.043-03

**DATA NASCIMENTO**  
 19/03/1984

**RELACÃO**  
 FRANCISCO BENJAMIN COUTINHO  
 MARIA LUIZMAR ALVES COUTINHO

**PERMISSÃO** **ACC** **CALHAS**  
☐ ☐ ☐

**VALIDADE** **1ª EMISSÃO**  
 15/03/2025 20/05/2006

**SEM OBSERVAÇÃO:**

*Jose Ricardo Alves Coutinho*  
 ASSINATURA DO PORTADOR

**LOCAL**  
 JUAZEIRO DO NORTE, CE

*1000 VASCOCELLOS FORTI*  
 ASSINATURA DO EMISSOR

**DATA EMISSÃO**  
 20/03/2018

**53524508710**  
**CE164223533**

**CEARÁ**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**1497340534**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**1497340534**

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013570396656

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD: RENAVAM BILHETE EXERCÍCIO  
SER 01 754344916 0000000000 2018

JOSE RICARDO ALVES COUTINHO  
BARBALHA/CE

00956304303 HXB4451

PLACA RENAVAM CHASSI  
00956304303 9C2JC30101R097345

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL  
PAS/MOTOCICLO/MAR REBLC GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD  
HONDA/CG 125 TITAN KS 2001 2001

CAP/MT/CIL CATEGORIA COR/PREDOMINANTE  
2P/12CV/124CC ALUGUEL VERDE

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS  
1º 1SENTO 2º CONF 3º CERT

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
180.65 0.78 181.50 15/03/2018

RESERVAÇÕES

LOCAL DATA  
BARBALHA 26/03/2018

DETRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

CE Nº 013570396656 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

00956304303 HXB4451  
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204  
013570396656 19108408864

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2018 26/04/2018

VIA OFF / CNPJ PLACA  
01 00956304303 HXB4451

RENAVAM MARCA / MODELO  
754344916 HONDA/CG 125 TITAN KS

ANO FAB. CATEG. Nº CHASSI  
2001 03 9C2JC30101R097345

PRÊMIO TARIFÁRIO  
FMS (R\$) DEVATIAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
81.29 9.03 90.53

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) IOF (R\$) IOF (R\$)  
180.65 0.78 181.50 181.50

COTA UNICA PAGAMENTO PARCELADO  
15/03/2018

LOTE/DOC: 21855 CNP: 1.09.249.612/0001-04  
MOTOR: J350EL1107-345

2018

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE RICARDO ALVES COUTINHO,RG nº 0002029076568 data de expedição 20/03/18,Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 009.563.043-03, com domicílio na cidade de BARBALHA, no Estado de CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) SITIO ESPINHAÇO, nº \_\_\_\_\_,complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima JOSE MANDEL DESALES, cujo o condutor era JOSE RICARDO ALVES COUTINHO.Veículo: MOTOCICLETAModelo: HONDA CG 125 TITAN KSAno: 2001-2001Placa: HXB 4451Chassi: 9C2J301011097345Data do Acidente: 06-06-2017Local e Data: BARBALHA - CE - 0808-2018

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )





06/06/2017  
Data de Emissão

# Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDAD SAO VICENTE DE PAULO

SENHA :

## Dados do Paciente

Usuário do Cadastro :  
Usuário do Atendimento :

SAUCIA  
SLUCIA

Nome : JOSE MANOEL SALES

Paciente : 444891

Atendimento



3014432

Nome da Mãe : MARIA BRASILINA SALES

Sexo : MASCULINO

Data Nascimento: 10/01/1961

Idade: 56 Anos / 4 Meses / 27 Dias

Endereço : SITIO ESPINHACO

Bairro : RURAL

CEP : 63180970

Cidade : BARBALHA

Telefone : 96118826

Profissão Declarada : AGRICULTOR

Número :

## Dados do Atendimento

Data : 06/06/2017

Hora : 17:24:53

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

Especialidade : CIRURGIA GERAL

Serviço

CIRURGIA GERAL

Queixas :

T:

PA:

PC:

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

Hora médica : \_\_\_\_\_

*Exame em pé e em decúbito*

Hipótese Diagnóstica :

*torçao*

Cód. COD 10 : ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

*By 1*

Procedimento

☒ Imagem :

☐ Laboratório :

☐ Outros :

Conduta

*Exame físico completo e EV; Satis*  
*com o diagnóstico*

*JOSE MANOEL DE SALES*  
Assinatura do Paciente ou Responsável

*PAULO CESAR DAMASCENO SOLON*  
CRM H11212

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THOMAZ ANTONIO NOGUEIRA BARBOSA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 22/01/2019 às 11:54, sob o número 0005079-22.2019.8.06.0043 e código 42E0514. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0005079-22.2019.8.06.0043 e código 42E0514.



## Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

### Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3014432  
Paciente.....: 444891 - JOSE MANOEL SALES  
Solicitante.....: PAULO CESAR DAMASCENO SOLON (HMSVP)  
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO  
Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

Pedido.....: 761893  
Idade.....: 56a 6m 7d  
Atendido.....: 06/06/2017  
Laudo.....: 06/06/2017

### PÉ DIREITO

- Fratura antiga não consolidada da base do 1º metatarso.



# Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

CIRURGIA

07/06/2017 13:20  
Data de Emissão

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDAD SAO VICENTE DE PAULO

SENHA :

## Dados do Paciente

Usuário do Cadastro : SLUCIANO  
Usuário do Atendimento : ANPEREIRA

Nome : JOSE MANOEL SALES

Paciente : 444891

## Atendimento



3014988

Nome da Mãe : MARIA BRASILINA SALES

Sexo : MASCULINO

Data Nascimento: 10/01/1961

Idade: 56 Anos / 4 Meses / 28 Dias

Endereço : SITIO ESPINHACO

Bairro : RURAL

CEP : 63180970

Cidade : BARBALHA

Telefone : 96118826

Profissão Declarada : AGRICULTOR

Número :

## Dados do Atendimento

Data : 07/06/2017

Hora : 09:00:46

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço

ORTOPEDIA E TRAUMAT

Queixas :

T :

PA :

P :

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

Hora médica : \_\_\_\_\_

Procedimento realizado em sala de cirurgia  
de Barbalha - PE

Hipótese Diagnóstica : \_\_\_\_\_

Cód. COD 10 : \_\_\_\_\_

☐ Imagem :

☐ Laboratório :

☐ Outros :

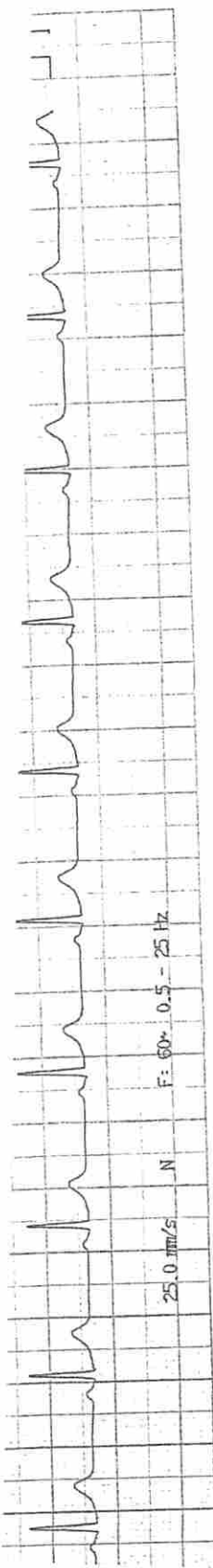
Procedimento

Conduta

Dr. Waydson Basílio dos Santos  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - CE 9048

Assinatura do Paciente ou Responsável

WAYDSON BASILIO DOS SANTOS  
CRM 9048



Hospital do  
Coração do Cariri  
SEU CORAÇÃO EM BOAS MÃOS.

O SR. JOSÉ MANOEL DE SALES DE  
56 ANOS DE IDADE, APRESENTA RISCO  
CARDÍACO BAIXO PARA CIRURGIA ORTÓPÉDICA,  
(FRATURA DE FÊMUR).

ACV - BOM 5/50 PULSO FC - 65 bpm  
PA - 130 x 80 mm Hg

AM - MU 4/5 BIL S/HA

PMU - BOM PERFUSÃO

NEURO - VIVE DE

(APTO COM BAIXO RISCO)

Dr. Charles Pinheiro de Almeida  
Cardiologia  
CRM 9842

Voltando à consulta, trazer esta receita

16/06/17

HCC

SERVIÇO DE CARDIOLOGIA  
HOSPITAL DO CORAÇÃO DO CARIRI  
CAMPUS I - AV. ZUCA SAMPAIO, 685 - JARDIM  
LUIZ CARLOS - 55050-000 - CARIRI - PB  
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE CARIRI - CARIRI - PB  
HOSPITAL DO CORAÇÃO DO CARIRI - CARIRI - PB  
HOSPITAL DO CORAÇÃO DO CARIRI - CARIRI - PB  
HOSPITAL DO CORAÇÃO DO CARIRI - CARIRI - PB  
HOSPITAL DO CORAÇÃO DO CARIRI - CARIRI - PB

EXAMES

ANÁLISE DE SANGUE  
CÁLCULO DE SANGUE  
EXAMES DE SANGUE  
EXAMES DE SANGUE  
EXAMES DE SANGUE  
EXAMES DE SANGUE  
EXAMES DE SANGUE  
EXAMES DE SANGUE

HOSPITAL DO CORAÇÃO DO CARIRI

Av. Zuca Sampaio - 685 / Fone: (88) 3532-7707 / 3532-7713

**Hospital Maternidade São Vicente de Paulo****Radiologia - HMSVP**

**Atendimento:** 3038537  
444891 - JOSE MANOEL SALES

**Paciente.....:**  
**Solicitante.....:** CASSIO MURILO DA SILVA  
**Convênio.....:** SUS - INTERNACAO  
**Bloco.....:** BLOCO IV - CLIN MEDICA

**Pedido....:** 768075  
**Idade.....:** 56a 6m 7d

**Atendido..:** 10/07/2017  
**Laudado..:** 10/07/2017

**PÉ DIREITO**

- Fratura antiga completa da base do 1º metatarso tendo sido realizado osteossíntese com pinos de fixação.
- Há referida fratura ainda não se encontra consolidada.

Dr. José Aécio de A. Santana  
RADIOLOGISTA  
CRM-CE 2.344



# HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

PACIENTE: José Manoel Sales

LEITO: 2902 ATENDIMENTO: 3038537 IDADE: 56 CONVÊNIO: SUS

PROCEDIMENTO PROGRAMADO: Redução imediata da luxação

DATA DO ENCAMINHAMENTO AO CC: \_\_\_\_\_ HORA DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_

(X) ALERGIAS: NENHUMA

HÁ RISCO DE GRANDES PERDAS SANGUÍNEAS? (Superior a 500 ml)

( ) SIM (X) NÃO

( ) RESERVA DE SANGUE DISPONÍVEL- C H Quantos? \_\_\_\_\_ ( ) PLASMA -Quantos? \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES QUE FAZ USO NENHUMA

JEJUM A PARTIR DAS \_\_\_\_\_ HS do DIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RESERVA DE VAGA EM UTI ( ) DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ VAGA EM SETOR ( ) DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

COMORBIDADES: ( ) HIPERTENSO ( ) DIABÉTICO ( ) TOSSE ( ) FEBRE ( ) NEOPLASIAS

OUTRAS \_\_\_\_\_

( ) TABAGISTA ( ) FERIDAS/ INFEÇÕES DE PELE- Local \_\_\_\_\_

( ) CONSENTIMENTO CIRÚRGICO E ANESTÉSICO ( ) BANHO PRÉ-OPERATÓRIO COM CLOREXIDINA

( ) RETIRADA DE ÓRESES, PRÓTESES E ADORNOS ( ) TRICOTOMIA

( ) SÍTIO CIRÚRGICO DEMARCADO ( ) AVALIAÇÃO PRÉ - ANESTÉSICA

( ) CIRURGIA PRÉVIA. QUAL? \_\_\_\_\_

EXAMES COMPLEMENTARES E IMAGENS: (X) ECG (X) RX DE TORAX ( ) USG ( ) ECO

(X) PARECER CARDIOLOGISTA (RISCO CIRÚRGICO) 16/06/17 ( ) USG DOPPLER

OUTROS \_\_\_\_\_

HEMOGRAMA: HB: 15,30 HT: 46,08 LEUCÓCITOS: 5.120 PLAQUETAS: 230.000

TAP: TEMPO: 12.6 ATIVIDADE: 100 INR: 1.00

Na: \_\_\_\_\_ K: \_\_\_\_\_ Ur: \_\_\_\_\_ Cr: \_\_\_\_\_ Glicemia: 74

GRUPO SANGÜÍNEO: \_\_\_\_\_ FATOR RH: \_\_\_\_\_ OUTROS: \_\_\_\_\_

ACESSO VENOSO: (X) AVP ( ) AVC JELCO Nº: 20 MEMBRO: 1150 ( ) NÃO POSSUI AV

SINAIS VITAIS: PA: 130/80 PULSO: 80 TEMP: 35.5 FR: \_\_\_\_\_

DOCUMENTOS ENCAMINHADOS: ( ) INTERNAMENTO + AIH ( ) EXAMES PRÉ-OPERATÓRIO

( ) SAME Nº \_\_\_\_\_ OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA CENTRO CIRÚRGICO: Lauren

COREN 952615 ( ) ENFERMEIRO (X) TEC. DE ENFERMAGEM

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DO PACIENTE NO C. CIRÚRGICO: Paula Regina



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO



**Termo de Ciência e Consentimento para Procedimentos Invasivos e Cirurgias**

Paciente \_\_\_\_\_ Bloco \_\_\_\_\_  
Leito \_\_\_\_\_ Atendimento \_\_\_\_\_

Pelo presente termo, Eu, João Manoel de Sales

( ) Paciente ( ) Responsável pelo paciente

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirurgia(s):

1. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

4. Para as cirurgias **NEUROLÓGICAS** os possíveis riscos são: cegueira, surdez, perda da fala (afasia), paralisias de uma parte ou do corpo todo (paraplegia, hemiplegia, quadriplegia), perda de sensibilidade, alterações da consciência, coma e até o risco de morte.

5. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Nome Legível: \_\_\_\_\_

Assinatura: João Manoel de Sales

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Testemunha 1: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Testemunha 2: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Barbalha, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**Deve ser Preenchido pelo médico**

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

**Termo de acompanhamento do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais**

Eu, \_\_\_\_\_ Identidade Nº \_\_\_\_\_

responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento cirúrgico ambulatorial realizado no Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, até sua residência.

Barbalha, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO - HMSVP

PROTÓCOLO DE ADMISSÃO SETOR: ITU

NOME: JOSE ALMUEL SALES IDADE: 56 LEITO: 29-2 DATA: 10/07/17 HORA: 08:00  
ATENDIMENTO 3038537 PROCEDÊNCIA Intensivamento ACOMP.: ( ) SIM ( ) NÃO

PROCEDIMENTO	ADMISSÃO	DATA	TROCA	TROCA	TROCA	TROCA	TROCA	TROCA	RETIRADA
INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL	( ) SIM ( ) NÃO								
ACESSO VENOSO CENTRAL	( ) SIM ( ) NÃO								
ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	( ) SIM ( ) NÃO								
PRESSÃO ARTERIAL MÉDIA	( ) SIM ( ) NÃO								
SONDA NASOENTRERAL	( ) SIM ( ) NÃO								
SONDA NASOGÁSTRICA	( ) SIM ( ) NÃO								
DRENOS	( ) SIM ( ) NÃO								
HEMOTRANSFUSÃO									
OSTOMIA PARA ALIMENTAÇÃO:	( ) SIM ( ) NÃO								
( ) GASTRO ( ) JEJUNO									
OXIGENOTERAPIA	( ) SIM ( ) NÃO								
SONDA VESICAL DEMORA	( ) SIM ( ) NÃO								
TRAQUEOSTOMIA	( ) SIM ( ) NÃO								

EVOLUÇÃO:



PRESCRIÇÃO.: 1049725 DATA: 11/07/2017 12:00  
USUÁRIO....: FCELESTINO  
ATENDIMENTO: 3038537 DT NASC: 10/01/1961 (56A 5M 30D)  
CONVÊNIO....: SUS - INTERNACAO  
PACIENTE....: 444891 - JOSE MANOEL SALES  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 10/07/2017 07:33 1 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP) SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA  
UNID. INT...: BLOCO IV LEITO...: ENF 29-2 COBERTURA: ENFERMARIA 6 LEITOS  
CID.....: S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

\*3038537\*

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### PROCEDIMENTO DE ALTA

1 ALTA MEDICA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

Dr. Raimundo Scelima  
CRM: 000000

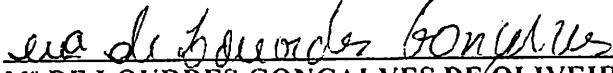
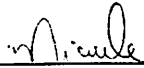


**Hospital Maternidade São Vicente de Paulo**  
**Anotações de Enfermagem**

10/07/2017  
17:25:32  
MMMELO 27

Paciente: 00444891 JOSE MANOEL SALES  
Atendimento: 03038537  
Unidade: ENFERMARIA 6 LEITOS  
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO  
Leito: , BLOCO IV, ENF 29-2  
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT  
CIRURGICA

20/07/17		Anotações de Enfermagem	
08:00 PACIENTE ADMITIDO DO SETOR DE INTERNAMENTO, CONCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, EUPNEICO, PARA SUBMETER-SE A PROCEDIMENTO CIRURGICO, VEIO COM PRE-OP EXTERNO PULSEIRA DE INDETIFICAÇÃO, EM DIETA ZERO DESDE DAS 22 HORAS, AGUARDA IDA PARA S.O. PA=130/80mmHg T=35°C P=88bpm			
09:20 PACIENTE ENCAMINHADO PARA S.O COM PRONTUÁRIO COMPLETO. 10:45 PACIENTE RETORNOU DA S.O COM PRONTUARIO COMPLETO, SEGUE EM REPOUSO NO LEITO, MANTEM HIDRATAÇÃO VENOSA. AGUARDA RAO X DO PE DIREITO.			
 Mª DE LOURDES GONÇALVES DE OLIVEIRA LIMA COREN:952615			
14:00H- PACIENTE EVOLUI EM PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO DE ARTRODESE DE PÉ DIREITO, MANTENDO CURATIVO NO MESMO POUCO SANGRANTE, SOB EFEITO ANESTESICO, EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, SEM MAIORES QUEIXAS, ACEITOU BEM A ALIMENTAÇÃO. AGUARDA RX DO PÉ DIREITO. PA=130/80mmHg T=35°C PULSO=80bpm REALIZADO RX DO PÉ DIREITO.			
15:00H- REALIZADO CURATIVO COMPRESSIVO EM MID.			
 Maria Micaele M. de Melo COREN-552900			



Paciente: 00444891JOSE MANOEL SALES  
Atendimento: 03038537

Convênio: SUS -  
INTERNACAO  
Leito: , BLOCO IV, ENF  
29-2  
Serviço: ORTOPEDIA E  
TRAUMAT  
CIRURGICA

Unidade: ENFERMARIA 6 LEITOS

Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

<i>Evolução Médica</i>
PACIENTE NO PO IMEDIATO DE ARTRODESE EM PÉ DIREITO AO NIVEL DO PRIMEIRO RAO

Dr. Cassio Murilo da Silva  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM - 6002  
CPF - 34639348012

CASSIO MURILO DA SILVA  
CRM - 6002



10/07/2017  
Fls. 29  
Data de Emissão

## Ficha de Anamnese de Internação

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDAD SAO VICENTE DE PAULO

SENHA :

### Dados do Paciente

Usuário do Cadastro : SLUCIANO  
Usuário do Atendimento : LJUNIOR

Nome : JOSE MANOEL SALES

Paciente : 444891

Atendimento

Sexo : MASCULINO

Data Nascimento: 10/01/1961

Idade: 56 Anos / 6 Meses / 0 Dia



3038537

Nome da Mãe : MARIA BRASILINA SALES

Nome do Pai: MANOEL JOAQUIM DE SALES

Endereço : SITIO ESPINHACO

Bairro : RURAL

CEP : 63180970

Cidade : BARBALHA

Telefone : 996118825

Número :

### Dados do Atendimento

Profissão Declarada : AGRICULTOR

Data : 10/07/2017

Hora : 07:33:45

Convênio: SUS - INTERNACAO

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

SAME : 3277125

Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

Unidade : BLOCO IV

Unidade : ENF 29-2

*Jose Manoel Sales*  
Assinatura do Paciente ou Responsável

### RESUMO DE TRATAMENTO

Historia da doença atual:

*fratura de fêmur*

Antecedentes:

I.S. ....

Exame Físico...

Hipótese Diagnóstica:

Diagnóstico Definitivo:

Alta em: 12/07/17

Condições de Alta:

Dr. Cassio Muriilo da Silv.  
Ortopedia / traumatologia  
CRM - 6002  
CPF - 34631348372

CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)  
CRM C6002

Av. Cel. João Coelho, 299 - Centro - Barbalha - Ce - Cep.: 63.180.000 - Fone (88) 3532-7100

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THOMAZ ANTONIO NOGUEIRA BARBOSA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 22/04/2019 às 11:54, sob o número 00050792220198060043. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0005079-22.2019.8.06.0043 e código 42E0514.



Data de Emissão 10/07/2017

FICHA DE INTERNAÇÃO

## Dados do Paciente

Usuário do Atendimento :

LJUNIOR

Usuário do Cadastro :

SLUCIAN

Nome : JOSE MANOEL SALES

Unidade : BLOCO IV

Identidade : 9902911540

Nome da Mãe : MARIA BRASILINA SALES

Leito : ENF 29-2

Paciente : 444891

CPF : 21473714320

Atendimento



303853

## Dados do Responsável

Nome : JOSE MANOEL SALES

Parentesco : O MESMO

Fone : 996118825

Endereço : SITIO ESPINHACO

Número :

## TERMO DE RESPONSABILIDADE - MAIOR E CAPAZ

## 1- Disposições gerais:

a) O presente termo dispõe sobre direitos e deveres recíprocos entre o paciente, o profissional de saúde responsável pelo seu tratamento e o Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, tendo como base o Código de Ética Médica e o Código de Defesa do Consumidor.

b) O Hospital Maternidade São Vicente de Paulo é uma instituição filantrópica de assistência social que mantém convênio com a Universidade Federal do Ceará e com a Universidade Regional do Cariri - URCA para dar apoio às suas atividades de ensino. O seu Corpo Clínico é composto por Médicos, Professores de Medicina e seus aprimorandos.

## 2- Dos deveres e salvaguarda de direitos:

a) O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

b) O profissional de saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.

c) O médico informará ao paciente, de forma clara e em linguagem acessível, sobre o seu estado de saúde, diagnóstico, tratamento e evolução possível de sua doença.

d) Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos serão executados com a prévia concordância do paciente, após ter sido esclarecido quanto aos seus riscos e benefícios;

e) Quando houver discordância quanto à aplicação de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, esta deverá ser registrada no prontuário do paciente.

f) O paciente tem o direito de revogar o seu consentimento a qualquer tempo, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.

g) No caso de revogação do consentimento, o paciente se manifestará por escrito ou na presença de duas testemunhas, devendo este termo ser arquivado junto ao seu respectivo prontuário.

h) Quando o paciente se recusar a aceitar os métodos diagnósticos e terapêuticos propostos e deixar o Hospital cessarão para o médico e para a instituição quanto às consequências que este fato trouxer.

## 3- Da incapacidade:

a) No caso do paciente, durante o tratamento, tornar-se incapaz de tomar decisões sobre sua saúde, desde já ficará responsável como seu REPRESENTANTE INDICADO para representá-lo junto à Instituição e Corpo Clínico:

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

b) O Representante Indicado será a pessoa de confiança do paciente, podendo ser seu parente ou não, cabendo ao paciente a sua notificação sobre esta indicação.

c) Em caso de iminente risco de vida ou de perda da qualidade de vida, encontrando-se o paciente incapacitado de tomar decisões (e na ausência do seu Representante Indicado) o médico estará autorizado a adotar as condutas que achar necessárias para resguardar a sua saúde.

d) Estando ausente o médico assistente do paciente e ocorrendo eventos que coloquem em risco a sua saúde a Instituição lhe garantirá a assistência emergencial necessária através dos seus médicos plantonistas.

## 4- Do Prontuário:

a) Conforme preceituam as normas em vigor o Prontuário do paciente será elaborado de forma legível, completa e atualizada. O seu manuseio será permitido apenas pelos profissionais envolvidos no seu atendimento, ressaltando-se o sigilo ético sobre as informações ali contidas.

b) Cabe à Instituição a guarda do prontuário pelo tempo previsto em lei.

c) O paciente tem o direito de obter relatório contendo informações registradas no seu prontuário, mediante solicitação prévia e por escrito ao Setor de Arquivo Médico e Estatística;

d) O paciente tem garantida e respeitada a confidencialidade sobre seus dados pessoais e clínicos, podendo serem revelados apenas com sua autorização, salvo em casos de imposição legal.

## 5- Disposições Finais.

a) Após a alta médica o paciente deverá deixar as dependências do Hospital no prazo de até 24 (vinte e quatro horas), após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

b) O atendimento eletivo será prestado nos limites e dentro das regras do convênio a que pertença o paciente, fora dos quais o paciente e seus familiares ficarão responsáveis pelo ressarcimento ao Hospital.

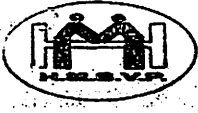
O PRESENTE TERMO FOI LIDO E ACHADO CONFORME

Barbalha-CE.

PAC. OU RESP.:

Data da Alta:

Assinatura

		BOLETIM ANESTÉSICO		REGISTRO <div style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">444891</div>	
				ATENDIMENTO <div style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">3038537</div>	
Paciente <span style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">JOSE MANOEL SALES</span>					
Idade	Sexo	Peso (kg)	Altura (cm)	Data	
<span style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">56 anos</span>	<input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	<span style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">180 kg</span>		<span style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">10/04/14</span>	
Diagnóstico Pré-Operatório <span style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">Fim do Metastases x 8.1</span>					
Medicamentos em Uso <div style="text-align: center; font-size: 1.5em; font-family: cursive;">-</div>					
ECTOSCOPIA E INTERROGATÓRIO SISTEMÁTICO					
Temperatura (°C)	PA (mmHg)	FC (bpm)	FR (lpm)	SpO <sub>2</sub> (amb, %)	
	<span style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">130 x 80</span>	<span style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">96+</span>		<span style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">98/</span>	
Alergias <span style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">1 KN</span>					
Complicações em Anestesias Anteriores					
Jejum	ASA	Mallampatti	Esternomental		Tireomental
<span style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">AL</span>	<span style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">PI</span>		<input type="checkbox"/> > 10cm <input type="checkbox"/> < 10cm		<input type="checkbox"/> > 5cm <input type="checkbox"/> < 5cm
Extensão Atlantooccipital		Interincisivos		Dentição	
<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta		<input type="checkbox"/> > 3cm <input type="checkbox"/> < 3cm		<input type="checkbox"/> Bom estado <input type="checkbox"/> Prótese	
ECTOSCOPIA	AP. CARDIOVASCULAR	AP. RESPIRATÓRIO	SNC	ENDÓCRINO / MET / RENAL	
<input type="checkbox"/> Estado Geral Ruim	<input type="checkbox"/> Hemodinâmica instável	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Acordado e orientado	<input type="checkbox"/> Diabético	
<input type="checkbox"/> Estado Geral Precário	<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Tabagista	<input type="checkbox"/> Torporoso	<input type="checkbox"/> Hipertireóideo	
<input type="checkbox"/> Cianótico	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora	<input type="checkbox"/> Hipotireóideo	
<input type="checkbox"/> Ictérico	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Obesidade	
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> IAM prévio	<input type="checkbox"/> Hipertensão pulmonar	<input type="checkbox"/> Trauma Cranioencefálico	<input type="checkbox"/> Gestação	
<input type="checkbox"/> Desidratado	<input type="checkbox"/> Uso de antiagregantes pqt	<input type="checkbox"/> Broncoespasmo	<input type="checkbox"/> Liquorréia	<input type="checkbox"/> Desnutrição	
<input type="checkbox"/> Descorado	<input type="checkbox"/> Uso de anticoagulantes	<input type="checkbox"/> Roncos e estertores	<input type="checkbox"/> Otorrágia	<input type="checkbox"/> Atraso menstrual	
<input type="checkbox"/> Sudoreico	<input type="checkbox"/> Revascularização prévia	<input type="checkbox"/> Pneumonia	<input type="checkbox"/> Lesão medular	<input type="checkbox"/> IRA	
	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Tosse produtiva	<input type="checkbox"/> Hipertensão intracraniana	<input type="checkbox"/> IRC	
	<input type="checkbox"/> Insuficiência coronariana	<input type="checkbox"/> Derrame pleural	<input type="checkbox"/> Déficit motor localizado	<input type="checkbox"/> Hematúria	
	<input type="checkbox"/> Valvopatia	<input type="checkbox"/> Pneumotórax / Hemotórax	<input type="checkbox"/> AVE prévio	<input type="checkbox"/> ITU	
	<input type="checkbox"/> Aneurisma de aorta	<input type="checkbox"/> Insuficiência respiratória	<input type="checkbox"/> Convulsão / epilepsia		
EXAMES COMPLEMENTARES					
Hb	Hb	Pqt	Glicemia	Creatinina	Uréia
Na	K	Cl	Mg	Ca	TP
				Ativ	INR
				TTPA	Alb.
RX Tórax					
ECG					
AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR					
OUTRAS OBSERVAÇÕES					
ANESTESIA PROPOSTA <span style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">Ranivastina + SODACN</span>					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS					
1	<span style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">To as de Fim do Metastases (8) DIZOIT</span>				
2					
3					
4	<span style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">Dr. Manoel Chaves</span> Anestesiologista				
ANESTESIOLOGISTA <span style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">D. Manoel</span>		CIRURGIÃO PRINCIPAL <span style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">D. Murilo</span>		PRIMEIRO AUXILIAR	

50.403



## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: <u>José Manuel Sales</u>		ATENDIMENTO: <u>3038537</u>	
Admissão no centro cirúrgico			
DATA: <u>10/07/17</u>	HORÁRIO:	Procedência: ( ) Enfermaria ( ) Externo ( ) UTI ( ) Apto. ( ) outro	
Prótese dentária: (X) não ( ) sim:		Adornos: (X) não ( ) sim:	
Jejum: ( ) não (X) sim: desde as <u>21</u> h <u>00</u>		Roupa íntima: (X) não ( ) sim:	
Procedimento Realizado:			
Evolução na Sala Operatória			
Punção venosa: (X) veia periférica JELCO Nº: ( ) A.V.C ( ) dissecação venosa		LOCAL: <u>veia do site</u>	
Posição para cirurgia: ( ) Ginecológica ( ) Litotômica (X) D.Dorsal ( ) D.Ventral ( ) D.Lateral D/E			
Sonda Vesical: (X) não ( ) sim		Tipo: ( ) demora ( ) alívio	
Número: <u>1</u>		Presença diurese: ( ) não ( ) sim	
Placa Bisturi: (X) não ( ) sim		Local: ( ) panturrilha D/E ( ) dorso ombro D/E ( ) coxa D/E	
Anestesia: (X) Bloqueio Qual: <u>Rapida</u> ( ) Geral ( ) Sedação ( ) Local			
HEMOTRANSFUSÃO (X) não ( ) sim C.H ( ) PLASMA FRESCO ( ) PLAQUETAS ( )			
Anos: (X) não ( ) sim Tipo: ( ) Tórax D/E ( ) tubular/laminar ( ) penrouse ( ) Kher ( ) sucção ( ) outros			
COMPRESSAS OFERECIDAS: ( ) não (X) sim:		COMPRESSAS CONFERIDAS: ( ) não (X) sim:	
GRANDES: <u>05</u>	PEQUENAS:	GRANDES: <u>05</u>	PEQUENAS:
CIRURGIA: INÍCIO: <u>09</u> h <u>30</u>		TÉRMINO: h	
MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS		VIA	DOSE
1- <u>Dipriona</u>		<u>IV</u>	<u>20g</u>
2- <u>cefazolin</u>		<u>IV</u>	<u>10g</u>
3- <u>Dexamet</u>		<u>IV</u>	<u>10mg</u>
4- <u>oxitriptina</u>		<u>IV</u>	<u>100mg</u>
5-			
6-			
7-			
8-			
9-			
10-			
HGT			
Encaminhado peça para exame: ( ) não ( ) sim: qual:			
INTERCORRÊNCIAS:			
Alta da sala operatória as: h Destino: ( ) RPA ( ) UTI AD. ( ) UTINEO ( ) UTIPED ( ) Enfermaria ( ) Apto. ( ) Necrotério			
<u>Paula Regina</u> CIRCULANTE DA SALA - ASS./COREN		<u>Crismar</u> INSTRUMENTADOR - ASS./COREN	
Recuperação Pós - Anestésico - RPA			
Admissão: nível consciência: ( ) acordado ( ) sonolento ( ) acorda quando chama ( ) dormindo ( ) TOT			
Queixas: ( ) sem queixas			
Respiração: ( ) ndn ( ) com necessidade de suplementação O <sub>2</sub>			
Local cirúrgico: ( ) ndn ( ) alterado			
SNG: ( ) não ( ) sim SNE: ( ) não ( ) sim Sonda Vesical Demora: ( ) não ( ) sim			
Recomendações do cirurgião e/ou anestesista para RPA: ( ) não ( ) sim Qual: ( ) uso O <sub>2</sub> l/min			
ESTOMA: ( ) não ( ) sim: ASPECTO:			

58.284



# HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

Av. Cel. João Coelho, 299 Fone: (88) 3532 - 7100

CNPJ: 03.284.505/0001 - 13

## CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS NO PROCEDIMENTO

Atend: 3038537 Cliente: José Manoel Sales  
 Idade: 56 ASA: I Data: 10.07.17  
 Clínica: Blcco 7U Quarto: 29.02 Categoria: 3us  
 Cirurgião: Dr. Cassio Munilo  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Procedimento realizado: 71º Cíngulo de Enalme 12 Mutata  
Direito

## CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL: <u>ex. pe. torto</u>		
RESP. PREPARO: <u>elene</u>		
DATA ESTERILIZAÇÃO: <u>28.06.17</u>		
NÚMERO DO LOTE: <u>B072806 171809</u>		
DATA DO USO: <u>10.07.17</u>	HORA: <u>11</u>	S.O. <u>1</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. C. Munilo</u>	OBS: <u>eletiva</u>	





HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO  
AV. CEL. JOÃO COELHO, 299 FONE: (88) 3532-7100  
CNPJ: 03.284.505/0001-13

Entrada: 09:20  
Saída:

caixa: Ex. pe. Jota  
**CUSTO DE SALA**

Atend.: 3038537  
Pac.: 444891

NOME DO PACIENTE: Jose Manoel Sales			CONVÊNIO: SUS							
DATA: 01/07/17			INÍCIO: 09:30							
CIRURGIA: TC Curo de frnt do 12 metatars			TERMINO:							
DURAÇÃO:			CÓDIGO CIRURGIA PRINCIPAL:							
MATERIAIS		UNID	QUANT.	MATERIAIS D		UNID	QUANT	SOLUÇÕES	UNID	QUANT
Agua Oxigenada	ML			Gorro Descartável	UNID	06		Agua Destilada	tubo	
Agulha Descartável 25x8	UNID	02		Intracath	UNID			Agua Destilada	tubo	
Agulha Descartável 40x12	UNID	01		Irrigoplás (Equipo 4 vias)	UNID			Soro Fisiológico 500ml	tubo	01
Agulha Peridural (Perifix)	UNID		(No. )	Lâmina p/ Enxerto	UNID			Soro Fisiológico	tubo	
Agulha p/ Raqui	UNID	01	(No. 26)	Lâmina bisturi	UNID	01	(No. 5)	Clorexidine Alcoólica	ml	80 p/comp
Agulha Stimuloplex	UNID			Ligacilp (Clip de Video)	UNID			Clorexidine Degermante	ml	
Alcool Etilico	ML			Luvas Descartáveis 27.5	PAR	01	27.5 02	Éter	ml	
Algodão Hidrófilo	Gr/Bola			Luvas Procedimentos	UNID	06		Formol 10%	ml	
Algodão Ortopédico	UNID	01		Máscara Descartável	UNID	05		Povidine Tant	ml	70 p/comp
Arruela de Monil/Eletrodo	UNID	05		Perfusor Set	UNID			Vaselina Líquida/Pomada	ml/grama	
Atadura de Crepon	UNID	01	10 cm	Plastibel	UNID			Xylocaina Spray	Gramas	
Atadura Gessada	UNID			Placa de Bisturi Descartavel	UNID			Xylocaina Geléia	Gramas	
Bolsa de colostomia	UNID			Propés/Botas Descartáveis	UNID	06		FIOS CIRURGICOS	UNID	QUANT
Cânula Endotraqueal	UNID		(Aramada)	Scalp	UNID			Catgut (Simple/Cromado)	UNID	
Cânula Endotraqueal	UNID		(No. )	Seringa Perifix	PAR			Ethilon (Nylon Duplo)	UNID	
Cateter Duplo J	UNID		(No. )	Seringa Descartável 1ml	UNID			Policot	UNID	
Cateter p/ Oxigênio	UNID	01		Seringa Descartável 3ml	UNID	01		Policot 2.0 PA 424	UNID	01
Cateter Jelco	UNID		(No. )	Seringa Descartável 5ml	UNID	02		Prolene	UNID	
Cateter Peridural	UNID		(No. )	Seringa Descartável 10ml	UNID	02		Prolene	UNID	
Cateter Duplo/Mono Lúmen	UNID			Seringa Descartável 20ml	UNID			PDS II	UNID	
Capa de Video	UNID			Seringa Descartável 60ml	UNID			Mononylon 3.0 VM 107	UNID	01
Caneta de Bisturi Descartável	UNID			Sonda Gástrica	UNID		(No. )	Monocryl	UNID	
Compressa Cirúrg. Pequena	UNID			Sonda p/ Gastrostomia	UNID		(No. )	Vicryl 3.0 PG 117	UNID	01
Compressa Cirúrg. Grande	UNID	05		Sonda Uretral	UNID		(No. )		UNID	
Cotonete / Cotonóide	UNID			Sonda Naso enteral	UNID		(No. )	APARELHOS/G. MEDICINA	UNID	QUANT
Cord-Clamp	UNID			Sonda Foley 2 vias	UNID		(No. )	Aparelho p/ Stimuloplex	uso	
Coletor de Urina Simples	UNID			Sonda Foley 3 vias	UNID		(No. )	Ap. Videolaparoscópico	uso	
Coletor Urina S. Fechado	UNID			Surgicel	UNID			Aspirador Cirurgico	uso	
Curativo IV-FIX	UNID			Transfuso bomba de infusao	UNID			Bomba Infusão/ Seringa	uso	
Extensor Fix (60/120 cm)	UNID		(No. )	Transofix	UNID			Berço Aquercido	uso	
Dreno de Tórax	UNID		(No. )	Traqueostomo	UNID		(No. )	Bisturi elétrico	uso	
Dreno Sucção / Penrose	UNID			Tree-way / Dupla via	UNID			Capnógrafo	uso	
Equipo Simples/Inj. lateral	UNID	01		Luva 27.5	PAR	01		Int. de Imagem/ Arco Cirurg.	uso	
Equipo p/ Sangu	UNID			Luva 27.5	PAR	01	27.5 mm	Monitor Multiparamétrico	min	OK
Esparadrapo	CM	60						Gas Carbonico	min	
Esparadrapo Micropore	CM							Ar Comprimido - l/min	min	
Escova Descartável	UNID	05						Oxigênio - l/min		OK
Gazes 7,5x7,6	UNID	30						Oxido Nitroso - l/min		
Geofoam	UNID									OK

EQUIPE CIRURGICA		
CIRURGIÃO (A): Dr. Cassio Mendo	ANESTESISTA: Dr. Moacyr	CIRCULANTE: Paulo
1º AUXILIAR: Dr. Camila	PEDIATRA:	BERÇARISTA:
2º AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR (A): Crismon	TEC RADIOLOGIA:



PRESCRIÇÃO.: 1049487 DATA: 10/07/2017 10:30  
USUÁRIO..... CMURILO  
ATENDIMENTO: 3038537 DT NASC: 10/01/1961 (56A 5M 29D)  
CONVÊNIO.... SUS - INTERNACAO  
PACIENTE.... 444891 - JOSE MANOEL SALES  
PESO..... ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 10/07/2017 07:33 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO..... CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP) SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA  
UNID. INT.: BLOCO IV LEITO.: ENF 29-2 COBERTURA: ENFERMARIA 6 LEITOS  
CID..... S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO CICLO... /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

\*3038537\*

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DIETA

1 DIETA BRANDA

Obs.: APÓS RECUP ANESTÉSICA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
				Livre	[10/07]	10:30
					[11/07]	10:30

### MEDICAMENTOS

2 (D1/2) SORO FISIOLÓGICO SISTEMA FECHADO  
FR 500ML

Obs.: LENTO NAS 24 HRS

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	FRASC C/500l		IV	12hs/12hs	[10/07]	20
					[11/07]	08

3 (D1/2) CEFALOTINA SODICA 1G FA  
Justificativa.: PROFILÁTICO

Obs.: DILUIDO EM 10 ML DE AD

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	FA C/1G		IV	12hs/12hs	[10/07]	20
					[11/07]	08

4 (D1/2) DAPIRONA 500MG/ML 2ML INJ. AMPOLA  
Obs.: DILUIDO EM 10 ML DE AD

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	AMP C/2ML		IV	4 x ao dia	[10/07]	12 18 16 22
					[11/07]	08 08 04 10

5 (D1/2) TRAMAL INJ. 100 MG AMP C/1ML

Obs.: DILUIDO EM 100 ML DE SF SE DOR INTENSA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	AMP C/2ML		IV	3 x ao dia	[10/07]	16
					[11/07]	08 08

### EXAMES DE IMAGEM

6 RX PE DIREITO

Obs.: CONTROLE

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1					[10/07]	10:30

### PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

7 CUIDADOS GERAIS

Obs.: MEMBRO INF DIREITO ELEVADO

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
				Continua	[10/07]	10:30
					[11/07]	10:30

Dr. Cassio Muriilo da Silva  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM - 6002  
CPF - 34631348372

CASSIO MURILO DA SILVA  
CRM 6002

<b>Sistema Único de Saúde</b> Ministério da Saúde		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS (S) ESPECIAL(AIS)</b> Folha 1/2	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital Maternidade São Vicente de Paulo		2 - CNES 2564211	
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE José Manoel Sales		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 000000	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO 01/01/1961		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	
11 - NOME DA MÃE Maria Brasileira Sales		10 - RAÇA/COR 1	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL Maria Brasileira Sales		12 - TELEFONE DE CONTATO 14 - TELEFONE DE CONTATO DDD	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) R. Capangueiro 51X Rural		16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Barro Preto	
17 - CDD, IBGE MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP		20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>			
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR 23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA 25 - DIAGNÓSTICO INICIAL		22 - CDD, DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR 24 - CDD, DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 26 - CID 10 PRINCIPAL 27 - CID 10 SECUNDÁRIO 28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input checked="" type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II			
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CDD, DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34 - CDD, DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37 - CDD, DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 38 - CDD, DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <div style="text-align: center; font-size: 24px; font-family: cursive;">             2º de necessidade de acompanhar           </div>			
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b> 42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 44 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Cassio Murilo da Silva CRM - 6002 Otopediatria		<b>AUTORIZADOR</b> 47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 48 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 50 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO		2564211	
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO		2564211	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - Nome do Paciente			6 - Nº Prontuário
JOSE MANOEL SALES			444891
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RaçaCor
702909566054575	10/01/1961	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	02 - Preta
11 - Nome da Mãe			10.1 - Etnia
MARIA BRASILINA SALES			0000 - Não Se Aplica
13 - Nome Responsável			12 - Telefone de Contato
MARIA BRASILINA SALES			8896118826
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)			14 - Telefone de Contato
SITIO ESPINHACO, - RURAL			
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
BARBALHA	230190	CE	63180970

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
PACIENTE ADMITO PARA CORREÇÃO CIRURGICA DE FRATURA EM MEDIO PE DIREITO			
21 - Condições que justificam a Internação			
TTO CIRURGICO			
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
HDA = RX			
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO	S923	V99	

PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - Descrição do Procedimento Solicitado			28 - Código do Procedimento
REDUCAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-FALANGIANA / INTERFALANGIANA DO P			0408050195
29 - Especialidade	30 - Carater de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRURGICO	1	(X) CNS ( ) CPF	128368744590001
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente		34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
CASSIO MURILO DA SILVA		08/06/2017	6002


  

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - ( ) Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência	
( ) Empregado	( ) Empregador
( ) Autônomo	( ) Desempregado
( ) Aposentado	( ) Não Segurado

AUTORIZAÇÃO		
46 - Nome do Profissional Autorizador		47 - Cód. Órgão Emissor
		M230190101
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
( ) CNS ( ) CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
28/06/2017		
52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)		

Código do Laudo: 3015936





Hospital Maternidade São Vicente de Paulo  
Anotações de Enfermagem

11/07/2017  
17:53:19  
RPINTO

39

Paciente: 00444891JOSE MANOEL SALES  
Atendimento: 03038537  
Unidade: ENFERMARIA 6 LEITOS  
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO  
Leito: , BLOCO IV, ENF 29-2  
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT  
CIRURGICA

*Anotações de Enfermagem*

11/07/17 08:00h PACEINTE EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO,  
MANTÉM CURATIVO EM MID, REFERE ALGIA NO MESMO, ACEITA A DIETA,  
DEAMBULA, DIURESE E FEZES PRESENTE.

PA=150/90mmHg

T=36,2°C

P=78bpm


  
CICERA ELISÂNGELA DA SILVA  
COREN-516917

14:00 PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITATAR , APOS VISITA MEDICA , COM  
RECEITA PARA CASA, ACOMPANHADO POR FAMILIARES .

PA= 140/80mmHg

T=36.7°C

FC=80bpm

  
ERICA RAQUEL MELO DOS SANTOS  
COREN= 487019

HOSPITAL MATERNIDAD SAO VICENTE DE PAULO  
 14/2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação  
 Comprovante da Alta Médica do Paciente

Página: 1/1  
 Emitido por: FCELESTINO  
 Em: 11/07/2017 08:19

Atendimento: 3038537

Dt Atendimento: 10/07/2017 - 07:33

Dt Alta: 11/07/2017 - 08:19

Paciente: 444891 JOSE MANOEL SALES

Serviço: 15 ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 179 ENF 29-2

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: FCELESTINO

CID: S923

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Procedimento de Alta 0408050195 - REDUCAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-FALANGIANA,

#### Observação de Alta

# PACIENTE NO PO IMEDIATO DE ARTRODESE EM PÉ DIREITO AO NÍVEL DO PRIMEIRO RAIOS.

1º DPO

# EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, COOPERATIVO, REFERE DOR DE LEVE INTENSIDADE À MOVIMENTAÇÃO DO PÉ D, NEGANDO NÁUSEAS, VÔMITOS OU OUTRAS QUEIXAS. DIURESE PRESENTES E FISIOLÓGICA, NEGA EVACUAÇÃO. REALIZADO ENFAIXAMENTO ADICIONAL EM PÉ D POR EPISÓDIO DE SANGRAMENTO LOCAL DE PEQ INTENS. APÓS CIRURGIA. PACIENTE EVOLUI NORMOTENSO E AFEBRIL NAS ÚLTIMAS 18H. PACIENTE EM CONDIÇÕES DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR.

#### # AO EXAME FÍSICO:

ECT: EGR, EUPNEICO, AAA, NORMOCORADO, NORMOHIDRATADO, COOPERATIVO.  
 ACV: BCNF, RCR 2T, NÃO AUSCULTO SOPROS.

AR: MV+ EM AHT, SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS.

ABD: SEMIGLOBOSO, FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, RHA+, INDOLOR À PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, NÃO PALPO VMG.

EXT: MID EM ROTAÇÃO NEUTRA, PÉ D ENFAIXADO, PULSOS PEDIOSOS PALPÁVEIS, SENSIBILIDADE PRESERVADA.

#### # CD:

1. ALTA MÉDICA HOSPITALAR.
2. ORIENTO CUIDADOS GERAIS ACERCA DE FO.
3. PRESCREVO CEFALOXINA 500MG, 6/6H, 7D + SINTOMÁTICOS PARA CASA S/N.
4. ORIENTO RETORNO AMBULATORIAL COM DR. CÁSSIO MURILO, MEDIANTE MARCAÇÃO EM AMBULATÓRIO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA.
5. ORIENTO RETORNO, SE SINAIS DE GRAVIDADE.

Dr. Rainerio Soejima  
 ORTODONTIA  
 CIRURGIA ORTODONTICA

Dr.(a) CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

CRM: C6002

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

WWW.SAOVICENTE.ORG.BR

Maria do Socorro Sales

es. da  
maternidade



**HOSPITAL MATERNIDADE  
SÃO VICENTE DE PAULO**

Av. Col. João Coelho, 299- Barbalha - Ceará

Nome: Jos. Nervo dos  
Doc. \_\_\_\_\_

Atestado

CID 592.3

Tubo em p. 0

tubo inguinal e

deve operar p. 04

(tubo) mas o tubo

Dr. (a) Thomaz Antonio Nogueira Barbosa  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - 10112

470727

Dr. (a)

**Voltando à consulta traga esta receita**

**50.474**



**Hospital Maternidade São Vicente de Paulo**  
**Radiologia - HMSVP**

**Atendimento:** 3129207

**Paciente.....:** 444891 - JOSE MANOEL DE SALES

**Solicitante.....:** HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAUL

**Convênio.....:** SUS - AMBULATORIO

**Bloco.....:** PRONTO SOCORRO ADULTO

**Pedido.....:** 789306


**Idade.....:** 56a 9m 17d

**Atendido.....:** 26/10/2017

**Laudos.....:** 26/10/2017

**PÉ DIREITO**

- Alteração morfoestrutural pós-traumática no terço proximal do 1º metatarso do pé direito.
- Osteopenia difusa.
- Partes moles sem alterações.

  
Dra. Eveline Santana  
CRM-CE 17228



# Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3093124  
444891 - JOSE MANOEL SALES

Pedido....: 781250  
Idade.....: 56a 8m 7d

Paciente.....:

Solicitante....: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAUL

Convênio.....: SUS - AMBULATORIO

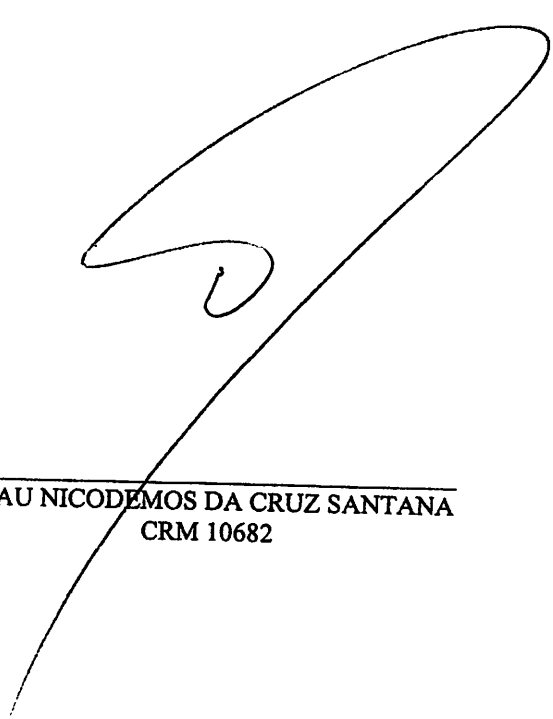
Bloco.....: SERVICO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

Atendido.: 14/09/2017

Laudado...: 14/09/2017

## PÉ DIREITO

- Redução difusa da densidade mineral óssea.
- Artrose interfalangeana difusa.



ESAU NICODEMOS DA CRUZ SANTANA  
CRM 10682

HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO  
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 16/11/2019

Hora.....: 10:53

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 86354  
Paciente : 444891  
Convênio Atend. : 1  
Leito : 179  
Dt. Início : 10/07/2017 09:30  
Cid Pré-Operatório : S923  
Cid Pós-Operatório :  
Sala : 0004  
JOSE MANOEL DE SALES  
SUS - INTERNACAO  
ENF 29-2  
Dt. Fim : 10/07/2017 10:10  
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO  
SALA D (CIR. TRAUMATOLOGICAS)  
Atendimento : 3038537  
Carteira :  
Idade : 56 Anos 6 Dias 10 Horas

**Procedimentos**

Procedimento: 0408050195  
REDUCAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-FALANGIANA / INTERFALANGIANA DO PE (PRINCIPAL)  
Convênio: 001  
ANESTESIA: \*\*\*  
SUS - INTERNACAO  
RAQUEANESTESIA + SEDAÇÃO

**Equipe Médica**

CIRURGIAO  
ANESTESISTA  
C6002 CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)  
C10064 MOACIR FERREIRA CHAVES JUNIOR (HMSVP)

**Descrição****Descrição Cirúrgica :**

-PC EM DECUBITO DORSAL  
-ASSEPSIA E ANTISSEPISIA  
-APOSICAO DE CAMPOS  
-ABORDAGEM DO PRIMEIRO RAO  
-DISSECÇÃO POR PLANOS  
-DIFICULDADE DE REDUÇÃO DEVID A FIBROSE E COMINUIÇÃO LOCAL  
-OPTO EM ARTRODESAR O PRIMEIRO RAO JUNTO AO CUNEIFORME MEDIAL  
-FIXO COM 01 FIO DE ATEIMANN DE 2.5MM  
-SINTESE POR PLANOS  
-CURATIVO

**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar**

Cassio Murilo da Silva  
Traumatologia  
CRM - 6002

DR(A) : CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)  
CRM : C6002



**HOSPITAL MATERNIDADE  
SÃO VICENTE DE PAULO**

Av. Cel. João Coelho, 299 - Barbalha - Ceará

Nome: Ter Manoel

Nº doc.

*Relatório Médico*

*Relato que o peto  
seguir acidente de  
transito no dia 06/06/18,  
necessitando de Atto  
ortopédico.*

*[Signature]*

107 11212 - 8  
Dr. Paulo César D. Solon  
Radiologia Intervencionista  
CRM CE 11212

Dr. (a)

Voltando à consulta traga esta receita

50.474



# PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Barbalha

3º Vara da Comarca de Barbalha

Rua Zuca Sampaio, S/N, Centro - CEP 63180-000, Fone: (88) 3532-1594, Barbalha-CE - E-mail: barbalha.3@tjce.jus.br

## DECISÃO INTERLOCUTÓRIA

Processo n.º: **0005079-22.2019.8.06.0043**  
 Classe – Assunto: **Procedimento Comum - Seguro**  
 Requerente: **José Manoel de Sales**  
 Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

R. H.

Recebo a inicial.

Processe-se com isenção de custas.

Cite-se a Seguradora Promovida para apresentar resposta à pretensão autoral no prazo de 15 dias, sob pena de revelia e presunção de veracidade dos fatos articulados na inicial.

Deixo de designar audiência de conciliação de logo, haja vista a impossibilidade de êxito na autocomposição das Partes antes de realizada a perícia médica.

Barbalha/CE, 19 de fevereiro de 2019.

**Antonio Vandemberg Francelino Freitas**  
**Juiz de Direito**

Assinado Por Certificação Digital<sup>1</sup>

<sup>1</sup> De acordo com o Art. 1º da lei **11.419/2006**: "O uso de meio eletrônico na tramitação de processos judiciais, comunicação de atos e transmissão de peças processuais será admitido nos termos desta Lei.

§ 2º Para o disposto nesta Lei, considera-se:

III - **assinatura eletrônica** as seguintes formas de identificação inequívoca do signatário:

a) **assinatura digital baseada em certificado digital emitido por Autoridade Certificadora credenciada, na forma de lei específica;**

Art. 11. Os **documentos produzidos eletronicamente** e juntados aos processos eletrônicos com garantia da origem e de seu signatário, na forma estabelecida nesta Lei, **serão considerados originais para todos os efeitos legais.**

Para aferir a autenticidade do documento e das respectivas assinaturas digitais acessar o site **http://esaj.tjce.jus.br**. Em seguida selecionar a opção **CONFERÊNCIA DE DOCUMENTO DIGITAL** e depois **Conferência de Documento Digital do 1º grau.**

Abrir a tela, colocar o **nº do processo** e o **código do documento**.



# PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Barbalha

3º Vara da Comarca de Barbalha

Rua Zuca Sampaio, S/N, Centro - CEP 63180-000, Fone: (88) 3532-1594, Barbalha-CE - E-mail: barbalha.3@tjce.jus.brBarbalha

## CARTA DE CITAÇÃO

Processo nº: **0005079-22.2019.8.06.0043**  
 Aposos: **Processos Aposos << Informação indisponível >>**  
 Classe: **Procedimento Comum**  
 Assunto: **Seguro**  
 Requerente: **José Manoel de Sales**  
 Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**  
 Senha do processo: **Senha de acesso da pessoa selecionada**

Prezado(a) Senhor(a) **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

A presente, extraída da ação em epígrafe, por determinação do **Dr(a). Antonio Vandemberg Francelino Freitas**, Juiz(a) de Direito da 3º Vara da Comarca de Barbalha, tem como finalidade a **CITAÇÃO** de V.Sa. de todo o conteúdo da petição inicial e documentos, os quais poderão ser consultados no sistema processual e-SAJ por meio de senha de acesso aos autos digitais (conforme cabeçalho), sendo parte integrante desta carta, para compor a lide e contestar a presente sob pena de revelia e confissão, ficando advertida de que, não sendo contestada a ação, no prazo legal de **15 (quinze) dias**, presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos articulados pela parte(s) autora(s), ficando ciente de que o mencionado prazo começará a fluir da juntada aos autos do aviso de recebimento.

### OBSERVAÇÃO:

- Expediente emitido conforme art. 3º, do provimento nº 01/2019, da Corregedoria Geral de Justiça, de 10 de janeiro de 2019.

Barbalha/CE, 30 de abril de 2019.

**Sarah Maria da Silva Gonçalves**

Assinado Por Certificação Digital<sup>1</sup>

Sr(a). Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT  
 Rua Senador Dantas, 74, Centro  
 Rio De Janeiro-RJ  
 CEP 20031-205

<sup>1</sup> De acordo com o Art. 1º da lei **11.419/2006**: "O uso de meio eletrônico na tramitação de processos judiciais, comunicação de atos e transmissão de peças processuais será admitido nos termos desta Lei.

• ~ 2º Para o disposto nesta Lei, considera-se:

III - assinatura eletrônica as seguintes formas de identificação inequívoca do signatário:

a) assinatura digital baseada em certificado digital emitido por Autoridade Certificadora credenciada, na forma de lei específica; Art. 11. Os documentos produzidos eletronicamente e juntados aos processos eletrônicos com garantia da origem e de seu signatário, na forma estabelecida nesta Lei, serão considerados originais para todos os efeitos legais.

Para aferir a autenticidade do documento e das respectivas assinaturas digitais acessar o site <http://esaj.tjce.jus.br>. Em seguida selecionar a opção **CONFERÊNCIA DE DOCUMENTO DIGITAL** e depois **Conferência de Documento Digital do 1º grau**. Abrir a tela, colocar o nº do processo e o código do documento.