

PROCURAÇÃOOUTORGANTE:

Nome: moacir dos Santos Silva

RG: 98010266608 SSP/CE CPF: 016.645.843-07

Endereço: Rua Paiz de Galis, nº 126, Maraponga,
Fortaleza/CE
TEL.: 98821-6413 / 9884-4946

OUTORGADO: **MARIANA ARAUJO MENDES**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE 23.535 e no CPF sob o nº 015.845.423-57, e **PRISCILA PINTO COSTA**, brasileira, solteira, Advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 25.101 e inscrita no CPF sob o nº 018.805.303-41, ambas com endereço profissional na Rua Carlos Ribeiro Pamplona, nº 100, Sala 103, Edson Queiroz, Fortaleza/CE, telefones: (85) 30323665, 999252414, 988994406.

A quem confere os poderes da cláusula "*ad judicium et extra*" para promover a defesa do mandante ou a de qualquer interesse seu, seja através de atos de representações, seja intentado ações ou defendendo-o das que contra si forem intentadas; podendo ainda confessar, reconhecer procedência de pedidos, receber citações, transigir, desistir, renunciar a direitos sobre que se fundam ações, dar quitação, firmar compromisso, receber valores, dando tudo por bom e valioso, com fim específico para AJUIZAR AÇÃO NA JUSTIÇA ESTADUAL DO CEARA.

Fortaleza, CE 04 de maio de 2016.

* moacir dos Santos Silva
(Assinatura)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARROSA DE SOUSA

Polgar Direito

Moacir dos Santos Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

CPF

016.645.843-07

MOACIR DOS SANTOS SILVA

30/09/1982

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 98010266608 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/04/2009

NOME MOACIR DOS SANTOS SILVA

FILIAÇÃO FRANCISCO GOMES DA SILVA RITA BATISTA DOS SANTOS SILVA

NATURALIDADE FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO 30/09/1982

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: PARANGABA TERMO: 81819 FOLHA: 507

LIVRO: A-68 FORTALEZA - CE CPF 016.645.843-07

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 1

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARIANA ARAUJO MENDES e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 04/05/2016 às 15:00:00. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0132907-35.2016.8.06.0001 e o número 201608060001.

4964309-6

Rua Padre Valdeirino, 150
 CEP 60135-020 Fortaleza-CE
 CUF 000720100317000005105843

Conta de Energia Elétrica - ENERGO
 Nota 06 01210 24 021000 - 4 422883005
 Nome MOACIR DOS SANTOS SILVA Data de Emissão 09/03/2016
 End. Povo: RU PAIS DE GALES 00126
 MARAPONÇA - FORTALEZA - 60710820
 Medidor: 1863863
 Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO Poste 0000 P17S
 RG / CPF / CNP 016645843-07 Valor da Potência 0,00
 Nome do Responsável CPF

Mar/2016 09/03/2016 08/04/2016

base da cobrança (R\$) Alíquota valor do imposto
 ISENTO

Valor	Valor (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	13,80
SEGURO BEM ESTAR INDIVIDUAL I - 0800 600 0560	13,80
TAXA DE RELIGACAO	5,90
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,78)	6,49

0912091271547354 19228101*****24.19 300316

05/04/2016

26,19

Energia	9,05
Transmissao	0,19
Distribuição	3,54
Encargos Setoriais	0,51
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	0,51
TOTAL	13,80

15	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

12,97 0,00

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DEBITO VENCIDO:
 Informamos existir debitos vencidos sem acrescimos legais ate esta data, no valor de R\$ 100,30. Seu fornecimento de energia podera ser suspenso em ate 90 dias contados a partir da fatura vencida e nao paga.

DEBITOS ANTERIORES	Valor: R\$
Mar/Ago	100,30
03/2016	

FATURADO TAVA MINIMA.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARIANA ARAUJO MENDES e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 04/05/2016 às 15:32, sob o número 01329073520168060001. Para conferir o original, acesse o site: https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0132907-35.2016.8.06.0001 e código 214A7F6.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, moacir dos Santos Silva,
 portador(a) da Identidade nº 98010266608 e inscrita no C.P.F sob o nº
016.645.843-07, DECLARO para devidos fins que resido no endereço
 (Rua) Rua País de gales
 nº 126, (Complemento) _____ (Bairro)
Maraponga, (Cidade) Fortaleza (Estado)
66, CEP 60710820. Declaro que as informações acima descritas são
 verdadeiras.

M. S.

Fortaleza/CE 04 de maio de 20 16.

* moacir dos Santos Silva
 Assinatura

DECLARAÇÃO DE POBREZA

NOME: moacir dos Santos Silva

CPF: 016.645.843-07

ESTADO CIVIL: solteiro

PROFISSÃO: zelador

Declaro de acordo com o art. 1º da lei 7115/83, não ter condições financeira de arcar com custas judiciais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio e da minha família, sendo beneficiário da **GRATUIDADE DE JUSTIÇA**, por força do artigo 5º, inciso LXXIV, da CRFB, e do artigo 4º da Lei 1060/50, com a redação dada pela lei nº 7510/86, indicando para o patrocínio de minha causa os advogados em **PROCURAÇÃO**.

Fortaleza/CE, 04 de maio de 2016.

*

moacir dos Santos Silva

(Assinatura)

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

fls. 12

Nome: <i>Moacir dos Santos Silva</i>		
Nacionalidade: <i>brasileiro</i>	Estado Civil: <i>solteiro</i>	
Profissão: <i>gelador</i>	CPF: <i>016.645.843-07</i>	
Identidade: <i>98010266608</i>	Órgão Expedidor: <i>SSP</i>	Data de Expedição: <i>22/04/2009</i>
Endereço: <i>R. País de Gales</i>		Nº: <i>126</i>
Complemento: <i>.</i>	Bairro: <i>maraponga</i>	
Município: <i>Fortaleza</i>	CEP: <i>60710-820</i>	UF: <i>CE</i>

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008, DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO, 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 / 04 de maio de 2016.

x Moacir dos Santos Silva
Assinatura

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA. 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, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo 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, em 29 de agosto de 1983: 162º da Independência e 95º da República.

João Figueiredo
Ibrahim Arbi-Ackel
Hélio Beltrão

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARIANA ARAUJO MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/05/2016 às 15:32, sob o número 01329073520168060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0132907-35.2016.8.06.0001 e código 214476.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o(a) Sr.(a) Moacir dos Santos Silva

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

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando o DRA. PRISCILA PINTO COSTA, OAB/CE N° 25.101, bem como a DRA. MARIANA ARAÚJO MENDES, OAB/CE 23.535, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza-Ce 04 de maio 2016.

x Moacir dos Santos Silva

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA: _____

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA: _____



GOVERNO DO ESTADO DO CEARA
 SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5573 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **08/12/2015 10:56:25**
 Data / Hora da Ocorrência : **20/09/2015 18:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV GODOFREDO MACIEL**
MARAPONGA FORTALEZA /CE
 Ponto de Referência: **PROX AO MOTEL ELE/ELA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MOACIR DOS SANTOS SILVA**
 Nascimento : **30/09/1982**
 RG: Órgão Emissor: UF: - CPF: **01664584307**
 Filiação: **FRANCISCO GOMES DA SILVA**
RITA BATISTA DOS SANTOS SILVA
 Endereço: **R OTAVIO FILOMENO 97**
MARAPONGA
FORTALEZA CE BRASIL Telefone: **88216413**

Histórico

QUE, AFIRMA A VITIMA QUE NA DATA DE 11/11/2015 REGISTROU O B.O Nº 108-7473/2015 NO 8º DISTRITO POLICIAL SEM FIM PARA DPVAT MAS HOJE, COMPARECE NESTA ESPECIALIZADA A FIM DE ACIONAR O SEGURO DPVAT E AFIRMA QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA EM UMA BICICLETA, QUANDO FOI ATROPELADO PELO CARRO MODELO VOYAGE DE PLACA OIC-5715, PROPRIETARIA MARIA SOCORRO LIMA BEZERRA, LESIONANDO A VITIMA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O IJF CENTRO. E NADA MAIS DISSE.
 OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

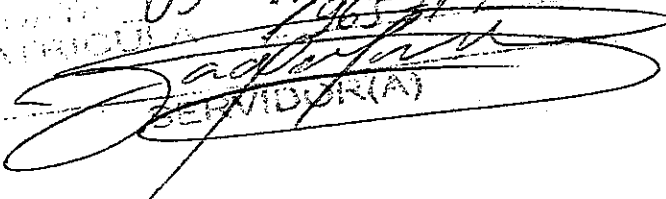
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
 SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5
 RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Moacir dos Santos Silva
 VISTO DO DELEGADO(A) : _____
 CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARIANA ARAUJO MENDES e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 04/05/2016 às 15:32, sob o número 01329073520168060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0132907-35.2016.8.06.0001 e código 214A7F6.

Registro de Atendimento
Emergencial

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUSA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 20/09/2015 19:10:59	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 700502957515857	NOME: MOACIR DOS SANTOS SILVA			Registro: 5398354	
CPF: 01664584307	RG:	D. NASC: 30/09/1982	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: RITA BATISTA DOS SANTOS SILVA			NOME DO PAI: FRANCISCO GOMES DA SILVA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: OTAVIO FILOMENO		Nº: 97	BAIRRO: MARAPONGA	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60710840	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: AMB.SAMUJ USB 93 CONDUTOR-ITAMAR		PARENTESCO:		TELEFONE: 88216413	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com ciclista, Colisão com um automóvel, pick up ou camioneta					
QUEIXAS: síncope, alcoolizado, fr tibia D, laceração MSD e hematoma frontal samu					
OBSERVAÇÕES: tca, historico de inconsciencia					
SIGNATURA					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					

RECEBUEMOS
 05/11/2015
 MATRÍCULA 1965319

 SERVIDOR(A)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARIANA ARAUJO MENDES e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 04/05/2016 às 15:32, sob o número 01329073520168060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0132907-35.2016.8.06.0001 e código 214A7F6.

Paciente: **MOACIR DOS SANTOS SILVA**

Idade **32**

Diagnóstico:

21109115	Evolução/ Parecer	Assinatura
	<p>0^o, 32 anos</p> <p>Paciente vítima de acidente (carro com - muito) há 1 dia, apresenta TCE (com TC crânio normal (alter da neuro) e fratura em nível de nível D.</p> <p>Quem se de dor em local de fratura Nessa comorbidades Nessa alpinas</p> <p>do exame : EGB, outado, espues ECG = 15</p> <p>Estável neurodinâmica</p> <p>≠ cd: Intervento hospitalar.</p>	
22/09/15	<p>Jordana Magalhães Siqueira Médica CREMED 15865</p>	
23/09/15	<p>PAUZE ABONDA COMISSO</p>	
	<p>PAUZE OPARMS.</p>	
04/09/15	<p>Real bmu / 1^o nível</p>	
25/09/15	<p>Real bmu / 1^o nível</p>	

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARIANA ARAUJO MENDES e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 04/05/2016 às 15:32, sob o número 01329073520168060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01329073520168060001 e código 214476.

cod: 126000/19298

0168060001

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA	2 - CNES: 2529149
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: PSA	4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: MOACIR DOS SANTOS MOACIR DOS SANTOS SILVA	6 - Nº PRONTUÁRIO: 1580424
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7000021957515857	8 - DATA NASCIMENTO: 30/09/1982
9 - SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	10 - RAÇA/COR: 10.1 - BRANCO
11 - NOME DA MÃE/ PAI: RITA BATISTA DOS SANTOS SILVA	12 - TELEFONE DE CONTATO: 988844946
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: N.I.	14 - TELEFONE DE CONTATO: 985642158
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): OTAVIO FILOMENO 97 - MARAPONGA	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: FORTALEZA	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:
	18 - UF: CE
	19 - CEP: 60710

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA. NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO DEFINITIVO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA	24 - CID 10 PRINCIPAL: 5822	25 - CID 10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS:
--	---------------------------------------	-------------------------	---------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

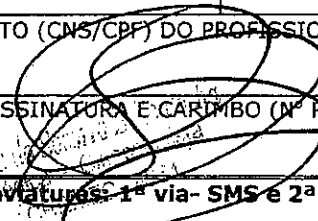
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TTO CIRÚRGICO	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 1040805050
29 - CLÍNICA: TRAUMA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: EMERGÊNCIA
31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF	32 - Nº DO ALICENCIAMENTO DO SOLICITANTE: 32701/2011
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:	34 - DATA SOLICITAÇÃO: 21/09/2015
	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR): 32701/2011

RISCO DE ACIDENTES GÊNICOS (ACIDENTES DE VIOLÊNCIAS)

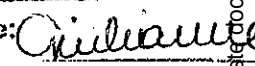
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ DA SEGURADORA:	40 - Nº DO BILHETE:	41 - SÉRIE:
			42 - CNPJ DA EMPRESA:	43 - CNAE DA EMPRESA:	44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR:	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: () CNES () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO): 	

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via - SMS e 2ª via - Prontuário do paciente Médico: **Dr. Valtenir**

Leito: **524**
Registrante: 

Este documento é cópia do original, assinado eletronicamente por MARIANA RAUJO MENDES, em 21/09/2015 às 15:25:16. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferencia.aspx?origem=consultar e informe o processo 01572015-00013. 16/08/2016 08:06:00 elc@tjce.jus.br

NOME: MOACIR DOS SANTOS SILVA
 CONVENIO: SUS
 MEDICO: ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO
 ATEND.: 15004349 - PRONT.: 00158044

fls. 183

REGISTRO DE ATENDIMENTO

URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA
 AMBULATÓRIO
 INTERNAÇÃO

ATENDIMENTO

Dia 21 Mês 09 Ano 2015 Hora 17:17
02 Rx

1º Atendimento
 Retorno

Registro Nº 15004349
 Prontuário Nº 00158044

25709

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

PACIENTE: MOACIR DOS SANTOS SILVA
 Procedência: IJF Profissão: SERVICOS GERAIS
 Data Nascimento: 30/09/1982

SEXO: MASC FEM
 NATURALIDADE/NACIONALIDADE: FORTALEZA
 ESTADO CIVIL: Solteiro(a) ESCOLARIDADE: CPF: -
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE: Iden 98010266

ENDEREÇO: RUA OTAVIO FILOMENO, 97 - 85988844946
 BAIRRO: MARAPONGA MUNICÍPIO: FORTALEZA
 UF: CE TELEFONE: 85985641

PAI: FRANCISCO GOMES DA SILVA
 MAE: RITA BATISTA DOS SANTOS SILVA

ACOMPANHANTE: PARENTESCO: 60.710-840 TELEFONE:

ID CV

CONVÊNIO: SUS
 SEGURADO: CARTEIRA Nº:

INF. INTERNAÇÃO

MÉDICO SOLICITANTE: JORDANA MAGALHAES SIQUEIRA
 MÉDICO RESPONSÁVEL: ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO

POSTO CLÍNICA: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 Nº DO LEITO: 0524 REGISTRANTE: GIULIANE

DIAGNÓSTICO: S822 - Frat da diafise da tibia.

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
 PERMANÊNCIA MÍNIMA:

MÉDICO SOLICITANTE

CONDIÇÕES DO PACIENTE:
 Punha direita de acidente (edrao cano-biota),
 aparente fratura em nível da punha.
 Ausência de dor local.
 No exame: RFG, ECG=15, Estável hemodinamicamente.

IMAGEM LABORATÓRIO(PEDIDO DE EXAMES): Jordana Magalhães Siqueira
 Médica
 CREMEC 15865

MÉDICO RESPONSÁVEL

Antônio do Jesus Pinheiro

DADOS DA ALTA:

CID PRIMÁRIO / CID SECUNDÁRIO: S822
 PROCEDIMENTO SJSREG: 0408050500
 PROCEDIMENTO REALIZADO: 0408050500

MOTIVO DA ALTA:
 MELHORADO TRANSFERIDO A REVELIA A PEDIDO ÓBITO

DATA: 25/09/15 HORA:

Antônio do Jesus Pinheiro

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARIANA ARAUJO MENDONÇA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/05/2016 às 15:32:56 sob o número 0132907352016. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0132907352016 e código 2141476.



Boletim de Descrição Cirúrgica

270815

Prontuario 158.044 Leito: 524

Diagnóstico Pré-Operatório: ANEMIA DA DIBIA

Operação/Procedimento: OSSEOSTOMIA

Diagnóstico Pós-Operatório: AGUDO

Cirurgião: Dr. Wagner Pinheiro

Auxiliar 1: Dr. José Newton Machado

Auxiliar 2: Dr. Wagner Pinheiro

Anestesiologista: Dr. Wagner Pinheiro

Medicamentos Utilizados: Antibióticos

Dreno/Localização: Dr. Wagner Pinheiro

Descrição da Operação

1) Anestesia geral

2) Lavagem da ferida

3) Desbridamento

4) Fenda e exposição

5) Ressecção

6) Sutura

7) Curativo

8) Curativo

9) Curativo

10) Curativo

11) Curativo

12) Curativo

13) Curativo

14) Curativo

15) Curativo

16) Curativo

17) Curativo

18) Curativo

19) Curativo

20) Curativo

21) Curativo

22) Curativo

23) Curativo

24) Curativo

25) Curativo

26) Curativo

27) Curativo

28) Curativo

29) Curativo

30) Curativo

31) Curativo

32) Curativo

33) Curativo

34) Curativo

35) Curativo

36) Curativo

37) Curativo

38) Curativo

39) Curativo

40) Curativo

41) Curativo

42) Curativo

43) Curativo

44) Curativo

45) Curativo

46) Curativo

47) Curativo

48) Curativo

49) Curativo

50) Curativo

51) Curativo

52) Curativo

53) Curativo

54) Curativo

55) Curativo

56) Curativo

57) Curativo

58) Curativo

59) Curativo

60) Curativo

61) Curativo

62) Curativo

63) Curativo

64) Curativo

65) Curativo

66) Curativo

67) Curativo

68) Curativo

69) Curativo

70) Curativo

71) Curativo

72) Curativo

73) Curativo

74) Curativo

75) Curativo

76) Curativo

77) Curativo

78) Curativo

79) Curativo

80) Curativo

81) Curativo

82) Curativo

83) Curativo

84) Curativo

85) Curativo

86) Curativo

87) Curativo

88) Curativo

89) Curativo

90) Curativo

91) Curativo

92) Curativo

93) Curativo

94) Curativo

95) Curativo

96) Curativo

97) Curativo

98) Curativo

99) Curativo

100) Curativo

Assinatura do cirurgião/CRM

Wagner Pinheiro
Tramatolegia
CRM 6193



Av. Desembargador Moreira, 2283, Dionísio I, 07.055, CEP: 60110-002
Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data	Paciente:	Prescrição Médica	Horário	Leito:	Prontuário:	
21/09/16	MOURA dos SANTOS			524	458.04	
Item						
1. Dieta Geral			8h 15h 22h	PA(mmHg) T(°C) FC(bpm)	T(°C) FC(bpm) FR(lpm)	Visto
2. Diclofenaco 50mg VO 8/8h			SN	110x70 36.1	-	-
3. Dipirona 500mg VO 6/6h SN			SN	120x80 36.5	-	-
4. Omeprazol 20mg VO 24/24h						
5. Heparina Sódica 5000UI 24/24h						
6. SSVV						
				Evolução de Enfermagem:		
				Manhã: Pac. em repouso, bem-humorado, verbaliza, responde às perguntas, apresenta boa evolução no período. Admissão 25/09/16		
				Também Pac. confortável, melhorado, melhorado, para aquisição de conhecimentos: pte consciente		
				Prontuário: verbaliza, responde bem repouso 102188		

Fortaleza, 21 de Setembro de 2016.
Assinado digitalmente por [assinatura]

Fortaleza, 21 de Setembro de 2016.
Assinado digitalmente por [assinatura]

Fortaleza, 21 de Setembro de 2016.
Assinado digitalmente por [assinatura]



PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 25/09/15 Paciente: Marcos dos Santos Leito: 524 Prontuário: 158044

Prescrição Médica

Horário Hora PA(mmHg) T(°C) FC(bpm) FR(lpm) Visão

1. Dieta Geral 22h 8h 110x80 36°C 120x80 36°C

2. Diclofenaco 50mg VO 8/8h 15h 120x80 36°C

3. Dipirona 500mg VO 6/6h SN

4. Omeprazol 20mg VO 24/24h

5. Heparina Sódica 5000UI 24/24h

6. SSV

Evolução de Enfermagem: M. Mendes
 Refere-se a paciente consciente, verbalizadora, orientada para o tempo e espaço, com boa evolução clínica. Alta hospitalar em 14:55.

10. Colchicina 1mg VO 8/8h

11. Colchicina 1mg VO 8/8h

12. Insulina

Valterio Plázeiro
 Traumatologista
 CRM 101915



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

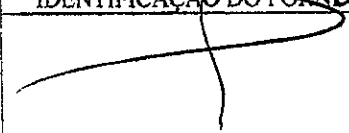
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo	MARIS VATTUOL Pereira
CRM	6143
PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS LTDA. Av. Desembargador Moreira, 2283 - Tel. 32442144 Dionísio Torres - CEP 60170-002 - Fortaleza - Ceará	

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: MARIS DOS SANTOS SILVA
 Endereço: R. OTAVIO FLORENO, 97
 Prescrição: MIMONDA

① efedrina 100 40mg
40mg
10mg
10mg
 2) MAXOLIN 400 1x
1x
1x

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome Completo	_____
Ident:	_____ Or. Emissor: _____
End:	_____
Cidade:	_____ UF: _____
Telefone:	_____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
 Valério Inácio Farmacêutico CRM 6143	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO	DATA: ____/____/____



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, e em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei a requerer por escrito, que o SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA prestou atendimento o Sr. Moacir dos Santos Silva, no dia 20/09/2015, às 18hs:25min, na Avenida Godofredo Maciel, Bairro Maraponga. Sendo vítima de acidente de trânsito. Paciente atendido no local e removido para o Instituto Doutor José Frota.

Fortaleza, 02 de Dezembro de 2015.

Atenciosamente,

Alexandre Magno Balthazar
Núcleo de Informática SAMU 192 Regional Fortaleza

Márcia Rebouças
Assist. da Gerência SAMU 192 Regional Fortaleza



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres
 Fortaleza-Ce Tel. 244 – 2144 Fax 224-7225
 e-mail psahosp@baydenet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Atesto e declaro que MOACIR DOS SANTOS SILVA deu entrada neste Hospital no dia 21/09/15. Prontuário N.º 158.044, aos cuidados médicos do DR. ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO, internado com laudo médico de FRATURA DA TIBIA DIREITA CID S 82.2 submetido a tratamento cirúrgico, recebeu alta hospitalar dia 25/09/15. Paciente encontra-se em tratamento ambulatorial incapacitado de exercer suas atividades com previsão de 120 dias.

Fortaleza, 3 de novembro de 2015.

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

LAYANNE SARAIVA
 RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS
 CEP: 60170-002
 Layanne Saraiva
 MAT: 12.170-0001-93 AUXILIAR SAME

Valterno Pinheiro
 Traumatologia
 CRM 6193



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres
 Fortaleza-Ce Tel. 244 – 2144 Fax 224-7225
 e-mail psahosp@baydenet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Atesto e declaro que MOACIR DOS SANTOS SILVA deu entrada neste Hospital no dia 21/09/15. Prontuário N.º 158.044, aos cuidados médicos do DR. ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO, internado com laudo médico de FRATURA DA TIBIA DIREITA CID S 82.2 submetido a tratamento cirúrgico, recebeu alta hospitalar dia 25/09/15. Paciente encontra-se em tratamento ambulatorial incapacitado de exercer suas atividades com previsão de 120 dias.

Fortaleza, 3 de novembro de 2015.

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

LAYANNE SARAIVA
 RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS
 07/11/2015
 LEYLA LOPES DE OLIVEIRA
 MATEUS AUXILIAR SAME

Valterno Pinheiro
 Traumatologia
 CRM 6193



Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2016

Carta n°: 8961386

A/C: MOACIR DOS SANTOS SILVA

Sinistro: 3160042727 ASL-0027320/16
 Vítima: MOACIR DOS SANTOS SILVA
 Data Acidente: 20/09/2015
 Natureza: INVALIDEZ
 Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MOACIR DOS SANTOS SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000004247

Conta: 000004103-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%		
Graduação: Em grau máximo 50%		
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%		
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARIANA ARAUJO MENDES e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 04/05/2016 às 15:32, sob o número 01329073520168060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0132907-35.2016.8.06.0001 e código 214A7F6.