

7053

Novo Oriente / Vara Única da Comarca de Novo Oriente



0000521-25.2019.8.06.0134

Classe	: Procedimento Comum
Assunto principal	: Seguro
Competência	: Cível Interior
Valor da ação	: R\$ 10.125,00
Volume	: 1
Requerente	: <u>JOSE AIRTON FIALHO DE SOUSA</u>
Advogada	: Antonia Derany Mourão dos Santos (OAB: 34613/CE)
Requerido	: <u>Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT</u>
Distribuição	: Sorteio - 09/01/2019 12:03:47

Va
Vara Única



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.813
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

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



**EXMO(A). SR(A). DR(A). JUIZ(A) DE DIREITO DA VARA ÚNICA
DA COMARCA DE NOVO ORIENTE/CE**

AÇÃO DE COBRANÇA (SEGURO DPVAT)

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO CEARÁ
COMARCA DE NOVO ORIENTE-CE
PROTOCOLO Nº 2.576.1-8
DATA 19/12/14 hs 17:00
RESPONSÁVEL

JOSÉ AIRTON FIALHO DE SOUSA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº. 2008226229-7 SSP-CE, inscrito no CPF nº. 065.851.763-59, residente e domiciliado na Rua Capitão Rodrigo, nº. 280, Centro, município de Novo Oriente/CE, CEP nº 63.740-000, **sem endereço eletrônico**, vem à presença de V. Excelência, por sua advogada, com escritório profissional situado na Rua Dr. João Tomé, nº. 998-A, Centro, Crateús/CE – CEP: 63.700.000 – Celular/WhatsApp: (88) 99619-6396, **e-mail: deranysantos@hotmail.com**, propor a presente **AÇÃO DE COBRANÇA (SEGURO DPVAT)** em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.** (CNPJ nº. 09.248.608/0001-04), e sede na Rua Senador Dantas, 74 – 5º. Andar, centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20.031-205), pois a mesma é a representante de TODAS seguradoras consorciadas do seguro DPVAT em todo o território nacional (art. 1º da Portaria SUSEP nº 2.797/2007 e art. 41 da Resolução CNSP nº 332/2015), bem como, é a instituição conveniada com o TJCE para receber citação/intimação eletrônica, com base na lei nº 6194/74, alterada pelas Leis nº. 11.482/2007 e 11.945/2009 e demais dispositivos legais que rege a espécie, pelos fatos e fundamentos a seguir aduzidos:

DA JUSTIÇA GRATUITA

Preliminarmente, requer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA por ser pobre na forma da lei, não podendo, portanto, arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo dos próprios sustentos e de sua família, tudo com base no artigo 5º, LXXIV, da Constituição Federal/88, bem como nos ditames estabelecidos pela Lei nº 1.060, de 5 de fevereiro de 1950, o que pode ser feito mediante simples afirmação na própria petição inicial (art. 4º, caput).



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

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



DOS FATOS E DO DIREITO

No dia **05 de Agosto de 2015** o (a) autor(a) sofreu um acidente de trânsito, vindo a ficar com debilidade permanente, conforme faz prova com o Boletim de Ocorrência Policial e a documentação médica, em anexo.

Foi paga ao(a) autor (a) no dia **14/10/2016** a título de indenização de seguro DPVAT (**processo administrativo que tramitou sob o nº. 3160/549901**), a quantia de **R\$ 3.375,00 (três mil trezentos e setenta e cinco reais)**, quando deveria ter sido paga a quantia de acordo com o grau de invalidez na qual o(a) autor(a) é portador(a).

No presente caso, o (a) requerente ficou com debilidade permanente consistente em **CABEÇA (TCE GRAVE) E MEMBRO SUPERIOR DIREITO**, conforme documentação médica em anexo, o que restará provado pela perícia médica judicial desde já requerida.

O STJ publicou a súmula 474 em 13.06.2012, a qual determina que em caso de invalidez permanente parcial, a indenização do seguro DPVAT deve ser paga de forma proporcional ao grau de invalidez da vítima.

Portanto, aplicando-se a súmula supramencionada e a tabela constante da Lei 11.945/2009, bem como, respeitando os princípios da proporcionalidade e da razoabilidade, de acordo com a tabela abaixo:

DANOS CORPORAIS PREVISTOS NA LEI	PERCENTUAL DA PERDA (%)	TOTAL (100%)	INTENSA (75%)	MÉDIA (50%)	LEVE (25%)	RESIDUAL (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés						
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior						
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral						
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica						
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não						



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

Página 3

Vara Única
C. Novo Oriente

FLS. 04

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro - Crateús-Ce

Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 - 6396 - E-mail: deranysantos@hotmail.com

compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital						
DANOS CORPORAIS SEGMENTARES (PARCIAIS) REPERCUSSÕES EM PARTES DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES	PERCENTUAL DA PERDA (%)	TOTAL (100%)	INTENSA (75%)	MÉDIA (50%)	LEVE (25%)	RESIDUAL (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores						
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho						
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	25	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo						
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral						
DANOS CORPORAIS SEGMENTARES (PARCIAIS) OUTRAS REPERCUSSÕES EM ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CORPORAIS	PERCENTUAL DA PERDA (%)	TOTAL (100%)	INTENSA (75%)	MÉDIA (50%)	LEVE (25%)	RESIDUAL (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé						
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço						

Tendo o(a) requerente **recebido à quantia de R\$ 3.375,00 (três mil trezentos e setenta e cinco reais)**, este(a) ainda **tem a receber complementação de acordo com sua INVALIDEZ PERMANENTE que restará apurada por ocasião da realização da perícia médica judicial futura a ser designada por este Juízo**, para atingir o complemento da indenização no limite previsto para o seguro obrigatório DPVAT, nos termos da Lei nº. 6.194/74, alterada pelas Leis nº. 11.482/2007 e 11.945/2009.

DA LEGITIMIDADE PASSIVA DA SEGURADO RÉ

A responsabilidade pelo pagamento da indenização referente ao seguro DPVAT pago parcialmente, por invalidez de vítima causada por veículo automotor de via terrestre, é da seguradora que efetuou pagamento parcial, ou de qualquer uma que pertença ao Consórcio, existindo, inclusive enunciados nesse sentido:

"Enunciado 26: O Beneficiário do seguro Obrigatório (DPVAT) pode postular de qualquer seguradora integrante do convênio (resolução SUSEP-CNPS n.º



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

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro - Crateús-Ce

Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 - 6396 - E-mail: deranysantos@hotmail.com



56/2001) o complemento de indenização paga a menor, ainda que o pagamento anterior tenha sido efetuada por seguradora diversa-Turma Recursal-TJPR". No mesmo sentido o STJ: "SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. Consórcio. Legitimidade de qualquer seguradora que opera no sistema. De acordo com a legislação em vigor, que instituiu sistema elogiável e satisfatório para o interesse de todas as partes envolvidas, qualquer seguradora que opera no sistema pode ser acionada para pagar o valor da indenização, assegurado seu direito de regresso. Procedente. Recuso conhecido e provido. (Resp. 401.418/MG, Rel. Ministro RUY ROSADO DE AGUIAR< QUARTA TURMA< julgado em 23.04.2002.. DJ 10.06.2002. p. 220)."

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

O advogado - em consonância com o art. 133 da Constituição Federal, bem como, com o Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil - é indispensável à administração da justiça, sendo a postulação a qualquer órgão do Poder Judiciário e aos Juizados Especiais sua atividade privativa, **tendo direito assegurado aos honorários convencionados, fixados por arbitramento e os de sucumbência.**

O Art. 22 da Lei 8906/94 assim preleciona:

"Art. 22 - A prestação de serviço profissional assegura aos inscritos na OAB o direito aos honorários convencionais, aos fixados por arbitramento judicial e **aos de sucumbência.**"

Neste diapasão, os honorários de sucumbência são devidos a título de gratificação, pelo motivo da boa atuação do advogado na defesa dos interesses da parte vencedora. Quanto mais o empenho dele tiver nexo com o resultado do processo, há de se convir que maior seja a verba honorária.

Pois bem, percebe-se que o zelo profissional dos patronos desta demanda é satisfatório, uma vez que tentam por todos os meios legais - munidos de direito para respaldar o pleito - a procedência da presente ação de indenização, no fito de aliviar a dor da parte autora, de acordo com a função social do advogado e respeito à ética profissional.

O art. 20 do CPC, assim verbis:

Art.20 - A sentença condenará o vencido a pagar ao vencedor as despesas que antecipou e **os honorários advocatícios (...)**



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

§1º - O juiz, ao decidir qualquer incidente ou recurso, condenará nas despesas o vencido. (Alterado pela L-005.925-1973)

(...)

§3º - Os honorários serão fixados entre o mínimo de 10% (dez por cento) e o máximo de 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação, atendidos: (Alterado pela L-005.925-1973)

§ 4º—"Nas causas de pequeno valor, nas de valor inestimável, naquelas em que não houver condenação ou for vencida a Fazenda Pública, e nas execuções, embargadas ou não, os honorários serão fixados consoante **apreciação eqüitativa do juiz**, atendidas as normas das alíneas a, b e c do parágrafo anterior." (g.n.)

a) O GRAU DE ZELO DO PROFISSIONAL;

Por ter laborado em nome da dignidade da pessoa humana, por rebater a avareza da Seguradora Requerida, de todas as formas em direito admitidas, com muito zelo, modestamente requer-se que a Requerida seja condenado no pagamento de honorários advocatícios.

Contudo, requer seja condenada a seguradora, de acordo com o art. 20, § 3º, ou seja, entre 10% a 20%, caso o direito a indenização da parte autora ultrapasse a metade do máximo permitido em lei, ou seja, o máximo permitido em lei é de R\$ 13.500,00, portanto, a metade é de R\$ 6.750,00, aplicando assim, o parágrafo 3º do art. 20, que assim prevê:

§3º - Os honorários serão fixados entre o mínimo de 10% (dez por cento) e o máximo de 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação, atendidos: (Alterado pela L-005.925-1973)

Porém, caso o valor a ser indenizada à parte autora, não ultrapasse a metade do valor máximo permitido em lei, o que torna pequeno o valor, requer a aplicação do parágrafo 4º do art. 20, que assim prescreve:

§ 4º—"Nas causas de pequeno valor, nas de valor inestimável, naquelas em que não houver condenação ou for vencida a Fazenda Pública, e nas execuções, embargadas ou não, os honorários serão fixados consoante **apreciação eqüitativa do juiz**, atendidas as normas das alíneas a, b e c do parágrafo anterior." (g.n.)



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

Esse dispositivo existe no Código de Processo civil, para evitar que honorários os honorários sejam irrisórios, aviltantes, e até desrespeitoso. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é pacífica quanto à aplicação do artigo 20, § 4º, do CPC aos casos como o dos autos, senão vejamos:

“Pequeno que seja o valor da causa, os tribunais não podem aviltar os honorários de advogado, que devem corresponder à justa remuneração por trabalho profissional; nada importa que o vulto da demanda não justifique a despesa” (STJ, AI n. 325.270-SP, rel. Min Nancy Andrighi, j. em 20-3-2001).

“O arbitramento dos honorários advocatícios em patamar irrisório é aviltante e atenta contra o exercício profissional.” (AgRg no Ag 954.995/SP, Rel. Ministro JOSÉ DELGADO, PRIMEIRA TURMA, julgado em 18/03/2008, DJe 23/04/2008 - grifou-se.)

Diante do exposto, requer seja a Requerida condenada a pagar os honorários advocatícios, no patamar de 20% (vinte por cento) caso o direito a indenização da parte autora ultrapasse a metade do máximo indenizável, ou que seja arbitrado um valor equitativamente de acordo com o § 4º do art. 20 do CPC, caso o valor da condenação seja baixo.

PEDIDOS

Diante do exposto, sendo pacífica a legitimidade passiva e a existência do direito do (a) Autor (a), bem como preenchidos todos os pressupostos necessários, requerer a Vossa Excelência o que segue:

A) A citação da ré no endereço supramencionado para, querendo, responder à presente pretensão jurisdicional no prazo legal, sob pena de revelia e confissão, constando do mandado as advertências do artigo 285 do CPC;

B) Que julgue a presente Ação TOTALMENTE PROCEDENTE, condenando a Seguradora ao pagamento da complementação do Seguro DPVAT ao requerente, no percentual efetivamente devido de acordo com a lesão apurada em perícia médica, valor este que deve ser acrescido de correção monetária e juros de mora desde o evento danoso, posto que não fora aplicado ao pagamento administrativo o valor devido para a gradação da sequela de acordo com a tabela;

C) Que não tem interesse na realização de audiência de conciliação com base no art. 319, inciso VII do novo Código de Processo Civil;



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

Página 7

Vara Única
C. Novo Oriente

FLS. 08

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

D) Que após ouvir as partes, sejam, os autos remetidos ao Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania a fim de participar de mutirão DPVAT;

E) Que seja designada a realização de perícia médica por profissional a ser indicado pelo MM. Juiz, pois, a PEFOCE não vem realizando perícias médicas desta natureza em virtude de recomendação do Ministério Público, para aferição do grau da lesão do autor e aplicação da tabela da Lei 11.945/09, facultando às partes nomearem assistentes nos termos do art. 421 § 1º, do CPC;

F) Que eventual perícia a ser realizada pela PEFOCE seja preferencialmente o de abrangência do município onde o(a) autor(a) reside;

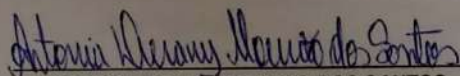
G) A concessão dos benefícios da GRATUIDADE JUDICIÁRIA, nos termos da Lei 1.060/50, por não ter o autor condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de sua família;

H) Condenação da Requerida ao pagamento das custas processuais, bem como honorários advocatícios, estes arbitrados em até 20% do valor da condenação, **respeitando os ditames estabelecidos pelo art. 85 § 2º e 8º do CPC.**

I) Ao final, requer ainda, além da condenação da complementação referente a invalidez, seja promovida condenação ao pagamento referente a correção monetária do valor já pago administrativamente entre data do evento danoso e o efetivo pagamento administrativo, com base nas sumulas 43 e 580 do STJ, tendo em vista que a empresa ré não aplicou a devida correção quando efetivou o pagamento em sede de pedido administrativo, devendo ainda, o valor ser regularmente corrigido e acrescido de juros legais desde a inadimplência da Ré;

Dá-se à causa o valor de **R\$ 10.125,00 (dez mil cento e vinte e cinco reais).**

Nestes Termos,
Pede DEFERIMENTO.
Fortaleza/CE, 18 de Dezembro de 2018.


ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS
ADVOGADA OAB/CE 34.613



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>Joné Ailton filho de Sousa</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>	Carteira de Identidade: <u>2008226229-7</u>
CPF nº: <u>065.851.763-59</u>	Residência: <u>Rua Capitão Rodrigo, 280</u>	
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Novo Oriente</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u> CEP: <u>63740-000</u>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURÃO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 103, Fátima I, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do(a) outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

CRATEÚS - CE., 29 de Outubro de 2018.

Joné Ailton filho de Sousa
(outorgante)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008226229 . 7 DATA DE EXPEDIÇÃO 08/06/2012

NOME: JOSÉ AIRTON FIALHO DE SOUSA

FILIAÇÃO: JOSÉ ALVES DE SOUSA

ERIDAN FIALHO DE OLIVEIRA

NATURALIDADE: CRATEÚS - CE DATA DE NASCIMENTO: 10/11/1997

DOC. ORIGEM: CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 15915 FOLHA: 95 V

LIVRO: A 14 NOVO ORIENTE - CE

CPE 065.851.763-59

VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 72

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polgar Direito

Assinatura do Titular: José Ailton Fialho de Sousa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



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

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com



DECLARAÇÃO

Declarante: <u>José Ailton Fialho de Sousa</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Rua Cap. Rodrigo, 280</u>		Profissão: <u>Agricultor</u>
CPF nº: <u>065.851.763 - 59</u>	RG nº: <u>3008</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Novo Oriente</u>	Estado/UF: <u>Ceará - Ce</u>
CEP: <u>63.740-000</u>	Telefone: <u>(88) 99693472</u>	

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Crateús - Ce., 29 de Outubro de 2018.

José Ailton Fialho de Sousa

Declarante



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

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com



DECLARAÇÃO

Declarante: <u>José Ailton Fialho de Sousa</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Rua Cap. Rodrigo</u>		Profissão: <u>Agricultor</u>
CPF nº: <u>065.851.763-59</u>	RG nº: <u>2008226229</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Novo Oriente Ceará - Ce</u>	Estado/UF:
CEP: <u>63740-000</u>	Telefone: <u>(88) 996693472</u>	

DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Novo Oriente - Ce, 29 de Outubro de 2018

José Ailton Fialho de Sousa
 (declarante)



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 552241573

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002



Esta é a segunda via de

DEZ/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
5626976 DV **5**

VENCIMENTO
15/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
54,05

DADOS DO CLIENTE

Rota 02 038030 01 026510

Medidor

Poste

Nome MARIA RAQUEL GOMES MACEDO

5089194

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade RU CAP RODRIGO 00280 CENTRO NOVO ORIENTE 63740000
Consumidora

RG / CPF / CNPJ 008.921.293-28

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☒ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

FP 32699 32628 1 71 0 71

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade ☒ Tarifa ☒ Valor (R\$)

ENERGIA
CONSUMO

71 0,69771 49,53

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

Prev. Próxima
Leitura

05/12/2018

03/01/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

84DE.BB6F.AEC4.1CCF.4DC7.4D41.07CE.3B8D

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
49,53	27%	13,37

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	19,46
TRANSMISSÃO	2,08
DISTRIBUIÇÃO	11,09
ENCARGOS SETORIAIS	2,97
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	13,93

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 12,69

Conjunto CRATEUS

Mês OUT/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,55	11,10	22,20	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,20			0,00		

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.
"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor
da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 0,56 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,44% e COFINS:0,72
(Art. 9º Res. 109/2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03)

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 5626976-5 N° da Nota Fiscal: 552241573 Total a Pagar (R\$): 54,05
Data de Emissão: 18/12/2018 Referência: DEZ/2018 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER





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

Vara Única
C. Novo Oriente
FLS. 14

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 511 - 367 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/06/2016 11:28:46**
Data / Hora da Ocorrência: **05/08/2015 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **NÃO INFORMADO LOCALIDADE DE MÃE DE**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **NOVA OLINDA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSÉ AIRTON FIALHO DE SOUSA**
Nascimento: **10/11/1997** CPF:
RG: **20082262297** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ERIDAN FIALHO DE OLIVEIRA**
JOSÉ ALVES DE SOUSA
Endereço: **NÃO INFORMADO LOCALIDADE DE MÃE DE DEUS** CEP:
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **NOVO ORIENTE/CE** Telefone:
País: **BRASIL**

Histórico

OBS: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO QUEIXOSO, SENDO AO MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE CRIME NÃO OCORRIDO OU FATO INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI (ART. 299, 339 E 340 DO CPB).

O DECLARANTE AFIRMA QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA INFORMADO ESTAVA COMO GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA/CG150 ESD, ANO DE FAB. E MODELO 2013/2014, COR BRANCA, PLACA OSP-2104- NOVO ORIENTE -CE, CHASSI 9C2KC1650ER003926, LICENCIADA E REGISTRADA EM DE DANIEL DE SOUSA LIMA CONDUZIDA POR SEU GENITOR, JOSÉ ALVES DE SOUSA; QUE AFIRMA O DECLARANTE QUE O ACIDENTE OCORREU NA LOCALIDADE DE VÁRZEA DO FEIJÃO QUANDO A MOTOCICLETA ONDE ESTAVA MONTADO, DERRAPOU E O MESMO MESMO CAIU AO CHÃO JUNTAMENTE COM SEU PAI; QUE COM A QUEDA FICOU DESACORDADO; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE, CONFORME CÓPIA QUE APRESENTA NESTE ATO. E NADA DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARCIO CRISTIANI SOARES SILVA - MAT.: 300065-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3





Governo Municipal
NOVO ORIENTE
Um novo Tempo



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

N.º

DATA 05/08/15

HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEITÃO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Ailton Fielho de Sousa

Pai: José Alves de Sousa

Mãe: Eridan Fielho de Oliveira

CNS:

Est. Civil: S

Sexo: mas

DN: 10/11/1997

Idade: 17 a.

Profissão:

RG:

CPF:

Endereço: mãe de Deus

Cidade: N.º

2. Sinais e Sintomas:

Paciente vítima de acidente de trânsito, comatado, Glasgow 8, pupilas midriáticas,

3. Diagnóstico: Fratura antebraço (D)

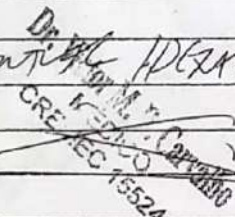
4. Conduta:

U. ADMISSÃO: Suscetível / Higiene / Descontaminação

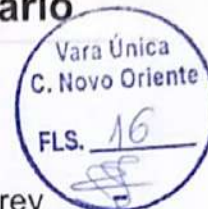
X José Alves de Sousa.

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MÉDICO



SINISTRO 3160549901 - Resultado de consulta por beneficiário



VÍTIMA JOSE AIRTON FIALHO DE SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

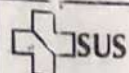
BENEFICIÁRIO JOSE AIRTON FIALHO DE SOUSA

CPF/CNPJ: 06585176359

Posição em 18-12-2018 12:59:32

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
14/10/2016	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Vara Única
C. Novo Oriente
FLS. 17

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES
3 0 2 1 1 1 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES
3 0 2 1 1 1 4

ATEND.: 4236713 DT. ATEND.: 5/8/2015 - 22:35

MATR.: 853544 NASCIMENTO.: 10/11/1997

NOME.: JOSE AIRTON FIALHO DE SOUSA

MAE.: ERIDAN FIALHO DE OLIVEIRA

CPF.: 06585176359 CNB: 708002349896625 SUSFACIL

ENDER.: MAE DE DEUS

BAIRRO: DISTRITO - NOVO ORIENTE

-CE- CEP: 63740000

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

853544

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Mae de Deus

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Novo Oriente

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

CE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de traumatismo craniano grave. Glasgow 8. Eciplo de moto com corno. Tomografia cerebral mostrou hemorragia subaracnóidea pós-traumática e ausência de lesões intraparenquimatosas visíveis.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicações

Santa Casa M. de Sobral
CONFERE COM ORIGINAL
Andréa R. Montenegro
COORDENADORA

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese + Exame físico + TC cerebral

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Traumatismo craniano grave

24 - CID 10 PRINCIPAL - 25 - CID 10 SECUND - 26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação Hospitalar

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0 3 0 3 0 6 4 0 1 0 6

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

(X) CPF

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

6 2 1 8 2 1 3 2 3 1 3 6 1 8

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Paulo Roberto Baenda Real

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

1 / 1

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Cristiane Araújo Costa
CRM 8362 DIRETOR FISCAL

23 DEZ 2015
CPF: 004.888.415-84



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA



ATEND.: 4284430 DT. ATEND.: 24/9/2015 - 02:54

MATR.: 853544 NASCIMENTO.: 10/11/1997

NOME.: JOSE AIRTON FIALHO DE SOUSA

MÃE.: GILDM FIALHO DE OLIVEIRA

CPF.: 161.051.763-99 CNIS: 7.850.037.100.625 SUSPACIL:

ENDER.: R. DE DEUS

BAIRRO: DISTRITO

- NOVO ORIENTE

-CE- CEP: 63740000



QP:

HDA: Paciente vítima de acidente de moto com TCE na cabeça. Foi encaminhado pela neurologia para acompanhamento traumatológico por fratura fechada de rádio e ulna do antebraço direito.

EXAME FÍSICO:

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura fechada de rádio e ulna do antebraço direito.

CONDUTA: Internação hospitalar
OK de antebraço

DIAGNÓSTICO FINAL: O MESMO

DATA: 24/09/2015 14:55

Assinatura

Assinatura



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil

Vara Única
C. Novo Oriente

FLS. 20

8

SOLICITAÇÃO DE VAGA NA UTI

CLÍNICA/SETOR: Ger. Ambul

PACIENTE: _____

MATRÍCULA: _____ REGISTRO: _____

SEXO: M DATA: 05/08/15

SUMÁRIO DO CASO:

De início de coleta de dados e
coleta

A Jot + Ambul

B Ambul, separa
imite

ELW08, material de laboratório e
material de limpeza

material de limpeza e
material de limpeza e
material de limpeza e

Sobral considero material

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

MÉDICO SOLICITANTE: _____



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: 3677.1930 - Sobral-CE.

Boletim de Cirurgia

(Preencher todos os campos após a cirurgia - verso a anverso)

NOME DO PACIENTE:

DIAGNÓSTICO:

OPERAÇÃO:

Frederico Vialla

Vara Única
C. Novo Oriente
FLS. *208*

Nº DA AIIH

REG.:

CÓDIGO CID

CONVERSÃO

CATEGORIA

DETAIHES

CÓDIGO SSM

CIRURGIA

1. PEQUENA 4. SIMULT.
2. MÉDIA 5. MUL. T.
3. GRANDE 6. ESPECIAL
7. PRINC. E SECUNDÁRIA

INÍCIO

TÉRMINO

DURAÇÃO

09:20 11:00

DIA

MÊS

ANO

09 09 15

DIA ÚTIL

☐ Sim
☐ Não

65 MEDICAMENTOS DE SALA

TIPO

DOSAG.

QUANT.

VIA

*Atividade realizada com
medicamentos*

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
CONFÉRENCIA ORIGINAL
ANDRÉIA K. MORTAGOSTO
COORDENADORA

74 OXIGÊNIO

INÍCIO HORAS

TÉRMI. HORAS

TOTAL DE HORAS

Ass. da Enfermeira

Ass. do Cirurgião

Dr. Gabriel Silva A. Pereira
MÉDICO
CRM: 4171

CEIDE - (08) 3611.3161

EVOLUÇÃO TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL

Nome: José Nelson Filho de Sousa Matr.: 833894
Registro: 9236413 Idade: 17 Setor: UTI - adulto
Leito: 118 Diagnóstico: Politraumático
Admissão: 09/08/15
Co-morbidades: _____
Tratamento: Clínico (x) Cirúrgico () ANSG: () BN () DLM () DG
Risco de Desnutrição: () Baixo (x) Moderado () Alto
Peso Atual: _____ kg Peso habitual: _____ Kg Altura: _____ m IMC: _____
S: _____ PCT: _____ CMB: _____
Diagnóstico Nutricional: _____
Intolerância e/ou alergias: _____
Necessidades calóricas: _____ Necessidades Protéicas: _____

DATA 07/08/15 Volume Prescrito 700 Administrado 300
Dieta: Nutricionista kcal/ml: 3.2 Ptn(g): _____
Fibra(g): _____ Administrada: 300 ml de 03 em 03 hs
por gotejamento (x) Intermitente () Contínuo
Lavar o cateter ou gastrostomia após administração de dieta com 50 ml de água filtrada
Eventos: _____
Nutricionista Responsável: Lia Albuquerque Mendes
NUTRICIONISTA
CRN 12563

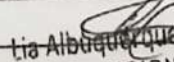
DATA 08/08/15 Volume Prescrito 1400 Administrado 1400
Dieta: Peptonidion kcal/ml: 1.0 Ptn(g): _____
Fibra(g): _____ Administrada: 200 ml de 03 em 03 hs
por gotejamento () Intermitente () Contínuo
Lavar o cateter ou gastrostomia após administração de dieta com 50 ml de água filtrada
Eventos: _____
Nutricionista Responsável: Lia Albuquerque Mendes
NUTRICIONISTA
CRN 12563

DATA 09/08/15 Volume Prescrito 3050 Administrado 1650
Dieta: Peptonidion kcal/ml: 1.0 Ptn(g): _____
Fibra(g): _____ Administrada: 190 ml de 03 em 03 hs
por gotejamento (x) Intermitente () Contínuo
Lavar o cateter ou gastrostomia após administração de dieta com 50 ml de água filtrada
Eventos: _____
Nutricionista Responsável: Lia Albuquerque Mendes
NUTRICIONISTA
CRN 12563

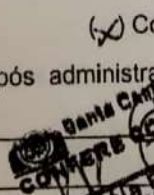
EVOLUÇÃO TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL

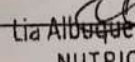
Nome: José Ailton Fialho de Sousa Matr.: 853549
Registro: 9236713 Idade: 17 Setor: UTI-Adulto
Leito: _____
Admissão: 05/08/15 Diagnóstico: Politraumatizado
Co-morbidades: _____
Tratamento: Clínico ☒ Cirúrgico () ANSG: () BN () DLM () DG
Risco de Desnutrição: () Baixo ☒ Moderado () Alto
Peso Atual: _____ kg Peso habitual: _____ Kg Altura: _____ m IMC: _____
B: _____ PCT: _____ CMB: _____
Diagnóstico Nutricional: _____
Intolerância e/ou alergias: _____
Necessidades calóricas: _____ Necessidades Protéicas: _____

DATA 30/08/15 Volume Prescrito 660 Administrado 210
Dieta: Nutrição oral kcal/ml: 3,2 Ptn(g): 33,23
Fibra(g): _____ Administrada: 30 ml de 01 em 01 hs.
por gotejamento () Intermitente ☒ Contínuo
Lavar o cateter ou gastrostomia após administração de dieta com _____ ml de água filtrada
Eventos: _____
Nutricionista Responsável: _____

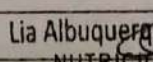

Lía Albuquerque Mendes
NUTRICIONISTA
CRN 12563

DATA 30/08/15 Volume Prescrito 660 Administrado 660
Dieta: Nutrição oral kcal/ml: 3,2 Ptn(g): 45,58
Fibra(g): _____ Administrada: 30 ml de 01 em 03 hs.
por gotejamento () Intermitente ☒ Contínuo
Lavar o cateter ou gastrostomia após administração de dieta com _____ ml de água filtrada
Eventos: _____
Nutricionista Responsável: _____


Santa Casa de Misericórdia de Sobral
COPIA ORIGINAL
Andréa S. Montenegro
COORDENADORA


Lía Albuquerque Mendes
NUTRICIONISTA
CRN 12563

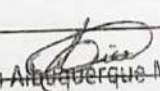
DATA 17/08/15 Volume Prescrito 660 Administrado 210
Dieta: Nutrição oral kcal/ml: 3,2 Ptn(g): 13,23
Fibra(g): _____ Administrada: 30 ml de 01 em 01 hs.
por gotejamento () Intermitente ☒ Contínuo
Lavar o cateter ou gastrostomia após administração de dieta com _____ ml de água filtrada
Eventos: _____
Nutricionista Responsável: _____


Lía Albuquerque Mendes
NUTRICIONISTA
CRN 12563

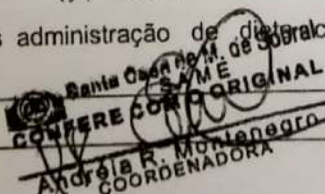
EVOLUÇÃO TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL

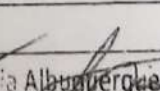
Nome: José Ailton Filho de Sousa Matr.: _____
Registro: _____ Idade: _____ Setor: _____
Leito: _____
Admissão: _____ Diagnóstico: _____
Co-morbidades: _____
Tratamento: Clínico () Cirúrgico () ANSG: () BN () DLM () DG
Risco de Desnutrição: () Baixo () Moderado () Alto
Peso Atual: _____ kg Peso habitual: _____ Kg Altura: _____ m IMC: _____
CB: _____ PCT: _____ CMB: _____
Diagnóstico Nutricional: _____
Intolerância e/ou alergias: _____
Necessidades calóricas: _____ Necessidades Protéicas: _____

DATA 23/08/15 Volume Prescrito 880 Administrado 880
Dieta: Peptonum kcal/ml: 1,0 Ptn(g): _____
Fibra(g): _____ Administrada: 90 ml de 01 em 01 hs.
por gotejamento () Intermitente (x) Contínuo
Lavar o cateter ou gastrostomia após administração de dieta com _____ ml de água filtrada.
Eventos: _____
Nutricionista Responsável: _____

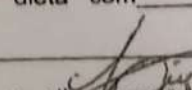

Lia Albuquerque Mendes
NUTRICIONISTA
CRN 12563

DATA 24/08/15 Volume Prescrito 1210 Administrado 1210
a: Peptonum kcal/ml: 1,0 Ptn(g): _____
Fibra(g): _____ Administrada: SS ml de 01 em 01 hs.
por gotejamento () Intermitente (x) Contínuo
Lavar o cateter ou gastrostomia após administração de dieta com _____ ml de água filtrada.
Eventos: _____
Nutricionista Responsável: _____


Santa Casa de Misericórdia de Sobral
COORDENADORA
Aparecida R. Montenegro


Lia Albuquerque Mendes
NUTRICIONISTA
CRN 12563

DATA 25/08/15 Volume Prescrito 1210 Administrado 1210
Dieta: Novamente kcal/ml: 1,2 Ptn(g): _____
Fibra(g): _____ Administrada: SS ml de 01 em 01 hs.
por gotejamento () Intermitente () Contínuo
Lavar o cateter ou gastrostomia após administração de dieta com _____ ml de água filtrada.
Eventos: _____
Nutricionista Responsável: _____


Lia Albuquerque Mendes
NUTRICIONISTA
CRN 12563



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88) 3677 1930
Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

Vara Única
C. Novo Oriente

FLS. 25

Matricula	Paciente		
853544	Jose Airton Fialho De Sousa		
Idade	Sexo	Cor	Leito
17	Masculino	Parda	1362CSSJ

Dados Clínicos:

FRATURA ANTEBRAÇO DIREITO

Tipo de Exame:

RX DE PUNHO DIREITO (A.P / PERFIL)

Radiodiagnóstico:

Data:

Assinatura do Médico



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88) 36771930
Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

Casa Única
C. Novo Oriente

FLS. 26



Matrícula	Paciente		
853544	Jose Airton Fialho De Sousa		
Idade	Sexo	Cor	Leito
17	Masculino	Parda	1362CSSJ

Dados Clínicos:

FRATURA ANTEBRAÇO DIREITO

[Handwritten signature]

Tipo de Exame:

RX DE PUNHO DIREITO (A.P / PERFIL)

Radiodiagnóstico:

Data:

Assinatura do Médico



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antônio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88) 3112-0400

Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74

CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0

Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550



ATESTADO MÉDICO

Atesto que **Jose Airton Fialho De Sousa**, necessita de **90** dias de Licença para tratamento de saúde.

C.I.D.: **S526 - Fratura Da Extremidade Distal Do Radio E Do Cubito [Ulna]**

Sobral/ 05/08/2015

Assinatura do Médico e Carimbo



Policlínica Regional Raimundo Soares Resende



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



ATESTADO MÉDICO

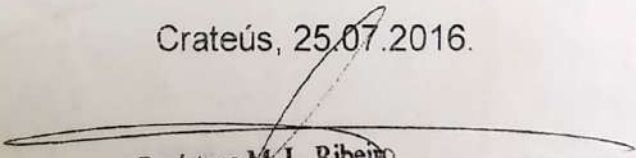
JOSE AIRTON FIALHO DE SOUSA, foi vítima em agosto de 2015 de traumatismo intracraniano grave devido acidente motociclístico sem capacete causando lesão axonal difusa grave, necessitando de internamento em unidade de tratamento intensivo prolongado e traqueostomia.

Atualmente, existe uma importante recuperação funcional, principalmente relacionada à deambulação e à comunicação, mas persiste um deficit de memória recente imediata moderado e dor intermitente aos esforços físicos em membro superior fraturado, tendo sido submetido a tratamento cirúrgico traumatológico.

Devido a persistência dos sintomas, esta paciente se encontra parcialmente incapacitado para exercer uma atividade profissional por 12 (doze) meses.

CID S 06.7 / T 90.5

Crateús, 25.07.2016.


Espartaco M. L. Ribeiro
NEUROLOGIA
CREMEC 10838



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE
CNPJ: 11.389.692/0001-28
SECRETARIA DE SAÚDE



RECEITUÁRIO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome: Jorge Luiz Fialho de Souza

END.: _____

CIDADE: _____ ☐ SEDE ☐ ZONA RURAL

Parati em anamnese
numerosa com sintomas
de TCE grave com que
do de registo após exame

CAD: 506.9.

06/09/18

Carimbo profissional
Data: 11/11/18

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - Rua Dona Joana, S/N - Centro - Novo Oriente - Ceará - CEP: 63740-000
Telefone: (88) 3629.1165 - Email: smsnovooriente2017@gmail.com



Policlínica Regional
Raimundo Soares Resende



RECEITUÁRIO

Nome: Jose Airton Filho de Jesus
Gaudo Medico

Receita em acompanhamento
neurologico nos serviços com
histórico de Trauma-Cérebro
crânio encefálico com quadro
de convulsões neurocomport.
monofásicas episódicas. (Agosto
2015). Em uso de: Italdol
1mg (dd)
CITIC: 506.9

1 / 1
Data *25 OCT 2017*

[Signature]
Médico

Rua Gustavo Barroso, 853 São Vicente / Crateús-CE, CEP 63.700-000
Fone: (0xx88) 3691.2125 3691.2141 3691.2145 3691.3725
e-mail: policlinica.crateus@gmail.com



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE
CNPJ: 11.389.692/0001-28
SECRETARIA DE SAÚDE



RECEITUÁRIO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome: Jane Antônia Fialho Lima
END.: _____
CIDADE: _____ ☐ SEDE ☐ ZONA RURAL

Paciente vítima de
TCE grave em Agosto
2015, segue de requebra
neurológica, atropia de
comportamento e deprim
cognitivo, com risco para
selvagem pessoal.

07/06/18

carimbo profissional

MEDICO
CRM-MEC 15524

Data: ____/____/____

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - Rua Dona Joana, S/N - Centro - Novo Oriente - Ceará - CEP: 63749-000
Telefone: (88) 3629.1165 - Email: smsnovooriente2017@gmail.com



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
FICHA DE ANESTESIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

Vara Única
C. Novo Oriente

FLS. 32

NOME: José Afonso Fialho de Sousa		DATA: 24/09/15	REGISTRO: 4284430
IDADE: 77	SEXO: M	COR: B	CLÍNICA: Ortopedia
PRESSÃO ARTERIAL:		PULSO:	RESPIRAÇÃO:
ESTADO GERAL: BOM ☐ REGULAR ☒ MAU ☐ PÉSSIMO ☐		RISCO CIRÚRGICO (GOOD MAN) Grau I ☒ Grau II ☐ Grau III ☐ Grau IV ☐	
EXAMES COMPLEMENTARES: — II —			
AP. RESPIRATÓRIO: NDN		AP. CIRCULATORIO: NDN	
AP. DIGESTIVO: NDN		ESTADO MENTAL:	
PRÉ-ANESTÉSICO DROGA/HORA:		ESTADO FÍSICO (ASA) 1 2 3 4 5 E	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:			
CIRURGIA REALIZADA: Intelectuária de Antebraço ①			
CIRURGIÃO: Dr. Fialho			
INÍCIO DA ANESTESIA:		TÉRMINO DA ANESTESIA:	
DURAÇÃO DA ANESTESIA:			
AGENTE/HORA: 10 30 11 30 12			
LIQUÍDOS			
VENOSOS			
PULSO			
DIÁSTOLICA			
SISTOLICA			
P. ARTERIAL			
ANESTESIA X			
CÓDIGOS			
CIRURGIA			
P. ARTERIAL			
MONITORAÇÃO			
ARTERIAL			
E. C. G.			
OX. PULSO			
ANOTAÇÕES			
ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☒ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS ☐			
TÉCNICA			
LIQUÍDOS		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
GLICOSE		1. Propofol 1g	
NaCl 1000 ml		2. Bido 1% de 400 mg	
SANGUE		3. Lidocaína 150 mg	
RINGER		4. Mida 20 lam 5 mg	
TOTAL		5. Potamina 20 mg	
DESTINO DO PACIENTE		6. Propofol 50 mg	
SRPA		7. Mida 20 lam 5 mg	
PA:		8. Mida 20 lam 5 mg	
PULSO:		9. Mida 20 lam 5 mg	
RESPIRAÇÃO:		10. Mida 20 lam 5 mg	
SpO ₂ :		11. Mida 20 lam 5 mg	
ASSINATURA / ANESTESISTA			
ROCHA DE OLIVEIRA FILHO			
ANESTESIOLOGISTA			
CREMEC: 11859			

Santa Casa de M. de Sobral
S.A.M.E.
CONFERE COMO ORIGINAL
Andréa R. Montenegro
COORDENADORA



PRESCRIÇÃO: 1435548 DATA: 25/09/2015 10:30
USUÁRIO: AUL
ATENDIMENTO: 4284430 DT NASC: 10/11/1997 (17A 10M 15D)
CONVÊNIO: SUS - SIH
PACIENTE: 853544 - JOSE AIRTON FIALHO DE SOUSA
RESO: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO: 24/09/2015 02:54 1 DIAS(S) INT

Dr. José Zago
MÉDICO
CRM 133.06
Rubrica do Médico

MÉDICO: ADRIANO DE ALMADA FERREIRA (RESIDENTE) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. - S. JOAQUIM LEITO.: LEITO 1362 - C.S. SAO JOAQUIM COBERTURA:
ENFERMARIA:
CID.: S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA] CICLO: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE, 17A, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TCE GRAVE EM 05/08/2015
VEIO ENCAMINHADO DA NEUROLOGIA, PARA ACOMPANHAMENTO TRAUMATOLÓGICO POR FX FECHADA DIAFISÁRIA
DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIR

REALIZADO: OX EM 24/09/15

EM USO DE: SINTOMÁTICOS

EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE ESTÁVEL. NEGA ALGIAS OU OUTRAS QUEIXAS.
NÃO ABRO CURATIVO POR SER 1º PO. À INSPEÇÃO OBSERVA-SE EDEMA DE +1/+4 EM MÃO DIREITA.
FERIDAS EM PÉS D E E EM PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO, GRANULADAS

COND: AG FO

Solicito RX de Controle

4284430

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA PASTOSA

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários
[25/09] 10:30

HIDRATAÇÃO VENOSA

2 C.C. SORO FISIOLÓGICO A 0,9% FRASCO
C/500ML

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários
1 FRASCO EV LIVRE

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

3 C.C. BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML AMPOLA +
AD 18 ML - HC
Obs.: S N

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários
2 AMPOLA S EV LIVRE

4 C.C. AMPLICTIL 5MG/ML 5ML AMPOLA
Obs.: Dar meia amp EV. SN

2 AMPOLA S EV LIVRE

→ SERINGA DESCARTAVEL 5ML

1 UND

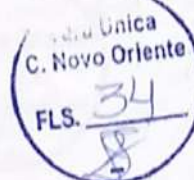
→ AGULHA DESCARTAVEL 40X12

1 UNIDADE

5 C.C. DIPIRONA 2ML + AD 8ML EV - HC
Obs.: S N

2 AMPOLA S EV LIVRE

PRESCRIÇÃO: 1435548 DATA: 25/09/2015 10:30
USUÁRIO: AUDY
ATENDIMENTO: 4284430 DT NASC: 10/11/1997 (17A 10M 15D)
CONVÊNIO: SUS - SIH
PACIENTE: 853544 - JOSE AIRTON FIALHO DE SOUSA
PESO: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO: 24/09/2015 02:54 1 DIAS(S) INT



1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO: ADRIANO DE ALMADA FERREIRA (RESIDENTE) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO.: LEITO 1362 -C.S. SAO JOAQUIM COBERTURA:
ENFERMARIA
CID.: S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA] CICLO.: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
6 C.C. RANITIDINA 50MG 2ML AMPOLA	1	AMPOLA		EV	12X12 HOR		
→ AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA	2	AMPOLA					
→ AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1	UNIDADE					
→ SERINGA DESCARTAVEL 20ML	1	UND					
7 CLEXANE 40 MG/0,4ML SERINGA - HC	1	UNIDADE		SB	24X24-HC	[25/09]	10:30

Obs.: A NOITE 18 HS.

Suspensa

MEDICAMENTOS ORAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
8 FENITOÍNA 100MG COMPRIMIDO	1	COMPRIMIDO		VO	8x8-N	10	18 02
9 DOMPERIDONA 10 MG COMPRIMIDO - HC	1	COMPRIMIDO		VO	24X24 HOR	[26/09]	00
10 DIAZEPAM 10MG COMPRIMIDO	1	COMPRIMIDO		VO	24X24 HOR		22
11 AMYTRIL 25MG COMPRIMIDO	1	COMPRIMIDO		VO	24X24 HOR	[26/09]	00

Obs.: 1 CP POR SNG ANTES DAS PRINCIPAIS ALIMENTACOES.

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
12 SINAIS VITAIS DE 6/6HS							
13 FONOTERAPIA							

FISIOTERAPIA

14 FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA
Obs.: FORTALECIMENTO MUSCULAR

Santa Casa de M. de Sobral
COPIA COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro
COORDENADORA

Dra. M. José Lago
MÉDICA
CRM 13306

AUDY ROCHA DE OLIVEIRA
CRM 2411

PRESCRIÇÃO: 1435915 DATA: 26/09/2015 11:00
USUÁRIO: AUDY
ATENDIMENTO: 4284430 DT NASC: 10/11/1997 (17A 10M 16D)
CONVENIO: SUS - SIH
PACIENTE: 253544 - JOSE NINTON FIANHO DE SOUSA
RESO: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO: 24/09/2015 02:54 2 DIAS(S) INT



17 VIA
Rubrica do Médico

MÉDICO: ADRIANO DE ALMADA FERREIRA (RESIDENTE) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO...: LEITO 1362 -C.S. SAO JOAQUIM COBERTURA:
ENFERMARIA:
CID: S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA] CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PCT VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TCE GRAVE EM 05/08/2015
ENCAMINHADO DA NEUROLOGIA, PARA ACOMPANHAMENTO TRAUMATOLÓGICO POR FX FECHADA DIAFISÁRIA DOS
OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

REALIZADO: OX EM 24/09/15

EM USO DE SINTOMÁTICOS

EVOLUÇÃO: PCT EVOLUI CLINICAMENTE ESTÁVEL
PCT RELATA TONTURAS, COM EPISÓDIOS DE PERDA DA CONSCIÊNCIA AO SE LEVANTAR DA CAMA
FO LIMPA, SEM SECREÇÃO
RX CHECADO
AGUARDO AG E FO

4284430

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA PASTOSA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1					[26/09]	✓

HIDRATAÇÃO VENOSA

2 C/C SORO FISIOLÓGICO A 0,9% FRASCO
C/500ML

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	FRASCO					

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

3 C/C BROMOFENIDA 5 MG/ML 2 ML AMPOLA +
AD 18 ML - HC
Obs.: S N

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2	AMPOLA					

4 C/C AMPLICTIL 5MG/ML 5ML AMPOLA

Obs.: Dar meia amp EV. SN

2	AMPOLA		S	EV	LIVRE
---	--------	--	---	----	-------

> SERINGA DESCARTÁVEL 5ML

> AGULHA DESCARTÁVEL 40X12

1	UND
1	UNIDADE

5 C/C DAPIRONA 2ML + AD 8ML EV - HC

Obs.: S N

2	AMPOLA		S	EV	LIVRE
---	--------	--	---	----	-------



PRESCRIÇÃO: 1435915 DATA: 26/09/2015 11:00
USUÁRIO: AUDY
ATENDIMENTO: 4284430 DT NASC: 10/11/1997 (17A 10M 16D)
CONVÊNIO: SUS - SIH
PACIENTE: 853544 - JOSE AIRTON FIALHO DE SOUSA
PESO: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO: 24/09/2015 02:54 2 DIAS(S) INT



1ª VIA

Rubrica do Médico

MEDICO: ADRIANO DE ALMADA FERREIRA (RESIDENTE) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO.: LEITO 1362 -C.S. SAO JOAQUIM COBERTURA:
ENFERMARIA
CID.: S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA] CICLO: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTÓCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
6. C.C. RANITIDINA 50MG 2ML AMPOLA	1	AMPOLA		EV	12X12 HOR	18.06
-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA	2	AMPOLA				
-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1	UNIDADE				
-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML	1	UND				
7. CLEXANE 40 MG/0.4ML SERINGA - HC	1	UNIDADE		SB	24X24-HC	[27/09] 10
Obs.: A NOITE 18L HS.						

MEDICAMENTOS ORAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
8. FENITOÍNA 100MG COMPRIMIDO	1	COMPRIMIDO		VO	8x8-N	10.18.02
9. DOMPERIDONA 10 MG COMPRIMIDO - HC	1	COMPRIMIDO		VO	24X24 HOR	[27/09] 00
Obs.: 1 CP POR SNG ANTES DAS PRINCIPAIS ALIMENTACOES.						
10. DIAZEPAM 10MG COMPRIMIDO	1	COMPRIMIDO		VO	24X24 HOR	02
11. AMYTRIL 25MG COMPRIMIDO	1	COMPRIMIDO		VO	24X24 HOR	[27/09] 02

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
12. SINAIS VITAIS DE 6/6HS						
13. FONOTERAPIA						

FISIOTERAPIA

14. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA
Obs.: FORTALECIMENTO MUSCULAR

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréa R. Montenegro
COORDENADORA

AUDY ROCHA DE OLIVEIRA
CRM: 2411

PRESCRIÇÃO: 1436167 DATA: 27/09/2015 09:30
USUÁRIO: AUDY
ATENDIMENTO: 4284430 DT NASC: 10/11/1997 (17A 10M 17D)
CONVÊNIO: SUS - SIH
PACIENTE: 853544 - JOSE AIRTON FRALEO DE SOUSA
PESO: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO: 24/09/2015 02:54 3 DIAS(S) INT



1ª VIA

Reflexão do Médico

MÉDICO: ADRIANO DE ALMADA FERREIRA (RESIDENTE) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO...: LEITO 1362 -C.S. SAO JOAQUIM COBERTURA:
ENFERMARIA
CID: S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA] CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TCE GRAVE EM 05/08/2015
ENCAMINHADO DA NEUROLOGIA, PARA ACOMPANHAMENTO TRAUMATOLÓGICO POR FX FECHADA DIAFISÁRIA DOS
OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

REALIZADO: OX EM 24/09/15

EM USO DE: SINTOMÁTICOS

EVOLUÇÃO: PCT EVOLUI CLINICAMENTE ESTAVEL
FO LIMPA, SEM SECREÇÃO

AGUARDO AG E FO

ALTA HOSPITALAR

4284430

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 DIETA PASTOSA	1					[27/09]	09:30

HIDRATAÇÃO VENOSA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 C.C. SORO FISIOLÓGICO A 0,9% FRASCO C/500ML	1	FRASCO		EV	LIVRE		

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3 C.C. BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML AMPOLA + AD 18 ML - HC Obs.: S N							
4 C.C. AMPLICTIL 5MG/ML 5ML AMPOLA Obs.: Dar meia amp EV . SN	2	AMPOLA		S	EV	LIVRE	
-> SERINGA DESCARTAVEL 5ML	1	UND					
-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1	UNIDADE					
5 C.C. DAPIRONA 2ML + AD 8ML EV - HC Obs.: S N	2	AMPOLA		S	EV	LIVRE	

CONFERE COM O ORIGINAL
Andréa R. Montenegro
COORDENADORA

PRESCRIÇÃO: 1436167 DATA: 27/09/2015 09:30
USUÁRIO: AUDY
ATENDIMENTO: 4284430 DT NASC: 10/11/1997 (17A 10M 17D)
CONVÊNIO: SUS - SIH
PACIENTE: 853544 - JOSE AIRTON FIALHO DE SOUSA
RESO: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO: 24/09/2015 02:54 3 DIAS(S) INT



1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO: ADRIANO DE ALMADA FERREIRA (RESIDENTE) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. - S. JOAQUIM LEITO.: LEITO 1362 - C.S. SAO JOAQUIM COBERTURA:
ENFERMAGEM: S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA] CICLO: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
6 C.C. RANITIDINA 50MG 2ML AMPOLA	1	AMPOLA		EV	12X12 HOR		
-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA	2	AMPOLA					
-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1	UNIDADE					
-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML	1	UND					
7 CLEXANE 40 MG/0,4ML SERINGA - HC	1	UNIDADE		SB	24X24-HC	[27/09]	10

Obs.: A NOITE 18 HS.

MEDICAMENTOS ORAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
8 FENITOÍNA 100MG COMPRIMIDO	1	COMPRIMIDO		VO	8x8-N		
9 DOMPERIDONA 10MG COMPRIMIDO - HC	1	COMPRIMIDO		VO	24X24 HOR	[28/09]	00
Obs.: 1 CP POR SNG ANTES DAS PRINCIPAIS ALIMENTACOES.							
10 DIAZEPAM 5MG COMPRIMIDO	1	COMPRIMIDO		VO	24X24 HOR		
11 AMYTRIL 25MG COMPRIMIDO	1	COMPRIMIDO		VO	24X24 HOR	[28/09]	00

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
12 SINAIS VITAIS DE 6/6HS							
13 FONOterapia							

FISIOTERAPIA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
14 FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA							
Obs.: FORTALECIMENTO MUSCULAR							

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

ALTA HOSPITALAR

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
15 ALTA HOSPITALAR							

AUDY ROCHA DE OLIVEIRA
CRM: 2411

CONCLUSÃO
Aos 09 de 01 de 20 19 faço estes
autos Concluso ao MM. Juiz de Direito
Novo Oriente-CE.

Aos 09 de 01 de 20 19 faço estes
autos Concluso ao MM. Juiz de Direito
Novo Oriente-CE.

Diretor(a) de Secretaria



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Novo Oriente

Vara Única da Comarca de Novo Oriente

Av. Francisco Rufino, S/N, Centro - CEP 63740-000, Fone: (88) 3629-1246, Novo Oriente-CE - E-mail: novooriente@tjce.jus.br

39

DESPACHO

Processo nº: 0000521-25.2019.8.06.0134
Classe: Procedimento Comum
Assunto: Seguro DPVAT
Requerente: José Airtton Fialho de Sousa
Requerido: Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório - DPVAT proposta por JOSÉ AIRTON FIALHO DE SOUSA em face de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT, ambos devidamente qualificados.

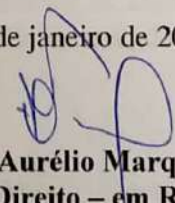
Defiro os benefícios da Justiça Gratuita, ante a declaração prestada pelo Autor (fls. 11).

Apesar de se tratar de demanda que comporta autocomposição, é consabido que o pagamento de indenização complementar por Seguradoras que fazem parte do Consórcio DPVAT deve ser, por obrigação legal, precedido de exame técnico que constate as lesões e sua definitividade. Em razão disso, deixo de determinar a realização da audiência de conciliação, por ser inviável a composição.

Diante disso, CITE-SE a parte Ré para que apresente contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos do artigo 335, III, do NCPC.

Expedientes necessários.

Novo Oriente-CE, 14 de janeiro de 2019.


Marcos Aurélio Marques Nogueira
Juiz de Direito – em Respondência



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Novo Oriente

Vara Única da Comarca de Novo Oriente

Av. Francisco Rufino, S/N, Centro - CEP 63740-000, Fone: (88) 3629-1246, Novo Oriente-CE - E-mail: novooriente@tjce.jus.br/Novo Oriente

40

CARTA DE CITAÇÃO

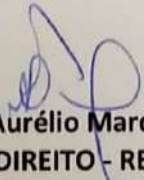
Novo Oriente/CE, 24 de abril de 2019.

Processo nº: 0000521-25.2019.8.06.0134
Classe – Assunto: Procedimento Comum - Seguro
Requerente: JOSE AIRTON FIALHO DE SOUSA
Requerido: Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Prezado(a) Senhor(a),

Fica Vossa Senhoria devidamente **CITADO(A)** para que tome conhecimento do inteiro teor da ação interposta contra si, cuja cópia segue anexa, e, para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos do artigo 335, III, do NCPC.

Atenciosamente,


Marcos Aurélio Marques Nogueira
JUIZ DE DIREITO - RESPONDENDO

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