

**Escritório Fortaleza**

R. Joaquim Felício, nº201, Sala 06, Shopping Cavalcante Plaza Center
 Bairro Messejana, Fortaleza - Ceará, CEP: 60.840-115
 Fone: (0xx85) 3215-1116
 E-mail: albeaugadogados@hotmail.com

Escritório Iguatu

Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, Nº
 Bairro Prado, Iguatu - Ceará, CEP: 63.502-105
 Fone: (0xx88) 3581-1280
 E-mail: albeaugadogados@hotmail.com

PROCURAÇÃO PARA A CLÁUSULA ADJUDICIA

AILTON APARECIDO DO NASCIMENTO SANTOS, brasileira, SOLTEIRO, AGRICULTOR, portador(a) da cédula de identidade Nº 2007664472-8, inscrit(a) no CPF sob o Nº 059266233-08, residente e domiciliado à Rua 29 DE JUNHO, Nº 168, JUCAR - CE - CEP - 63.580-000, constitui seus bastantes procuradores os bels. **EURLJANE AUGUSTO FERREIRA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE sob nº16.326; **LÍGIA SAMARA ALBUQUERQUE PINTO**; brasileira, solteira, inscrita na OAB/CE sob o nº. 22.902 e **DIEGO VICTOR LOBO SILVEIRA**, brasileira, solteiro, advogado inscrito na OAB/CE sob nº 25.815 e **JOAO RICARDO PINHO**, brasileira, divorciado, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 33.315, todos com endereço profissional situado à Rua Joaquim Felício, nº 201, Sl. 06, Shopping Cavalcante Plaza, Messejana, CEP: 60.840-115, Fortaleza/CE e/ou Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, nº 9, Prado, Iguatu/CE, CEP 63.502-105, para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei 13.105/2015 - Código de Processo Civil, e os especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

JUCAR /CE, 21 de FEVEREIRO de 2018.

x Ailton Aparecido do M. Santos

OUTORGANTE

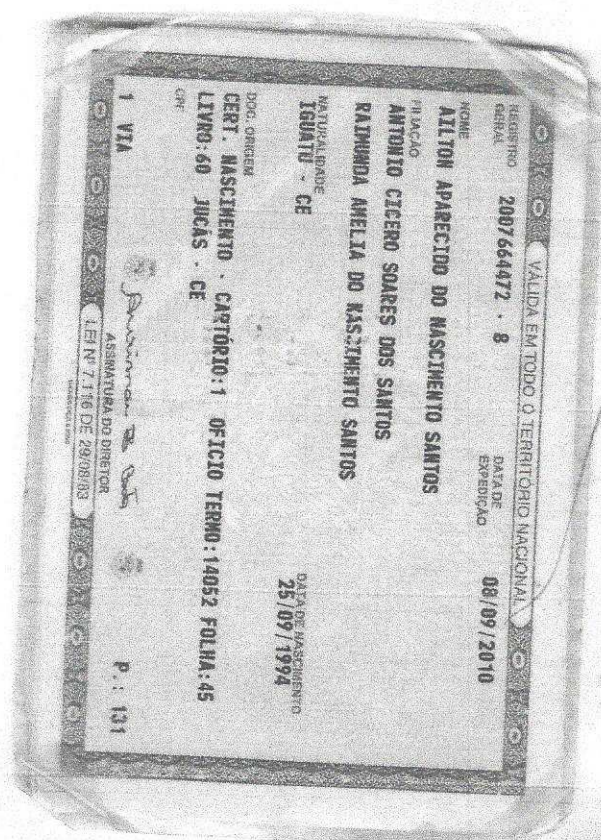
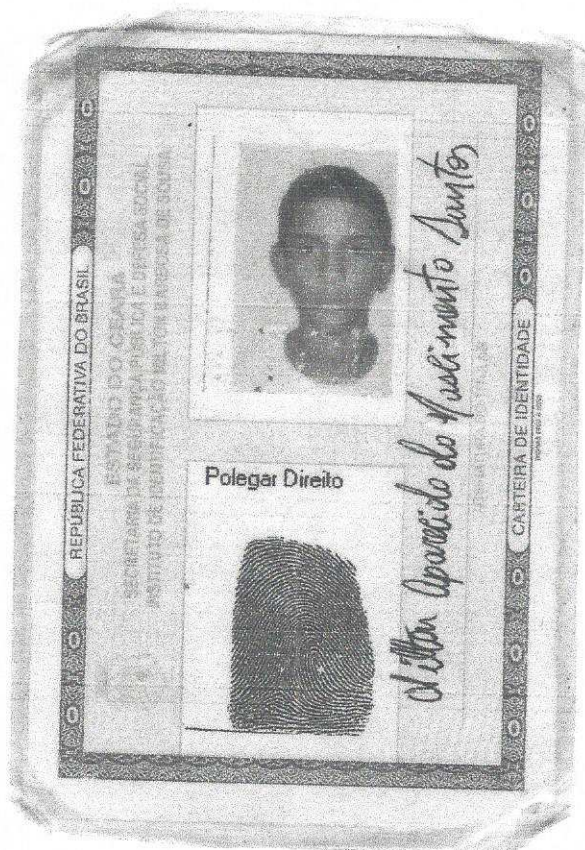
DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, AILTON APARECIDO DO NASCIMENTO SANTOS brasileira, SOLTEIRO, AGRICULTOR, portador(a) da cédula de identidade Nº 2007664472-8, inscrito(a) no CPF sob o Nº 059266233-08, residente e domiciliado à RUA 29 DE JUNHO, Nº 168, JUCAR - CE - CEP - 63.580-000 declaro para os devidos fins de Direito perante o Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, que sou pobre nos termos da lei 1.060/50, não podendo arcar com despesas que por ventura decorram de ação judicial sem comprometer minha digna sobrevivência, responsabilizando-me civil e penalmente por esta declaração, nos termos da lei 7115/83.

JUCAR /CE, 21 de FEVEREIRO de 2018.

x Ailton Aparecido do M. Santos

DECLARANTE





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **059.266.233-08**

Nome: **AILTON APARECIDO DO NASCIMENTO SANTOS**

Data de Nascimento: **25/09/1994**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **02/07/2010**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:01:11** do dia **21/02/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **F049.0388.5C2B.D7D3**



Este documento não substitui o ["Comprovante de Inscrição no CPF"](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **059.266.233-08**

Nome: **AILTON APARECIDO DO NASCIMENTO SANTOS**

Data de Nascimento: **25/09/1994**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **02/07/2010**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:01:11** do dia **21/02/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **F049.0388.5C2B.D7D3**



Este documento não substitui o ["Comprovante de Inscrição no CPF"](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Esta é a segunda via de
JAN/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
3048410 DV **3**

VENCIMENTO
29/01/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
91,06

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **509992321**

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

DADOS DO CLIENTE

Rota 14 012125 01 0199500 Medidor 0229697 Poste 0000 0
Nome RAIMUNDA AMELIA DO NASCIMENTO SANTOS
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU 0029 DE JUNHO 00168 DT SAO PEDRO DO JUCAS 63580000

RG / CPF / CNPJ 930.803.283-53

CGF

Classe 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	13953	13846	1	107	0	107

DESCRIÇÃO DA CONTA

	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	107	0,71640	76,65

OUTROS PAGAMENTOS

MULTA MORATORIA	1,69
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	12,72

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
22/01/2018	20/02/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

A1EA.C96C.67D8.0D5F.E85A.64F4.D9B1.0A06

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
76,65	27%	20,69

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	25,68
TRANSMISSÃO	2,56
DISTRIBUIÇÃO	17,43
ENCARGOS SETORIAIS	6,03
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	24,95

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

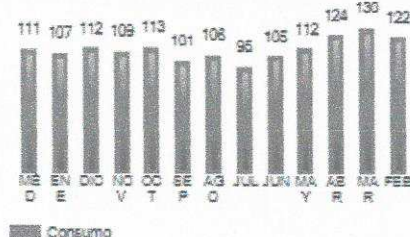
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 24,53

Conjunto JUCAS

Mês NOV/ 2017

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,31	10,62	21,25	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,03			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **3048410-3** Nº da Nota Fiscal: **509992321** Total a Pagar (R\$): **91,06**

Data de Emissão: **21/02/2018** Referência: **JAN/2018** Nº de Controle: **0003048410 00146 4364 2 11**

83850000000-8 91060031000-5 00030484100-5 01464364241-2



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 - 167 / 2016****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 12/01/2016 15:37:58
Data / Hora da Ocorrência: 17/06/2015 18:02:00
Endereço da Ocorrência: SÍTIO BARREIRAS DOS PINHEIROS
Complemento:
Bairro: **Município:** IGUATU/CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ANDRÉ PEREIRA DOS SANTOS
Nascimento: 22/08/1997 **CPF:**
RG: **Orgão Emissor:** **UF:**
Filiação: LUZANIRA RODRIGUES DA COSTA
JOSÉ NILSON PEREIRA DOS SANTOS
Endereço: RUA 29 DE JUNHO, 350
Bairro: SÃO PEDRO DO NORTE **CEP:**
Município: JUCAS/CE
País: BRASIL **Telefone:**

Nome: AILTON APARECIDO DO NASCIMENTO SANTOS
Nascimento: 25/09/1994 **CPF:**
RG: 20076644728 **Orgão Emissor:** SSP **UF:**
Filiação: RAIMUNDA AMELIA DO NASCIMENTO SANTOS
ANTONIO CICERO SOARES DOS SANTOS
Endereço: RUA 29 DE JUNHO, 168
Bairro: SÃO PEDRO DO NORTE **CEP:**
Município: JUCAS/CE
País: BRASIL **Telefone:**

Histórico

B.O PARA EXPEDIÇÃO DE GUIA DE EXAME DE CORPO DE DELITO, AFIRMA A VITIMA QUE CAIU DE MOTO.

ADENDO: Compareceu a esta delegacia o DECLARANTE, nesta data 19/04/2016, e informado das penalidades de falsa comunicação de crime e contravenção penal, Art 340, informou que no local e horário supracitado, trafegava na moto: YAMAHA/ YBR, 125 K, ANO FAB/ MOD: 2003/2004, COR: PRETA, PLACA: HWO-4774/CE, CHASSI: 9C6KE044040040040320, RENAVAL: 886802130, estando no nome de: ANTONIO CÍCERO S. DOS SANTOS. Que trafegava como guiador (AILTON APARECIDO DO NASCIMENTO SANTOS) e como garapeiro(ANDRÉ PEREIRA DOS SANTOS). Que um carro trancou a moto que tentou desviar e perdeu o controle da moto vindo a cair, sendo socorrido pelo Corpo de Bombeiros, até o Hospital Regional Iguatu e sendo atendidos pelo DR. ANTONIO EDNARDO DE SOUZA, que segundo o laudo do médico o guiador teve: quebrou o braço direito e quebrou a mandíbula em dois lugares e o garapeiro, quebrou a patela esquerda; Que veio registrar o fato para dar entrada no seguro DPVAT.
Vale salientar que as informações prestadas são de inteira responsabilidade

DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

Pág. 1 de 2

Impresso em: 31/08/2016 10:35:37

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURLANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/04/2018 às 11:31, sob o número 01250913120188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0125091-31.2018.8.06.0001 e código 356C362



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

fls. 15

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 - 167 / 2016

de DECLARANTE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ROBÉRIO GOMES DO SANTOS - MAT.: 300074-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Ailton Apolônio do M. Santos

VISTO DO DELEGADO(A) :

JERFFISON PEREIRA DA SILVA - MAT.: 198810-1-6



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
GRUPAMENTO DE SOCORRO DE URGÊNCIA

fls. 16

REGISTRO DE SOCORRO Nº _____

TURNO _____

RESGATE Nº _____ P.B. _____ DATA: 19/06/15
NOME: AILTON APARECIDO DO NASCIMENTO SANTOS
IDADE: 39 SEXO: F () M (X)
LOCAL DE OCORRÊNCIA: ESTRADA IGUAçu - TRUSSU
BAIRRO: BARREIRAS

HORA DA OCORRÊNCIA: 17:08
CHEGADA AO LOCAL: 17:15
SAÍDA DO LOCAL: 17:28
CHEGADA AO HOSPITAL: 17:35
SAÍDA DO HOSPITAL: 18:05
CHEGADA AO P.B.: 18:06

TIPO DE OCORRÊNCIA

01. (X) ACIDENTE DE TRÂNSITO 05. () AFOGAMENTO 09. () MAL SÚBITO () OUTRO
02. () AGRESSÃO 06. () QUEIMADURA 10. () EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA
03. () DESABAMENTO 07. () CHOQUE ELÉTRICO 11. () JÁ REMOVIDO
04. () INTOXICAÇÃO 08. () QUEDA 12. () FALSO AVISO

RAZÃO DO ATENDIMENTO: QUESA DE MOTOCICLETA

DOENÇAS ANTERIORES: _____

MEDICAMENTOS: _____

ALERGIAS: _____

COR		PELE		RESPIRAÇÃO	
CIANÓTICO ()		QUENTE ()	SECA ()	SUPERFICIAL ()	
PÁLIDO ()		FRIA ()	ÚMIDA ()	DIFÍCIL ()	
CONGESTO ()		NORMAL (X)	NORMAL (X)	NORMAL (X)	
NORMAL (X)				AUSENTE ()	
PULSO RADIAL		ENCHIMENTO CAPILAR		SANGRAMENTO	
FORTE (X)	IRREGULAR ()	NORMAL (X)		AUSENTE ()	
FRACO ()	AUSENTE ()	RETARDADO ()		MÍNIMO ()	
REGULAR ()		AUSENTE ()		MODERADO (X)	
				INTENSO ()	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL		FALA		PUPILAS	
ALERTA (X)		NORMAL (X)		O O O O O O O O O	
RESPONDE A COMANDOS ()		CONFUSA ()		D 2 3 4 5 6 7 8 9 mm E mm	
RESPONDE A ESTÍMULOS ()		INTELIGÍVEL ()		REAGENTE () REAGENTE ()	
SEM RESPOSTA ()		NENHUMA ()		SEM REAÇÃO () SEM REAÇÃO ()	

SINAIS VITAIS:

HORA: _____ FR.: _____

P.A.: _____ PULSO: _____

NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRINCIPAIS: TCE, EPISTAXE, PROVAVEL FRATURA DO
BIGONATICO DIREITO, PROVAVEL FRATURA DE OMBRO DIREITO, ESCALA
PELO CORPO, HEMESE, FRATURA DE DENTES, OTORRAGIA

ACOMPANHANTE: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- () ASPIRAÇÃO () CURATIVOS
() OXIGÊNIO (X) BANDAGENS
() ASSIST. VENTILATÓRIA () IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS
() RCP () FÉRULA DE TRAÇÃO
() ASSIST. OBSTÉTRICA () LÍQUIDO EV.

- (X) PRANCHA LONGA
() PRANCHA CURTA
(X) COLAR CERVICAL
() OUTROS: _____
Em: 12/04/16

SINAIS DE ÓBITO: (X) SGT BM 1138

- () ANTES DO SOCORRO
() ANTES DO TRANSPORTE
() NO TRANSPORTE

CONDIÇÕES DE CHEGADA AO HOSPITAL:

- () MELHORADO
() PIORADO
() INALTERADO

HOSPITAL DE DESTINO: HFI

SGT LAUDOMIL SO PAULO

DIRETORES:

DR. RICARDO A. A. BARREIRA

DR. RENE H. BARREIRA

CRMCE: 6379

CRM: 543

Dr. João Pessoa, 514 Fone: (88)3581-0013 Iguatu-Ceara

Exame Radiológico de: Ailton Aparecido Nascimento Santos

Exame Solicitado: RX BRAÇO D./ MANDIBULA

RX Médico Solicitante: Dr.

Convênio: P.

Data: 02/07/15

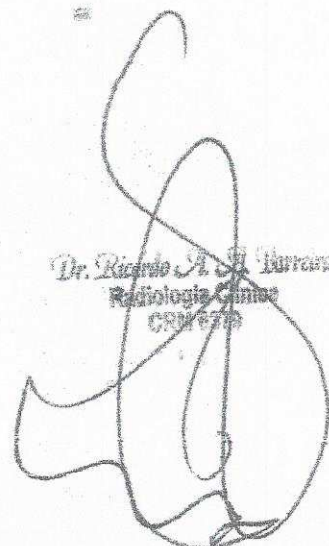
LAUDO:

BRAÇO D.

Fratura transversa em diáfise proximal do úmero direito.

MANDIBULA

Fratura oblíqua em ramo acendente da mandíbula direita.


Dr. Ricardo A. A. Barreira
Radiologia Clínica
CRMCE 6379



**HOSPITAL E MATERNIDADE
JOSÉ FACUNDO FILHO**

Unidos pela vida

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(A) Narcenali

Alba G. do

Necessita afastar-se das suas atividades

por 100 (cem) dias, devido

falta de licença

DATA: 12/08/2015

Sandro Lima Siqueira
CRM 7234
Ortopedia e Traumatologia

Médico CRM



SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE



ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr. (A) Felipe Almeida

Necessita afasta-se de suas atividades _____

por 100 (cem) dias, devido _____

Sandro Lima Siqueira
CRM 7234
Ortopedia e Traumatologia

DATA: 04/02/2016

Médico CRM



**HOSPITAL E MATERNIDADE
JOSÉ FACUNDO FILHO**
Unidos pela vida

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(A) Nascimento

Filho de José

Necessita afastar-se das suas atividades

por

100 1 Ano

) dias, devido

Falta de força
Falta de interesse

DATA: 02/07/2015

Sandro Lima Siqueira
CRM 7234
Ortopedia e Traumatologia

Médico CRM

RELATÓRIO DE PERÍCIA MÉDICA

Trata-se do periciado **AILTON APARECIDO DO NASCIMENTO SANTOS**, 22 anos, vítima de acidente com moto em 17/06/2015 no município de Iguatu/CE.

Apresentava, em decorrência do trauma, fratura do úmero direito e trauma facial com fratura da mandíbula, além de escoriações pelo corpo.

Foi submetido à tratamento conservador da fratura do úmero direito com uso de imobilizador ortopédico por 30 dias além de *tratado conservadoramente do trauma facial com fratura da mandíbula com uso de anti-inflamatório e repouso.*

Ao exame observamos presença de diminuição do movimento de abertura da boca bem como da força mastigatória. Presença de desvio do ângulo da mandíbula para a direita. Presença de atrofia da musculatura na hemiface direita. Presença de diminuição dos movimentos de elevação e abdução do membro superior direito. Presença de diminuição da força muscular do membro superior direito. Presença de discreta atrofia da musculatura do braço direito.

Do exposto, concluímos que há limitação em 25% da capacidade funcional do membro superior direito e há limitação em 25% da capacidade funcional da mandíbula.

Icó Ceará, 12/12/2016.

Dr. Antonio Epaminondas Neves
Clínico Geral e Cardiologista -
CRM 2665

Guia de atendimento - EMERGENCIA

Prontuario: 071795 Atendimento: 0001 CNS
 Paciente: AILTON APARECIDO NASCIMENTO SANTOS
 Doc. Identificado Nascimento: 25/09/1994 Local: IGUATU/CE
 Pai: ANTONIO CICERO SOARES DOS SANTOS Mãe: RAIMUNDA AMELIA DO NASCIMENTO SANTOS
 Endereço: VILA SAO PEDRO, SN Telefone: 88 35101250 CEP: 63580-000
 Bairro: SAO PEDRO Municipio: JUCAS UF: CE
 Profissão: Empresa: Matricula:
 Convênio: SUS Responsável: MARIA VANIA PRIMEIRA DA SILVA
 Cônjuge: Municipio: JUCAS UF: CE
 Endereço: VILA SAO PEDRO, SN Sala:
 Data Atendimento: 17/06/2015 Hora: 18:02 CID:
 Medico: ANTONIO EDNARDO DE SOUZA CRM/UF: 10360/CE
 Tipo Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA Funcionário: FRANCISCO ALEX MIRANDA DE OLIVEIRA
 Indicador de Acidente CPF do Responsável:
 Observação: PACIENTE SEM DOCUMENTO, ACOMPANHANTE NAO SOUBE INFORMAR OS DADOS. SEM FICHA DE REFERENCIA
 Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C) P (bpm): R (rpm) PA (mmHg): 110 x 70
 Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

parte ednardo do
parte ci sangramento oral
hemoptise e oformigao
e nariz
 18:33 1. Acidente de moto
 2. T.C.E.
 3. Transmissão de fax
 4. VCT 101 fax ca 18:33
 5. Descometorono 01 fax
 + 121 6164
 6. SFO 1000ml 1000ml
 7. Fenitoina 01 1000ml
 8. 01 1000ml
 9. 121 124

ANTONIO EDNARDO DE SOUZA CRM: 10360

Assinatura Paciente Responsável

Responsável: MARIA VANIA PRIMEIRA DA SILVA

⑥ Exame Rodado
 ⑦ Atendimento com Exame

Dr. Francisco
 Clínico Geral
 CREMEC nº 1150

⑧ volta para 19/10
 Tay

17/6/2015
 Dr. Francisco Barbosa
 R. 171 - CPF. 000.000.000-00

* 17/06/15 às 21:40hs paciente vítima de queda de moto
 consciente; orientado; verbalizando; com edema
 em região ocular; apresenta dor na região e segue
 em O₂ suplementar; encaminhado p/ Hospital de
 Borborema via emergência; médico ciente, comunicado
 e comunicado a CMH; 8VV PA = 120 x 80 mmHg; T = 37,0
 FR = 21 rpm; FC = 64 bpm; 72 bpm.

Márcia Regina da Silva
 Enfermeira
 CRM-CE 291.000

FICHA DE REFERÊNCIA



fls. 24

Unidade de Origem:
Distrito Sanitário:

Município: Iguatu

Sexo: M ☒ F () Idade: _____
Endereço: _____

Ocupação: _____

Bairro: _____

Motivo do
Encaminhamento:

Resultado de Exame:

Conduta já Realizada:

Assinatura do Encaminhante nº registro

Função:

Data: 17/06/18 Hora: 19:30

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial () Hospitalar () Auxílio Diagnóstico ()

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

Nome do Paciente: _____

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resumo de Exames: _____

Diagnóstico: Principal _____

Secundário 1 _____

Secundário 2 _____

CID _____

CID _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim () Não () O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim () Não ()

Assinatura do Consultante - Nº registro

Função

Data: ____/____/____

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

AIR UNISUSWEB

1:281010101012727-11

Emissão: 18/06/2015 00:39

Atend.Nº: 301789

Paciente: AILTON APARECIDO DO NASCIMENTO SANTOS

Idade: 20a 8m 24d Sexo:M

Data Nasc: 25/08/1994 CPF:

RG: 20076644728

Est.Civil: SOLTEIRO

Filiação: Mãe: RAINDA AMARELA DO NASCIMENTO SANTOS Pai: ANTONIO CICERO SOARES DOS SANTOS

Endereço: VIA SÃO PEDRO NN

Bairro: ZONA RURAL

Município: JUCAS

UF: CE

CEP: 63580000

Telefone: 8896631971

Profissão: AGRICULTOR

Cor: PARDO

Natural: ISUAU

.CE

Religião: OUTRA

Atend: WENDELAMORIM

Conv.: SUS ENTERRADOS

Matrícula/CNS: 1604119195890006

Titular:

Responsável: MARIA AUGUSTA DO NASCIMENTO SANTOS

CPF:

Médico: JOAO ANANIAS MACHADO FILHO

Prontuário: 110694

Clínica: INTERN CLINICA

Data/Hora: 18/06/2015 00:33

Serviço: POSTO I - HNSA

Qto/Leito: 106-04

Caráter: CL URGENCIA

Tipo Acom.: ENFERMARIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

RESUMO DE TRATAMENTO

HDA:

Poltrona quebrada de madeira + 1700. Sem suporte.
Perda de consciência. Vômito.

HAS ()

DM ()

ANTECEDENTES PESSOAIS

AVC ()

ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAMENTOS PRÉVIOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS:

PA =

FP =

FR =

TA =

ACV:

AR:

ABDOMEN:

NEUROLÓGICO:

ECG B. Ige 13. Sem sinal focal. 25mg e D

ECG: AO =

RV =

RM =

PUPILAS:

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

TUE

ALTA:

TRANSF. P/ LEITO

ENF/APTO

TRASNF. P/ MÉDICO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

ALTA EM: 24/06/15

13:12

PACIENTE / RESPONSÁVEL

MÉDICO(a): 005211

JOAO ANANIAS MACHADO FILHO

Impressor por: WENDELAMORIM 18/06/2015 00:39

Realizou

Raio X

FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

DATA/HORA: 19/06/2019 13:22 ATENDIMENTO.: 301789
PACIENTE: 110694 AILTON APARECIDO DO NASCIMENTO SANTOS
UNIDADE: POSTO 14-HMSA LEITO: 106-04 CONVENIO : SUS INTERNADOS

EVOLUÇÃO:

HD: TCE

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ 2 DIAS. EVOLUI COM CEFALÉIA DE LEVE INTENSIDADE EM REGIÃO FRONTAL. REFERE MELHORA DE SANGRAMENTO NASAL E NEGA OTORRAGIA. HEMATOMA PERIOBITAL EM OLHO DIREITO. AINDA REFERE DOR EM OMBRO DIREITO.

ECTOSCOPIA: BOM ESTADO GERAL, ACIANÓTICO, HIDRATADO, EUTRÓFICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL AO TATO. D+ E+.

AO EXAME NEUROLÓGICO.

ECG=15

CONSCIENTE E ORIENTADO

PUPILAS ISOFOTORREAGENTES

FORÇA MUSCULAR E SENSIBILIDADES PRESERVADAS.

CD: VPM

AC: ALINE FELIPE



JOAO ANANIAS MACHADO FILHO
CRM:005211-CE

João Ananias Machado Filho
CRM: 32.11
CPF: 218.470.19-28
Neurologista

FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

fls. 27

DATA/HORA: 12/06/2018 11:24 ATENDIMENTO.: 301789
PACIENTE: 110694 AILTON APARECIDO DO NASCIMENTO SANTOS
UNIDADE.: POSTO I - RMBA LEITO.: 106-04 CONVENIO : SUS INTERNADOS

EVOLUÇÃO:

HD: TCE

HDA: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, USAVA CAPACETE HÁ 24H. REFERE DESAMAIO E VÔMITOS SANGUINOLENTOS NO MOMENTO DO ACIDENTE. EVOLUI COM CEFALÉIA DE LEVE INTENSIDADE EM REG. FRONTAL. OTORRAGIA E SANGRAMENTO NASAL PRESENTES. SINAL DDE GUAXINIM PRESENTE EM OLHO DIREITO. AINDA REFERE DOR EM OMBRO DIREITO.

ECTOSCOPIA: BOM ESTADO GERAL, ACIANOTICO, HIDRATADO, EUTROFICO.

AC: BOM EM 2 T, NAO AUSCULTO SOPRO.

AR: MV(+) SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS.

ABDOMEN: PLANO SEM VISCEROMEGALIAS, SEM DOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA.

AO EXAME NEUROLÓGICO.

ECG-15

PUPILAS ISÓFOTORREAGENTES

FORÇA MUSCULAR E SENSIBILIDADES PRESERVADAS.

CD: VPM

AC: SARAH SANTOS

JOAO ANANIAS MACHADO
CRM: 005211-CE

João Ananias Machado Filho
CRM: 218.153-20
2018.06.12

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - CE		Nº 010309372736	
30009191469		CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO	
CRDD	310309372736		
01	886802130	0000000000	
ANTONIO CICEAO 3 DOS SANTOS			
RUA 29 DE JULHO, 00168			
- VILA SAO PEDRO			
63580000 - JUCAS/CE			
68930607349		HWO4774	
FRANCISCO GOMES DE MATOS			
*****/CE		9C6KE044040040320	
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.		GASOLINA	
YAMAHA/YBR 125K		2003 2004	
2P/OCV/124CC		PARTIC	
MOTOR - 5336E-040867		PRETA	
JUCAS			
Igor Monte		03/12/2013	

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Cicero Soares dos Santos,
 RG nº 3222379-97, data de expedição 11/08/1997,
 Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 689 306 073 49, com
 domicílio na cidade de Jucas, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua 23 de junho, nº 168,

complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Altton Aparecido do Nascimento Montez cujo o condutor era
Altton Aparecido do Nascimento Montez

Veículo: motocicleta
 Modelo: Yamaha YBR 125 FACTOR
 Ano: 2003
 Placa: HWO 4774
 Chassi: 9C6KE044040040320
 Data do Acidente: _____
 Local e Data: _____

Antonio Cicero Soares dos Santos
 Assinatura do Declarante
 (Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Altton Aparecido do Nascimento Santos
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
 (Sem reconhecimento de firma)

-Reconhecimento(s) Firmas por autenticidade	
de <u>Antonio Cicero Soares dos Santos</u>	
Vila de Canafistula-Jucas - Ce	Do que dou fé, <u>02/02/2017</u>
Em testemunho	da verdade
Francisca Geneci de Souza Mendonça - Notária - CPF: 115.642.293-00 Oficiala Registro Civil do Distrito de Canafistula - Jucas - CE - Fone: 3517-2076	



SINISTRO 3170144723 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA AILTON APARECIDO DO NASCIMENTO SANTOS

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO SEGURADORA LIDER DPVAT -
REGULAÇÃO

BENEFICIÁRIO AILTON APARECIDO DO NASCIMENTO SANTOS

CPF/CNPJ: 05926623308

Posição em 23-05-2017 11:19:28

Pedido de indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário.