



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ODAILDO BEZERRA DA SILVA.		Nacionalidade: BRASILEIRA.	
Estado Civil: CASADO	Profissão: PORTEIRO.	Carteira de Identidade: 99006010490.	
CPF nº: 882974463-87.	Endereço: RUA = CAPITÃO XIMENES, Nº 115.		
Bairro: LAGOA REDONDA.	Cidade: FORTALEZA.	Estado: CEARÁ.	CEP: 60831-580.

OUTORGADO: Dr. FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE 35.010, com escritório profissional na Rua Francisco Segundo da Costa nº 107, Edson Queiroz, Fortaleza/CE - CEP 60.811-650. contato (085)9.9666-6848, onde receberá as intimações de estilo.

PODERES: Os da Cláusula "AD JUDITIA", para o foro em geral, a fim de que possa defender os interesses e direitos da OUTORGANTE, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a OUTORGANTE seja autora ou reclamante, e defendendo-o quando for réu, interessado ou requerido, podendo, transigir, reclamar, conciliar, transigir, fazer acordo, recorrer, **receber e dar quitação**, confessar, requerer inventário ou arrolamento, fazer notificações e contra-notificações judiciais e extrajudiciais, firmar compromissos, prestar declarações, receber quitação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reserva de poderes, se assim lhe convier, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 09 de ABRIL de 2019

x Odildo Bezerra da Silva.

OUTORGANTE



NEGREIROS
advocacia

DECLARAÇÃO

Nome: ODAILDO BEZERRA DA SILVA.		Nacionalidade: BRASILEIRA.	
Estado Civil: CASADO.	Profissão: PORTEIRO.	Carteira de Identidade: 99006010490.	
CPF nº: 882974463-87.	Residência: CASA.		
Bairro: LAGOA REDONDA.	Cidade: FORTALEZA.	Estado: CEARÁ	CEP: 60831-580.

em conformidade com o Art. 4º da Lei 1.060 de 05/02/1950 e o Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, **DECLARO SER POBRE DA FORMA DA LEI**, não podendo arcar com taxas, emolumentos, depósitos judiciais, custas, honorários advocatícios ou outras cobranças de qualquer tipo ou natureza sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

FORTALEZA 16 de ABRIL de 2019.

x Odildo Bezerra da Silva.

SINISTRO 3180545952 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ODAILDO BEZERRA DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE SEGURADORA S/A**BENEFICIÁRIO** ODAILDO BEZERRA DA SILVA**CPF/CNPJ:** 88297446387**Posição em 29-04-2019 10:34:45**

O pedido do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/01/2019	R\$ 3.206,25	R\$ 0,00	R\$ 3.206,25

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
04/04/2019	Reanálise de processo - Conduta mantida	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/xDDoXJDvgQJSLT5c2AJmkQ==api_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOXE6v1Yu__kipi+Wm3j7gMu7C8=)
18/12/2018	Interrupção de Prazo	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/0I1Ldwqe6xGb3h0itOVk3wapi_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOXE6v1Yu__kipi+Wm3j7gMu7C8=)
27/11/2018	Exigência Documental	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/MOcON3ESZ0N6iBN7OkmIapi_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOXE6v1Yu__kipi+Wm3j7gMu7C8=)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
JINIA: sorteios de segunda-feira a sábado, Ap
127-571709749-9
07/Mai/2019 HORA DF 14:53:11
DT. 05.022666-5
LOCALIDADE: FORTALEZA
S. VINCULADA: 1977
COMPROVANTE DE PAGAMENTO
COMPANHIA ENERGETICA DO CEARA
VALOR DO PAGAMENTO: 66,94
838400000006 669400310002
000563885009 006939692456
127-571709749-9
VIA

5638850
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

fls. 10

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 570065420
Rota 09 01260 26 060200 - 4 Data de Emissão 12/04/2019
Nome ODAILDO BEZERRA DA SILVA
End. Postal RU CAP XIMENES 00115
LAGOA REDONDA - FORTALEZA - 60831580
Medidor 4871022 Poste 0000 F92E
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 882974463-87 CGF
Nome do Responsável

DATAS
Mês de Referência Data de Apresentação Previsão Próxima Leitura
Abr/2019 12/04/2019 14/05/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto Mês de Referência
Fev/2019 EIED 21,78
DICI= 0,00 P

ICMS
Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto
61,53 27,00% 16,61

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
1163.71BD.FREC.1576.3E86.E624.EC01.D190

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
4677	4592	1,00	85	0,00	85	0,72397	61,53
12/04/19	15/03/19		28 DIAS		85		61,53

DESCRICAÇÃO
VALOR CONSUMO DO MES 61,53
MULTA MORATORIA REF 01/2019 1,38
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 4,03

VENCIMENTO 10/05/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 66,94

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)
Energia	22,88
Transmissão	2,44
Distribuição	13,04
Encargos Setoriais	3,50
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	19,67
TOTAL	61,53

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
05	85
04	91
03	95
02	94
01	96
12	83
11	87
10	100
09	103
08	108
07	106

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 33,18
Compensado kg (CO₂) 0,00
Consciência Ecológica (% CO₂)

"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
A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 3,06 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:0,88% e COFINS:4,10%

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/07/2019 às 13:17, sob o número 01497368620198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0149736-86.2019.8.06.0001 e código 4C40B04.

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

Polgar Direto

Hilda Regina da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 99006010490

DATA DE EMISSÃO 10/03/2010

NOME COATILDO BEZERRA DA SILVA

PLACÃO OSNUNDO BEZERRA DA SILVA

NATURALIDADE FORTALEZA - CE

CPF 07 AQUINAZ - CE

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SERPA TERMO: 4178 FOLHA: 215 LIVRO: A

DATA DE NASCIMENTO 27/04/1982

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

2 VIA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por [nome] e [nome] em 08/07/2019 às 13:17, sob o número 01497368620198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0149736-86-2019.8.06.0001 e código 4C40B04.

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura
Odairdo Bezerra da Silva
 ODAILDO BEZERRA DA SILVA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 20/05/99

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
 ODAILDO BEZERRA DA SILVA

Nº de Inscrição
 882974463-87

Data de Nascimento
 27/04/82





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2018224974

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4887 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **13/11/2018 16:35:19**
Data / Hora da Ocorrência: **10/02/2018 12:20:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA ODILON GUIMARAES**
Complemento:
Bairro: **LAGOA REDONDA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ODAILDO BEZERRA DA SILVA**
Nascimento: **27/04/1982** CPF: **882.974.463-87**
RG: **99006010490** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA HILDA ARAUJO DA SILVA**
OSMUNDO BEZERRA DA SILVA
Endereço: **RUA CAPITÃO XIMENES, 115**
Bairro: **LAGOA REDONDA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98602-9685**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQY5755** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KC1640AR054771 Renavam: **232634505** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 TITAN MIX EX** Ano
Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **ODAILDO BEZERRA DA SILVA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Afirma que no local, horário e data acima mencionados trafegava na motocicleta de placa NQY-5755, de sua propriedade, quando um veículo de placas não anotadas, avançou a preferencial, colidindo com a motocicleta que pilotava; QUE caiu e ficou lesionado; QUE foi socorrido pela ambulância do SAMU e levado para o IJF Centro, onde recebeu atendimento. E nada mais disse/////////
OBS:A falsa comunicação é prevista no Art 340 do CPB e o prazo para representação é de seis meses a partir da data do fato.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Maria do Socorro Furtado Silva
MARIA DO SOCORRO FURTADO SILVA - MAT.: 133997

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Odaildo Bezerra da Silva

VISTO DO DELEGADO(A): JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 13/11/2018 16:46:21

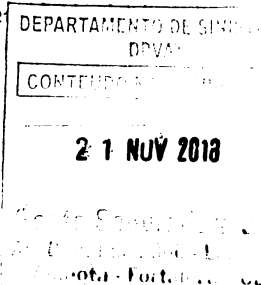
Pág. 1 de 1

Impresso em: 13/11/2018 16:46:21



CARTÓRIO 5º REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS • ESTADO DO CEARÁ
BOTELHO
Clarice Helena Botelho Costa Silva • Oficiala
Av. Des. Moreira, 1000B • Aldeota • Fortaleza • CE • CEP: 60.170-001 • Tel.: (85) 3264-1159 • contato@cartoriobotelho.com.br

AUTENTICAÇÃO - Certifico que esta cópia reprográfica é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Dou fé.
Fortaleza, 20 de novembro de 2018. Em testemunho da verdade.
TERESINHA MARTINS DE ALBUQUERQUE (Escritor)
Valor Total R\$ 2,35. Válido somente com o selo de autenticidade



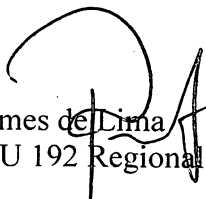
DECLARAÇÃO

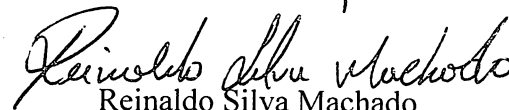
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Odaildo Bezerra da Silva**, no dia **10/02/2018**, às **12h50min**, na **Avenida Odilon Guimarães**, no **Bairro Lagoa Redonda**, vítima de acidente de trânsito.

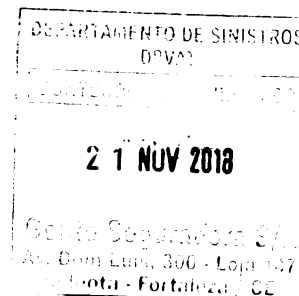
Documento requerido por meio do Processo nº **P117748/2018**.

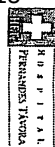
Fortaleza, 26 de março de 2018.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza





HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TÁVORA



ATESTADO MÉDICO

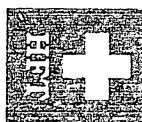
Atesto, para os devidos fins, que o paciente ODALDO BEZERRA DA SILVA FOI SUBMETIDO A CIRURGIA POR FRATURA DA TIBIA DIREITA E PATELA ESQUERDA. SOLICITO 120 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES

CID: S821.

FORTALEZA/CE, 27 de Fevereiro de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO
CRM/CE 6193

[Handwritten signature]



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

Odaldo Bezerra

do pulso.

Slup.

Atesto que o paciente acima

foi submetido a cirurgia

por fratura de tibia /

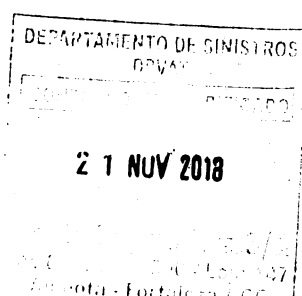
patela direita

S 72.1. S72.2.

fez a de

Atto de fratura

15/08/18



Instituto de Ortopedia e Traumatologia de Fortaleza S/C

Av. Francisco Sá, 5445 - Bairro Alvaro Weyne - Fortaleza/CE

Fone/Fax: (85) 3228.2555 Site: www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

020/00	Bruch
--------	-------

with me

① Form basic Don

Tous les

$$\frac{S}{L} \quad \frac{S}{L} \quad \frac{S}{L}$$

Don

Dr. Valterio Pinheiro
Farmacologia - Otorrinolaringologia
CRM: 6193

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPAV
21 NOV 2018
AVALIADOR: [illegible]
AVALIADOR: [illegible]
AVALIADOR: [illegible]



Phone/Fax: (85) 3228.2555

MODELO 4



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

- Alberto Bume ao fls

- Fiotemp c/ do11

- Futur ao lian D

- Futur ao
notup (F)

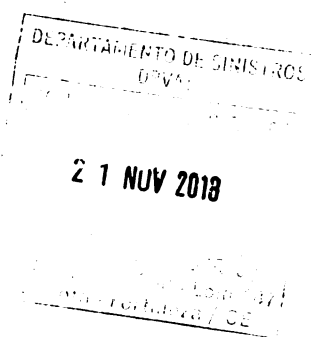
21
13/18

[Handwritten signature]

Dr. Valério Pinheiro
Transmissão Operadora
08/07/2019

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODELO 4





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



fls. 18

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA		2 - CNES: 2529149	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: INSTITUTO PRAXIS		4 - CNES:	
5 - NOME DO PACIENTE: ODAILDO BEZERRA DA SILVA		PRONTUÁRIO 5549671	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 702206114459910	8 - DATA NASCIMENTO: 27/04/1982	09 - SEXO () M () F	10 - RAÇA/COR 10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE/PAI: MARIA HILDA ARAUJO DA SILVA		12 - TELEFONE:	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL NI		14 - TELEFONE DE CONTATO:	
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): CAPITAO XIMENES 115-LAGOA REDONDA			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: FORTALEZA	17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: CE	19 - CEP:
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL + PATELA + FEMUR ,NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO .			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FX.PLATO TIBIAL + PATELA + FEMUR	24 - CID 10 PRINCIPAL: S821	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE PLATO TIBIAL		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050551	
29 - CLÍNICA: TRAUMA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: EMERGENCIA	31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF	32 - Nº DO DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		34 - DATA SOLICITAÇÃO: 20/02/2018	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR): <i>Dr. Jonas Araújo</i> CHEFE
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ DA SEGURADORA:
40 - Nº DO BILHETE: 326		41 - SÉRIE:	42 - CNPJ DA EMPRESA:
43 - CNAE DA EMPRESA:		44 - CBOR:	45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: <i>Dra. Syrama Elarrat</i> CREMIO 6175		47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: () CNES () CPF	49 - Nº DO DOCUMENTO 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

21 NOV 2018

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

=== [ADMISSÃO] ===
Número Data Hora Convênio Classificação
201821000738 20/02/2018 19:17 SUS RUE - SMS
Caráter de Atendimento SISREG AIH
ELETIVO 12600079648
Origem do Paciente Clínica/Especialidade
IJF CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Médico Solicitante Médico Responsável
6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI 6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI
Procedimento Solicitado Dias
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL 3
=== [IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE] ===

Nome Sexo
ODAILDO BEZERRA DA SILVA MASCULINO
Nascimento Idade Raça/Cor Estado Civil Religião
27/04/1982 35 Anos PARDA CASADO(A) EVANGÉLICO (A)
Mãe Pai
MARIA HILDA ARAUJO DA SILVA OSMUNDO BEZERRA DA SILVA
Conjuge Responsável Prontuário
MARIA JOSIENE DA SILVA MARIA JOSIENE DA SILVA 2444893
CNS Registro Documento Informado
702206114459910 201802570000714 RG: 99006010490 Emissão: 10/03/2010
País Município de Naturalidade CEP
BRASIL FORTALEZA/CE 60831-580
Município de Residência Logradouro
FORTALEZA/CE RUA CAPITAO XIMENES
Número Complemento Bairro
115 LAGOA REDONDA
Fone Móvel Fone Fixo Ponto de Referência
(85)9878.21842 (85)9860.29685
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)
EMPREGADO FORMAL / PORTEIRO DE LOCAIS DE DIVERSAO

=== [CONTATO/ACOMODAÇÃO] ===
Em caso de urgência avisar Acomodação/Leito
JOSIENE 222/1
Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: helenia Data: 20/02/2018 Hora: 19:25:06 Tempo: 00:07:47
=== [TERMO DE RESPONSABILIDADE] ===

MARIA JOSIENE DA SILVA, abaixo assinado, responsável pelo paciente ODAILDO BEZERRA DA SILVA, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 20 de fevereiro de 2018

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

Maria Josiene Nogueira da Silva

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

21 NOV 2018



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

fls. 20

20

LAUDO DE AUTORIZAÇÃO DE AIH
LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600079648
NÚMERO DA AIH SUBSEQUENTE: 2318101763791

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL
CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: 3969800 - INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 702206114459910 - ODAILDO BEZERRA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 27/04/1982 - 35 anos

NOME DA MÃE: MARIA HILDA ARAUJO DA SILVA

NOME DO RESPONSÁVEL: O PRÓPRIO

ENDEREÇO: CAPITAO XIMENES, Nº 115

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF: CE

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO: 85-987821842

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 987821842

BAIRRO: LAGOA REDONDA

CEP: 60831580

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S821 - Fratura da extremidade proximal da tíbia

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

PROCEDIMENTO REALIZADO: -

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 10473629372 - JONAS ARAUJO E SILVA

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 20/02/2018 - 14:23 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 20/02/2018 - 22:16

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

CNPJ DA SEGURADORA:

NÚMERO DO BILHETE:

SÉRIE DO BILHETE:

CNPJ DA EMPRESA:

CBO NA EMPRESA:

NATUREZA DA LESÃO:

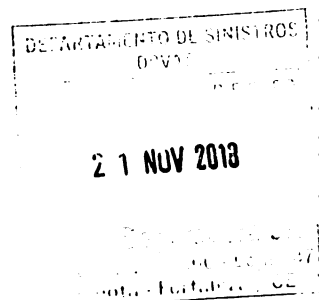
AUTORIZAÇÃO

AUTORIZADOR:

DATA AUTORIZAÇÃO:

PARECER

unissusweb.com.br





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600079648
NÚMERO DA AIH: 2318101676638

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 702206114459910 - ODAILDO BEZERRA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 27/04/1982 - 35 anos

NOME DA MÃE: MARIA HILDA ARAUJO DA SILVA

NOME DO RESPONSÁVEL: O PRÓPRIO

ENDEREÇO: CAPITAO XIMENES, Nº 115

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 987821842

BAIRRO: LAGOA REDONDA

CEP: 60831580

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S821 - Fratura da extremidade proximal da tibia

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050551-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 170224967980002 - JONAS ARAUJO E SILVA

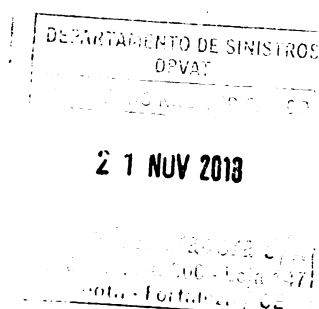
CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 20/02/2018 - 14:23 **DATA-HORA INTERNAÇÃO:** 20/02/2018 - 22:16

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

unissusweb.com.br



MS-DATAUS
VERSÃO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL
ESPELHO DA AIH

fls. 22

PAG.: 1

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 04/2018

DATA: 20/03/2018

Num AIH: 231810167663-8 / Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 04/2018 Data de Emissão: 20/02/2018

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0226 Leito: 0003
Doc autorizador: 980016293908789 Doc med resp: 182215039540018 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 182215039540018
CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 702206114459910
Paciente: ODAILDO BEZERRA DA SILVA ✓ Prontuário: 2444893 ✓ Laudo: ✓
Data Nasc.: 27/04/1982 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 99006010490 /
Responsável pac.: ODAILDO BEZERRA DA SILVA Nome da Mae: MARIA HILDA ARAUJO DA SILVA
Endereço: CAPITA XIMENES, 115 - LAGOA REDONDA Raça/Cor: PARDA
Município: 230440 - FORTALEZA UF: CE CEP: 60831-580 Telefone: (85)9860.29685
Procedimento solicitado: 04.08.05.055-1 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Muda Proc.?: Sim

Procedimento realizado: 04.13.04.017-8 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA
Diag. principal: L989-AFECCOES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTANEO, NÃO Diag. Secundário: V239-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM COLISÃO COM
Diag. complementar: Causa Óbito: ✓
Carater atendimento: 02 - URGENCIA Modalidade: HOSPITALAR
Data internação: 20/02/2018 Data saída: 24/02/2018 Motivo saída: 27 - PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO
Liberação SISAIH01: ✓

==[CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)]=====

CNPJ do Empregador:

CNAER:

Vínculo com a previdência: -

CBO: -

==[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]=====

Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmp	Descrição
1 04.13.04.017-8	182215039540018	1 225270	182215039540018	3969800	1 022018 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS
2 04.13.04.017-8	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1 022018 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS
3 08.02.01.001-6	✓	0	3969800	3969800	✓ 4 022018 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNO

==[VALORES DA PRÉVIA]=====

Forma de Organização	+ - Serv. Hospitalar + + - - - - - Serviço Profissional - - - - - + + - - - - -							
	+ - - - - Direto - - - - + + - - - - Direto - - - - + + - - - - Rateado - - - - + + - - - -							
	Próprio Terceiro		Próprio Terceiro		Próprio Terceiro + - Total - +			
04.13.04 OUTRAS CIRURGIAS PLASTICAS/REPARADORAS	539,87	0,00	0,00	0,00	201,81	0,00	741,68	
08.02.01 DIARIAS	32,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,00	
Total Geral:	571,87	0,00	0,00	0,00	201,81	0,00	773,68	

Número de Nascidos

Número de Saídas

N. Pré-Natal

Vivos: 0 Mortos: 0

Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

"De acordo com a Portaria SAS/MS N. 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Agosto de 1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

DEPARTAMENTO DE MINISTROS

21 NOV 2013

MS-DATAUS
VERSÃO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL
ESPELHO DA AIH

PAG.: 1

O.E.: M230440001 URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA APRESENTAÇÃO: 04/2018 DATA: 20/03/2018

Num AIH: 231810176379-1 / Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 04/2018 Data de Emissão: 24/02/2018

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0226 Leito: 0003
Doc autorizador: 980016293908789 Doc med resp: 182215039540018 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 182215039540018
CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 702206114459910
Paciente: ODAILDO BEZERRA DA SILVA Prontuário: 2444893 Laudo:
Data Nasc.: 27/04/1982 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 99006010490
Responsável pac.: ODAILDO BEZERRA DA SILVA Nome da Mae: MARIA HILDA ARAUJO DA SILVA
Endereço: CAPITAO XIMENES, 115 - LAGOA REDONDA Raça/Cor: PARDA
Município: 230440 - FORTALEZA UF: CE CEP: 60831-580 Telefone: (85)9860.29685
Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Muda Proc.?: Não

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
Diag. principal: S821-FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA Diag. Secundário: V239-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM COLISÃO COM
Diag. complementar: Causa Óbito:
Carater atendimento: 06 - OUTROS TIPOS DE LESOES E ENVENENAMENTOS POR AGENTES QUIMICOS OU FISICOS Modalidade: HOSPITALAR
Data internação: 24/02/2018 Data saída: 01/03/2018 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01:

===[CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)]=====

CNPJ do Empregador: CNAER: -
Vínculo com a previdência: - CB0: -
===[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]=====

Linha Ato/Proced	PF	IE CB0	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmpt	Descrição
1 04.08.05.015-2	182215039540018	1 225270	182215039540018	3969800	1 022018 RECONSTRUCAO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR
2 04.08.05.015-2	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1 022018 RECONSTRUCAO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR
3 04.08.05.055-1	182215039540018	1 225270	182215039540018	3969800	1 022018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANA
4 04.08.05.055-1	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1 022018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANA
5 07.02.03.097-0	09069959000158	0	09069959000158	3969800	1 022018 PLACA EM L 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)
6 08.02.01.001-6	182215039540018	0	3969800	3969800	1 022018 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNO
7 04.01.01.001-5	182215039540018	0 225270	182215039540018	3969800	2 022018 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
8 02.04.06.016-8	3969800	0	3969800	3969800	2 022018 RADIOGRAFIA DE PERNA

===[VALORES DA PRÉVIA]=====

Forma de Organização	+Serv. Hospitalar+ +----- Serviço Profissional -----+ +-----+ +---- Direto -----+ +---- Direto -----+ +---- Rateado -----+ +-----+ Próprio Terceiro Próprio Terceiro Próprio Terceiro +- Total +-						
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	64,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	64,80
04.08.05 MEMBROS INFERIORES	687,75	0,00	0,00	0,00	288,28	0,00	976,03
07.02.03 OPM EM ORTOPEDIA	288,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	288,71
08.02.01 DIARIAS	40,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	40,00
Total Geral:	1.081,26	0,00	0,00	0,00	288,28	0,00	1.369,54

===[DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES]=====

Linha Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Registro ANVISA	CNPJ Fabricante
5 19504	09.069.959/0001-58		09.069.959/0001-58		
Número de Nascidos	Número de Saídas	N	Pré-Natal		
Vivos: 0 Mortos: 0	Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0				

Dra. Surama Elarrat
Médica Auditora
CREMEC 6175

DEPARTAMENTO DE ADM. GERAL
21 NOV 2013

"De acordo com a Portaria SAS/MS N. 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Agosto de 1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/07/2019 às 13:17, sob o número 014973686201908060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0149736-86.2019.8.06.0001 e código 4C40B04.



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: <u>USU MUY</u>	PONTO DE APOIO: <u>Regional II</u>	Nº DA OCORRÊNCIA: <u>0506</u>
DATA: <u>10/02/2018</u>	TURNO: <u>MT</u>	EQUIPE: <u>Leonor / Dayr / Antia</u>
NOME: <u>Adriano Bezerra Claudio Bezerra de Silva</u>	IDADE: <u>35</u>	SEXO: <u>M</u>
ENDEREÇO: <u>Av. Odilon Guimarães 1606</u>		
REFERÊNCIA: <u>Ypioca</u>	BAIRRO: <u>Loaga Redonda</u>	
QTY: <u>12:15</u>	QUS: <u>12:50</u>	QUR: <u>13:15</u>
QUY: <u>13:40</u>	QUU: <u>14:10</u>	
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: <u>Coloção como x morto</u>		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO ☒ RESPONSIVO ☐ NÃO RESPONSIVO	EXPANSÃO TORÁCICA ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO) ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE
---	--	---

A vias aéreas ☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS	POR: _____	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DATA: _____
---	------------	--

B respiração PADRÃO RESPIRATÓRIO ☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/AUSENTE	INSPEÇÃO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____	PALPAÇÃO/PERCUSSÃO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____	AUSCULTA ☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____
--	--	--	--

C circulação PULSO ☒ NORMOCÁRDICO ☐ TAQUICÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO CHEIO ☐ FILIFORME ☐ IMPALPÁVEL	PELE ☒ CORADA ☐ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA ☐ SUDOREICA ☐ SECA ☒ QUENTE ☐ FRIA	ENCHIMENTO ☒ CAPILAR ☐ > 2 seg	SANGRAMENTO ☐ EXTERNO ☐ SIM ☒ NÃO
---	--	--	---

D neurológico ABERTURA OCULAR ESPONTÂNEA ☒ 4 À VOZ ☐ 3 À DOR ☐ 2 NENHUMA ☐ 1 TOTAL: <u>15</u>	ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P) RESPOSTA VERBAL ORIENTADO (A)/SORRI (P) ☒ 5 CONFUSO (A)/CHORO CONSOLÁVEL (P) ☐ 4 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A)/INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A)/GEMENTE (P) ☐ 2 NENHUMA ☐ 1	RESPOSTA MOTORA OBEDECE A COMANDOS ☒ 5 LOCALIZA A DOR ☐ 4 MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 3 FLEXÃO ANORMAL ☐ 2 EXTENSÃO ANORMAL ☐ 1 NENHUMA ☐ 0
--	--	---

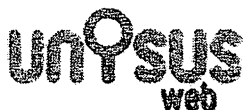
E exposição ADULTO 	LESÕES <u>Fratura exposta em M.I.D.</u> <u>Atendimentos de parte le em M.I.D.</u> <u>BTW Ana Viana</u>	PEDIÁTRICO
--	--	-----------------------

SAMPLA

FC: <u>115</u>	PA: <u>- x -</u>	FR: <u>18</u>	GLIC.: <u>-</u>	OXIM.: <u>98</u>	TEMP: <u>-</u>
----------------	------------------	---------------	-----------------	------------------	----------------

Alimentação adequada e orientada, não contribuiu para o agravamento da lesão. Aferido o nível de consciência em M.I.D. Apresenta fratura exposta em M.I.D. e atendimento de parte le em M.I.D. Não há sinais de vida. Não há sinais de vida. Não há sinais de vida.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO e Tribo de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/07/2019 às 13:17, sob o número 014973684201908060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pagAbrConferenciaDocumento, informe o processo 0149736-88-2019.8.06.0001 e código 4C40B04.



**GOVERNO DO ESTADO DO
CEARÁ**
**Secretaria da Saúde do Estado
do Ceará**
**Coordenadoria de Regulação,
Avaliação e Controle**
**CRESUS - Central de Regulação
Estadual do SUS**



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**

USUARIO: anna.carvalho - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

**Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação**

Siga os passos abaixo:

Seleção de situação
Seleção da solicitação
Visualização da solicitação
Lista de ocorrência
Inclusão de ocorrência
Visualização de ocorrência
Confirmação de cancelamento
Registro de transferência
Confirmação de transferência
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE

702206114459910 - ODAILDO BEZERRA DA

SILVA



NOME DA MÃE

MARIA HILDA ARAUJO DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5549671

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

27/04/1982 - 35 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

O PRÓPRIO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(85) 987821842

ENDEREÇO

CAPITAO XIMENES, Nº 115

BAIRRO

LAGOA REDONDA

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

Plantonista

MÉDICO

10473629372 - JONAS ARAUJO E SILVA

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE SERÁ TRANSFERIDO PARA:
INSTITUTO PRÁXIS

Solicitação

NÚMERO

12600079648

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

20/02/2018 - 14:23

PROFISSIONAL

10473629372 - JONAS ARAUJO E SILVA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE
FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

PROCEDIMENTO REALIZADO

CLÍNICA

13 - CIRURGICO -
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS
INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

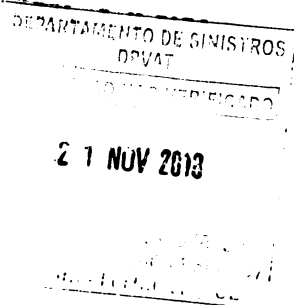
4 - URGÊNCIA

Justificativa da internação

DIAGNÓSTICO INICIAL

S821 - Fratura da extremidade proximal da tibia

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013401965181
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CDD. RENAVAM 00232634505 RN TRC 00000000000 EXERCÍCIO 2017

NOME
ODAILDO BEZERRA DA SILVA
FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ 88297446387 PLACA HQY5755/CE

PLACA ANT. / UF /CE CHASSI 9C2KC1640AR054771

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOL/ALCO

MARCA / MODELO HONDA/CG150 TITAN MIX EX ANO FAB 2010 ANO MOD. 2010

CAP. POT. / CIL 2P/OCV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1 VENC. COTAS 2 VENC. COTAS 3

FAIXA LPVA. PARCELAMENTO / COTAS PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA DATA 06/07/2017

Igor Ponte
Supervisor

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013401965181 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 01 CPF / CNPJ 88297446387 PLACA HQY5755 EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 06/07/2017

RENAVAM 00232634505 MARCA / MODELO HONDA/CG150 TITAN MI

ANO FAB 2010 CAT. TARE 09 Nº CHASSI 9C2KC1640AR054771

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81,29 DENATRAM (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO 90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,7 TOTAL A SER PAG. PELO SEGURO 185,5

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 05/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: KC16E4A054771



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
FUNDADA EM 1982

21 NOV 2013

Seguradora S/A
R. S. 300 - Lda 1471
Ft. Fortaleza / CE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 08/07/2019 sob o número 014973684-0. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0149736-86.2019.8.06.0001 e código 4C40B04.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

318-486968810-6

14/Nov/2018

HORA DF 13:03:42

OT. 05.015749-3

TERM 033128

LOCALIDADE: FORTALEZA

VINCULADA: 2558

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
DPVAT SEGURO OBRIGATORIO

VALOR DO PAGAMENTO: 185,50

866100000011 855009248607
800023263455 059021118068

318-486968810-6

VIA

DPVAT - EXTRATO DE SEGURO OBRIGATÓRIO		Exercício: 2018		
(VIA DO PROPRIETÁRIO)		Data de Emissão: 09/06/2018		
Nome: ODAILDO BEZERRA DA SILVA		Ano Fabricação: 2010	Nº Doc. 1.85076813-4	
CPF/CGC: 882.974.463-87		Marca/Modelo: HONDA/CG150 TITAN MIX EX		
Placa: NQY5755		RENAVAM: 00232634505		
Chassi: 9C2KC1640AR054771		Cód. Seguro: 09	Vencimento: 10/07/2018	
Órgão	Taxa de Seguro	Cód.	Ano	Valor (R\$)
DPVAT	SEGURO OBRIGATÓRIO	233	2018	185,50
Prêmio Líquido: 184,80		+ IOF (0,38%): 0,69		= Prêmio Total (R\$): 185,50

21 NOV 2018