



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

Nome	LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA		
CPF	623.711.003-82	RG	9502404/323 SSP/CE
Endereço	Rua 18, casa 231		
Complemento		Bairro	Santo Antônio
Cidade/UF	Maracanaú/CE	Profissão	
CEP	61.919-160	Estado Civil	casado

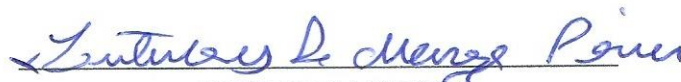
OUTORGADO

ADALBERTO DE OLIVEIRA BRANDÃO, brasileiro, casado, advogado regularmente inscrito na OAB/CE sob o nº 32.167 B e no CPF/MF nº 210.609.752-20, **ROSSENILSON JOSIAS LIMA DE MOURA**, brasileiro, casado, estagiário, CPF nº 641.255.213-87 e **HELDO DUARTE PEREIRA**, brasileiro, solteiro, estagiário, CPF nº 967.517.703-91, ambos com escritório profissional situado na Avenida 9, nº 704, Jereissati II, CEP: 61.901-090, Maracanaú/CE. Email: oliveirabrandaoadvocacia@gmail.com

PODERES

Para o foro em geral com cláusula “*ad judicium*”, para que possa defender ou representar a parte outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em qualquer ação ou procedimento judicial que o mesmo seja interessado, réu, assistente, podendo propor contra quem de direito as ações e defender nas contrárias, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes específicos 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, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC de 2015, e ainda renunciar alçada, propor execução, requerer falência, habilitar crédito, procedimento ordinário, ação rescisória, embargos, agravos, podendo ainda substabelecer esta a outro, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do outorgante.

Maracanaú, 27 de junho de 2019


OUTORGANTE

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 PERICASSIAO FISICA



Polegar Direito



Lutzenberg de Menezes Pereira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

LUTENBERG DE MENEZES PEREIRA

Nº de Inscrição

623711003-82

Data do Nascimento

03/02/77



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

95024041323

DATA DE EMISSÃO

19/09/2012

NOME

LUTENBERG DE MENEZES PEREIRA

FILIAÇÃO

LUIZ GONZAGA PEREIRA

TEREZA PONTES DE MENEZES PEREIRA

NATURALIDADE

FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO

03/02/1977

DOC. ORIGIN

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: PARANGABA TERMO: 24.576 FOLHA: 485

LIVRO: A/21 FORTALEZA - CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

2 VIA

P.: 13

7818658

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 559764492

Rota 19 26001 10 093500 -- 9 Data de Emissão 28/01/2019

Nome FRANCISCA NAIANA DA ROCHA

End. Postal RU 0018 SANTO SATIRO 00231
SANTO SATIRO - MARACANAU - 61900000

Medidor 10636472 Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 038898643-33 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2019	28/01/2019	25/02/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta

Conjunto	Mês	Índice
Nov/2018	Nov/2018	EUSD 22,24
DICI= 0,00 P		

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
102,45	27,00%	27,66

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

OFAC.FDCA.F3EA.509F.999A.6793.DEE0.DADA

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 17823	17676	1,00	147	0,00	50	0,24933	7,31
					73	0,11818	29,27
					47	0,62727	29,48
28/01/19	27/12/18		32 DIAS		147		66,07

DESCRICAÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	VALOR (R\$)
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	66,07
MULTA MORATORIA REF 10/2018	9,83
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	1,01
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	16,51
	1,85

VENCIMENTO 25/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 95,27

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	4,54
Transmissão	2,62
Distribuição	10,98
Encargos Setoriais	3,75
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	32,86
TOTAL	77,75

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MED	Jan	Feb	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
127	147	141	141	140	138	150	117	104	108	111	115	119

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido 6773,9 Compensado 0,00 (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)

CONTAS EM ATRASO

Previo Aviso

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prezado Cliente, constam em nossos controles conta(s) em atraso. Segue o detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica a suspensão do fornecimento de energia em 15 dias

DEBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor R\$
11/2018	99,54
Total	99,54

DECLARAÇÃO

Eu, LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA,
brasileiro, RG nº 95024041323 e do CPF/MF nº
623.711.003-82, **DECLARO**, nos termos da Lei nº.
1.060/50, que dispõe sobre a concessão dos benefícios da
Assistência Judiciária aos necessitados, que não posso custear
despesas com custas processuais sem prejuízo do meu sustento
próprio e de meus familiares, pelo que assumo inteira
responsabilidade, sob as penas da Lei, por esta declaração.

Declaro ser esta a expressão da verdade, pelo
que, firmo o presente termo para efeitos legais.

Maracanã/CE, 27 de junho de 2019.

Lutemberg de Menezes Pereira

DECLARANTE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA,
brasileiro, RG nº 95024041323, CPF/MF nº
623.711.003-82, **DECLARO** para os devidos fins de
comprovação de residência, sob as penas da Lei, que resido
na Rua 18, casa 231,
Bairro Santo Sotiro, CEP: 61.919-160, na Cidade
de Maracanau /CE.

Declara ser esta a expressão da verdade, pelo
que, firmo o presente termo para efeitos legais.

Maracanau /CE, 27 de junho de 2019.

Lutemberg de Menezes Pereira
DECLARANTE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 120 - 1134 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/08/2018 15:32:21**
Data / Hora da Ocorrência: **21/01/2018 10:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA 101**
Complemento:
Bairro: **CONJ. ACARACUZINHO** Município: **MARACANAU/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE AO TERMINAL DE ÔNIBUS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA**
Nascimento: **03/02/1977** CPF: **623.711.003-82**
RG: **95024041323** Órgão Emissor: **SSP/CE** UF:
Filiação: **TEREZA PONTES DE MENEZES PEREIRA**
LUIZ GONZAGA PEREIRA
Endereço: **RUA RUA 18, 231**
Bairro: **SANTO SÁTIRO**
Município: **MARACANAU/CE** CEP: **61.900-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98565-9742**

Histórico

Informa o declarante que no dia acima citado estava conduzindo a motocicleta HONDA/NXR150 BROS ES de placa OHY9248, Renavam: 488564620, Chassi: 9C2KD0550CR307980 registrada no Detran em nome de TEREZA PONTES MENEZES PEREIRA, sua genitora, quando o motorista de um carro (não foi anotada a placa), que estava estacionado em frente a uma borracharia, abriu a porta e o declarante acabou colidindo com sua motocicleta na porta e caiu ao solo; Que o declarante foi socorrido por sua irmã LUZEILA que o levou em carro particular para o hospital ABEMP; Que foi constatado que o declarante teve lesão no joelho direito e escoriações; Que o motorista do carro ficou no local e arcou com o prejuízo da moto, porém depois não entrou mais em contato com o declarante como prometeu para lhe ajudar nas despesas médicas; Que o declarante não conhece o motorista do carro sabe apenas que seu nome é FRANCISCO esposo da IEDA e reside no Conj. Acaracuzinho. E nada mais disse. x/x/x/xx/

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Ednuzia Almeida Emidio
EDNUZIA ALMEIDA EMIDIO - MAT.: 404678-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

Felipe Alves Silva Moreira
FELIPE ALVES SILVA MOREIRA - MAT.: 30120256



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA

Nº Sinistro: 3180365885

Vítima: LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA

Data do Acidente: 21/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALY RAJAI FERNANDES MOTA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180365885**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13219649





Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA

Nº Sinistro: 3180365885

Vitima: LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA

Data do Acidente: 21/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALY RAJAI FERNANDES MOTA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180365885**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

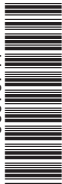
Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13232953





RUA JOÃO CONRADO, 363 CNPJ 06.587.611/0001-06
FONES: (85) 3215.3133/3215.3134
MARACANAU - CEARÁ

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURANÇA SOCIAL SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Deu Ten. Prof.
portador da Carteira Profissional nº _____
série _____ necessita de 22 (vinte e dois)

Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

no. 5.831

ABEMP Hospital e Ambulatório Localidade e data
Capo 27/01/2017

Deu Ten. Prof.
Ass. do Médico CRM nº _____

NOTA. Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho



RUA JOÃO CONRADO, 363 CNPJ 06.587.611/0001-06
FONES: (85) 3215.3133/3215.3134
MARACANAU - CEARÁ

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURANÇA SOCIAL SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Deu Ten. Prof.
portador da Carteira Profissional nº _____
série _____ necessita de 90 (noventa)

Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

CID M23.0

hora de acesso e
hospedagem do paciente
requisitos sempre e
ABEMP Hospital e Ambulatório Localidade e data
Capo 27/01/2017

Deu Ten. Prof.
Ass. do Médico CRM nº _____

NOTA. Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho



Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanã/Ceará

Fones: (85) 3215.3064

CNPJ 06.578.611/0001-06

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

5546

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado LUTEMASAG DE
M. PEREIRA portador da Carteira Profissional nº 90,
série 90, necessita de 90, 90 (90)

Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

5835 + 1723.2 + 1725.5
(UESD UGENTEN NO JORNO DIA)

Hospital e Ambulatório

Localidade e data

Dr. MARCOS GONCALVES
Ortopedia e Traumatologia
Oropéda e Cirurgião
R. 120-2 - 1301-3151
CRW 1014

Ass. do Médico - CRW nº

Ass. do Médico - CRM nº

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho



Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanã/Ceará

Fones: (85) 3215.3064

CNPJ 06.578.611/0001-06

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

STHS

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Antônio
de Souza portador da Carteira Profissional nº 92.909.912
série 92.909.912

Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

[illegible]

Hospital e Ambulatório

* Fortku w/afst & joedw

Jose L. Costa

STOPPED A36A 0.87

CRM: 20.7420

CPF: 091016101-2 Ass. do Médico - CRM nº

Ass. do Médico - CRM nº

(10-44-233 S-23.5' + 14-25.5)

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho



Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará
Fones: (85) 9.8705-3716
CNPJ 06.578.611/0001-06

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado João ten ben
portador da Carteira Profissional nº 60, necessita de
série _____

Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Paralisação total de
exatidão dos seus parâmetros
criminosos (pelo
decreto de suspensão
por 15 dias em 04/05/2019

Hospital e Ambulatório

Localidade e data

JOSE FACUNDO NETO

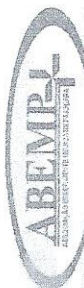
Traumato - Ortopedista

CRM: 2364

Ass. do Médico - CRM nº

CM - M-233-S-AS-5 + M-25-5

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho



Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará
Fones: (85) 3215.3064
CNPJ 06.578.611/0001-06

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado João ten ben
portador da Carteira Profissional nº 60, necessita de
série _____

Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.
CM-233.2

Paralisação total de
exatidão dos seus parâmetros
criminosos (pelo
decreto de suspensão
por 15 dias em 04/05/2019

Hospital e Ambulatório

Localidade e data

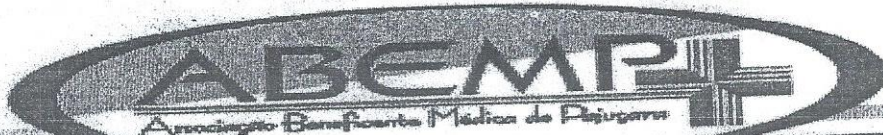
JOSE FACUNDO NETO

Traumato - Ortopedista

CRM: 2364

Ass. do Médico - CRM nº

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

SISTEMA DE RECEPÇÃO HOSPITALAR

ANAMINESE DE PACIENTE EXTERNO

DATA DO ATENDIMENTO: 21/01/2018

HORA: 11:34

PACIENTE:	LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA		
DATA DE NASCIMENTO:	03.02.1977	CNS:	707 8006 958 1713
MÃE:	TEREZA PONTES DE MENEZES PEREIRA		
PAI:	LUIZ GONZAGA PEREIRA		
ENDEREÇO:	R-18	Nº	231
MUNICÍPIO:	MARACANAÚ	BAIRRO:	SANTO SATIRO
TELEFONE:	85 98565-9742		
ATENDIMENTO PREFERENCIAL:	SIM:	NÃO:	RECEPCIONISTA: JONES
ESPECIALIDADE:	TRAUMATOLOGIA		
MÉDICO:	DR. JOSE FACUNDO		
UNIDADE:	ABEMP		
CONVÊNIO:	SUS		

RESUMO DE TRATAMENTO

paciente de trauma de c/ membros superiores e inferiores com fraturas de rádio e ulna e fêmur de membro superior direito.

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

Doi - trauma de trauma em membros superiores e inferiores com fraturas de rádio e ulna e fêmur de membro superior direito.

EXAMES SOLICITADOS

Uso de gesso para o membro superior direito.

DIAGNÓSTICO: Lesão ligamentar CID: 030309020
PROCEDIMENTO: curativo CÓDIGO: 030309020
NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO: SIM: NÃO:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE:

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUCARA-ABEMP
Rua João Conrado, Nº 363 - Pajuçara
CEP: 61.941-360
COORDENADOR
MARACANAÚ-CE

ASS: DO MÉDICO RESPONSÁVEL

José Facundo Neto
Traumato - Ortopedista
CRM: 4364

ASS: PACIENTE/RESPONSÁVEL

RUA JOÃO CONRADO, 363 - PAJUCARA - MARACANAÚ-CE
FONE: (85) 3215-3133 / 3215-3134 - CNPJ 06.587.611/0001-06

SISTEMA DE SAUDE - MARACANAÚ - CE
FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRA - REFERÊNCIA - (*)

Área de Vigilância a Saúde: _____ Unidade de Saúde de Vinculação: _____

Nome: deutero de Almeida

Sexo: ☐ M ☐ F

Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Bairro: _____

Pront. Familiar: _____

Ocupação: _____

Telefone: _____

Referência para atendimento: ☐ Ambulatório ☒ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Motivo do encaminhamento: acompanhamento de controle

Resultado de exames já realizados: para x e para

Conduta já realizada: _____

Impressão diagnóstica: lesão do membro superior direito

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: 21/07/18 Data: _____ Hora: _____

AGENDAMENTO

Unidade de Referência: HGD Data: _____ Hora: _____

Endereço: _____

Município: FORTALEZA

Nome do Profissional a ser procurado: Ortopedista

RESUMO DO ATENDIMENTO DE REFERÊNCIA

Unidade de Referência: ABRAP Município: _____

Prontuário ou Registro: _____ Data de alta: _____

Resumo clínico/cirúrgico/obstétrico: _____

Resultado de exames importantes para o diagnóstico: _____

Diagnóstico principal: _____ C.I.D.: _____

Secundário 1: _____ C.I.D.: _____

Secundário 2: _____ C.I.D.: _____

Proposta de conduta para seguimento: _____

Assinatura do Consultante - N° Registro _____ Função _____ Data _____ Hora _____

(*) Preencher em duas vias entregando uma ao usuário
(*) Utilizar também como resumo de alta

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Ulfenborg do Príncipe Pereira

vítima de acidente de trânsito, em 21/01/2014, sofreu:

*lesões completas do pé direito direito
lesão ligamentar direito inferio
e lesão de menisco medial e lateral*

010-583.5583-7

e submeteu-se a tratamento(s):

*Clínica ortopédica
Fisioterapia, fisioterapia*

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

*Dor e desconforto no pé direito
Instabilidade articular
movimento claudicante*

*Bloqueio do pé direito do pé direito
No trabalho, não realiza
movimentos de movimento,
com dor. Dificuldade de
locomover. Progresso
permanente de dor.
Dor mediana definitiva*

22/08/15

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza -

Fco. Mardônio Salmito Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411



Omnimagem

diagnóstico para uma vida saudável

fls. 35



Atendimento.....: 1221052 Data: 23/04/2018
Paciente.....: LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA
Solicitante.....: DR(A). JOSE FACUNDO NETO
Convênio.....: SUS
Exame: RM DO JOELHO DIR.
Qtde Papéis: 05 - Qtde folhas laudo: 01

TÉCNICA:

SAGITAL + CORONAL T1.
SAGITAL + CORONAL T2 SPAIR.
AXIAL DP SPIR.

RELATÓRIO:

- Presença de artefatos de movimentação pela incapacidade do paciente permanecer em repouso durante o exame, reduzindo a sensibilidade do método.
- Alteração na forma e no sinal em todos os segmentos do menisco medial, caracterizando-se ruptura.
- Alteração na forma e no sinal no corno anterior do menisco lateral, caracterizando-se ruptura radial. Nota-se ainda, ruptura vertical oblíqua no bordo livre do corno anterior do mesmo menisco.
- Heterogeneidade de sinal e indefinição de fibras proximais do ligamento cruzado anterior, sugerindo lesão parcial de alto grau/completa.
- Ligamento cruzado posterior acotovelado.
- Leve espessamento e heterogeneidade de sinal do ligamento colateral tibial.
- Ligamentos colateral fibular de morfologia, orientação e intensidade de sinal preservados. O mesmo se observa em relação ao ligamento patelar e ao tendão do quadríceps.
- Derrame articular de pequena monta.
- Afilamentos focais da cartilagem de revestimento do compartimento fêmoro-tibial medial.
- Demais cartilagens hialinas tem espessura e intensidade de sinal preservados.
- Extensa áreas de intensidade de sinal com padrão de edema ósseo nas cavidades medulares do compartimento fêmoro-tibial lateral, associando-se pequena área de lesão osteocondral, no aspecto pósterio-inferior do côndilo femoral. Achados de provável natureza contusional.
- Translação anterior da tibia.
- Distensão líquida da bursa poplíteia, sugerindo bursopatia.
- Sinais de edema nas partes moles do joelho, predominante em seu aspecto anterior.

DR. JORGE LUIS BEZERRA HOLANDA
RADIOLOGISTA
CRM: 9881

DM

 SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	fls. 1/2
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			2 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
3 - NOME DO PACIENTE			4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			6 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE			7 - SEXO Masc. ☐ Fem. ☐	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL			8 - RAÇA/COR	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO			16 - UF	
17 - CEP				
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		20 - QTDE.
		Tumor no pulmão		
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)				
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		23 - QTDE.	
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		26 - QTDE.	
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		29 - QTDE.	
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		32 - QTDE.	
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		35 - QTDE.	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)				
36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			37 - CID10 PRINCIPAL	
38 - CID10 SECUNDÁRIO			39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS	
40 - OBSERVAÇÕES				
Lesão de fratura Trauma em pulmão em um tórax esquerdo em pulmão.				
SOLICITAÇÃO				
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		42 - DATA DA SOLICITAÇÃO		43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
44 - DOCUMENTO		45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		46 - Nº REGISTRO DO CONSELHO
() CNS () CPF		000091349113-8		193966766
AUTORIZAÇÃO				
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
48 - DOCUMENTO		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
() CNS () CPF				51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		52 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC
				53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)				



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

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação Eletiva

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Siga os passos abaixo:
 Seleção da situação
 Seleção da solicitação
Visualização da solicitação

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

CNS do paciente obrigatório

CNS 707800619581713

Identificação do paciente

PACIENTE 707800619581713 - LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA

NOME DA MÃE TEREZA PONTES MENEZES PEREIRA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE 03/02/1977 - 42 anos

SEXO MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL O MESMO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL (85) 986300535

ENDEREÇO ATUALIZE SEU ENDEREÇO NO NAC DO POSTO DE SAUDE, Nº 0

BAIRRO CENTRO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA FORTALEZA

ESTADO DE RESIDÊNCIA CEARÁ

Solicitação

NÚMERO 16720035965

SITUAÇÃO SOLICITAÇÃO CADASTRADA- AGUARDANDO ENVIO PARA AUTORIZAÇÃO

DATA - HORA 29/04/2019 13:18

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 2372150 - ABEMP

ESTABELECIMENTO EXECUTOR 2372150 - ABEMP (MARACANAU)

PROFISSIONAL SOLICITANTE 09137971387 - JOSE FACUNDO NETO

PROFISSIONAL EXC. SUGERIDO 09111638320 - AGRIPINO RODRIGUES GOMES MAGALHAES

PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408050160 - RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)

CLÍNICA CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO ELETIVA

OBSERVAÇÕES

JUDICIAL NÃO

Justificativa da internação**DIAGNÓSTICO INICIAL**

M242 - Transtornos de ligamentos

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL**DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO****DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS****PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**

PACIENTE COM LESÃO LIGAMENTAR E LESÃO EM MENISCO DIREITO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSITA CIRURGIA (LCA +MENISCECTOMIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

RESSONÂNCIA+EF+RX

CLASSIFICAÇÃO SWALIS**CATEGORIA B:** PACIENTE COM PREJUÍZO ACENTUADO DAS ATIVIDADES DIÁRIAS POR DOR, DISFUNÇÃO OU INCAPACIDADE.**Causas externas****DESCRIÇÃO DO ACIDENTE**

NÃO SE APLICA

Lista de anexos

ARQUIVO	DESCRIÇÃO	COMENTÁRIO	DATA DE CRIAÇÃO
---------	-----------	------------	-----------------

Nenhum registro encontrado.

Primeira Anterior 1 de 1 Próxima Última

Voltar

Continuar

Caso deseje acessar a lista de ocorrências você pode:

Acessar ocorrências

Caso deseje solicitar permissão para cancelar a solicitação você pode:

Solicitar cancelamento

Caso deseje inativar a solicitação você pode:

Inativar Solicitação

Caso deseje alterar classificação SWALIS, você pode:

Alterar SWALIS