

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: DAIMUNDO SOARES DE OLIVEIRA		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: Solteiro	Profissão: APOSENTADO	Carteira de Identidade: 2004074115542	
CPF nº: 207.725.457.00	Residência: R - JOW RIBEIRO LIMA 985		
Bairro: PLANALTO	Cidade: CRATEÚS	Estado: CE	CEP: 63 400 000

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº M8.119.595 SSP/MG e CPF nº 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza – CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3231-6493.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o 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, em caso de julgada procedente a Ação e os recursos cabíveis, 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 audiências em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 19 de Agosto de 2016.

DAIMUNDO SOARES DE OLIVEIRA
Outorgante

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, RAIMUNDO SOARES DE OLIVEIRA
 BRASILEIRO(A), SOLTEIRO (ESTADO CIVIL),
ADVOGADO (PROFISSÃO), PORTADOR DO RG Nº 2004014115542,
 INSCRITO NO CPF SOB O Nº 207125457-00 RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NO
 ENDEREÇO

JOÃO RIBEIRO LIMA 985 CRATEÚS
 _____, DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI
 DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELO DR. **RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI**,
 BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº
 18.044 ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA
 INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO
 OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A
 RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO
 JUDICIAL, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, ISENTO O ESCRITÓRIO MONTI ADVOGADOS, REPRESENTADO
 ATRAVÉS DO ADVOGADO **RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI**, BRASILEIRO,
 SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 18.044, COM SEDE
 A RUA DO ROSÁRIO – Nº 77 – 6º ANDAR – SALA 604 – BAIRRO CENTRO – CEP: 60.055-090 –
 FORTALEZA/CE, DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL,
 CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE TANGE
 A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS
 DOCUMENTOS E/OU DADOS) E VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS
 EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS
 RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE
 RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A
 COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA
 FORMA DA LEI [ART. 339 E 340] DO CPB."

CIENTE DE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO DA VALIDADE DE MENCIONADO
 DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

FORTALEZA 17, DE Agosto DE 2016.

> DO MUDO RAAS BO LA

DECLARANTE

TESTEMUNHA
 CPF:

TESTEMUNHA
 CPF:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 24/08/2016 às 17:11, sob o número 01633515120168060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0163351-51.2016.8.06.0001 e código 2481773.

DECLARAÇÃO

Eu, RAIMUNDO SOARES DE OLIVEIRA, brasileiro, SOLTEIRO, APOSENTADO portador da Carteira de Identidade/RG nº 2004014115542 SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 207.125457-00, residente e domiciliado na cidade de ERATEÚS, estado de Ceará, na Rua JOÃO RIBEIRO LIMA, nº 985, ERATEÚS, declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com as 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.

Fortaleza (CE), 19 de Agosto de 20 16.

Raimundo Soares de Oliveira
Declarante

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL DATA DE EXPEDIÇÃO

NOME 2004014115542 28/7/2004
RAIMUNDO SOARES DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO JOSE GABRIEL DE OLIVEIRA E ANTONIA SOARES DE SOUZA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

CRATEUS-CE 29/9/1944
 CERT. CASAM. 4260 L B01 F
 Q56V056V 1. OFICIO CRATEUS. CE

ASSINATURA DO TITULAR

CE Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

POLEGRAFIA

ASSINATURA DO TITULAR

RAIMUNDO SOARES DE OLIVEIRA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Cartão de uso pessoal e intransferível.
 Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

03/2009

CAIXA

Ministério da Fazenda
Receita Federal
CPF

207.125.457 - 00

RAIMUNDO SOARES DE OLIVEIRA

29/09/1944

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2016 às 17:11, sob o número 01633515120168060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0163351-51.2016.8.06.0001 e código 2481773

Nº DO CLIENTE
3736504-5

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

cosice

Para regular seu atendimento, utilize o nº como
contato que estiver em contato conosco.

Rua Padre Voldeino, 150
CEP 60155-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF nº. 105.248-3

Grupo Cel

COPITA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO CEL | SÉRIE B-4 | CNP **437470205**

Rota **03 38000 02 465310 - 8** Data de Emissão **06/07/2016**

Nome **RAIMUNDO SOARES DE OLIVEIRA**
End. Destat **RU JOAO RIBEIRO LIMA 00985
PLANALTO - CRATEUS - 63700000**

Medidor **23842634** Poste **0000 A165**
Cidade **01-RESIDENCIAL MONOFASICO** Fator de Potência **0,00**
RG / CPF / CNP: **207125457-00** CGF

Nome do Responsável:

DAYS			ÍNDICE DE QUALIDADE DE ENERGIA (IQE)	
Mês	Data de Faturamento	Proximo Proxima Letura	Conjunto	Mês
Jul/2016	06/07/2016	05/08/2016	0,98	0,98

ICMS	Base do Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
	51,85	27,88%	13,99

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
UF 44.5176.DFFF.9006.EMSA.F039.6556.9F36

Padrão Individual	Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual
DIC	5,79	11,58	34,74
FIC	3,33	6,72	13,45
DMIC	3,37		3,37

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO								Valor (R\$)
Let. Abat.	Let. Anterior	Cons. Ind.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fet.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)	
5270	5155	0,00	74	0,00	74	0,70	51,85	
							51,85	

VENCIMENTO **13/07/2016** TOTAL A PAGAR (R\$) **51,85**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DO CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (em kWh)												
Energetico	22,73	75	74	76	73	76	75	66	88	75	80	87	62	74
Transmissao	1,88	MÊS Jul Jun 14 15b 15a 15r 15s 15t 15v 15z 16a 16b 16c 16d 16e 16f												
Distribuição	3,99													
Encargos Setoriais	16,66													
Tributos (ICMS FIC DMIC)	51,85													
TOTAL	51,85													

CONSUMO DE GÁS EM EMISSÃO DE CO ₂ (kg/100kWh)		Conservação Ecológica (% CO ₂)	
Emitido (kg CO ₂)	31,98	0	100
Compensado (kg CO ₂)	0,00		

informações importantes para o vencimento



SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL
 DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

24/11 fls. 18

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 7590 /2014



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRANSITO
 Data / Hora da Comunicação: 15/12/2014 16:04:24
 Data / Hora da Ocorrência : 08/09/2014 06:00:00
 Endereço da Ocorrência: R DR. MORAIRA DA ROCHA
 S/N
 CENTRO CRATEUS /CE
 Ponto de Referência: EM FRENTE AO ZÉ DA LADE

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: RAIMUNDO SOARES DE OLIVEIRA
 Nascimento : 29/09/1944
 RG: 2004014115542 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 20712545700
 Filiação: JOSE GABRIEL DE OLIVEIRA
 ANTONIA SOARES DE SOUZA
 Endereço: R JOAO RIBEIRO LIMA 985
 PLANALTO 63700000
 CRATEUS CE BRASIL Telefone:

Histórico

INFORMA O REGISTRANTE QUE NO DIA E HORA ACIMA MENCIONADO SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO QUANDO SE ENCONTRAVA GUIANDO A MOTOCICLETA DE MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS, ANO DE FABRICAÇÃO/MODELO 2010/2010, COR PREDOMINANTE PRETA, PLACA NUU 6516, CHASSI 9C2JC4110AR720998, LICENCIADA EM NOME DE RAIMUNDO EVANDRO MORAIRA CESAR, VINDO A SER COLIDIDO POR UM AUTOMOVEL QUE EPETUOU MARCHA A RÉ, CAINDO NO SOLO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL DE REFERENCIA SAO LUCAS FICANDO TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO. ENADA MAIS DISSE

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Manoel Genesio Bernardino
 MANOEL GENESIO BERNARDINO - MAT.: 133958-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : João Pereira Gomes

VISTO DO DELEGADO(A) : JOAO PEREIRA GOMES - MAT.: 198827-1-3

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2016 às 17:11, sob o número 01633515120168060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0163351-51.2016.8.06.0001 e código 2481773.

Guia de atendimento - EMERGENCIA

Prontuário: 027533 Atendimento: 0018
 Paciente: RAIMUNDO SOARES DE OLIVEIRA
 CPF: 20712545700 Nascimento: 29/09/1944
 Pai: JOSE GABRIEL DE OLIVEIRA
 Endereço: RUA JOAO RIBEIRO LIMA, SN
 Bairro: PLANALTO
 Profissão: APOSENTADO
 Convênio: SUS
 Cônjuge:

CNS: Guia Aut: Sexo: M
 Idade: 69 Ano(s)
 Local: CRATEUS/CE Mãe: ANTONIA SOARES BARBOSA
 Telefone: 88 38912019 CEP: 63700-000
 Município: CRATEUS UF: CE
 Empresa:
 Matricula:
 Responsável: RAIMUNDO SOARES DE OLIVEIRA
 Município: CRATEUS UF: CE
 Sala:

Endereço: RUA JOAO RIBEIRO LIMA, SN
 Data Atendimento: 08/09/2014 Hora: 07:07 CID:

Médico: FERNANDO MENDEZ HERRERA
 Tipo Atendimento: CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
 Indicador de Acidente:

Observação:
 Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (rpm): PA (mmHg): X

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

L. Soares *o mesmo e clínico* *o.br*
Bon *o. br*

Dr. Fernando Mendez Herrera
 CRM 13196 - ROR
 Ouse 13196 - S040 0144

FERNANDO MENDEZ HERRERA - CRM: 13196

Raimundo
 Assinatura Paciente/Responsável

São Lucas



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Caioando S. de Oliveira
MÉDICO:

PRONTUÁRIO: 27533 DATA: 05/09/14

SUS

LEITO: 8.2

SETOR: Posto A

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
<p>Dr. Fernando Mendonça Barrera Ortopedia e Traumatologia CRM/CE 13120 - 2008/0144</p>	<p>05/09/14 às 08:00h ✓ SF 0,9h 1100 → 80 24h 500 (09:30) 500 (16:30) 2500m LAE 8h 18h 10.V 18: 02 H=93 25y 16 8cm rubor os: Sim vitas ✓</p>	<p>05/09/14 às 08:00h, Paciente orientada, consciente, verbaliza, deambula, em repouso no leito no momento. Apresenta trauma em ombro à E, faz uso de tipóia de vidro. Requerendo alívio local. Segue aos C.G.E. Aguardando procedimento traumatólogo. PA 70x80 mmHg P: 80 bpm R: 20 rpm T: 36,5°C <small>Dr. Fernando Mendonça Barrera CRM/CE 13120 - 2008/0144 COBEN/CE 793.701</small></p>
<p>Dr. Fernando Mendonça Barrera Ortopedia e Traumatologia CRM/CE 13120 - 2008/0144</p>	<p>05/09/14 às 14h</p>	<p>05/09/14 às 14h, paciente consciente, orientada, verbaliza, deambula, apresenta trauma em ombro (E) faz uso de tipóia de vidro, aguardando procedimento traumatólogo, não refere queixas atuais no momento. PA 43x90 mmHg T: 36,6°C P: 79 bpm R: 20 rpm 05.09.14 às 15:40h, paciente em repouso para C.C. Tomar analgésico.</p>

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÂO CAMILO

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME: Pedro Manoel Gomes Oliveira

PRONTUÁRIO: _____ POSTO: _____ LEITO: _____

DATA	EVOLUÇÃO
01/09/14	Prontuário a partir de Trauma Ombro E; Luxação acromioclavicular (C) Inferior TTD c/tra Refer Trauma Tomografia e "falha de Ar" - avaliação clínica mediana Dr. Fernando Mendoz Herrera Ortopedia e Traumatologia Cmce 13196 - Shot 0144
2/9/14	LAC ombro (C) aproximadamente 5-10 cm

HOSPITAL DA LUZ ADMINISTRAÇÃO S/A

DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 16.5.10

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: 16.5.10

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Rafael de Sousa Rezende Montti

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 00000000000000000000000000000000

8 - DATA DE NASCIMENTO: 09/09/99

9 - SEXO: M

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Renata de Sousa Rezende Montti

11 - TELEFONE DE CONTATO: 27533

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Jardim Primavera, Rua Formosa, 150, Primavera

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Gratama

14 - CDD, IBGE, MUNICÍPIO: 15 - UF:

16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Trêmor sobre o corpo - comar - Internar no Luz

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: AS Marm

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Exame + P

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Lesão cerebral

21 - CID 10 PRINCIPAL: 5431

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 01018101701815

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

26 - CLÍNICA: 1

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 2

28 - DOCUMENTO: 01018101701815

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Trigo

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 8/9/14

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAQUEO

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR:

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

46 - DOCUMENTO: () CNS () CPF

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 08/09/14

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

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

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - Nº DO BILHETE:

38 - SÉRIE:

39 - CNPJ EMPRESA:

40 - CNME DA EMPRESA:

41 - CBDR:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTTI e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 24/08/2016 às 17:11, sob o número 01633515120168060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0163351-51.2016.8.06.0001 e código 2481773.

ESTAB. MÓDULO: **CRATEUS** DATA: **09/07/2016** Nº BAASS: _____
 NOME: **FARMUNDO SOARES DE OLIVEIRA**
 IDADE: **70** SEXO: **F** / **M**
 LOCAL DA OCORRÊNCIA: **MOLÉDIA DA LEEHA**
 BAIRRO: **CEMURU**

HORA DA OCORRÊNCIA: **06:40**
 CHEGADA AO LOCAL: **06:48**
 SAÍDA DO LOCAL: **06:50**
 CHEGADA AO HOSPITAL: **06:53**

TIPO DE OCORRÊNCIA:

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 01. ACIDENTE DE TRÂNSITO | <input type="checkbox"/> 05. AFOCAMENTO | <input type="checkbox"/> 09. MAL SÚBITO |
| <input type="checkbox"/> 02. AGRESSÃO | <input type="checkbox"/> 06. QUEIMADURA | <input type="checkbox"/> 10. EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA |
| <input type="checkbox"/> 03. DESABAMENTO | <input type="checkbox"/> 07. CHOQUE ELÉTRICO | <input type="checkbox"/> 11. JÁ REMOVIDO |
| <input type="checkbox"/> 04. INTOXICAÇÃO | <input type="checkbox"/> 08. QUEDA | <input type="checkbox"/> 12. FALSO AVISO |

RAZÃO DO ATENDIMENTO: **COLISÃO CARRO/MURO**

DOENÇAS ANTERIORES: _____

MEDICAMENTOS: _____

ALERGIAS: _____

COR		PELE		RESPIRAÇÃO					
CIANÓTICO <input type="checkbox"/>	PÁLIDO <input checked="" type="checkbox"/>	QUENTE <input type="checkbox"/>	FRIA <input type="checkbox"/>	SECA <input type="checkbox"/>	ÚMIDA <input checked="" type="checkbox"/>	SUPERFICIAL <input type="checkbox"/>	DIFÍCIL <input type="checkbox"/>	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>
PULSO RADIAL		ENCHIMENTO CAPILAR		SANGRAMENTO					
FORTE <input type="checkbox"/>	FRACO <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	IRREGULAR <input checked="" type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>	MÍNIMO <input checked="" type="checkbox"/>	MODERADO <input type="checkbox"/>	INTENSO <input type="checkbox"/>		
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL		FALA		PUPILAS					
ALERTA <input checked="" type="checkbox"/>	RESPOSTA A COMANDO <input type="checkbox"/>	RESPOSTA A DOR <input type="checkbox"/>	SEM RESPOSTA <input type="checkbox"/>	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	CONFUSA <input type="checkbox"/>	ININTELGÍVEL <input type="checkbox"/>	NENHUMA <input type="checkbox"/>		

SINAIS VITAIS: HORA: _____
 PA: _____
 PULSO: _____
 FR: _____

NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRICIPAIS: **SINOSTA MATEIRA NO OMBRO (CLAVICULA) ESQUELETO / ESCOLIOSES MEMBROS MS**
 OBSERVAÇÕES: **E "S" LUXAÇÃO NO OMBRO ESQUELETO**

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO | <input type="checkbox"/> CURATIVOS | <input checked="" type="checkbox"/> PRANCHA LONGA |
| <input type="checkbox"/> OXIGÊNIO | <input type="checkbox"/> BANDAGENS | <input type="checkbox"/> PRANCHA CURTA |
| <input type="checkbox"/> ASSIST. VENTILATÓRIO | <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÕES DE MEMBROS | <input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL |
| <input type="checkbox"/> RCP | <input type="checkbox"/> FERULA DE TRACÇÃO | <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO |
| <input type="checkbox"/> ASSIST. OBSTETRICIA | <input type="checkbox"/> LÍQUIDO EV. | |

CONDICOES DE CHEGADA AO HOSPITAL:

- SEM HORARIO
 DIURNO
 NOTURNO

UBITU

- ANTES DO SOCORRO
 ANTES DO TRANSPORTE
 NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO: **Anápolis**
 RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL: _____

SD. COSTA (SD) WILL (SD)
 SOCORRISTAS, IMA

25533

108.00.14

PACIENTE: Deo Soares de Oliveira

LEITO

INTERVENÇÃO

CIRURGIA	PROPOSTA	Redução aberta e fixação
	REALIZADA	osteossintese aberta F.

CIRURGIÃO	<u>Dr.º Fernando</u>	CRM
-----------	----------------------	-----

AUXILIARES	1º	CRM
	2º	CRM
	3º	CRM
	4º	CRM

ANESTESIOLOGISTA	<u>Dr.º Thianne</u>	CRM
------------------	---------------------	-----

TIPO DE ANESTESIA	<u>bloqueio</u>
-------------------	-----------------

PATOLOGISTA

INSTRUMENTADOR(A)	<u>Kenzo + Rogério</u>
-------------------	------------------------

CIRCULANTE	<u>Benito</u>
------------	---------------

ACHADOS OPERATÓRIOS	<u>Ligament anterior claus. cir. outro Ep.</u>
---------------------	--

Refe. Menisco sup. e ab. anterior
 Anterior e posterior com ref.
 Ligament anterior outro Ep.
 Ligament anterior f. LA e
 Ligament anterior e fixação 2 for
 e com cartilagem
 Ligament da Tíbia
 Ligament subcrural e ref.
 crânio

Dr. Fernando Méndez Herrera
 Ortopedia e Traumatologia
 Cimes 13146 - Suset 8144

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

FRSH

2 - CDES

2481073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

FRSH

4 - CDES

2481073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Raimundo Soares de Oliveira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

27533

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

[Empty]

8 - DATA DE NASCIMENTO

29/09/1944

9 - SEXO

Masc 1 Fem 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Ediltonia Soares Barbosa

DDD [Empty] 11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE [Empty]

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua João Ribeiro Lima 15/B

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Crato

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

637000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

traum ombro E1 e dor a para m. Invasão articular. Intermitente T30 curpio

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AJ m m A m

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

E1 Friso + Ro

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Luxação acromioclavicular

21 - CID 10 PRINCIPAL

S14.1

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Redução AVM e Fixação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

01301801010119

26 - CLÍNICA

3

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

2

28 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

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

11110151315791877619

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Frank Melo

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

1/9/14

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

FMelo

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

Dr. Carlos Manoel Araújo

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

01/09/14

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

MEDICO-AUDITOR

CRMES 572 - CPF: 061.042.303-53

DADOS DO PACIENTE

Nome RAIMUNDO SOARES DE OLIVEIRA				Prontuário/Atendimento 027532/0016	
Nascimento 29/09/1944	Local CRATEUS	País Nacionalidade Brasil		Idade 69 Ano(s)	
Sexo Masculino	Raça/Cor Parda	Etnia	Estado Civil Divorciado(a)	Religião NÃO DETERMINADA	
Documento CPF : 20712545700			CNS		
Endereço RUA JOAO RIBEIRO LIMA		Nº SN	Bairro PLANALTO	Município CRATEUS-CE	CEP 83700-000
Fone (85) 3651-2019	Profissão APOSENTADO	Empresa		Fone Empresa	
Responsável RAIMUNDO SOARES DE OLIVEIRA			CPF do Responsável		Fone Responsável
Endereço Responsável JOAO RIBEIRO LIMA, SN			Cônjuge		
Mãe ANTONIA SOARES BARBOSA			Pai JOSE GABRIEL DE OLIVEIRA		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 10/09/2014 09:56	Quarto/Leito 008-0002	Aposento ENFERMARIA	Clinica CIRURGICA	Setor POSTO A	
Convênio SUS	Matrícula	Autorização		Dias 0	Guia
Médico FERNANDO MENDEZ HERRERA			CID Secundário		
CID Principal			CID 13196		
Observação					
Usuário ANTONIA CELIA SARAVA DA SILVA		Procedimento SUS			
Data Saída	Hora	Condição de Saúde		Usuário Saída	
Sisprenatal					

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

CRATEUS, 1 de setembro de 2014.

Assinatura do paciente

Assinatura do responsável: ANTONIA CELIA SARAVA DA SILVA

Fernando Mendez Herrera
Assinatura do responsável

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2016 às 17:11, sob o número 01633515120168060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0163351-51.2016.8.06.0001 e código 2481773.

AP. RESPIRATORIA		ASMA		Uso de BRONCÓDILAS	
AP. CIRCULATORIO		ECC			
AP. DIGESTIVO		DENTES		PESCOÇO	
AP. URINÁRIO				ESTADO MENTAL	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		RISCO		ATARÁXICOS	
ANESTESIAS ANTERIORES				CORTICÓIDES	
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		MORLA		LEITO	
HORA		16		INDUÇÃO	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES				SATISFATÓRIO _____ EXCITAÇÃO _____ LARINGOSPASMO _____ LERNA _____ TOSSE _____ NÂUSEAS _____ VÔMITOS _____ OUTROS _____	
CÓDIGO - Respiração V. P. Anest. O. Furo. O. O. Operação A. X. Anest.		260 240 220 180 160 140 120 100 80 60 40 20		MANUTENÇÃO ① ent ② Ale, Vaso ③ cateter de oxigênio ④ anestesia satisfatória () SIM () NÃO NÃO RECORRER P.O. 02/04/2016	
POSICÃO		DESPERTAR		TELEXCÊNASE	
AGENTES		OBS. INDUÇÃO		EXCITAÇÃO	
TÉCNICA		VÔMITOS		OUTROS	
CIRURGIA		PARA O LEITO CÂNULA		() SIM () NÃO	
ANESTESIAS		CONDIÇÕES		BALANÇO	
ANESTESISTAS				PERDA SANGÜÍNEA APROXIMADA	
				VOLUME SANGÜÍNEO REPOSTO	
				TEMPO CIRÚRGICO	
				DURAÇÃO TOTAL DA OPERAÇÃO	
				DURAÇÃO TOTAL DA ANESTESIA	

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUZA REZENDE MONTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2016 às 17:11, sob o número 01633515120168060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0163351-51.2016.8.06.0001 e código 2481773.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

al São Lucas

ão SÁO CAMILO

R^{do} Soares de Oliveira MÉDICO:

PRONTUÁRIO: 27533

DATA: 12/09/14

LEITO: 11.3

SETOR: A

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

EVOLUÇÃO

A / TA Horário

Dr. Fernando Mendez Herrera
Ortopedia e Traumatologia
Cmca 13156 - São João

12/09/14 às 19h, paciente recebe alta hospitalar melhora com recita x Raiosa q. Soe

PACIENTE: Dr. Soares de Oliveira

LEITO

INTERVENÇÃO

CIRURGIA PROPOSTA: Redução da artm e colocação
 REALIZADA: osteossíntese ambos F.

CIRURGIÃO: Dr. Fernando CRM

AUXILIARES:

1º		CRM
2º		CRM
3º		CRM
4º		CRM

ANESTESIOLOGISTA: Dr. Johannes CRM

TIPO DE ANESTESIA: bloqueio

PATOLOGISTA

INSTRUMENTADOR(A): Kenzo + Ruy

CIRCULANTE: Renato

ACHADOS OPERATÓRIOS: Lesões acentuadas de ambos Ep.

Peixe Merluccia supra, sob anestesia
Artm e metáfase com artm
da artm artm da artm
Artm artm fca LAE
Redução artm e fixação 2 físt
e artm artm
Laço da físt
Artm subcutâneo e pele
curativo

Dr. Fernando Mendez Herrera
 Ortopedia e Traumatologia
 Crmce 13186 - Snel 8144

PACIENTE: João Soares de Oliveira

LEITO: _____

TIPO DE CIRURGIA						TEMPO DE SALA	
IDADE	PESO	ALTURA	SEXO	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRAÇÃO	P. ARTERIAL

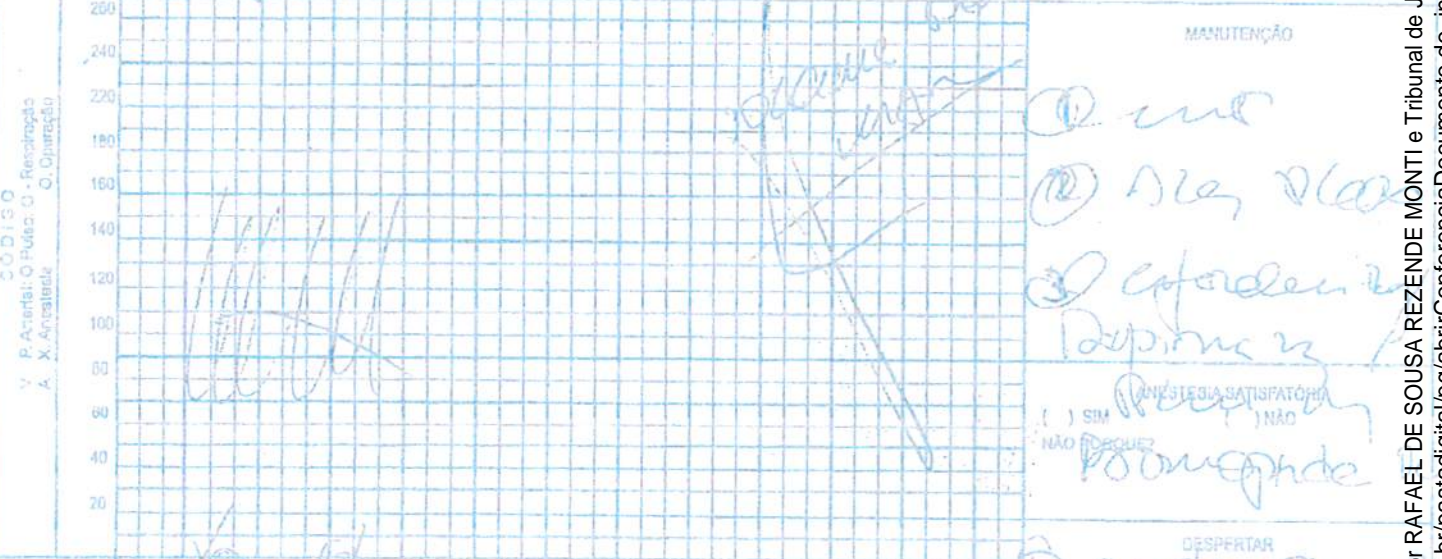
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	URINA
----------------	----------	-------------	-------------	----------	-------	-------

AP RESPIRATÓRIA: Sub ASMA Usg BRONCITE Usg
 AP CIRCULATÓRIO: Sub ECG
 AP DIGESTIVO: Sub DENTES Sub PESCOÇO ALÉRGIA Usg
 AP URINÁRIO: Sub ESTADO MENTAL Usg

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____ RISCO: _____ ATAXÍCOIS: _____
 ANESTESIAS ANTERIORES: _____ CONDICÕES: _____

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: _____ HORA: _____ EFEITO: _____ HIPOTENSORES: _____ OUTROS: _____

HORA	16	17	18	19	20	21	22	23	24
------	----	----	----	----	----	----	----	----	----



SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: Usg Usg

POSICÃO: _____

AGENTES: _____

TÉCNICA: Blq. P. sup. brq.

CIRURGIA: Osteosíntese ombro (E)

CIRURGIÕES: Percevaldo

ANESTESISTA: Manuel

- SATISFATÓRIO: _____ EXCITAÇÃO: _____
- LARINGOESPASMO: _____ LENTA: _____
- TOSSE: _____ NAUSEAS: _____
- VÔMITOS: _____ OUTROS: _____
- MANUTENÇÃO: _____
- 1) Usg
- 2) Blq. P. sup. brq.
- 3) Osteosíntese ombro
- 4) Percevaldo
- () SIM () NÃO
- ANESTESIA SATISFATÓRIA: Usg
- DESPERTAR: Usg
- 5) Usg
- 6) Usg
- OBSERVAÇÃO: Usg
- EXCITAÇÃO: Usg
- VÔMITOS: _____ OUTROS: _____
- PARA O LEITO CÂNULA: _____
- () SIM () NÃO
- CONDIÇÕES: _____
- BALANÇO: _____
- PERDA SANGÜÍNEA APROXIMADA: _____
- VOLUME SANGÜÍNEO REPOSTO: _____
- TEMPO CIRÚRGICO: _____
- DURAÇÃO TOTAL DA ANESTESIA: _____
- DURAÇÃO TOTAL DA ANESTESIA: _____

PACIENTE *Raimundo Soares de Oliveira*

LEITO

INTERVENÇÃO

CIRURGIA	PROPOSTA	
	REALIZADA	
CIRURGIÃO		CRM
AUXILIARES	1º	CRM
	2º	CRM
	3º	CRM
	4º	CRM
ANESTESIOLOGISTA		CRM
TIPO DE ANESTESIA	<i>Local</i>	
PATOLOGISTA		
INSTRUMENTADOR(A)	<i>Lila</i>	
CIRCULANTE	<i>martha</i>	

ACHADOS OPERATÓRIOS

1) Hemostasia local
2) Realizada punção (despejo de líquido pleural ou hemático)



PACIENTE *Dr. Soares de Oliveira*

LEITO

INTERVENÇÃO

CIRURGIA PROPOSTA *Redução aberta e fixação*
REALIZADA *osteossíntese interna E*

CIRURGIÃO *Dr. Fernando* CRM

AUXILIARES
1º CRM
2º CRM
3º CRM
4º CRM

ANESTESIOLOGISTA *Dr. Johnnie* CRM

TIPO DE ANESTESIA *bloqueio*

PATOLOGISTA

INSTRUMENTADOR(A) *Nazare + Regina*

CIRCULANTE *Reinaldo*

ACHADOS OPERATÓRIOS *Lesões articulares do ombro Ep.*

*Parte posterior superior, sob anestesia
geral e intubação com intubação
traqueal através do tubo E
V. cava inferior fixação LAE
Redução aberta e fixação com fio
e com cravetes
Lavar da ferida
S. hem. submetido a P. 6
curativo*

*Dr. Fernando Mendes Herrera
Ortopedia e Traumatologia
Crma. 13186 - Snot. 8144*

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTE e Tribunal de Justiça do Estado de Ceará, protocolado em 24/09/2016 às 17:11, sob o número 01633515120168060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0163351-51.2016.8.06.0001 e código 2481773.

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3150028529 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RAIMUNDO SOARES DE OLIVEIRA
COBERTURA Invalidez
BENEFICIÁRIO RAIMUNDO SOARES DE OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 20712545700

Posição em 19-04-2016 14:51:59

Pagamento creditado conforme dados bancários informados na autorização de pagamento assinada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
14/03/2016	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

Adv/requerente:
 Adv.requerido:

Autor(a):
 Requerido:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2016 às 17:11, sob o número 01633515120168060002. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0163351-51.2016.8.06.0001 e código 2481773.

02/06/2015 PROCESSO RETORNOU PARA
SEGURADORA LIDER

02/06/2015 PROCESSO REGULARIZADO

29/04/2015 PROCESSO COM RESTRIÇÃO

16/03/2015 PROCESSO RETORNOU PARA
SEGURADORA LIDER

11/03/2015 PROCESSO REGULARIZADO

26/01/2015 PROCESSO COM RESTRIÇÃO

09/01/2015 PROCESSO ENCAMINHADO PARA
SEGURADORA LIDER

06/01/2015 PROCESSO ANALISADO E APROVADO

SEGUNDO A SEGURADORA LÍDER: PROCESSO COM PENDÊNCIA - Ratificamos a exigência, tendo em vista que apesar de constar documentação médica na data do acidente, a mesma não atende o disposto na nota da DIREOP-004/2014: "... deverão ser produzidos imediatamente após o acidente e permitir a comprovação do nexos de causa e efeito entre o acidente e as lesões."

PROCESSO COM PENDÊNCIA - Registro por Ato Declaratório, devendo ser apresentados documentos contemporâneos ao acidente que demonstrem e comprovem a existência do acidente, as circunstâncias e participação da vítima, conforme Circular DIREOP 004/2014. Apesar de constar documentação médica na data do acidente, a mesma não atende o disposto na nota da DIREOP-004/2014: "... deverão ser produzidos imediatamente após o acidente e permitir a comprovação do nexos de causa e efeito entre o acidente e as lesões."

Dados do pagamento

RAIMUNDO SOARES DE OLIVEIRA

14/03/2016

RS 2.531,25

Atenciosamente
Equipe Siga em Frente