

PROCURAÇÃO

OUTORGANTES: **PEDRO LIMA LEANDRO**, brasileiro, solteiro, menor, inscrito no RG.: 2008580942-4 SSP-CE e no CPF 072.715.843-07, representados por seu genitor **JOSE LEANDRO DA COSTA**, inscrita no RG.: 96029465219 SSP-CE e no CPF.: 118.926.248-77, brasileiro, casado, ambos residentes e domiciliados na Rua Jose Neudo Cruz, nº 25, Pedrinhas, na cidade de Juazeiro do Norte-CE.

OUTORGADOS: Dr. **MILTON CORREIA DE ALMEIDA**, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB-CE sob o número 22660 com escritório profissional localizado na Rua Clovis Beviláqua, nº.: 48, CEP.: 63.010-335, Socorro, Juazeiro do Norte-CE.

PODERES: O(a) outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad judicium et extra", para representá-lo(s)(a) em repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, autarquias, para tratar de assuntos do seu interesse, assinando requerimentos e outros papéis, requerer benefícios previdenciários e suas revisões, transformações, desistências, obter vistas em procedimento administrativo, conferindo-lhe ainda poderes para em qualquer juízo, Instância ou Tribunal, propor ações revisional e/ou concessão de benefício, seguindo-a até o final, utilizando-se dos recursos legais e acompanhando-os sendo expressamente autorizados a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, renunciar valores excedentes ao teto em razão do procedimento especial, transigir, firmar compromissos e acordos, receber e dar quitação, levantar valores existentes em contas judiciais, precatórios, RPV, deduzindo e compensando os seus créditos pessoais por despesas de verba honorária contratual, e as decorrentes da sucumbência, nas respectivas prestações de contas, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, agindo tudo em conjunto ou separadamente, requerer e assinar para o completo desempenho, deste mandato, inclusive substabelecer com ou sem reserva de poderes.

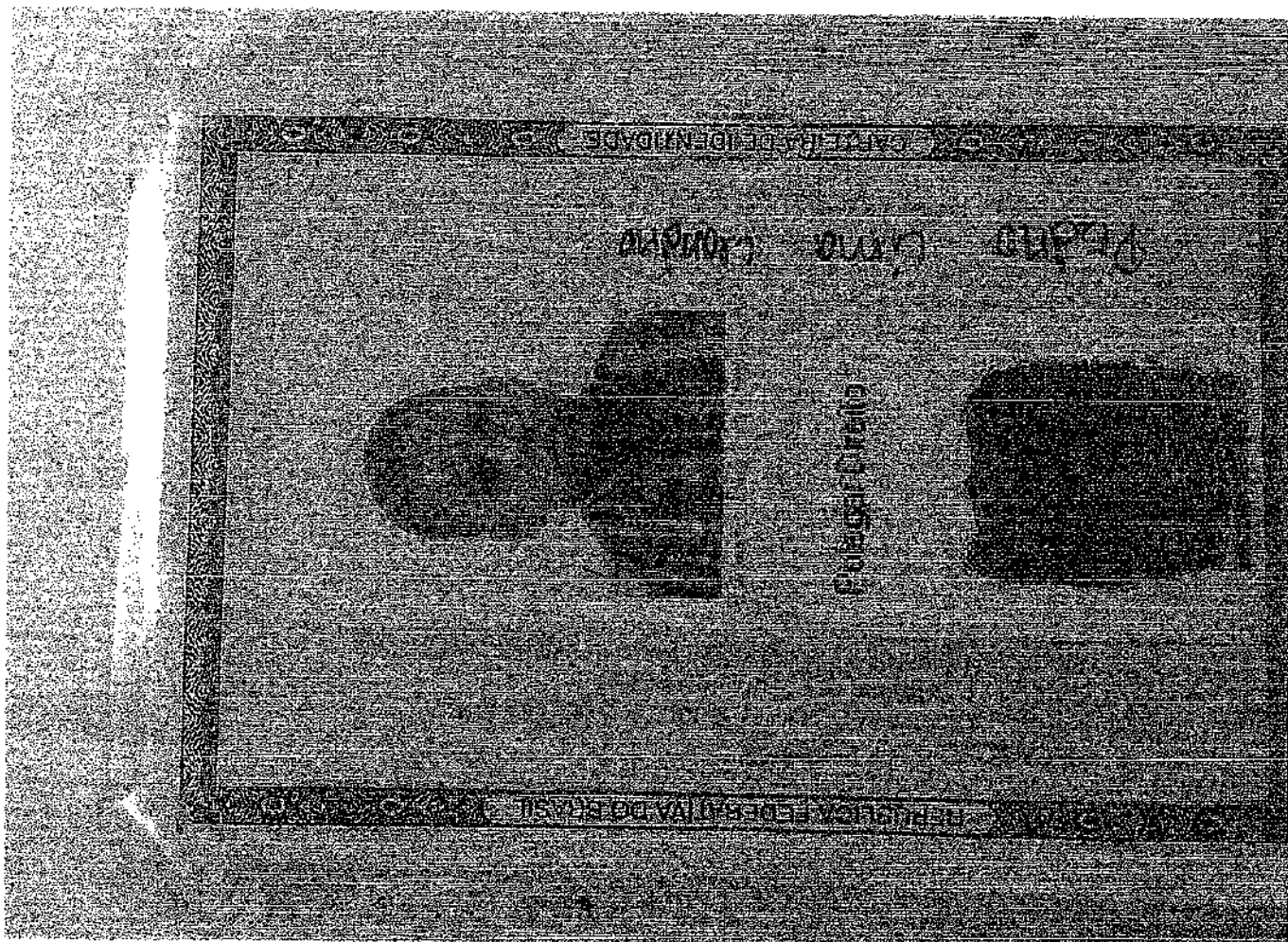
DECLARAÇÃO: O(a) outorgante declara, que não tem condições de arcar com as custas processuais sem prejuízo do sustento próprio e da família, necessitando, portanto, dos benefício da justiça gratuita, nos termos da Lei 1.060/50.

Juazeiro do Norte -CE, 17 de Junho de 2019.



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCONDES YURI DE SOUSA DAMASCENO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 01/07/2019 às 15:50, sob o número 00096242520198060112. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0009624-25.2019.8.06.0112 e código 4BC92BC.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO CÓDIGO	2008380942 4
DATA DE EXPIRAÇÃO	07/08/2013
NOME	
YURI LINA LEANDRO	
JOSE LEANDRO DA COSTA	
ANTONIA ELIETE DOS SANTOS LINA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
MAZEIRO DO NORTE - CE	01/06/2002
DOC ORIGIN	
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 98.522 FOLHA: 62	
LIVRO: A-198 MAZEIRO DO NORTE - CE	
072.715.843-07	
ASSINATURA DO ESCRITÓRIO	
P. 98	
LEI Nº 7.118 DE 29/09/83	



CAIXA

POUPANÇA

603689 0010 55807 6848

JOSE LEONARDO DA COSTA

VALID
THRU
04/21

003201300031717-B

卷之四
 四
 五
 六
 七
 八
 九
 十
 十一
 十二
 十三
 十四
 十五
 十六
 十七
 十八
 十九
 二十
 二十一
 二十二
 二十三
 二十四
 二十五
 二十六
 二十七
 二十八
 二十九
 三十
 三十一
 三十二
 三十三
 三十四
 三十五
 三十六
 三十七
 三十八
 三十九
 四十
 四十一
 四十二
 四十三
 四十四
 四十五
 四十六
 四十七
 四十八
 四十九
 五十
 五十一
 五十二
 五十三
 五十四
 五十五
 五十六
 五十七
 五十八
 五十九
 六十
 六十一
 六十二
 六十三
 六十四
 六十五
 六十六
 六十七
 六十八
 六十九
 七十
 七十一
 七十二
 七十三
 七十四
 七十五
 七十六
 七十七
 七十八
 七十九
 八十
 八十一
 八十二
 八十三
 八十四
 八十五
 八十六
 八十七
 八十八
 八十九
 九十
 九十一
 九十二
 九十三
 九十四
 九十五
 九十六
 九十七
 九十八
 九十九
 一百

REPORT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

072.715.843-07

PEDRO LIMA LEANDRO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	JOSE LEANDRO DA COSTA		CPF titular da conta	118.926.248-77	Profissão	AUTONOMO
Endereço	RUA JOSE NEUDO CRUZ		Número	25	Complemento	
Bairro	PEDRINHAS	Cidade	JUAZEIRO DO NORTE	Estado	CEARA	CEP
Email	luizeazuiara@gmail.com				Telefone (DDD)	188/98857-0463

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

0032

(Informar dígito se existir)

3111

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

J. DO NORTE 18 de JANEIRO de 2018

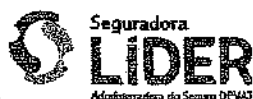
Local e Data

[Assinatura do Beneficiário]

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura do Representante Legal]

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

072.715.843-07

Nome completo da vítima

PEDRO LIMA LEANDRO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	JOSE LEANDRO DA COSTA		CPF (titular da conta)	118.926.248-77	Profissão	AUTONOMO
Endereço	RUA JOSE NEUDO CRUZ		Número	25	Complemento	
Bairro	PEDRINHAS	Cidade	JUAZEIRO DO NORTE	Estado	CEARA	CEP
Email					Telefone (DDD)	
					63018-580	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº.

D/V

CONTA

Nº.

D/V

0032

311118

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº.

D/V

CONTA

Nº.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

J. DO NORTE, 18 de JANEIRO de 2018

Local e Data

[Assinatura do Beneficiário]

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura do Representante Legal]

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE LEANDRO DA COSTARG nº 96029465219, data de expedição 17/10/1996 Órgão SSP-CE,CPF nº 118.926.248-77, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA JOSE NEUDO CRUZ</u>
Número	<u>Nº 25</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>PEDRINHAS</u>
Cidade	<u>JUAZEIRO DO NORTE</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>63 018-580</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 98857-0463 / 99665-2156</u>
E-mail	<u>luizcozina@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

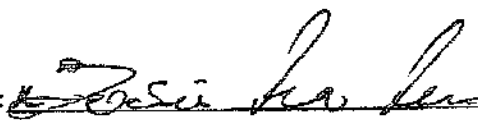
Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE-CE, 14/01/2018Assinatura do Declarante: [Assinatura]

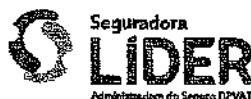
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIAEu, JOSE LEANDRO DA COSTARG nº 96029465219 data de expedição 17/10/96, Órgão SSP-CE,

CPF nº 118.926.248-77, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA JOSE NEUDO CRUZ</u>
Número	<u>Nº 25</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>PEDRINHAS</u>
Cidade	<u>JUAZEIRO DO NORTE - CE</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>63018-580</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 98857-0463 / 99665-2156</u>
E-mail	<u>luizecajuina@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE - CE, 18/01/2018Assinatura do Declarante: 



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

PEDRO LIMA LEANDRO

CPF da Vítima

072.715.843-07

Data do Acidente

01/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

JOSE LEANDRO DA COSTA

CPF do Representante legal

118.926.248-77

Email

luizcazuma@gmail.com

Telefone (DDD)

(88)98857-0463

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Juazeiro do Norte de 18 Janeiro de 2018

Local e Data

[Assinatura]

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura]

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA PEDRO LIMA LEANDRO
DATA DO ACIDENTE 01/01/2018 CPF DA VÍTIMA 032.715.843-07
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É PAI (JOSE LEANDRO DA SILVA)
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOSE NEUDO CROZE
Nº 25 COMPLEMENTO BAIRRO PEDREINHAS
CIDADE JOÃO MONTE UF CE CEP 63018-580
E-MAIL luiz3cajuiradigital.com TELEFONE 88.988.57-0463

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
(X) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 021 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 18/01/2018

IDENTIDADE 96029465219

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCONDES YURI DE SOUSA DAMASCENO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 01/07/2019 às 15:50 , sob o número 000962425201908060142. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0009624-25.2019.8.06.0112 e código 4BC92BC.

8055165

Para agilizar seu atendimento, utilize o mesmo envelope 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 07.047.261/0001-70 | CGF 05.105.248-9

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B1 SÉRIE B-41 N° 543120264

Rota 18-13000-12-043600

Nome **ANTONIA ELIETE DOS SANTOS LIMA** Data de Emissão **26/09/2018**

End. Postal **RU JOSE NEUDO CRUZ 00025**

PEDRINHAS - JUAZEIRO DO NORTE - 63000000

Medidor **12042724**

Classe **B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFÁSICO**

RG/CPF/CNPJ **926587503-82** Posto **0000-0000**

Nome do Responsável **CGF**

DATAS

Mês da Referência **Set/2018** Data da Apresentação **26/09/2018** Previsão de Pagamento **26/10/2018**

ICMS

Base de Cálculo (R\$) **117,81** Alíquota **7,00%** Valor do Imposto **8,25**

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
6487.76FF.D224.3648.F046.5F45.4C31.E6E9

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja o legendário no site da ANEEL
Mês **Jul/2018** DICI= 0,00 P ELD 23,26

Mês	Padrão Individual		Apuração Individual	
	Atual	Anterior	Atual	Anterior
Jul/2018	3,17	5,91	17,02	0,00
Jun/2018	6,35	12,70	0,00	0,00
May/2018	2,77	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Const. Consumo (kWh)	Const. Incl. Consumo	Const. Excl. Consumo	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FE 21,22	21,14	1,00	0,00	0,00	7,74	7,74
26/09/18	27/08/18	38 DIAS	158	0,00	0,00	39,67

VALOR (R\$)

ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAB 079 **10,66**

MULTA MORATORIA REF 08/2018 **1,71**

CORRECAO MONETARIA DO MES **0,59**

JUROS DO MES **0,88**

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL **13,57**

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA **0,92**

CASA PROTEGIDA 0800 600 0560 **7,90**

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 7,41)

VENCIMENTO 03/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 118,77

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)
Energia	29,96
Transmissão	0,20
Distribuição	17,07
Encargos Setoriais	4,58
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	34,31
TOTAL	89,12

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) **61,68** Compensado kg (CO₂) **0,00**

Consciência Ecológica (%CO₂) **0,00%**

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
Set	17,1
Out	16,9
Nov	15,9
Dez	17,4
Jan	15,5
Fev	16,7
Mar	19,6
Abr	16,4
Mai	18,2
Jun	17,3
Jul	18,8
Ago	17,0

CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente, constam em nossos controles contábeis em atraso, o detalhamento do débito, o não pagamento da dívida, implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/18, Arts. 172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CREDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIORES

Mês/Ano	Valor (R\$)
08/2018	126,49
Total	126,49

Consta desta fatura R\$ 2,72 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,42% e COFINS: 1,91% (Art. 9º, Lei. 106-2005 - ANEEL e 1615 n. 10.637-02 e 10.639-03).

Estamos em Bandeira Vermelha patamar 2 em set-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh (quilowatt-hora). Informações: www.aneel.gov.br

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCONDES YURI DE SOUSA DAMASCENO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 01/07/2019 às 15:50, sob o número 000962425201908060112. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0009624-25.2019.8.06.0112 e código 4BC92BF.

Prontuário N°.: 138533

Internação N°.: 490911

Impresso: 05/06/2018 10:46

-DADOS DO PACIENTE-

Paciente.: PEDRO LIMA LEANDRO
Respons.: RAFAELA LIMA LEANDRO

|Nasc.: 01/06/2002 Idade: 16 Sexo: M

Matricula: 898002926801752

Endereço.: RUA DOMINGOS SAVIO 1140 CASA

Cidade.: JUAZEIRO DO NORTE

Filiação.: Mãe - ANTONIA ELIETE DOS SANTOS LIMA

CPF.: 072.715.843-07 RG: 20085809424

NORTE

Raça.: PARDO

Profissão:

|Bairro.: TIMBAUBAS Cep.: 63100000

|Telefone: 88988633056

|Pai - JOSE LEANDRO DA COSTA

|UF: CE Orgão: SSPDS Natural: JUAZEIRO DO NORTE

|Est. Civil: SOLTEIRO

-DADOS DE ATENDIMENTO-

Médico.: FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

Clínica.: INTERN. CIRURGICA

Setor.: POSTO CIRURGICO

Acomod.: AC09

Leito.: AC09.6 Trans. P/Leito: Enf/Apto:

|Cadastro.: ANAGEUDY /Atendente: VANDA

|Data/Hora.: 05/06/2018 10:40

|Convênio.: CONVENIO JUAZEIRO 17/2017 SESA

|Carater.: ELETIVA

|Tipo Acom.: ENF. CLINICA/CIRURG.

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

HDA:

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS ()

DM ()

AVC ()

ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAMENTOS PREVIOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS: PA =

FP =

FR =

TA =

ACV:

AR.:

ADOME:

NEUROLÓGICO:

ECG: AO -

RV =

RMP =

PUPILAS:

DIAGNÓSTICO

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

RESERVADO A RECEPÇÃO

N° DO UNISUS:

ASS.:

TRASNF. P/ MÉDICO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

ALTA EM:

PACIENTE / RESPONSÁVEL

MEDICO(A): 005943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

BOLETIM DE CIRURGIA Preencher todos os campos após a cirurgia verso e averso

NOME DO PACIENTE: pedro luma leandro
DIAGNOSTICO: Perda atrófica de tecido conjuntivo
OPERAÇÃO: Proteção de ferida

N. DA A.H.		CIRURGIA		ANESTESIA	
1º	2º	1º	2º	1º	2º
1º	2º	1º	2º	1º	2º
3º	4º	3º	4º	3º	4º
5º	6º	5º	6º	5º	6º
7º	8º	7º	8º	7º	8º
9º	10º	9º	10º	9º	10º
11º	12º	11º	12º	11º	12º
13º	14º	13º	14º	13º	14º
15º	16º	15º	16º	15º	16º
17º	18º	17º	18º	17º	18º
19º	20º	19º	20º	19º	20º
21º	22º	21º	22º	21º	22º
23º	24º	23º	24º	23º	24º
25º	26º	25º	26º	25º	26º
27º	28º	27º	28º	27º	28º
29º	30º	29º	30º	29º	30º
31º	32º	31º	32º	31º	32º
33º	34º	33º	34º	33º	34º
35º	36º	35º	36º	35º	36º
37º	38º	37º	38º	37º	38º
39º	40º	39º	40º	39º	40º
41º	42º	41º	42º	41º	42º
43º	44º	43º	44º	43º	44º
45º	46º	45º	46º	45º	46º
47º	48º	47º	48º	47º	48º
49º	50º	49º	50º	49º	50º
51º	52º	51º	52º	51º	52º
53º	54º	53º	54º	53º	54º
55º	56º	55º	56º	55º	56º
57º	58º	57º	58º	57º	58º
59º	60º	59º	60º	59º	60º
61º	62º	61º	62º	61º	62º
63º	64º	63º	64º	63º	64º
65º	66º	65º	66º	65º	66º
67º	68º	67º	68º	67º	68º
69º	70º	69º	70º	69º	70º
71º	72º	71º	72º	71º	72º
73º	74º	73º	74º	73º	74º
75º	76º	75º	76º	75º	76º
77º	78º	77º	78º	77º	78º
79º	80º	79º	80º	79º	80º
81º	82º	81º	82º	81º	82º
83º	84º	83º	84º	83º	84º
85º	86º	85º	86º	85º	86º
87º	88º	87º	88º	87º	88º
89º	90º	89º	90º	89º	90º
91º	92º	91º	92º	91º	92º
93º	94º	93º	94º	93º	94º
95º	96º	95º	96º	95º	96º
97º	98º	97º	98º	97º	98º
99º	100º	99º	100º	99º	100º

VÍTIMA PEDRO LIMA LEANDRO**COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA****LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS****BENEFICIÁRIO PEDRO LIMA LEANDRO****CPF/CNPJ: 07271584307****Posição em 05-01-2019 10:48:36**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/01/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: PEDRO LIMA LEANDRO
Conv.....: CONVENIO JUAZEI

Prontuario: 138533

Leito: AC09.6

Atend.: 490911

Enfermeiro(a): GIRLEUDA

Data/Hora: 05/06/2018 23:43

NOITE

PACIENTE JOVEM MENOR DE IDADE COM ACOMPANHANTE, EM PRE-OPERATORIO COM DR. PETRONIO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA SUAS NECESSIDADES, EM DIETA ZERO PARA PROCEEDIMENTO, COM ACESSO VENOSO PERIFERICO PARA SOROTERAPIA SEGUNDO PRECRIAÇÃO MEDICA DE HORARIO, SEGUNDO INFORMAÇÕES COLHIDAS NEGA ALERGIA A QUALQUER TIPO DE MEDICAÇÃO, NEGA DIABETES, NEGA HIPERTENSÃO, DEAMBULA SEM DIFICULDADE, SONO E REPOUSO PRESERVADO, REALIZADO BANHO EM ASPERSÃO, SEM QUEIXAS NO PERIODO, MEMBRO AFETADO SEM IMORTILIZAÇÃO, VERIFICADO SINAIS VITAIS DENTRO DAS NORMALIDADES, REALIZADO TROCA DE LENÇÕES DE LEITO, AGUARDA NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Tecnico (a): GIRLEUDA ALVES ANDRADE
COREN:1141108-CE

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA)
HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Prescrição: 112579

Í +90#1

Paciente: PEDRO LIMA LEANDRO
Data Solic.: 06/06/2018 13:53:22
Data Pr. Ini.: 06/06/2018 14H
Data Atend.: 05/06/2018 10:40:00

Sexo: MASCULINO
Convênio: CONVENIO JUAZEIRO 17/2017SESAUPrescrição: 112579
Data Pr. Enc.: 07/06/2018 14H
Atendimento: 490911(=)
Dt Nasc: 01/06/2002 16A 0M 5D
Leito: AC09.6

Distas
Ítem Código Descrição
01 LIETA LIVRE APOS O EFEITO DA ANESTESIA

Medicações Ítem Código	Descrição	Dose	Unid	Via	Frequência	Qtde Total	Saída Horários
02 00010102	SORO FISIOLÓGICO 500ML INJETÁVEL	2	FRS	EV		2	
03 00010103	SORO GLICOSADO 500 ML; 5% AMPOLA INJETÁVEL	2	AMP	EV		2	
04 00010065	LIPRONA SODICA; 500MG/ML AMPOLA 2ML + AGUA DESTILADA DE 06/06HS -	4	AMP	EV		4	
05 00010055	TRAMADOL, CLORIDRATO DE; 50MG/ML AMPOLA 2ML INJETAV LILUIR 50ML DE SF - DE 12/12HS -	2	AMP	EV		2	
06 00010062	LICLOFENACO SODICO; 25MG/ML AMPOLA 3ML LE 12/12HS -	2	AMP	IM		2	
07 00010028	CEFALOTINA SODICA; FRASCO-PO 1GR PO 6/6HS -	1	FRP	EV	06/06	4	14 20 02 08
08 00010047	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO DE; 5MG/ML AMPOLA 2ML IN 1 FAZER COM AD S/ N. -	1	AMP	EV		1	

Cuidados
Ítem Código Descrição
09 SSVV+CCGG

Ass. Prestador:
FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO (CRM 005943)
Impresso em 06/06/2018 13:55:55 pelo USUÁRIO PETRONIO

Pag 1

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 05/06/2018 08:21

N.Atendimento...: 490823
Data Atendimento: 05/06/2018 Hora:07:50
Médico Respos...: FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO
Recepcionista...: ANAGEUDY
Setor Atend.....: CONSULTORIO

Convênio....: BPA SUS
Matricula...: 898002926801752
Guia.....:
Tipo Atend...: AMBULATORIAL
Serviço.....: CONSULTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente.: PEDRO LIMA LEANDRO Pront: 138533
Dta Nasc.: 01/06/2002 - 16 Anos - Sexo: MASCULINO Est.Civil:SOLTEIRO RG: 20085809424
Endereço.: RUA DOMINGOS SAVIO 1140 CASA
Cep.....: 63100000 Bairro:TIMBAUBAS Município:JUAZEIRO DO NORTE
Estado....: CE Resp...: RAFAELA LIMA LEANDRO
Fone.....: 88988633056

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Itern. [] Outro [] Clínica [] Cirurg [] Obst. [] Ped. [] Oftalmo. [] Outro

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

[] RAIO-X

[] ULTRASSOM

[] ENDOSCOPIAY

MOTIVO DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO: ___/___/___

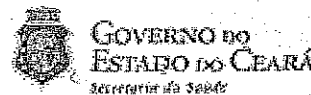
Dr. (a) FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO
CRM: 005943 CPF: 24733180349

RAFAELA LIMA LEANDRO
Paciente / Responsável

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC

ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

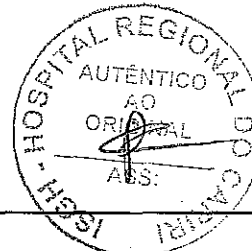
Nome: PEDRO LIMA LEANDRO
 Pront.: 155745 Data Nasc.: 01/06/2002 Idade: 15 ano(s) 7 mes(es) e 3 dia(s) Admissão: 04/01/2018 20:47
 Mãe: ANTONIA ELIETE DOS SANTOS LIMA
 Sexo: Masculino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
 CEP 63010-000 Bairro: TIMBAUBAS Tel.: 88 98863-3056
 Endereço: RUA DOMINGOS SAVIO Num: 1140

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador SHIRLEY PEREIRA ALVES Horário 04/01/2018 20:49
 Queixa: PACIENTE RELATA DOR EM MSE, EM USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA
 Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
 Discriminador: DOR INTENSA

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: THIAGO CALDAS LEAL CRM: 6 Nº: 405575 Horário 04/01/2018 20:55
 Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:
 Eixo: MEDICAÇÃO (ALTA APÓS MEDICAÇÃO)
 Hipótese Diagnóstico: FRATURA DO ANTEBRACO
 Comorbidade:
 HDA/Exame Físico:
 PACIENTE COM DOR EM ANTEBRAÇO ESQUERDO



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

PRESCRIÇÃO

Médico: THIAGO CALDAS LEAL CRM 10498 04/01/18 20:57

Prescrição	Horário:
CETOPROFENO 100MG 1AMP + SF 0,9% 100ML IV	21:30
TRAMADOL 100MG 1AMP + SF 0,9% 250ML IV	21:30



REPÚBLICA FEDERATIVA
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSIÇÃO
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1497199202

NOME
RAFAELA LIMA LEANDRO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
20076124597 SEPDS CE

CPF DATA NASCIMENTO
066.433.643-45 18/08/1998

FILIAÇÃO
JOSE LEANDRO DA COSTA
ANTONIA ELIETE DOS
SANTOS LIMA

PERMISSÃO ACE CAT HAB
PERMISSÃO

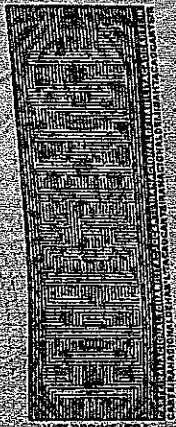
Nº REGISTRO
06946010142

VALIDADE
31/10/2018

1ª HABILITAÇÃO
31/10/2017

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;



RAFAELA LIMA LEANDRO

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JUAZEIRO DO NORTE, CE

DATA EMISSÃO
06/11/2017

Igor Vasconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

73068260610
CE156311640

PROIBIDO PLASTIFICAR

1497199202



CEARÁ



Dr. Jofrânio Bandeira F. de Caldas

Clínica Médica - Cirurgia Geral

- Especialização em Medicina da Família e Comunidade.
- Pós-Graduação (Residência Médica em Cirurgia Geral)

Relatório médico

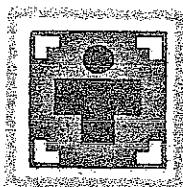
O paciente Pedro Lima tem 50 anos sofreu acidente de moto no dia 01/01/2018 que resultou em fratura do antebraço (rádio e ulna) esquerdo. Recebeu tratamento (cirurgia) com oclusão com placas e parafusos do antebraço esquerdo. Apresenta sequelas motoras limitadas de 50% no mobilidade do antebraço esquerdo. Recebeu alta definitiva no dia 05/10/2018.

49/44/2018

Dr. Jofrânio B. F. de Caldas
MÉDICO
CREMEC: 6795

Av. Ailton Gomes, 2478 - Pirajá - Juazeiro do Norte-CE - Px. ao Banco do Brasil
Anexo Laboratório Vidanalise

(88) 3571.1449 / 0800.0791441 / 9 8829.6724 / 9 9689.5332



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI

Pedro Lima Leandro

O paciente Pedro Lima
Leandro deu entrada neste
serviço com fratura no osso
do antebraço esquerdo (01/01/18)
vítima de acidente de moto.

O mesmo foi operado, ficou
em acompanhamento ambulatorial
e fisioterapia, no momento
está de alta com tratamento
definitivo.

03/09/18

Dr. Francisco Antônio Gomes
Residência - Ortopedia
19/09/2017

Av. Padre Cícero, Km 02 - Triângulo - Fone: (88) 2101.3150 - Fax: (88) 3571.4517
CEP: 63.041-440 - Juazeiro do Norte - Ceará



CLÍNICA DE FISIOTERAPIA INTEGRADA S/C - LTDA

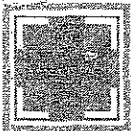
CNPJ: 07390376/0001-07
FONE: (88) 8807.0477

Declaração.

Declaro para os devidos fins
que Pedro Lima Leandro
realizou alto fisioterápico
neste setor devido à
paterna de rádio e ulna
E, durante dez sessões.
Paciente recebe alto nesta
data.

Guota

24/08/18



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

BOLETIM DE ADMISSÃO - INTERNAÇÃO

fls. 29

Prontuário: 56890 Registro: 5717 Data/Hora: 08/01/201 14:23
Paciente: PEDRO LIMA LEANDRO
Mãe: ANTONIA ELIETE DOS SANTOS
Nasc: 01/06/2002 RG: 20085809424 CPF: Sexo: Masculino
Idade: 15 anos, 7 meses e 7
Endereço: FRANCISCO NEUDO CRUZ Nº 25 Bairro: PEDRINHAS
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE UF: CE
Convênio: PARTICULAR Carteira:
Fone: 88988529383 - 0
Profissão: NENHUM CBO Atendente: CICERAGORETE
Tipo de Acomod.: Enfermaria Bloco: POSTO II Quarto: 12 Leito: 2
Médico Responsável: 005943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

Historia Clinica ou resumo :

Paciente com fratura no
osso do antebraço. Ferimento por
cunha, vítima de acidente automobilístico.

Exames complementares:

- Rx

Ossos

Diagnostico :

- fratura osso do antebraço

() Agudo () Crônico () Tempo de Evolução: ____ () Meses () Anos

Previsão de Alta: ____/____/____

Hora:

Curado ()

Melhorado ()

Transferido ()

Trat. Ambulatorial ()

Indisciplina ()

Óbito: ____

Causa: ____

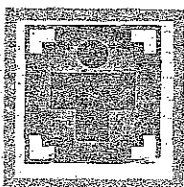
Data: ____/____/____

PEDRO LIMA LEANDRO

Paciente/Responsável

Dr. Francisco P. Sampaio
CRM: 247.851.000-49

Médico Solicitante



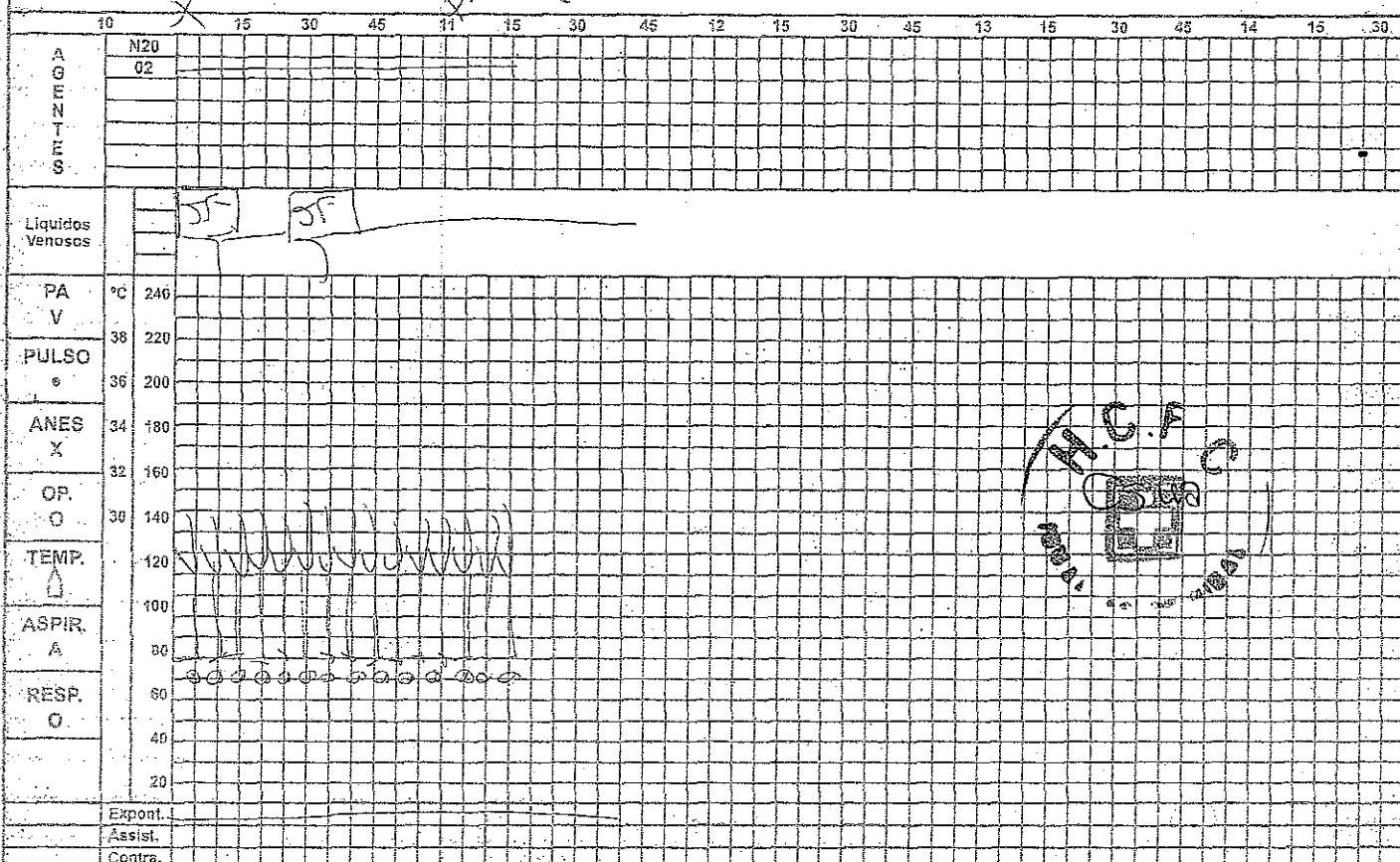
HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: Rafaela L. L. Nº do Registro: _____
Idade: 15 Data: 8/1/2019 Convênio: _____ Leito: _____
Cirurgião: D. F. Botelho Anestésista: _____

Pré-Medicação-Dose-Hora-Efeito:

Letícia M. Ribeiro Aguiar Luciani
MÉDICA
CRM 3458
CPF 121.507.174-49



SÍMBOLOS

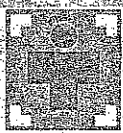
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. <u>Xylo 200mg</u>	<u>200mg</u>	<u>Supra</u>	<u>1</u>
B. <u>Propofol</u>	<u>100mg</u>	<u>100mg</u>	<u>2</u>
C. <u>Fentanyl</u>	<u>100mcg</u>	<u>100mcg</u>	<u>3</u>
D. <u>Ator 100mg</u>	<u>100mg</u>	<u>100mg</u>	<u>4</u>
E. <u>Dem 15mg</u>	<u>15mg</u>	<u>15mg</u>	
F. <u>Amor 200mg</u>	<u>200mg</u>	<u>200mg</u>	
G.			
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA	
		NASO/OROTRAQUEAL - CEGA	
		BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO	
		SOB - MÁSCARA	
		DIFICULDADE TÉCNICA	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL	<u>1000ml</u>	<u>60'</u>	

OPERAÇÃO: Trat. q

ANESTESISTA: _____ CIRURGIÃO: _____ PERDA SANGÜÍNEA: _____

Laríngo - Espasmo - Excesso Secre. Hemorragia - Arritmia
Depressão Respiratória - Hipóxia Bradi - Taquicardia - Choque
"BUCKING" - Vômito

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCONDES YURI DE SOUSA DAMASCENO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 01/07/2019 às 15:50. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 00096242520190060112 e código 4BC92C0.



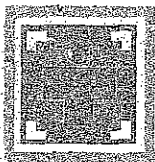
HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CEARÁ

Paciente: Pedro Lima Leonardo Convênio: Particular Nº. 31

Cirurgia: 1.º Cirúrgico de fratur. antebraço E Data: 02/01/2019

Anestesia: Início: 15:00 Hs Fim: 16:00 Hs Médico: Dr. Petronio

Material		Taxa de Sala		Sol./Medicam./ Anestésicos				250
Ácido Peracético	Gr	Porte 0 - Ambulatorial		Adrenalina	AMP		Soro Fisiol. Infusão / Lavar	TB
Alcool 70%	ML	Porte 1 - Até 01 hora		Água Destilada 10ml	AMP	☒	Soro Fisiol. 100ml	TB
Aguilha Desc. 13x4,5	UN	Porte 2 - Até 02 horas		Água Destilada 1000ml	TB		Soro Fisiol. 250ml	TB
Aguilha Desc. 25x07	UN	Porte 3 - Até 03 horas		Água Oxigenada	ML		Soro Fisiol. 500ml	TB
Aguilha Desc. 30x08	UN	Porte 4 - Até 04 horas		Álcool Iodado	NIL	50	Soro Glic. 250ml	AMP
Aguilha Desc. 40x12	UN	Porte 5 - Acima 05 horas		Aminofilina	AMP		Soro Glic. 500ml	AMP
Aguilha Peridural 180G	UN			Aramin	AMP		Sol. Glico-Fisiológico 500ml	AMP
Aguilha Raqui 26 e 27	UN	Fios Sutura		Atropina 0,25mg	AMP		Sol. Ringer Lactato 500ml	AMP
Aguilha Stimuplex	UN	Aciflex Nº	UN	Bicarbonato de Sódio	AMP		Sulfenta	AMP
Atraclip	UN	Ethibond Nº	UN	Brevibloc	AMP		Tenoxen 20mg	UN
Azul Metileno	UN	Monocryl Nº	UN	Clonidin 150mcg	AMP		Tilatil 20mg	AMP
Atadura de Crepon 12cm	UN	Monocryl Nº	UN	Decadron 4mg (Dexametasona)	AMP		Tracrium 10mg/ml	AMP
Bola de algodão	UN	Monocryl Nº	UN	Difenidrin	AMP		Tramal 50mg	AMP
Band-Aid	UN	Mononylon Nº 3-0	UN	Dimorf 0,2 e 1mg	AMP		Trofodermin	Gr
Cânula Endotraqueal	UN	Mononylon Nº	UN	Dolosal 100mg	AMP		Valium 10mg	AMP
Cateter Jeico	UN	Mononylon Nº	UN	Dormonid 15mg	AMP	1	Vaselina pomada	Gr
Cateter Oxigênio	UN	Policot Nº	UN	Droperidol	AMP		Volaren 75	AMP
Clamp Umbilical	UN	Prolene Nº	UN	Efedrina 50mg	AMP		Xylestesin CV 2%	AMP
Coletor Urina Fechado	UN	Prolene Nº	UN	Efortil 10mg	AMP		Xylestesin GEL	Gr
Compressa Grande	UN	Sertix Catgut Cromado Nº 3-0	UN	Esmeron 10mg/ml	AMP		Xylestesin Spray	ML
Cotonete	UN	Sertix Catgut Simples Nº	UN	Éter	AMP	30	Xylestesin SV 2%	AMP
Capa p/ Vídeo	UN	Vicryl Nº	UN	Fenergan	AMP		luva esteri 8.0 un	
Dreno Penrose	UN	Vicryl Nº	UN	Fentanest	FA	2ml		
Dreno Tórax Biokit	UN			Fraxiparina 0,3 ou 0,6	AMP			
Eléttodos ECG	UN			Glicose 25% ou 50%	AMP			
Equipo Artroscopia	UN	Equipamentos / Gases		Glutaron	MI			
Equipo Sangue	UN	Ar Comprimido	Hr	Hemmacel	TB			
Equipo Soro	UN	Bisturi Elétrico	UN	Heparina 5000/1ml	AMP			
Esparadrapo	UN	Bomba Infusão	UN	Hidro cortisona	FA			
Escova PVPI	UN	Capnografia	UN	Hypaque 50%	FA			
Faixa Smarch	UN	Desfibrilador/Cardioversor	UN	Inoval	AMP			
Formol líquido	ml	Fotografia	UN	Isoflurano	FR			
Gaze Alcochoada	UN	Intensificador Imagens	UN	Kanakion	AMP			
Gaze Seca (7,5x7,5)	UN	Monitor Multiparamétrico	HI	Ketalar 50mg/ml	FA			
Gaze Vaselinada	UN	Oxigênio	HI	Lanexat 0,5mg	AMP			
Gel Condutor	Gr	Oxido Nitroso	Hr	Lasix 40mg (Furosemida)	AMP			
Gorro desc.	UN	Aspirador	Hr	Methergin	AMP			
Hemodreno Nº	UN	Aparelho de vídeo		Nalorfina	AMP			
Intracath	UN			Narcan 0,4mg	AMP			
Irrigafix	UN			Naropin	AMP			
Lâmina Bisturi 24	UN	Antibiótico		Nausedron 4mg	AMP			
Luvas Cirúrgicas 1.0	UN	Cefazolina 1g	FA	Neocaina CV 0,5%	AMP			
Luvas de procedimento	UN	Cipro 200 IV	FA	Neocaina Pesada 0,5%	AMP			
Máscara desc.	UN	Flagyl 0,5g IV (Metronidazol)	FA	Neocaina SV 0,5%	AMP			
Micro pore	UN	Garamicina 80mg	AMP	Novabupí CV 0,5%	AMP			
Povidine 20g	UN	Keflin 1g (Cefalotina)	FA	Novabupí SV 0,5%	AMP			
Propés desc.	UN			Novabupí 0,75 CV	AMP			
Prastorbarba	UN			Novabupí 0,75 SV	AMP			
Scalp nº	UN	Equipe		Novalgina 500mg/ml (Dipirona)	AMP			
Seringas desc. 03 ml	UN	01 - Cirurgião: Dr. Petronio		Nubain 10mg	AMP			
Seringas desc. 05 ml	UN	02 - Auxílio I:		Óleo de Canola	MI			
Seringas desc. 10 ml	UN	03 - Auxílio II:		Omeprazol 40mg	FA			
Seringas desc. 20 ml	UN	05 - Instrumentador: Sueli		Orastina	AMP			
Seringas desc. 60 ml	UN	06 - Anestesiista: Dnalécia		Pancuron	AMP			
Seringa Peridural - Perifix	UN	07 - Pediatra:		Pavulon	AMP			
Sonda Foley 2V Nº	UN	00 - Circulante: Duma		Plasil 10mg	AMP			
Sonda Foley 3V Nº	UN			Propofol 1% e 2%	AMP			
Sonda Nasogástrica	UN			Prostigmine 0,5mg	AMP			
Sonda Uretral Nº	UN			Quelicin 100mg	AMP			
Tornelra 3V	UN			Sevoflurano	FR			
Transofix	UN							
Tala Gessada MS	UN							
Tala Gessada MI	UN							
Órtese / Prótese								
01 -		Cód:						



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI

fls. 32

BOLETIM DESCRIÇÃO CIRURGICA

Data: / /

Paciente:

Convênio:

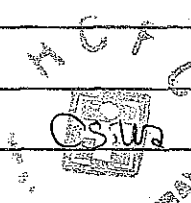
REG. Nº

DIAGNÓSTICOS:

+ Fratura angulada

CIRURGIAS REALIZADAS:

Redução + fixação



CÓDIGO AMB:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

4. Paciente sob efeito anestésico geral.
- Abertura antecubital, apos
de campo. Ombro
- Tumor no dorso da antebra
Feito Redução da fratura
Fixada com placa e 200 fios
de aço inoxidável. Fratura man
curada.

Dr. Francisco P. Campelo
Ortopedista
Fone 5945 - Cel 247.251.538-49

CIRURGIÃO

1º AUXILIAR

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCONDES XURI DE SOUSA DAMASCENO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 01/07/2019 às 15:50, sob o número 00096242520198060112. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/doc/0009624-25.2019.8.06.0112 e código 4BC92CO.

HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº REGISTRO

5717

PACIENTE: PEDRO LIMA LEANDRO

IDADE: 15a 7m 7d

CONVÊNIO: PARTICULAR

MÉDICO: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

BLOCO: NAO INFORMADO ACOMODAÇÃO: 12

LEITO: 2

DATA ENTRADA: 08/01/2018

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

1 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

1.1 - PRESCRIÇÃO

SORO FISIOLÓGICO 500ML

~~500~~

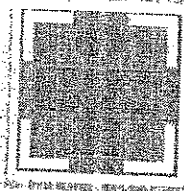


67-51818374 107-306744
FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO
5943

FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

5943

08/01/2018 15:10:22



HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: 5717

Paciente: PEDRO LIMA LEANDRO

Data: 08/01/2018

Convênio: PARTICULAR

Carteira:

Médico: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUCAO

1.1 - DESCRICAO

AS 14:23HS:

CLIENTE MENOR DE 15ANOS ADMITIDO NESTA UNIDADE HOSPITALAR COM FRATURA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, PROCEDENTE DE SUA RESIDENCIA, VEIO DEAMBULANDO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANOTICO, CALMO, COOPERATIVO, EM DIETA ZERO, ACOMPANHADA, HIGIENIZAÇÃO CORPORAL SATISFATORIO, SONO+REPOUSO PRESERVADOS, NEGA DIABETES, ETILISMO, TABAGISMO, HIPERTENSAO E ALERGIAS: FEITO AVP COM JELCO 20 EM SOROTERAPIA, AFERIDO OS SSVV:

PA: 110X80mmHg

FC: 70bpm

FR: 19rpm

T: 36,6C

AS 14:50HS ENCAMINHADO PARA S.O NA MACA;

AS 16:20HS CLIENTE RETORNOU DO S.O. APOS PROCEDIMENTO CIRURGICO, SONOLETO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, AFEBRIL, EUPNEICO, EM SOROTERAPIA, DIATE LIBERADO APOS EFEITO DA ANESTESIA, REALIZADO RX DE CONTROLE, AFERIDO A PA: 100X80mmHg, T: 36,1C, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

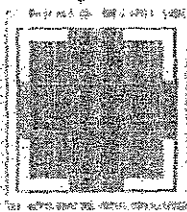


MARIA REGILANE SANTOS

COREN-CE-966766

08/01/2018 17:38:21

Maria Regilane S. Mascarenhas
Téc. em Enfermagem
COREN-CE 966.766



HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: 5717

Data: 08/01/2018

Paciente: PEDRO LIMA LEANDRO

Convênio: PARTICULAR

Carteira:

Médico: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUCAO

1.1 - DESCRICAO

AS 20:00HS CLIENTE JOVEM 15ANOS, EVOLUINDO BEM AO P.O, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOTENSO, NORMORADO, ESTA EM REPOUSO NO LEITO, ACOMPANHADO, MANTENDO SOROTERAPIA + MEDICAÇÃO, ACEITANDO BEM A DIETA OFERECIDA, HIGIENE CORPOAL SATISFATORIA, FUNCOES FISIOLÓGICAS PRESENTES, SSVV AFERIDOS, SEM QUEIXAS NO MOMENTO.

PA=120X80mmhg

T=36.5°C

P=80bpm

R=20rpm

SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

AS 22:00HS CLIENTE REFERIU ALGIAS, M.C.P.M.

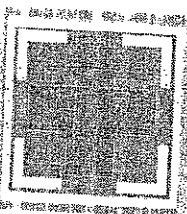
AS 06:00HS CLIENTE RELATA TER DORMIDO BEM, MANTEM REPOUSO NO LEITO, ACOMPANHADO HIGIENE CORPORAL SATISFATORIA.

SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.



SOLANGE DA SILVA SANTOS
COREN-CE-105136
09/01/2018 05:52:03

Solange da Silva Santos
Téc. em Enfermagem
09/01/2018



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: 577

Paciente: PEDRO LIMA LEANDRO

Data: 8/1/2018

Convênio: PARTICULAR

Médico: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

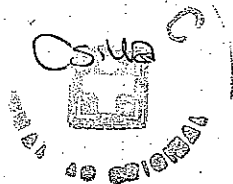
Carteira:

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO

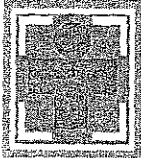
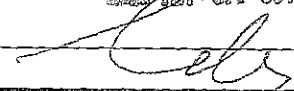
11HRS= CLIENTE COM BOA EVOLUÇÃO, APÓS VISITA MÉDICA SAIU DE ALTA HOSPITALAR ACOMPANHADO. DEAMBULANDO, RETIRADO AVP, COM ALGODÃO. ÁLCOOL. LUVA PROCEDIMENTO.

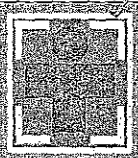


MARTA MARIA NASCIMENTO DE
COREN-CE-429032
9/1/2018 11:00:54

Marta Maria N. de Oliveira
Téc. de Enfermagem
COREN - CE - 429032

made

		HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI				Avenida Padre Cícero KM 02 Bairro: Triângulo Juazeiro do Norte CE PABX: (88) 2101.3150 - FAX: (88) 3571.4517	
NOME DO CLIENTE:		PEDRO LIMA LEANDRO					
EXAME SOLICITADO:		RAIOS X DO ANTE BRACO		DATA 08/01/2018	IDADE 15 ANOS		
MEDICO:	PETRONIO	CRM:	5943/CE	CONVÊNIO	PARTICULAR		
<i>Fraturas do 1/3 distal do antebraço.</i>  EDUARDO LOPES CRM 721 - CPF 001.610.209-72  DR. EDUARDO LOPES CRM: 721							



**HOSPITAL DAS
CLINICAS
E FRATURAS DO CARIRI**

**Avenida Padre Cícero KM 02 Bairro: Triângulo
Juazeiro do Norte CE
PABX: (88) 2101.3150 - FAX: (88) 3571.4517**

NOME DO CLIENTE:		PEDRO LIMA LEANDRO			
EXAME SOLICITADO:		RAIOS X DO ANTE BRACO		DATA 08/01/2018	IDADE 15 ANOS
MEDICO:	PETRONIO	CRM:	5943/CE	CONVÊNIO	PARTICULAR

*Fraturas do 1/3 distal
dos ossos do antebraço
com fio intramedular no
radio.*



EDUARDO LOPES
CRM 721 - CPF 001.610.203-72

Eduardo Lopes

DR. EDUARDO LOPES
CRM: 721