

**PROCURAÇÃO***Ad Judicia et Extra*

**OUTORGANTE:** JOSÉ EVANDRO SALDANHA DE OLIVEIRA, brasileiro, solteiro (União Estável), serviços gerais, nascido em Fortaleza/CE em 19/09/1980, filho de Josefa Saldanha de Oliveira, RG 98010237772 (SSP/CE), CPF/MF 657.695.383-68, residente no Sítio Canto, S/N, Zona Rural, Russas/CE, CEP 62910-000, Telefone 88 9 9254 3688.

**OUTORGADO:** JOSÉ ALÉCIO CARVALHO MAIA, brasileiro, casado, advogado (OAB/CE 19600), com Endereço do Escritório dado no rodapé desta.

**PODERES**

Nomeio e constituo meus bastantes procuradores os acima qualificados, aos quais confiro os poderes constantes das cláusulas ad judicia et extra, em qualquer Juízo, Instância, Tribunal ou quaisquer entidades da Administração Pública direta ou indireta, podendo, para tanto, propor contra quem de direito as ações pertinentes e defender nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e cabíveis, acompanhando-os no percurso do trâmite que lhes seja afeto, concedendo-se, outrossim, poderes para transigir, confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação e/ou direitos hereditários que lhes digam respeito direta ou indiretamente, receber bem(ns) apreendido(s) e/ou restituídos, acolher e/ou receber e/ou dar quitação e/ou firmar compromisso, bem como, substabelecer, com ou sem reserva, iguais poderes ou em caráter adstrito, dando tudo por bom, firme e valioso, podendo, ademais, representar junto a quaisquer repartições públicas, independentemente do ente federal a que pertença, para tomar as providências que entender necessárias para o bem do interesse do Outorgante.

Russas-CE, 23 de maio de 2019.


  
OUTORGANTE

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**EU, JOSÉ EVANDRO SALDANHA DE OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro (União Estável), serviços gerais, nascido em Fortaleza/CE em 19/09/1980, filho de Josefa Saldanha de Oliveira, RG 98010237772 (SSP/CE), CPF/MF 657.695.383-68, residente no Sítio Canto, S/N, Zona Rural, Russas/CE, CEP 62910-000, Telefone 88 9 9254 3688, venho, com o devido respeito e acatamento costumeiros, à presença de Vossa Excelência, professar minha **DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**, conforme a previsão contida no Art. 98 e Art. 99, ambos do Código de Processo Civil - CPC (Lei 13.105, de 16/03/2015)<sup>1</sup>, no Art. 3º da Lei Estadual 14.859, de 28/12/2010<sup>2</sup>, dada presunção de veracidade prevista no Art. 1º da Lei 7.510, de 04/JUL/1986<sup>3</sup>, e, ainda, dado contido no Art. 5º da Lei 1.050, de 05/FEV/1950<sup>4</sup>, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas suficientes para custear com elevadas despesas, mormente as despesas judiciais, sem sacrifício do sustento próprio e da família.

Por ser a expressão verdade, assumindo inteira responsabilidade pela declaração acima, sob as penas da Lei, assino a presente para que produza os legais e jurídicos efeitos pertinentes à matéria.

Russas-CE, 23 de maio de 2019.

  
**DECLARANTE**

<sup>1</sup> Art. 98. A pessoa natural ou jurídica, brasileira ou estrangeira, com insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios tem direito à gratuidade da justiça, na forma da lei.

[...]

Art. 99 O pedido de gratuidade da justiça pode ser formulado na petição inicial, na contestação, na petição para ingresso de terceiro no processo ou em recurso.

<sup>2</sup> Art. 3º São documentos idôneos a comprovação do estado de pobreza:

I - fatura de energia elétrica que demonstre o consumo de até 80 kwh mensais;

II - fatura de água que demonstre o consumo de até 10 metros cúbicos mensais;

III - comprovante de inscrição em benefícios assistenciais do governo federal;

IV - comprovante de obtenção de rendimento mensal inferior a meio salário mínimo por membro do núcleo familiar.

<sup>3</sup> Art. 1º A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.

<sup>4</sup> Art. 5º O juiz, se não tiver fundadas razões para indeferir o pedido, deverá julgá-lo de plano, motivando ou não o deferimento dentro do prazo de setenta e duas horas.

§4º Será preferido para a defesa da causa o advogado que o interessado indicar e que declare aceitar o encargo.

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS**

Que entre si fazem, como Parte Contratada **JOSÉ ALÉCIO CARVALHO MAIA**, brasileiro, casado, advogado (OAB/CE 19600), com Endereço no rodapé, e, como **PARTE CONTRATANTE JOSÉ EVANDRO SALDANHA DE OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro (União Estável), serviços gerais, nascido em Fortaleza/CE em 19/09/1980, filho de Josefa Saldanha de Oliveira, RG 98010237772 (SSP/CE), CPF/MF 657.695.383-68, residente no Sítio Canto, S/N, Zona Rural, Russas/CE, CEP 62910-000, Telefone 88 9 9254 3688, na forma e condições abaixo que, mutuamente aceitam, ratificam, e outorgam, por si, herdeiros e sucessores, todos solidariamente ao abaixo.

**CLÁUSULA PRIMEIRA** - A Parte Contratada aforará Ação de Cobrança quanto à indenização e/ou diferença de valores do Seguro DPVAT em prol da Parte Contratante e contra quem de direito.

**CLÁUSULA SEGUNDA** - A Parte Contratante fornecerá os documentos ao trâmite do feito.

**CLÁUSULA TERCEIRA** - A Parte Contratante declara aceitar ser esta uma obrigação de meio.

**CLÁUSULA QUARTA** - A Parte Contratante pagará as despesas judiciais e extrajudiciais, inclusive as apresentadas por comprovantes/recibos.

**CLÁUSULA QUINTA** - A Parte Contratante responsabilizar-se-á pelos demais patronos que agregar.

**CLÁUSULA SEXTA** - Eventuais pareceres, perícias, diligências e outros manejos serão ajustados pelas Partes, do que resultará aditivo a este Contrato.

**CLÁUSULA SÉTIMA** - A Parte Contratante pagará 40% referente aos Honorários Advocatícios, pelos quais autoriza a Expedição de Alvará Judicial em apartado à Parte Contratada.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Por outras medidas judiciais a serem aforadas, eis que caberá novo contrato atinente a honorários advocatícios, bem como após o fim da Instrução Processual.

**CLÁUSULA OITAVA** - Os honorários profissionais propostos são devidos mesmo se o direito pleiteado vir a ser reconhecido e estendido de ofício, como, independentemente de revogação do mandato de procuração ou intervenção de terceiros estranhos a este contrato, ou ainda por qualquer ação com efeito "erga omnes".

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Os honorários acordados não excluem a percepção pelos Contratados dos honorários sucumbências arbitrados, nem comportam repetição ou compensação.

**CLÁUSULA NONA** - Este contrato poderá ser rescindido por qualquer das Partes, sem multa, tomadas as providências: partindo do Contratado, este notificará da renúncia com 30 dias de antecedência, sem devolução de honorários, desistindo das parcelas futuras; partindo do Contratante, este notificará pessoalmente o Contratado com 30 dias de antecedência e deverá estar quite com os honorários até o momento da notificação.

**CLÁUSULA DÉCIMA** - A validade deste contrato inicia-se da assinatura e finda ou da rescisão ou enquanto perdurar o trâmite até o trânsito.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA** - Elege-se a Comarca de Russas para dirimir quaisquer dúvidas deste contrato, não obstante a idoneidade e sinceridade de propósito das Partes.

E, por estarem assim justos, assinam o presente, em duas vias, depois de lido e achado conforme, perante as testemunhas, obrigando-se ao fiel cumprimento.

Russas-CE, 23 de maio de 2019.

**JOSÉ ALÉCIO CARVALHO MAIA**  
ADVOGADO - OAB/CE 19600

//////////////////// **TESTEMUNHAS** //////////////////////

**01 - ÂNGELA MARIA DA SILVA**, brasileira, solteira, auxiliar de escritório, nascida em Russas em 20/ABR/1969, filha de Antônio Rufino da Silva e Maria Ferreira da Silva, RG 2008292480, CPF 416.271.483-53, domiciliada na Av Francisco Raimundo de Oliveira, 947, Catumbela, Russas.

**ÂNGELA MARIA DA SILVA**

**02 - FRANCISCO ROGÉRIO LIMA**, brasileiro, solteiro, autônomo, nascido em Russas/CE em 30/08/1969, RG 028.280-1-4, CPF 454.764.203-63, domiciliado na Av Dom Lino, 1359, Centro, Russas/CE.

FRANCISCO ROGERIO LIMA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7881923772 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/02/2014

**JOSE EYANORO SALDANHA DE OLIVEIRA**

NÃO INFORMADO

JOSEFA SALDANHA DE OLIVEIRA

FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO 19/07/1980

CCB ORIGINÁRIO CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: PARANGABA/FORTALEZA/CE TERMO: 65.468

FOLHA: 527 LIVRO: A/55 FORTALEZA - CE

CPF 657.695.383-68

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

**ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

Policial Direto

*Jose Eyandro Saldanha de Oliveira*

19/07/1980

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Esta é a segunda via de

**JAN/2019**Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco**Nº DO CLIENTE****9623268**DV **4****VENCIMENTO****TOTAL A PAGAR (R\$)**Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **558675440****Companhia Energética do Ceará**

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

**DADOS DO CLIENTE**

Rota 35 025005 78 0800

Medidor

Poste

Nome EDNA LEILA MOURA

7207781

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora ST CANTO 00000 ST CANTO RUSSAS 62900000

RG / CPF / CNPJ 081.444.653-18

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☒ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

FP 4050

3952

1

98

0

98

**DESCRIÇÃO DA CONTA**Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)**DATAS DE LEITURA**Data de Emissão/  
ApresentaçãoPrev. Próxima  
Leitura

19/02/2019

19/02/2019

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

DB48.70EF.0233.D390.FBF0.DB58.433D.7748

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$)

Aliquota

Valor do Imposto

ISENTO

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO****OUTROS PAGAMENTOS**

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

-33,15

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA

1,18

MULTA MORATORIA

2,17

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

4,22

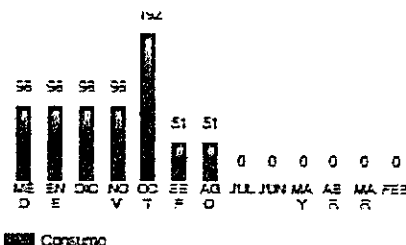
**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 14,69

Conjunto

Mês NOV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	5,13	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			4,90		

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)****CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>)Compensado kg (CO<sub>2</sub>)Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)

0 100

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

**9623268-4**Nº da Nota Fiscal: **558675440**Total a Pagar (R\$): **0,00**

Data de Emissão:

**04/02/2019**Referência: **JAN/2019**

Nº de Controle:

**FATURA PAGA, NÃO RECEBER**

17/08/2017

Guia de Admissão e Guia de Atendimento

ex-913.150



HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS  
Dr. José Ramalho, 1435 - Centro  
Russas / Ceará



1700212140 17/08/2017 11:43:14 GUIA DE ADMISSÃO ( ) GUIA DE ATENDIMENTO ( ) TRAUMA/CIRURGICO-02.006.003

Paciente	Nascimento		CNS	CPF
00055195 - JOSE EVANDRO SALDANHA DE OLIVEIRA	19/09/1980 Id: 36 A 10 M 28 D898003030016554		657.695.383-68	
Documento	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Escolaridade
Identidade - 98010237772 - SSP CE -	M	Solteiro(a)	Branca -	SERVIÇOS GERAIS
Endereço	CEP		Complemento	
SITIO - CANTO - 00 - ZONA RURAL - RUSSAS - CE	62.900-000		PX A IGREJA	
Naturalidade	Contatos			
FORTALEZA - CE	(88) 99254-3688			
Mãe	Pai		SisPreNatal	
JOSEFA SALDANHA DE OLIVEIRA	LUIZ FREIRE DE ANDRADE			
Plano - Convênio	Carteira	Validade	Autorização	
SUS - SUS				
Caráter de Atendimento	Procedência	Especialidade	Profissional Solicitante	
Urgência		TRAUMA/ORTOPEDIA	VICTOR PONTES PARAHYBA	
CID Principal	Procedimento Solicitado		Perm. Máxima (dias)	

ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer ( ) Exames Laboratoriais ( ) RX ( ) Ultrassonografia ( ) Prótese ( ) Mudança de Procedimento ( )

Convênio: Autorizado Até: / / Prorrogado Até: / /

Outros ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Data da Saída: 19, 08, 17 Motivo: ( ) Curado ( ) A pedido ( ) Evasão ( ) Transferido ( ) Óbito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: \_\_\_\_\_

OPERAÇÃO

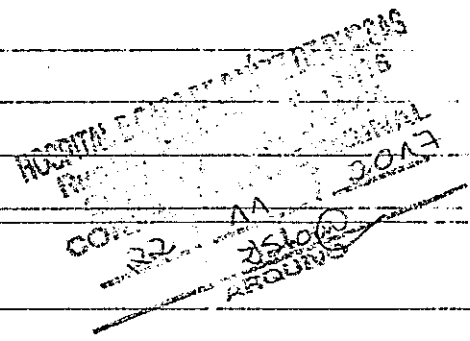
PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

SECUNDÁRIA: \_\_\_\_\_

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

*K. d. Antef*

*[assinatura]*



Médico Responsável

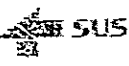
*Edna Laila Moura*

Paciente ou Responsável

Diretor Responsável

Guia emitida por: RAFAEL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ALECIO CARVALHO MAIA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/05/2019 às 12:53, sob o número 00200080620198060158. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0020008-06.2019.8.06.0158 e código 495BB0D.

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	
<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>			
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS</b>		7 - CNES <b>232800-3</b>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS</b>		4 - CNES <b>232800-3</b>	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <b>JOSE EVANDRO SALDANHA DE OLIVEIRA</b>			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <b>898003030016554</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>19/09/1980</b>	9 - SEXO <b>1 - Masculino</b>
11 - NOME DA MÃE <b>JOSEFA SALDANHA DE OLIVEIRA</b>		10 - RAÇA / COR <b>Branca</b>	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL <b>JOSE EVANDRO SALDANHA DE OLIVEIRA</b>		12 - TELEFONE DE CONTATO <b>(88) 99254-3688</b>	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <b>SÍTIO: CANTO - 00 - PX A IGREJA - ZONA RURAL</b>		14 - TELEFONE DE CONTATO <b>(88) 99254-3688</b>	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>RUSSAS</b>		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO <b>231160</b>	18 - UF <b>CE</b>
		19 - CEP <b>62.900-000</b>	

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

77 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

78 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DO DOCUMENTO

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

36 - CLÍNICA

37 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

38 - DOCUMENTO

39 - Nº DO DOCUMENTO

40 - CLÍNICA

41 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

42 - DOCUMENTO

43 - Nº DO DOCUMENTO

44 - CLÍNICA

45 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DO DOCUMENTO

48 - CLÍNICA

49 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DO DOCUMENTO

52 - CLÍNICA

53 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

54 - DOCUMENTO

55 - Nº DO DOCUMENTO

56 - CLÍNICA

57 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

58 - DOCUMENTO

59 - Nº DO DOCUMENTO

60 - CLÍNICA

61 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

62 - DOCUMENTO

63 - Nº DO DOCUMENTO

64 - CLÍNICA

65 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

66 - DOCUMENTO

67 - Nº DO DOCUMENTO

68 - CLÍNICA

69 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

70 - DOCUMENTO

71 - Nº DO DOCUMENTO

72 - CLÍNICA

73 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

74 - DOCUMENTO

75 - Nº DO DOCUMENTO

76 - CLÍNICA

77 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

78 - DOCUMENTO

79 - Nº DO DOCUMENTO

80 - CLÍNICA

81 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

82 - DOCUMENTO

83 - Nº DO DOCUMENTO

84 - CLÍNICA

85 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

86 - DOCUMENTO

87 - Nº DO DOCUMENTO

88 - CLÍNICA

89 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

90 - DOCUMENTO

91 - Nº DO DOCUMENTO

92 - CLÍNICA

93 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

94 - DOCUMENTO

95 - Nº DO DOCUMENTO

96 - CLÍNICA

97 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

98 - DOCUMENTO

99 - Nº DO DOCUMENTO

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO ☐ EXTERNO ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ORÇÃO EMISSOR

48 - Nº DO DOCUMENTO

49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CIP) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSILIO)

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR









**SANTAS  
CASAS  
UNIDAS**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

NOME: Jose Eustaquio Saldivar de Oliveira

**DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:**

07.772.000  
12.12.2009  
CEP: 62.500-000  
CEARA

DATA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
12/8/72		Pz de embreagem L
18/8/72		Sutht = cura de embreagem L

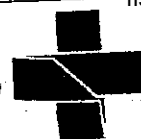


GOVERNO MUNICIPAL  
**RUSSAS**  
Nossa maior obra é cuidar das pessoas



**SEMUS**  
Secretaria Municipal de Saúde  
PREFEITURA MUNICIPAL DE RUSSAS

**SUS**



Sistema  
Único  
de Saúde

fls. 19

## FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem:

Distrito Sanitário:

Nome:

Prontuário Nº

Sexo:

☒ Masculino ☐ Feminino

Data de Nascimento:

Ocupação

Endereço:

Bairro

Fone

Motivo do Encaminhamento:

Resultado de Exames:

Conduta já Realizada:

Impressão Diagnóstica:

Assinatura do Encaminhamento - Nº Registro

Função

Data

Hora

Classificação de Risco na Regulação

A Muito  
Alta

B  
Alta

C  
Média

D  
Baixa

## AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento:

Profissional:

Data:

Hora

Unidade de Referência

## FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (\*)

Unidade de Referência

Município:

Prontuário Nº

Alta

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exame:

Diagnóstico principal:

Secundário 1

Secundário 2

Proposta de Conduta Segmento:

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

Data

Av. Dom Lino, nº 1383 - Centro C.E.P. 62.900-000 - Russas - CE -  
contato@semsus.russas.ce.gov.br



**HOSPITAL E MATERNIDADE DIVINA PROVIDÊNCIA DE RUSSAS**

**RUA DR. JOSÉ RAMALHO, 1402-CENTRO CEP:62.900.000**

**RUSSAS - CEARÁ - CNPJ: 00 655 267/0001-17**

**☎: (88) 3411.0027/99211.9966/9998.2890**

### **SERVIÇO DE RADIODIAGNÓSTICO**

**PACIENTE: JOSÉ EVANDRO SALDANHA DE OLIVEIRA**

**D/N: 19/09/1980**

**DATA : 05/10/2017**

**CONVENIO: PARTICULAR**

### **RAIO X DO ANTEBRAÇO DIREITO AP/PERFIL**

- Controle de osteossítese de fratura no 1/3 distal diafisária da ulna.

**Dr MARCELO PINHEIRO**

**CRM 6763**

05-10-37

Rx Antebrazo  
①.



HMD PR 05101  
JE60 D

Rx AntelDroce  
①







BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 4919 / 2017

### **Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **18/12/2017 15:12:09**  
Data / Hora da Ocorrência: **20/07/2017 17:40:00**  
Endereço da Ocorrência: **BECO SÍTIO CARNAUBA BRANCA**  
Complemento: **BR 116**  
Bairro: \_\_\_\_\_ Município: **RUSSAS/CE**  
Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **JOSE EVANDRO SALDANHA DE OLIVEIRA**  
Nascimento: **19/09/1980** CPF:  
RG: **98010237772** Órgão Emissor: **SSPDC** UF:  
Filiação: **JOSEFA SALDANHA DE OLIVEIRA**  
**NC**  
Endereço: **SITIO CANTO, 43**  
Bairro: **ZR**  
Município: **RUSSAS/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9254-3688**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OCM8375** Uf: **CE** Município: **RUSSAS** Chassi: **9C2KC1670BR595074** Renavam: **338576410** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOSE CARIAS DE MOURA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

## Histórico

Narra o declarante que foi vítima de acidente de trânsito enquanto conduzia uma motocicleta; momento em que uma motocicleta veio de trás a uns 120km/h e chocou na moto, onde sua esposa era garupeira e o declarante, o motorista; que a vítima caiu ao solo e quebrou o braço ao passo que sua esposa, grávida, teve apenas arranhões; QUE fez cirurgia no braço direito. Que foi atendido por populares ao hospital da cidade de Russas; QUE o agente se evadiu do local com a aproximação de curiosos e a placa não foi anotada nem o nome do agente; E NADA MAIS DISSE.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**BRUNO DE SALES TANES - MAT.: 30091310**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**EDUARDO BORGES DE OLIVEIRA - MAT.: 300623-1-0**

**SINISTRO 3180071175 - Resultado de consulta por beneficiário.**

**VÍTIMA** JOSE EVANDRO SALDANHA DE OLIVEIRA

**COBERTURA** *Invalidez*

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE**

**INDENIZAÇÃO** Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

**BENEFICIÁRIO** JOSE EVANDRO SALDANHA DE

**OLIVEIRA**

**CPF/CNPJ:** 65769538368

**DADOS DA PERÍCIA**

Data do agendamento: 22/03/2018

Tipo de local: Clínica

Nome do local: Clínica Cemso - Dr. Greive Freitas - 08:00 às 11:00hs

**ENDEREÇO**

Logradouro: Rua Coronel Alves Teixeira

Número: 1.280

Complemento:

Bairro: Aldeota

Município: Fortaleza

UF: CE

Telefone: (81) 3126-4650

Celular: (81) 99201-6946



(/)



Buscar no site

A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada. O prazo final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180071175 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOSE EVANDRO SALDANHA DE OLIVEIRA  
**COBERTURA** Invalidez  
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE  
**BENEFICIÁRIO** JOSE EVANDRO SALDANHA DE OLIVEIRA  
**CPF/CNPJ:** 65769538368

Posição em 26-04-2019 09:49:47

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/03/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
04/04/2018	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/beTQfHoi+NBw7s9TAvRkg==/Wykx8DLo+Kkjl7WoARPzLZ___bcapi_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOXE8DqjX6sWTQ4___2sel8Babvl=)
20/03/2018	Interrupção de Prazo	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/isCjo8JEL8zl8XIVPmKusw==/2ILRHQGUFDVI04oDG5rnF4p15Iapi_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOXE8DqjX6sWTQ4___2sel8Babvl=)
22/02/2018	Interrupção de Prazo	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Dtgg0ntcxk1ueEM3osUsnw==/C2EWDf___gOM2kv3M___CMtapi_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOXE8DqjX6sWTQ4___2sel8Babvl=)
15/02/2018	Aviso de Sinistro	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/fPnFvKj9LvbaYEpPn3Sh3Q==/9N+ImWlfrISTv5Eu1h4m9m8Eapi_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOXE8DqjX6sWTQ4___2sel8Babvl=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

Disponível na App Store (https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8) id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)

DISPONÍVEL NO Google Play (https://play.google.com/store/apps/details?)

ACESSIBILIDADE

(/Pages/Acessibilidade.aspx) (/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ALECIO CARVALHO MAIA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/05/2019 às 12:53 , sob o número 00200080620198060158. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0020008-06.2019.8.06.0158 e código 495BB0E.

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)  
Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)  
Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)  
Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)  
Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(https://www.seguradoralider.com.br)

(https://www.jusbrasil.com.br/seguro-dpvt/seguro-dpvt-official/  
I%C3%ADder-  
dpvat)

Serviços

- > (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- > (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
- > (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- > (/Pontos-de-Atendimento)
- > (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- > (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- > (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- > (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- > (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- > (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- > (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- > (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- > (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- > (/Contato/telefones-de-contato)
- > (/Contato/Ouvidoria)
- > (/Contato/canal-de-Denuncias)
- > (/Mapa-do-Site)
- > (/Seguro-DPVAT/Download)

(/Pages/Termos-de-Uso.aspx)