

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2000030018545-2av DATA DE EXPEDIÇÃO 21/3/2006

NOME LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

FILIAÇÃO WASHINGTON LUIZ CHAGAS E MARIA JOSE DE LIMA CHAGAS

NATURALIDADE LIMOEIRO DO NORTE-CE DATA DE NASCIMENTO 25/9/1983

DOC ORIGIN CERT.NASC. 4.165 L A-04 F

174 QUIXERE/CE.

CPF 92785549368

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

927.855.493-68

LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

25/09/1983

29 OUT. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO CÂMBIO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1471688269	NOME LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS
	DOC IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR EF 2000030019545 SSPDS CE
	CPF 927.855.493-68 DATA NASCIMENTO 25/09/1983
	FILIAÇÃO WASHINGTON LUIZ CHAGAS MARIA JOSE DE LIMA CHAGAS
PROIBIDO PLASTIFICAR 1471688269	TERCEIRO ACC CATEG AB
	Nº REGISTRO 04133324001
	VALIDADE 30/03/2022 1ª HABILITAÇÃO 02/06/2007
OBSERVAÇÕES A : RAR :	
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Luiz Carlos de Lima Chagas</i>	
LOCAL LIMOEIRO DO NORTE, CE	DATA EMISSÃO 10/04/2017
ASSINATURA DO EMISSOR <i>[Assinatura]</i>	53940700134 CE158804503
CEARÁ	

LUIZ CORRÊTORA DE SES. LTD
 03 SET. 2018



SAAE
SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE LIMOEIRO DO NORTE
AV. DOM AURELIANO MATOS, 1409 - CENTRO - LIMOEIRO DO NORTE/CE
CEP: 62930-000 - CNPJ: 07.625.932/0001-79
Fone: (88) 3423.4200 - Site: www.saae-limoeiro.com.br



LIMOEIRO DO NORTE

INSCRIÇÃO: **0019864.1**

HIDRÔMETRO: **A11L054056**

CLASSE: **PAR** TARIFA: **R-1**

RES: **01** COM: **IND** PUB: **OUT**

ECONOMIAS: **03/2019**

LOCALIZAÇÃO: **00.00.07.0000007270**

FATURA: **190053888**

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

DEBORA DAYANE LOPES DA SILVA

RUA FRANCISCO HOLANDA 1712, CAD 10990, BAIRRO BOM NOME

CEP: 62.930-000 LIMOEIRO DO NORTE-CE

SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	ÁGUA		28,00
08	ALT CADASTRAL-20/02/19		4,67
16	MULTA POR ATRASO - 12/2018		0,57

HIDROMETRIA

LEITURA	DATA
ANTERIOR: 881	18/02/19
ATUAL: 887	18/03/19
CONSUMO: 06	DIAS: 28
LEITURISTA: 10	OCO: 00

MÉDIA: 6 m³

ÚLTIMOS CONSUMOS

SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR
8	7	7	6	7	7	8

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

RESERVATÓRIO	PERÍODO	PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO
DEBORA DAYANE LOPES DA SILVA	25/02/19 a 07/03/19	PH	6,5 a 8,5	01	7,40
		CLORO	até 2,0	01	4,3

DÉBITO(S):
EXISTE(M) 001 FATURA(S), TOTALIZANDO EM R\$

VENCIMENTO 20/04/2019 VALOR R\$ 24

CONFORME ABAIXO INFORMADO, EXISTEM DÉBITOS PARA COM ESTE SERVIÇO. SOL CITAMOS A REGULARIZAÇÃO DO MESMO ATÉ A DATA 25/03/19 QUANDO SERÁ EFETUADO O CORTE SEM PREVIO AVISO. TEL. 99779-8515/3423-4200/99388-06. CASO TENHA EFETUADO O PAGAMENTO, DESCONSIDERE ESSA LOCALS PAGTO: SAAE/ MERCANT.NOVA OPÇÃO/ LOTÉRICAS CAIXA INTERNET BANKING/ CORRESPONDENTES CAIXA/ FARMAS



SAAE
SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE LIMOEIRO DO NORTE
AV. DOM AURELIANO MATOS, 1409 - CENTRO - LIMOEIRO DO NORTE/CE
CEP: 62930-000 - CNPJ: 07.625.932/0001-79
Fone: (88) 3423.4200 - Site: www.saae-limoeiro.com.br



LIMOEIRO DO NORTE

INSCRIÇÃO: **0019864.1**

CONSUMIDOR: **DEBORA DAYANE LOPES DA SILVA**

CLASSE: **PAR** TARIFA: **R-1**

RES: **01** COM: **IND** PUB: **OUT**

ECONOMIAS: **03/2019**

LOCALIZAÇÃO: **00.00.07.0000007270**

FATURA: **190053888**

VENCIMENTO 20/04/2019 VALOR R\$ 33,24

SAAE NÃO ASSURE 0019864.03.19 190053888 AUTENTICAÇÃO NO VERSO

82660000000-2 33240260101-6 98640319190-1 05388800004-8



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luiz Carlos de Lima Chagas,

RG nº 2000030018545, data de expedição 21/03/2006 Órgão SSP,

CPF nº 927.855.493-68, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Francisco Helonda</u>
Número	<u>1712</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Bom Nome</u>
Cidade	<u>Pimenteiras do Norte</u>
Estado	<u>Peara</u>
CEP	<u>62.930.000</u>
Telefone de Contato	<u>-</u>
E-mail	<u>-</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pimenteiras do Norte - Pe
10 de maio de 2019

Assinatura do Declarante: Luiz Carlos de Lima Chagas



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 2977 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/08/2018 16:37:18**
Data / Hora da Ocorrência: **03/01/2018 07:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO PEDRA BRANCA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **MOTEL FACINAÇÃO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS**
Nascimento: **25/09/1983** CPF: **927.855.493-68**
CNH: **04133324001** Orgão Emissor: **DETRAN**
Filiação: **MARIA JOSE DE LIMA CHAGAS**
WASHINGTON LUIZ CHAGAS
Endereço: **RUA ROSENO FERNANDES, LAGOINHA CASA**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **QUIXERE/CE** CEP: **62.922-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98133-8676**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NRD8237** Uf: **CE** Município: **LIMOEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2KC08507R054255** Renavam: **156244594** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ES** Ano Fabricação: **2007** Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa o noticiante que na data e hora acima citados foi vítima de acidente de trânsito; QUE o declarante pilotava sozinho a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ES, de placa NRD-8237, registrada em seu nome e possuidor de CNH, nas categorias A B; QUE trafegava pela CE que liga Limoeiro do Norte sentido Quixeré, próximo ao Motel Fascinação, sítio Pedra Branca, zona rural de Limoeiro do Norte, quando ao fazer uma ultrapassagem de um veículo que seguia no mesmo sentido na via, trator, o mesmo fez uma conversão a esquerda sem dar sinal de indicação de direção, onde o declarante tentou frear, mais não conseguiu evitar a colisão, e se chocou contra o pneu traseiro do trator, vinco a cair ao solo; QUE após a colisão o condutor do trator se evadiu do local sem prestar socorro a vítima e não foi identificado; QUE em decorrência do acidente sofreu lesão punho esquerdo, fratura, e no joelho esquerdo, fratura exposta; QUE o declarante foi socorrido por populares que passavam no local para o hospital do município de Quixeré, em seguida foi transferido para o IJF Centro em Fortaleza, devido a gravidade das lesões, onde passou cerca de oito dias internado e foi submetido a duas intervenções cirúrgicas no punho e joelho esquerdos; QUE foram testemunhas do citado acidente as pessoas de Jose Edson Freire da Silva e Fabiano Sombra Sousa, os quais ajudaram a socorrer a vítima para o hospital de Quixeré; QUE então veio noticiar o fato para dar entrada no seguro DPVAT, onde vai dar entrada pessoalmente nos CORREIOS; QUE foi

Luiz Carlos de Lima Chagas.


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS


BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 2977 / 2018

a primeira vez que sofreu acidente de trânsito; QUE tentou registrar o presente B.O. na cidade de Limoeiro do Norte, mais por impossibilidade veio registrar na Delegacia Regional de Russas. E nada mais disse...

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CARLOS JOSE RODRIGUES DE OLIVEIRA - MAT.: 198858-1-x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Adriuz Carlos de Lima Chagas

VISTO DO DELEGADO(A) :

VIVIANE FREIRE MOREIRA DE ALMEIDA - MAT.: 30123476

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 2977 / 2018

22 de 08 de 2018

Col. Brno.

03

21/08/2018

2



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

NOME: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADA É ACOMPANHADA NO AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA DO INSTITUTO DR JOSE FROTA DEVIDO A FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO, OCASIONADA POR ACIDENTE DE TRANSITO (SIC).

EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA RECEBENDO ALTA DEFINITIVA DE TRATAMENTO.

CID S52

FORTALEZA, 19 DE FEVEREIRO DE 2018

Dr. Marco Aurelio Lacenda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CREMEC 7418 - TEOT 9381

GRÁFICA CORRETORA DE SEG. LTDA.

29 OUT. 2018



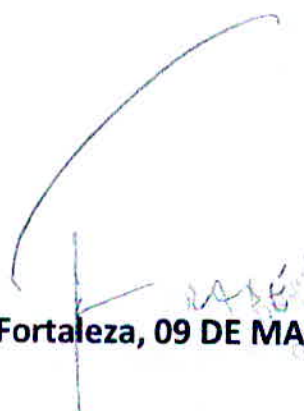
LAUDO MÉDICO

PACIENTE: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO É ACOMPANHADO NO AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA DO INSTITUTO DR JOSE FROTA DEVIDO A LESÃO DE PARTES MOLES EM JOELHO ESQUERDO.

PACIENTE EVOLUI COM BOM ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO, ENCONTRA-SE SEM DOR RESIDUAL E RECEBE ALTA DEFINITA DESTE AMBULATORIO.

CID-10 (AUTORIZADO): S80.0


Fortaleza, 09 DE MAIO DE 2018

LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS
03 SET. 2018



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5544312

NOME: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

DATA DE NASCIMENTO: 25/09/1983

PAI: WASHINGTON LUIZ CHAGAS

MÃE: MARIA JOSÉ DE LIMA CHAGAS

DATA DE ATENDIMENTO: 03/01/2018

DATA SAÍDA: 09/01/2018

MOTIVO: RELATO DE COLISÃO MOTO COM VEÍCULO PESADO (TRATOR), COM FRATURA EXPOSTA DA PÁTELA ESQUERDA E FRATURA DO PUNHO.

REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA DA FRATURA DA PÁTELA COM RECONSTRUÇÃO DO APARELHO EXTENSOR DO JOELHO.

EM 08/01/18, A FRATURA DO RÁDIO ESQUERDO FOI FIXADA APÓS REDUÇÃO ABERTA COM PLACA VOLAR BLOQUEADA E PARAFUSOS.

LAUDO MÉDICO DIGITADO EM 13/08/2018 (FRED/C).

LAUDO RÉ IMPRESSO EM 28/02/2019

Dr. Frederico Cesar S. Leão
CRM-4127 - NUAME-IJF

**MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE/NUAME-IJF**

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL



Paciente LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS
Médico PEDIDO PRÓPRIO
Data 24/01/2019
Formulário 3345

RX PUNHO ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)

LAUDO RADIOLÓGICO

Placa e parafusos metálicos de osteossíntese na região metafisária distal do rádio para tratamento de fratura antiga e já consolidada.

Avulsão do processo estilóide da ulna como sequela de fratura prévia.

Ossos do carpo e metacarpo com forma e estruturas normais.

Partes moles peri-articulares sem alterações.

RX JOELHO ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)

LAUDO RADIOLÓGICO

Discreta redução do compartimento fêmoro-tibial medial com esboço de osteófitos.

Articulações fêmoro-patelar com superfícies e espaços articulares íntegros.

Derrame articular na bolsa suprapatelar com calcificações de permeio.

Ausência de sinais de fratura ou de outras alterações.

DR. JOSE HOLANDA MAIA FILHO
MEDICO RADIOLOGISTA - CRM 5703
MEMBRO TITULAR DO CBR

JOSE HOLANDA MAIA FILHO

31 JAN. 2019

Todo exame deve ser guardado para futuras comparações. Traga-o consigo na próxima visita.

Rua Coronel Inácio Mendes, 1890 - Centro - CEP: 62.930-000 - Limoeiro do Norte - CE
(88) 3423-2111 | (88) 9 9993-1211 (TIM) | (88) 9 8868-7583 (OI)

www.clinicavaleimagem.com.br

CLÍNICA
IMACULADA CONCEIÇÃO

Declaro para os devidos fins
que o paciente, Luiz Carlos
de Lima Chagas, esteve em
tratamento fisioterapêutico para
reabilitação de fratura de
patela (E) e fratura de rádio
distal (E) foi realizado tratamento
com 60 atendimentos no valor
de dois mil reais. (2.000,00).

FISIOTERAPIA, ODONTOLOGIA, ORTOPEDIA, DERMATOLOGIA, NUTRICIONISTA, CIRURGIA VASCULAR, CARDIOLOGIA,
OTORRINOLARINGOLOGIA, UROLOGIA, PSICOLOGIA, PSICANÁLISE. BREVE OUTRAS ESPECIALIDADES.

Rua: Padre Zacarias, 367- Centro – QUIXERÉ
Fone: (88) 99240-3831 - 99783-1492

Quixeré
23.08.2018

AGÊNCIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
28 OUT. 2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES		DETRAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO	
EDNABO1	COD RENAVAM 156244594	RNTG 0000000000	EXERCICIO 2017
LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS			
LIMOEIRO DO NORTE/CE			
92785509358	PLACA NRB237	CHASSI SRFETR8507R05425E	COMBUSTIVEL CASOLINA
MARCA MODELO HONDA CG 150 TITAN ES	ANO FAB. 2007	ANO MOD. 2007	COR PRECIPUANTE VERMELHA
28/0CV/14977	CATEGORIA PARTIC.	VENC. COTA UNICA **/**/**	VENC. COTAS 1*
P	PAGA RUA	PARCELAMENTO / COTAS 2*	**
V	A	**	**
PREMIO TARIFARIO (RS) 180.65		ISF (RS) 0.70	PREMIO TOTAL (RS) 185.50
OBSERVAÇÕES 11/09/2017			
LIMOEIRO DO NORTE/CE			
LOCAL Lagoa Preta			DATA 11/09/2017

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

CE Nº 012673492072 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT 2017
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA O ROLAMENTO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA- [01] RENOVAM [92785549358] EXERCÍCIO [2017] DATA EMISSÃO [11/09/2017] PLACA [VRD8237]

L56244594 HONDA/CB 150 TITAN ES MARCA/MODELO
ANO FAB. [2007] CAT TARIF. [09] TP CHASSI [C2KC08507R054255]

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) [61.29] DENATRAM (R\$) [9.03] CUSTO DO SEGURO (R\$) [90.33]
CUSTO DO BILHETE (R\$) [4.15] IOF (R\$) [0.70] TOTAL SEM IBS FEM SEGURO PM [185.50]

[X] COTA ÚNICA PAGAMENTO [] PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO [11/09/2017]

SEGURADOR DONALD REVER - DPVAT
LOTE/DGC: 134138470 www.dpvatsegurodetransito.com.br
MOTOR: KC08E57054255 donaldr@dpv.com.br

DUPLICATA

72 MILHO



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Luiz Carlos de Lima Chagas, portador da carteira de identidade nº 2000030018545 e inscrito no CPF/MF sob o nº 927.855.493-68, residente e domiciliado na Rua São. Holanda - 1412, Bom Nome, Cidade Aracaju do Norte, Estado Pernambuco, 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:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Luiz Carlos de Lima Chagas

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Aracaju do Norte - PE
10 de maio de 2019
Local e data



Servico de Traumatologia-Ortopedia

Laudo Médico/Resumo de Alta -

No. HOSPGESTOR: 36123

LEITO: 11

NOME: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

DATA DE INTERNACAO: 03/ 01/ 2018

DATA DA ALTA: 09/01/2018

BE/PRONT: 5544312

CIDADE DE ORIGEM: QUIXERE

NASCIMENTO: 25091983

IDADE: 34

LESAO DE PARTES MOLES EM JOELHO ESQ
DIAGNOSTICOS: (OPERADA) + FRATURA DE PUNHO ESQ
(OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-

OPERATORIOS:

TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA

EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: VALBERTO PORTO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Mapa de Cirurgias

Dias	#	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material
------	---	------	-------	-----------	-----------	----------

Observação	Status da marcação
------------	-----------------------

MAPA DO DIA 08/01/2018 - Segunda-Feira

6	3	07:30	11m27	VALBERTO PORTO	GEORGE WALLACE	CX PEQUENOS FRAGMENTOS + CX PLASTICA DA MÃO + TREPANO PNEUMATICO MACON	INTENSIFICADOR MARCADA
---	---	-------	-------	----------------	----------------	--	------------------------

FRATURA DE RADIO DISTAL (PUNHO) ESQ BE:5544312

Marcado por:
HALINE MAGALHAE em:
05-01-2018 9:27:46

Ass.: Data: 09/01/18 Imprimir	Dr. Angelo Luz Cirurgia do Joelho em casa LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA. 20 SET 2018	Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr. _____ m Michel Lira
-------------------------------------	---	--

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 03/01/2018 12:29:41	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 702802159320467	NOME: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS				Registro: 5544312		
CPF: 92785549368	RG: 20000300185	D. NASC: 25/09/1983	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA JOSE DE LIMA CHAGAS				NOME DO PAI: WASHINGTON LUIZ CHAGAS			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: ROSENDO FERNANDES			Nº: S/N	BAIRRO: ZONA RURAL		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: , 991170228	MUNICÍPIO: QUIXERE		UF: CE	CEP: 62920000		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: amb de quixere		PARENTESCO:			TELEFONE: 991170228		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um veículo de transporte pesado ou um ônibus							
QUEIXAS: trauma com lesao mie há horas.ecg15							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Condução:							
26 03 2019 13 13 6 <i>Eduardo Moreira</i>							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS		
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	03 01 2018	DATA DA ALTA:	09/01/2018
BE/PRONT:	5544312	CIDADE DE ORIGEM:	QUIXERE
IDADE:	34		
DIAGNOSTICOS:	LESÃO DE PARTES MOLES EM JOELHO ESQ (OPERADA) + FRATURA DE PUNHO ESQ (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESÃO:			
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	VALBERTO PORTO		
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO		

Ass:  Dr. Angelo Luz Cirurgia do Joelho PBM 0000	Retornar dia: ____ / ____ / ____	Hora: ____ para
	Dr. _____	
Data: <u>09/01/18</u>	Dispensa do trabalho por: <u>30 (Trinta) dias</u>	
Imprimir		

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

Ass: _____

09/01/2018

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERE HOSPITAL JOAQUIM MANOEL DE OLIVEIRA FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO			
Nº Atendimento: 297	CNS:	Data do Atend.: 03/01/2018 as 07:48:56	
Nome do Paciente: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS		Data de Nasc.: 25/09/1983	
Endereço: ROSENO FERNANDES	S/N	QUIXERE	Op: CLEIDE
Convênio: SUS	PSF: CENTRO DE SAUDE DE QUI. Tipo Atend.: AMBULATORIAL - INDIVIDUAL		
Sexo: M	Idade: 34a 3m 8d	Estado Civil: 9	Profissão: Escolaridade: 99
Peso: () kg			
Sinais Vitais: P.A.: Sist. (110)	Diast. (80)	FC: () bpm	FR: () irpm Temp: () °C
Proc.: 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA			
Motivo do atendimento (Queixa principal + Anamnese) Paciente vítima de colisão moto-ator, apresentando fratura exposta em pulso (E), fratura fechada punho (E). Nega dor, vômitos. Glasgow: 15			
Fatores de Risco:		Alergia:	
Class. Risco: () ALTO () MODERADO () BAIXO			
OBS: _____			
HDA e Exame Físico: <i>no exame: consciente, orientado.</i> <i>ACU normal Abdome Normal AR Normal</i>			
Hipótese Diagnóstica Provável / Atendimento		Data 1º Sintomas	
<i>Polix: normal.</i> <i>HD: Fratura exposta pulso (E) / Fratura fechada punho (E)</i>			
Procedimentos complementares solicitados: () Patologia Clínica () Radiologia () Exame Prevenção () Ultrassom Obstétrico () Outros			
Demais Procedimentos Realizados		Ass. Executor	Conselho Classe
Se o paciente ficou em observação MARQUE AQUI ()			
Encaminhamentos / Destino do Paciente:			
() Urgência Emergência () Internação domiciliar			
() Atend. Especializado () Internação Hospitalar () Observação 12h () PSF			
() Alta () Adm. Medicamentos () Observação 6h () Outros procedimentos			
() Transf. de emergência () Abertura de partograma () Indicação de Cesariana			
Parceria com Departamento Municipal de Trânsito:			
FOI ACIDENTE DE TRANSITO? Se positivo assinale o tipo de condução da vítima:			
(X) SIM () NAO (X) MOTO () CARRO () BICICLETA () PEDESTRE () OUTROS			

Assinatura do Paciente ou Resp.

Assinatura do Profissional Executor



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1º CARTÓRIO ANDRADE SALLES 1º OFÍCIO
CONFERE COM O ORIGINAL APRESENTADO. DOU FE
QUIXERE-CE de 03 de 20 18
EM TESTEMUNHO DA VERDADE
Bel* Michelle de Andrade Salles - OFICIAL
Mária Celiana Gomes da Silva - SUBSTITUTA
Cleila Maria de Oliveira - ESCRIVENTE

- ①. Limpa ferimento + curativo local ✓
- ②. Tramal 01 amp + 100 ml SF 0,9% EV. ✓
- ③. Plasil 01 amp. no dorso. 08:40 ✓
- ④. Parafmid - 01 amp + 20 ml AD. EV. (ento) 08:40 ✓
- ⑤. Transp. Hosp. Referência.



Dr. Bruno Vidal
CRM-CA 17633
CRM-RN 7280

Dr. Bruno Vidal
CRM-CA 17633
CRM-RN 7280



Prefeitura de
Fortaleza

Nome: Luiz Carlos de Lima Chagas

1. FISIOTERAPIA MOTORA -----30 SESSÕES

HD: fratura de patela esquerdo

OBJETIVO:

- ANALGESIA

-GANHO ADM joelho esquerdo

FORTALEZA, 07 DE Fevereiro DE 2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

Ass: _____



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

SOLICITO

NOME: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

1. FISIOTERAPIA MOTORA.....30 SESSÕES

HD : FRATURA DE RADIO DISTAL E

GANHO DE ADM DE ADM DE PUNHO ESQUERDO

FRATURA CONSOLIDADA

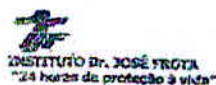
Dr. Marco Aurelio Lacerte
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CREMEC 7418 - TEOT 8381

19 DE FEVEREIRO DE 2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

Ass:



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		1ª Via - FARMÁCIA	
Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		2ª Via - PACIENTE	
Paciente: <i>Lucy Carlos de Lima Chagas</i>			
Endereço: <i>Rodolfo Fernandes com Raul</i>			
Prescrição: <i>Ceftriaxona 500mg - 4x Lg 12/12h por 10 dias</i>			
Data: <i>09/09/18</i>		Dr. Ângelo Luz Cirurgia do Joelho CRM 0300	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		Carimbo e Assinatura do Médico	
Nome: _____ Nº Ident.: _____ UF: _____ Endereço: _____ Nº: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Tel.: _____		Fornecedor: _____ Data: <i>1/1</i> Carimbo e Assinatura: _____	

AR.000.207 Versão 1 - 03/ DEZ/10 - Via Única - Formato A5 (148x210).

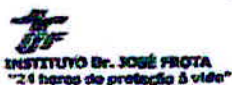
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

SS.

SPA. SARA.

23



RECEITUÁRIO

Nome: Uy Carlos de Lima BE/Prontuário: _____

Uy Carlos

Fluor 500mg ——— Li
Lp 121n

Data: 09/01/18

Dr. Angelo Luz
Cirurgia do Joelho
CRM 4255

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

NA 000.863 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).

LUBA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

VÍTIMA LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

CPF/CNPJ: 92785549368

Posição em 25-04-2019 08:53:15

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/04/2019	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Luiz Carlos de Lima Chagas, brasileiro(a),
casado, mentador, portador(a) do RG nº
2000030018545 e do CPF nº 927.855.493-68, residente e
domiciliado(a) à Rua São Helene, 1412, B. Nere, Limão do Norte-CE,
DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho
condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo
do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da**
Justiça, nos termos do art. 2º, parágrafo único, da Lei nº 1.060/50.

Limão do Norte/CE, 10 de maio de 2019.

Luiz Carlos de Lima Chagas
DECLARANTE



PITOMBEIRA & BANDEIRA
ADVOGADOS

PROCURAÇÃO

Ad Judicia / Ad Negotia

*Luiz Carlos de Lima Chagas, brasileiro, casado, montador,
inscrito no RG: 2000030018545, CPF: 927.855.293-68, residen-
te e domiciliado na Rua Francisco Helanda, 1412, Bom Nome,
Limoeiro do Norte - Ceará.*

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui a Sociedade de Advogados "**PEDRO JULIÃO BANDEIRA RÉGIS JÚNNIOR - Sociedade Individual de Advocacia**", inscrita na OAB/CE sob o registro de nº 1.917 e inscrita no CNPJ sob o nº 30.743.758/0001-80, representada neste ato pelos advogados **PEDRO JULIÃO BANDEIRA RÉGIS JÚNNIOR**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.772; **EMANUELA DIÓGENES GUIMARÃES DE LIMA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 22.191; **DIEGO EMMANUEL PITOMBEIRA BANDEIRA RÉGIS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 30.376; **MAGNO MCKENONN PITOMBEIRA BANDEIRA RÉGIS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 32.280; e **LAURA MARIA DE FREITAS MAIA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 24.337, todos com escritório profissional na Rua Cel. Serafim Chaves, 365, salas 04/10 - PALAZZO Centro Médico Empresarial, Centro, Limoeiro do Norte/CE, CEP 62.930-000; Fone/Fax: (88) 3423.4854; contato@pbandeiraadvogados.com.br; www.pbandeiraadvogados.com.br.

Poderes: amplos, para o foro em geral, com a cláusula "*ad judicia*", em qualquer **Juízo, Instância** ou **Tribunal**, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias, seguindo-as até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os. Confere, ainda, os poderes da cláusula "*ad negotia*", além de poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar acordos ou compromissos, **receber e dar quitação**, requerer a expedição e levantamento de alvarás, levantar depósitos judiciais e extrajudiciais, bem como os poderes, expressos, de renúncia aos valores excedentes ao teto dos Juizados Especiais (Estadual/Federal); e representação do Outorgante perante a **Receita Federal do Brasil e Instituto Nacional do Seguro Social**, podendo tudo praticar, requerer, assinar, cadastrar senha para extratos e consultas previdenciárias via internet e agência, consultas e obtenção de cópias de laudos médicos periciais e processos administrativos. Enfim, com poderes para tudo requerer, e ainda praticar todos os demais atos que se fizerem necessários ao integral cumprimento do presente mandato. Agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom firme e valioso.

Limoeiro do Norte/CE, 10 de maio de 2019.

Luiz Carlos de Lima Chagas
OUTORGANTE