

PREFEITURA MUNICIPAL DE TARRAFAS -CEARÁ
UNIDADE MISTA DE SAÚDE NOSSA SENHORA DAS ANGÚSTIAS
FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE

CÓDIGO

DIA / MÊS / ANO

REG.

NOME DO PACIENTE Antônia das Neves de Souza

IDADE 68 SEXO M DATA DE NASCIMENTO 1.9.10.81

PROFISSÃO IDENTIDADE 2015203111-6 PROCEDÊNCIA 898001248105K

FILIAÇÃO JCB Eraldo das JCB Rodrigues Souza

ENDEREÇO R: Imaculada Vila Nova BAIRRO TARRAFAS MUNICÍPIO

PRÉ - CONSULTA

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ OBSERVAÇÃO ☐ GRAVE ☐

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Trauma no ombro direito.

S A D T (EXAMES COMPLEMENTARES)

DESTINO

RESIDÊNCIA ☐ TRANSFERÊNCIA ☐

AMB. RETORNO ☐ RECUSOU INTERN ☐

LEITO OBSERV. ☐ REFERÊNCIA ☐

INTERNAÇÃO ☐ ÓBITO ☐

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASS. MÉDICO / CRM

Dr. Gustavo Luna

MÉDICO

CREMEC 16.573

UNIDADE MISTA DE SAÚDE NOSSA SENHORA DAS ANGIÍTIAS

LETO:

PRONT. N°:

[illegible]

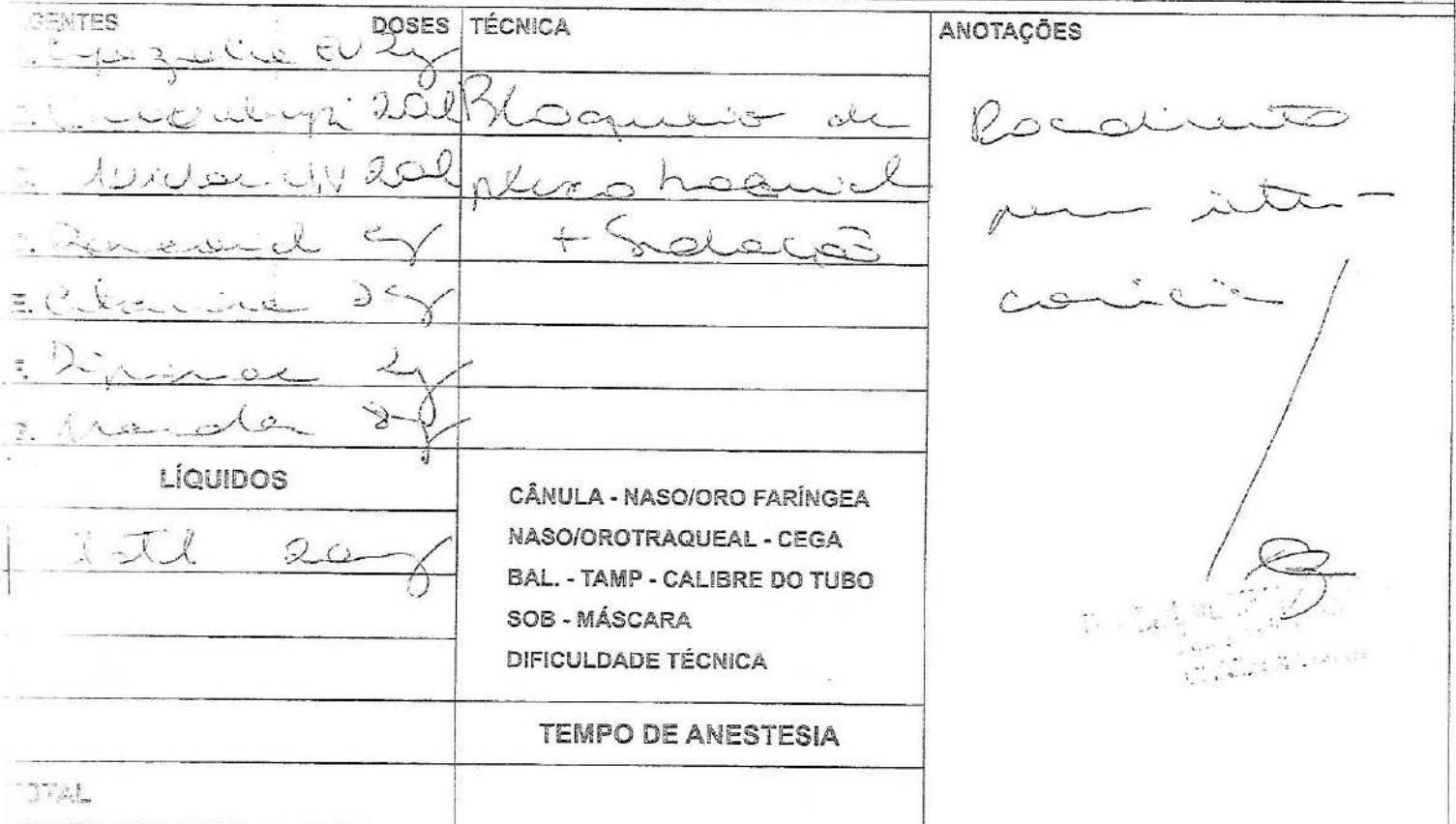
fls. 8

[illegible]

ANESTESISTA

MÉDICAÇÃO-DOSE-HORA-EFEITO

Dra. Barbara M^a Macedo Seman
Anestesiologista
45 30 45
CREMESP. 12.412



PERAÇÃO

TESTESISTA

CIRURGIÃO

Laringo-Espasmo-Excesso Secre.
Depressão Respiratório-Hipoxia
"BUCKING" - Vômito

Hemorragia-Arritmia
Bradi-Taquicardia-Choque

PERDA

RELATÓRIO DO ATTO CIRÚRGICO (conteúdos principais)

ANDREIA ALVES (assinatura eletrônica)

1 - Facilitar em corrente de corrente elétrica
2 - Anestesia de Ambulatório + Colocação
3 - Via mini Op. Abdominal de
4 - Tentativa + Tentativa de VB
5 - Reparo parcial da bacia
no Pyrospintex
1 - Reparo de Superfície
1 - Sutura por Placa
2 - Curativos + Tópica

Data 23/01/19

Cirurgião

1º Auxiliar

Ass. e Carimbo

Ass. e Carimbo do Cirurgião

2º Auxiliar

Ass. e Carimbo

3º Auxiliar

Ass. e Carimbo

Ass. e Carimbo

Ass. e Carimbo



Data Ass. e Carimbo do Anestesista

Relatar causas que justifiquem, a longa duração da operação da anestesia e um maior consumo de material e medicamento

Prontuário 45477
Internação 536938

Impresso 22/01/2019 17:45

DADOS DO PACIENTE

Paciente ANTONIO DIAS DE SOUSA

Nasc. 19/08/1950 Idade 68 Sexo M

Matrícula 898001248105402
Endereço RUA IRMAO VILA NOVA 181 CASA
Cidade TARRAFAS
Mãe FRANCISCA RODRIGUES DE SOUSA
CPF 619.864.107-49
Natural ASSARE
Profissão PEDREIRO

Responsável ANTONIO DIAS DE SOUSA
Bairro CENTRO Cep 631450
Telefone 88992229787
Pai FRANCISCO GERALDO DIAS
RG 38.759.254-4 CE SSPCE
Raça PARDO
Est.Civil DIVORCIADO

DADOS DE ATENDIMENTO

Médico DIEGO TEIXEIRA BRITO
Clínica INTERN. CIRURGICA
Setor POSTO MASCULINO
Acomodação AM06
Leito AM6.01

Data/Hora 22/01/2019 17:40
Convênio SUS INTERNADOS
Caráter ELETIVA
Tipo Acomod ENFERMARIA TRAUMATO
Atendente MARILENE

RESUMO DE TRATAMENTO

ADA

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS () DM () AVC () ALERGIA A DROGAS ()

EXAME FÍSICO

SINAIS VITAIS PA = FP = FR = TA =

ACV

AR

ABDÔMEN

NEUROLÓGICO

ECG AO = RV = RM =

PUPLOS

DIAGNÓSTICO

CONDUTA

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

RESERVADO A RECEPÇÃO
Nº DO UNISUS 13150023553

TRASNF. P/ MÉDICO

ASSINATURA KAROLAYNE

CONDIÇÕES DE ALTA

ALTA EM

Paciente/Responsável

Médico(a): 19767

DIEGO TEIXEIRA BRITO

Preencher todos os campos após
a cirurgia verso e anverso

NOME DO PACIENTE Francisco Dias de Souza

DIAGNÓSTICO

OPERAÇÃO
Plano de Ação

[illegible]

fls. 12

Relatório Médico

020 - Relatório Médico

PREScrição ELETRÔNICA E, PACIENTE (MÉDICA)
HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Prescrição

Paciente: ANTONIO DIAS DE SOUSA
Data Solic.: 22/01/2019 17:53:44
Data Pr Ini.: 22/01/2019 18H
Data Atend.: 22/01/2019 17:40:00

Sexo: MASCULINO
Convênio: SUS INTERNADOS
Data Pr Enc.: 23/01/2019 18H
Atendimento: 536938(I)

Dt Nasc: 19/08/1950 68A 5M 3D
Prescrição: 128908

Leito: AM6.01

Dietas	Item Elem Código	Descrição	Dose	Via	Frequência	Qtde Total	Centro de Custo
	001 01	DIETA LIVRE				1	

Medicações	Item Elem Código	Descrição	Nome de Segurança	Opção Comercial	Dose	Uni Via Freq
	002 01	00010065 DIPIRONA SODICA; 500MG/ML AMPOLA 2ML + AGUA DESTILADA DE 06/06HS -	<i>2.9.9.4</i>	DIPIRONA SODICA	4	AMP EV
	003 01	00010062 DICLOFENACO SODICO; 25MG/ML AMPOLA 3ML DE 12/12HS -	<i>2.9.9.4</i>	DICLOFENACO SODICO	2	AMP IM

Cuidados	Item Elem Código	Descrição	Dose	Uni Via	Frequência	Qtde Total	Saída Horários
	004 01	SSVV+CCGG				1	

Ass. Prestador: FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO (CRM 005943)
Impresso em 22/01/2019 17:56:24 pelo usuário PETRONIO

10/01/2019
10/01/2019
10/01/2019



Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

Paciente: ANTONIO DIAS DE SOUSA
Convênio: SUS INTERNADOS

Prontuario: 45477 Leito: AM6.01 Atend.: 536938
Médico: PETRONIO Data/Hora: 22/01/2019 17:57

PACIENTE COM LESAO DO MANGUEIRO ROTADOR, INTERNADO PARA CIRURGIA.

Médico(a): FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO
CRM:005943-CE



Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ANTONIO DIAS DE SOUSA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM6.01 Atend.: 536938
Enfermeiro(a): MARIARITA Data/Hora: 22/01/2019 18:40

ADMITIDO NESTE SETOR PARA TRATAMENTO CIRURGICO COM DR DIEGO. SSVV DENTRO DA NORMALIDADE. SE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Tecnico(a): MARIA RITA TELES BELQUIOR
COREN:551295-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ANTONIO DIAS DE SOUSA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM6.01 Atend.: 536938
Enfermeiro(a): VALDERLANIA

Data/Hora: 22/01/2019 21:01

NOITE

CLIENTE IDOSO, ACOMPANHADO, EM PRE OPERATORIO, SEGUE EVOLUINDO CALMO, CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPIRA EM AR AMBIENTE, VERBALIZA SUAS NECESSIDADES, ACEITA A DIETA ORAL OFRECIDA, DEAMBULANDO, AFEBRIL T:35°C, NORMOTENSO PA:100X80mmHg. SEGUE NO LEITO AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA AMANHÃ DIA 23.01.2019. VALDERLANIA-1034093.

Tecnico(a): MARIA VALDERLANIA NUNES VIANA
COREN:1034093-CE

Valderlania

Maria Valderlania
Técnica em Enfermagem
COREN: 1034093

PREScrição ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA)
HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Prescrição: 128951

Í, y Suí

Paciente: ANTONIO DIAS DE SOUSA
Data Solic.: 23/01/2019 10:36:53
Data Pr Ini: 23/01/2019 12H
Data Atend.: 22/01/2019 17:40:00

Sexo: MASCULINO
Convênio: SUS INTERNADOS
Data Pr Enc: 24/01/2019 12H
Atendimento: S36938(1)

Dt Nasc: 19/08/1950 68A 5M 4D
Prescrição: 128951

Leito: AM6.01

Dietas

Item Código Descrição

001 DIETA LIVRE

Via Freqüência Saída Horários

Medicações

Item Código Descrição

Item Código	Descrição	Dose	Uni	Via	Freqüência	Qtde	Total	Saída	Horários
002 00010029	CEFAZOLINA SODICA; FRASCO-PO 1GR PO	1	FRP	EV	ESPECIAL	3	(12) 16	(20) 02	(04) 08
003 00010109	TENOICAM; 20MG FRASCO-PO	1	FRP	EV	24/24	1	(12) 18		
004 00010065	DIPIRONA SODICA; 500MG/ML AMPOLA 2ML	1	AMP	EV	06/06	4	(12) 18	(18) 12	(00) 01 (06) 10
005 00010151	OMEPRAZOL; 20MG CAPSULA 1 CP VO CEDO -	1	CAP	VO		1			

08
5/N

Cuidados

Item Código Descrição

007 CUIDADOS GERAIS

Freqüência

012

Ass. Prestador:

DIEGO TEIXEIRA BRITO (CRM 19167)
Impresso em 23/01/2019 10:38:04 pelo Usuário DIEGO

Pag 1

fls. 18

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

Paciente: ANTONIO DIAS DE SOUSA
Convênio: SUS INTERNADOS

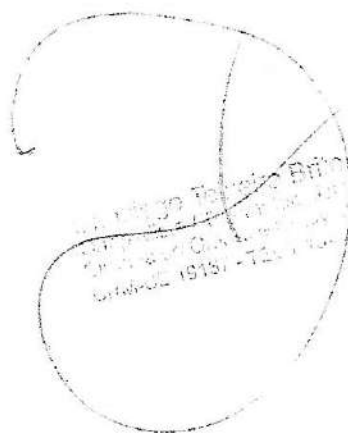
Prontuario: 45477 Leito: AM6.01 Atend.: 536938
Médico: DIEGO Data/Hora: 23/01/2019 10:39

DE REPARO DO MANGUITO ROTADOR

PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS

CFD: TIPOIA
ALTA AMANHA

Méico(a): DIEGO TEIXEIRA BRITO
CRM:19167-CE



Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ANTONIO DIAS DE SOUSA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM6.01 Atend.: 536938
Enfermeiro(a): AILDA Data/Hora: 23/01/2019 MANHÃ

EM T.A.D.S. 68 ANOS ENCAMINHADO AO C.C PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO COM DR. PETRONIO. EM TEMPO MESMO RETORNOU DO C.C SOB EFEITO ANESTESICO EM USO CURATIVO F.O E TALA GESSADA.

Técnico(a) : AILDA RIBEIRO SILVA
COREN:971296-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

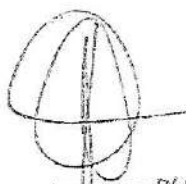
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ANTONIO DIAS DE SOUSA
Conv.....: SUS INTERNADOSLeito: AM6.01 Atend.: 536938
Enfermeiro(a): DLUCAS

Data/Hora: 23/01/2019 15:02

TARDE:

PACIENTE IDOSO, EM P.O.I, CONSCIENTE E ORIENTADO, MANTEM AVP, M.C.P.M, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Tecnico(a): FRANCISCO DLUCAS FERREIRA DE SANTANA
COREN:1206287-CE
Francisco D' Lucas
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN: 1206287

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ANTONIO DIAS DE SOUSA
Conv.....: SUS INTERNADOSLeito: AM6.01 Atend.: 536938
Enfermeiro(a): EMERSON

Data/Hora: 23/01/2019 21:00

cliente evolui consciente orientado, normotenso, afebril, mcpm, mantem avp p/terapias medicamentosa, realizou rx de controle anexo ao prontuario, segue sobre cuidados da equipe.

p. a: 140x90
t: 36Fco. Emerson Pereira de França -
Téc. de Enfermagem
COREN 911652Tecnico(a): FRANCISCO EMERSON PEREIRA DE FRANCA
COREN: 911652-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

Paciente: ANTONIO DIAS DE SOUSA
Convênio: SUS INTERNADOS

Prontuario: 45477
Médico: JEAN

Leito: AM6.01 Atend.: 536938
Data/Hora: 24/01/2019 09:37

1º DPO
TOMAR MANGUITO ROTADOR D
SEM QUEIXAS, RX OK, FO OK
EM: ALTA HOSPITALAR

Médico(a): JEAN MITCHELSON LUCENA MONTEIRO
CRM:9605-CE


Jean Lucena
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM:CE 9605
HSR

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

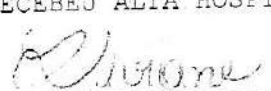
Paciente: ANTONIO DIAS DE SOUSA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM6.01 Atend.: 536938
Enfermeiro(a): VIVIANE

Data/Hora: 24/01/2019 11:51

MANHÃ

PACIENTE COM FRATURA DE EM MID, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, COM SSVV NORMAIS, APÓS AVALIAÇÃO
MÉDICA RECEBEU ALTA HOSPITALAR.


Técnico(a): VIVIANE RODRIGUES DA COSTA
COREN:1119603-CE

PACIENTE: ANTONIO DIAS DE SOUSA

DATA DO EXAME: 22/10/2018

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO DIREITO

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de alto campo (1,5 tesla) pela técnica spin-echo, fast spin echo com seqüências ponderadas em T1/T2 realizando-se aquisições multiplanares algumas delas com saturação de sinal de gordura sem a injeção do meio de contraste paramagnético.

LAUDO:

- Artrose da articulação acrômio-clavicular, dado por reações hipertróficas, com redução do espaço articular e irregularidades superficiais, com osteófitos inferiores, determinando abaulamento cápsulo ligamentar.
- Acrômio tipo II de Bigliani, sem inclinações significativas. O conjunto determina redução do espaço subacromial e impacto sobre os tendões do manguito rotador.
- Rotura completa transfixante do tendão do supraespinhoso, com retração do coto tendíneo em cerca de 3,0 cm. Coto tendíneo de superfície irregular e com alteração de sinal, de aspecto frível.
- Ventre muscular do supraespinhoso com alteração de sinal, devendo representar estiramento / lesão parcial.
- Tendão do infraespinhoso com alteração de sinal, associado a líquido ao redor, compatível com tendinopatia / tendinose. Há alteração de sinal das fibras musculares do infraespinhoso, sugerindo estiramento.
- Tendão do subescapular com rotura focal intrasubstancial, próximo à porção articular, medindo 1,1 x 0,3 cm.
- Alteração da morfologia e do sinal do lábio glenoidal ântero-superior, de aspecto degenerativo.
- Moderado derrame articular gleno-umeral, com extensão para o recesso subescapular.
- Líquido na topografia da bursa subacromial-subdeltóidea, compatível com bursite.
- Tendão do cabo longo do músculo bíceps braquial de morfologia, espessura e trajeto no sulco intertubercular normais, com líquido em sua bainha, que pode representar extensão do derrame articular.
- Estruturas ósseas de morfologia e sinal de ressonância magnética preservadas.
- Superfícies articulares da cavidade glenoide e da cabeça umeral regulares.

DRA. GERMANA DE LIMA VASCONCELOS
CRM 102718



LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

PACIENTE: ANTONIO DIAS DE SOUSA

Idade: 68

SEXO: M

DATA: 08/11/2018

CLIC TANTE: DR DIEGO TEIXEIRA

Material: Sangue Total / EDTA Manual	Valores Encontrados	VALORES DE REFERENCIA
---	---------------------	-----------------------

HEMOGRAMA

HEMÁCIAS:	4.33mm ³	Homens: 4,5 a 6,7 milhões/mm ³ Mulheres: 3,9 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA:	13g/dL	Homens: 13,5 a 18,0 g/dL Mulheres: 11,5 a 16,5 g/dL
HEMATÓCRITO:	39%	Homens: 40 a 54 % Mulheres: 36 a 47 %
DBS:		

LEUCOGRAMA

LEUCOGRAMA			VALORES DE REFERENCIA	
LEUCOCITOS	7.500		4.000 a 10.000 / μ L	
	Valores Encontrados		VALORES DE REFERENCIA	
	%	/ μ L		
MONOCITOS	04	300	02 a 10	200 a 800
LINFOCITOS	26	1.950	20 a 45	1.500 a 3.500
EOSINOFILOS	00	00	00 a 01	0 a 100
BASINOFILOS	02	150	01 a 06	40 a 400
SEGMENTADOS	68	5.100	50 a 65	2.600 a 7600
BASTONETES	00	00	03 a 05	150 a 500

OBSERVAÇÃO: Todas estas análises são seguidas por microscopia após coloração para avaliação das características e/ou alterações morfológicas das células de cada série. Estes dados em conjunto permitem diagnósticos diagnósticos que, quando cruzados com outros dados e/ou resultados, são de extrema importância clínica.

BIOMÉDICO/BIOQUÍMICO RESPONSÁVEL

Biomédica
CRBM: 2840

O resultado do exame deverá ser avaliado em conjunto com a história clínica do paciente e apenas um médico ou profissional da saúde poderá interpretar o verdadeiro significado.

HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS ANGUSTIAS
ENDEREÇO: AVENIDA MARIA LUIZA LEITE S/N
BAIRRO: BULANDEIRA
TARRAFAS-CEARÁ



PACIENTE: ANTONIO DIAS DE SOUSA
IDADE: 68 SEXO: M
SOLICITANTE: DR DIEGO TEIXEIRA

DATA: 08/11/2018

Dosagens Bioquímicas

GLICOSE

RESULTADO: 97 mg/dl

VALORES DE REFERÊNCIA: Crianças e Adultos: 75 a 99 mg/dL

UREIA

RESULTADO: 45.1 mg/dl

VALORES DE REFERÊNCIAS:

1 dia a 12 meses: 2 a 34 mg/dL

1 a 13 anos: 8 a 36 mg/dL

A partir dos 14 anos: 15 - 45 mg/dl

CREATININA

RESULTADO: 0.8 mg/dl

VALORES DE REFERÊNCIA:

Adulto 0,60 a 1,30 mg/dL

Criança 0 a 1 semana: 0,60 a 1,30 mg/dL

Criança 1 a 6 meses : 0,40 a 0,60 mg/dL

Criança 1 a 18 anos : 0,40 a 0,90 mg/

Material: Soro

Semi Automação: BIOPLUS 200

Reagente: LABTESTE* Exame repetido e confirmado

OBSERVAÇÃO:

Alimentos consumido no dia anterior ao exame pode interferir no resultado elevando os níveis de colesterol e glicose. O interferente mais comum na metodologia presente é o ácido ascórbico (vitamina C), para a glicose que em concentração muito elevada no soro produz resultados falsamente reduzidos.

BIOMÉDICO/BIOQUÍMICO RESPONSÁVEL

Regiliana Martins de O. Lima
Biomédica
RBM. 2840

O resultado do exame deverá ser avaliado em conjunto com a história clínica do paciente e apenas um médico ou profissional da saúde poderá interpretar o verdadeiro significado.

Rua Padre Agamenon, 52 - Fone: (88) 3835-1007 - Aquiré - C-47

Paciente : ANTONIO DIAS DE SOUSA, 68 ANOS
Convênio : PARTICULAR
Médico : Dr(a).SEM SOLICITAÇÃO MÉDICA
Protocolo: 14155
Sexo:M
Unidade.: CENTRAL
Cadastro: 08/11/2018 09:59h
Emissão : 08/11/2018 12:27h

CONTAGEM DE PLAQUETAS Data de Coleta: 08/11/2018 09:59h

Resultado.....: 150.000 / mm3 de sangue
MATERIAL: Sangue total METODO: Automacao - SYSMEX
Valor de referencia: 150.000 a 450.000 / mm3 de sangue

DES:

TEMPO DE COAGULAÇÃO Data de Coleta: 08/11/2018 09:59h

Resultado.....: 5 minutos e 00 segundos
MATERIAL: Sangue METODO: Lee-White
Valor de referencia: 2 a 10 minutos

TEMPO DE SANGRAMENTO Data de Coleta: 08/11/2018 09:59h

Resultado.....: 2 minutos e 15 segundos
MATERIAL: Sangue METODO: Duke
Valor de referencia: 1 a 5 minutos

Mansueto Mafias

Conferido, liberado e assinado eletronicamente por Dr. José Mansueto Mafias - CRF 2644

Os resultados dos exames de laboratório sofrem influência de estado fisiológico, patológico e uso de medicação.
Somente seu médico tem condições de analisar corretamente este resultado.



LABCLINIC
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Dr. Mansueto da Silva Matias
CRE. Nº 1244 - CRM 16.764.948-1/1-03

Rua Padre Agamenon, 62 - Fone: (26) 3535-1007 - Assaré - Ceará

Sr(m) **ANTONIO DIAS DE SOUSA**

Acadêmico: 08/11/2018 - 16:36:06

Identidade:

Solicitante: Sem solicitação Médica

Fonte pagadora: LABCLINIC - DR. MANSUETO DA SILVA MATIAS

Idade/Sexo: 68 anos / Masculino

O.S: 017-64260-727

* Amostra coletada, identificada e enviada pelo laboratório associado. Exames realizados em parceria com o Laboratório Vênus Lemos.

TEMPO DE PROTHROMBINA

Material: Sangue - Plasma citratado
Método: Nefelometria/Cromogênico Automatizado

Coleta: 08/11/2018 - 16:36:06
Liberação: 09/11/2018 - 11:43:03

PLASMA CONTROLE

10,9 segundos

RESULTADO

11,10 segundos

ATIVIDADE

97,00 %

Vr: 70,00 a 100,00 %

1,02

I.M.E.

Vr: 11x menor que 1,20

Os anticoagulantes orais diretos DOACs, Dabigatran (Pradaxa®), Rivaroxabana (Xarelto®), Apixabana (Eliquis®), são drogas com meia vida curta, não mensuráveis para monitoramento como os antagonistas da vitamina K. Quando em uso, podem ou não alterar os resultados dos exames laboratoriais de coagulação.

Barnes, et al. Journal of Thrombosis and Haemostasis, 13: 1154-1155, 2015./ Galanis T et al. Thromb Thrombolysis 2011;31:310./ Lindahl et al. Thromb Haemostas 2011

Hilgert et al. J Thromb Haemost 2011./ European Medicines Agency, Apixaban Summary of Product Characteristics.

Assinado Eletronicamente por Dr. Edmilson de N. Cardoso, CREM 4768 AERM 4746

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL

Material: Sangue - Plasma citratado
Método: Nefelometria/Cromogênico Automatizado

Coleta: 08/11/2018 - 16:36:06
Liberação: 09/11/2018 - 16:41:03

T. TROMBOPLASTINA PARCIAL (PADRÃO)

25,70 seg

T. TROMBOPLASTINA PARCIAL (PACIENTE)

28,80 seg

Vr: Atenção aos novos valores de referência a partir de 01/03/17:

31,0 - 40,0 seg.

(R menor que 1,62)

1,12

RELACÃO PACIENTE/PADRÃO

Os anticoagulantes orais diretos DOACs, Dabigatran (Pradaxa®), Rivaroxabana (Xarelto®), Apixabana (Eliquis®), são drogas com meia vida curta, não mensuráveis para monitoramento como os antagonistas da vitamina K. Quando em uso, podem ou não alterar os resultados dos exames laboratoriais de coagulação.

Barnes, et al. Journal of Thrombosis and Haemostasis, 13: 1154-1155, 2015./ Galanis T et al. Thromb Thrombolysis 2011;31:310./ Lindahl et al. Thromb Haemostas 2011

Hilgert et al. J Thromb Haemost 2011./ European Medicines Agency, Apixaban Summary of Product Characteristics.

Assinado Eletronicamente por Dr. Edmilson de N. Cardoso, CREM 4768 AERM 4746

ASSINATURA DIGITAL

CDFA4D443152B31548B310345315497315FA73163CE3155

"O valor preditivo dos exames laboratoriais depende da situação clínico-epidemiológica do paciente. De ser interpretado apenas pelo médico assistente."



Quimica Saca - A tecnologia utilizada pela NASA® agora é a mesma que realiza seus exames sem utilizar água ou reagentes líquidos, produziremos resultados muito mais precisos reduzindo danos ao planeta.



LABCLINIC

fls. 27

DR. RILSON DE A. SILVA

CRM 4-2044 - CNPQ 32.709.000-1

Av. Padre Agamenon, 82 - Fone: (83) 3837-1837 - Assare - PB

LABCLINIC

ASSARE - CE 63140-000

Resultado de Exames

Data Impressão: 12/11/2018 11:43

ANTONIO DIAS DE SOUSA (4906332) DT.ENT.: 12/11/2018

Data de nascimento: 68 anos

MATERIAL - SANGUE

POTÁSSIO

Data Liberação: 12/11/18 PAG 52/5000

[DATA DA COLETA : 09/11/2018 08:00] COLETA DE AMOSTRA NÃO REALIZADA PELO INSTITUTO HERMES PARDINI

MÉTODO: ELÉTRODO SELETIVO

RESULTADO: 4,8 mEq/L

VALOR DE REFERÊNCIA: 3,5 a 5,1 mEq/L

C

SÓDIO

Data Liberação: 12/11/18 PAG 52/5000

[DATA DA COLETA : 09/11/2018 08:00] COLETA DE AMOSTRA NÃO REALIZADA PELO INSTITUTO HERMES PARDINI

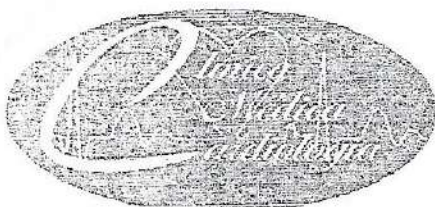
MÉTODO: ELÉTRODO SELETIVO

RESULTADO: 138 mEq/L

VALOR DE REFERÊNCIA: DE 136 a 145 mEq/L

V

89



Clínica Médica e Cardiológica
Dr. Janio Freire de Alencar

Endereço: Rua Padre Emílio Cabral - 121 - Saida Assaré-Crato
Centro: Assaré - CE
Telefones: (88) 3836-1177
(88) 9 9990-5026

Dr. Janio Freire de Alencar

PACIENTE: ANTONIO DIAS DE SOUSA

RISCO CIRÚRGICO

IDADE: 68 ANOS

ALÉRGICO A MEDICAÇÃO: SIM () NÃO ~~+~~

CIRURGIA A SER EXECUTADA: DO TENDÃO SUPRAESCAPULAR
TENDÃO SUBESCAPULAR DE OMBRO DIREITO
ACV: RCR 2T BNF SI SOPAO PATOLÓGICO
AR: HVE SI BUNDO PATOLÓGICO

EXAMES LABORATORIAIS: OK

ECG: DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE.

CIRURGIA PRÉVIA: PROSTATECTOMIA E RENOCA UMBILICAL

MEMBROS: SEM ALTERAÇÕES

TIPAGEM SANGÜÍNEA: -

NEUROLÓGICO: LOTO

HIPERTENSO: SIM () NÃO ~~+~~ NORMOTENSO - (CASA) - 110/70
TAPO - EQUILIBRIO - ACALUSTICO - ARIETICO

RISCO CIRÚRGICO:

Baixo Risco

Dr. Janio Freire de Alencar
CREMEC - 9133

Clinico e Cardiologista

CREMEC - 9133

Dr. Janio Freire de Alencar

Data: 14, 11, 18

FUMAR FAZ MAL A SAÚDE

ANTONIO DIAS DE SOUSA
45477

HOSPITAL SAO RAIMUNDO

AP

23/05/2019

11:06:44

Z: 100

W:4096 L:204



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua São José, s/n - Centro - Tarrafas/CE
CNPJ: 11.696.573/0001-18 Tel: (88) 3549-1113
saude.tarrafas@hotmail.com



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Antônio Dias de Sousa

PRESCRIÇÃO:

Atestado Médico

Atento, para os devidos fins, que o
pte. supracitado esteve em atendimento
médico no dia 11 de setembro de 2019,
na U.M.S. de Tarrafas (CE), por conta
de trauma contuso em ombro direito,
com limitação funcional, referente tor-
são vítima de acidente de trânsito.
Após exames de imagem (RNM e US), foi
constatada lesão traumática de manguí-
to notada, sendo indicada intervenção
cirúrgica. CID-10: S46.0

DATA: 19/03/19

Dr. Gustavo Lura
MÉDICO
CRM-CE 16.573

Carimbo e Assinatura do Médico

DATA ATEND	16/01/2019	Nº ATEND	535730
PACIENTE	ANTONIO DIAS DE SOUSA	SEXO	MASCULINO
DATA NASC	19/08/1950	IDADE	68
RG	38.759.254-4	CPF	619.864.107-49
MÃE	FRANCISCA RODRIGUES DE SOUSA	BAIRRO	CENTRO
ENDEREÇO	RUA IRMAO VILA NOVA 181 CASA	CEP	63145000
CIDADE	TARRAFAS	UF	CE
TELEFONE 1	88992229787	TELEFONE 2	
PLANO DE SAÚDE	CARTAO SAUDE HSR	MATRICULA	898001248105402
		Tipo de Atend	CONSULTA

PRIORIDADE CLÍNICA

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Início da Classificação:	Término da Classificação:
Classificador.....	Coren:
Porta de Entrada.....	000104-RECEPCAO ELETIVA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

PACIENTE RETORNAR COM EXAMES PRE OP

CD: MARCO CIRURGIA

EXAME FÍSICO

EXAMES COMPLEMENTARES

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CONDUTA

Dr. Diego Teixeira Brito
Ortopedista / Traumatologista
Clínica do Ortopedista
CRM-DE 19167 - TEUF 10440

Assinatura e Carimbo do Médico

Ass. Paciente / Responsável

Edna
01 03 19



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Perícia Forense do Estado do Ceará
Coordenadoria de Medicina Legal
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Juazeiro do Norte

LAUDO PERICIAL

2019.0020536

Natureza do exame: Sanidade em Lesão Corporal (DPVAT)
Referência: B.O: - 417-224/2019

Documento solicitante: Guia - 53/2019
Órgão solicitante: Delegacia Municipal de Assaré

 GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ Perícia Forense do Estado do Ceará	Perícia Forense do Estado do Ceará Coordenadoria de Medicina Legal Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Juazeiro do Norte
LAUDO PERICIAL	Número: 2019.0020536
Sanidade em Lesão Corporal (DPVAT)	Páginas: 2/3

No dia 01 de Julho de 2019, no Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Juazeiro do Norte da Coordenadoria de Medicina Legal da Perícia Forense do Estado do Ceará, em Juazeiro do Norte-CE, pelo Coordenador(a) Sr(a) Francisco Hugo Leandro, foi designado o(a) perito(a) Dr(a) Andrey Cavalcante Quental para proceder exame de Sanidade em Lesão Corporal (DPVAT), a fim de atender à solicitação do(a) Delegacia Municipal de Assaré de acordo com o(a) Guia de número 53/2019, descrevendo com a verdade todas as circunstâncias que encontrar, descobrir ou observar, e responder o(s) quesito(s) formulado(s).

DADOS:

ENVOLVIDO(S):

ANTONIO DIAS DE SOUSA

PARECER:
HISTÓRICO:

Periciando comparece para exame de sanidade em lesão corporal, referente a perícia realizada em 21/03/2019; inicialmente foi solicitado que se retornasse para nova avaliação após alta ambulatorial definitiva e reabilitação plena e efetiva. Retorna no dia de hoje (01/07/2019) para complementação pericial afim de se quantificar eventuais danos corporais de natureza permanente. Menciona estar bem, sem dores espontâneas e com franca melhora da amplitude de movimento em ombro direito.

AO EXAME:

- 1-Cicatriz cirúrgica de coloração rosa, algo hipertrófica, medindo cinco e meio centímetros, disposta longitudinalmente em face ântero-lateral de ombro direito, que causa depressão em pele à manobra de abdução.
- 2-Amplitude articular global de ombro direito adequada, entretanto há discreta limitação à execução de rotação interna.
- 3-Força de elevação e abdução de ombro direito ligeiramente diminuída.

QUESITOS:

- 1) Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

Resposta ao 1º) Ombro direito. Sem dano corporal permanente que se enquadre e/ou quantifique de acordo com a tabela referendada.



15 de Julho de 2019

 GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ <i>Perícia Forense do Estado do Ceará</i>	Perícia Forense do Estado do Ceará Coordenadoria de Medicina Legal Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Juazeiro do Norte
LAUDO PERICIAL	Número: 2019.0020536
Sanidade em Lesão Corporal (DPVAT)	Páginas: 3/3

Dr(a) Andrey Cavalcante Quental
Médico Perito Legista Matrícula: 168046-1-4



Governo do Estado do Ceará
Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE
Coordenadoria De Medicina Legal - COMEL

EXPEDIÇÃO DE MALOTE

Número do Malote
633376

Data e Emissor
22/05/2019 - 10:56
CICERO.SARAIVA

Órgão de Destino

PARTE INTERESSADA

LAUDOS PERICIAIS

REGISTRO	ANO	PERICIANDO E TIPO EXAME	GUIA	ANO	ENTRADA
792852	2019	ANTONIO DIAS DE SOUSA SEGURO DPVAT	24 / 2019		21/03/2019

Responsável pelo Recebimento do Malote

Nome	Matrícula	Data

Malote: 633376 - Impresso em: 5/22/2019 10:50 AM - 1 de 1 - Usuário: CICERO.SARAIVA

Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE
Coordenadoria de Medicina Legal - COMEL
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Juazeiro do Norte

Registro N. 792852 / 2019

Digitacao: 25/04/2019 (ERIKA.ARAUJO)
Livro: 167 Pagina:34

Enviar para **DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSARE**

EXAME SEGURO DPVAT

Em 21 de março de 2019, nesta cidade de Juazeiro do Norte, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Juazeiro do Norte, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

ANDREY CAVALCANTE QUENTAL - CRM - Nº: 9235

Para proceder a exame de corpo de delito (SEGURO DPVAT) em

ANTONIO DIAS DE SOUSA

a fim de ser atendida a requisição de nº 24 / 2019, emitida pelo (a) **DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSARE** descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 10:00h de 21/03/2019 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

HISTÓRICO:

Periciando afirma que foi vítima de acidente de trânsito por queda de motocicleta ao colidir com uma vaca, fato ocorrido às 05:00 horas do dia 11/09/2018, próximo a Cajazeiras do Jiló, município de Tarrafas, tendo consequência contusão em ombro direito e lesão de manguito rotador, tratada cirurgicamente em 23/01/2019 no Hospital São Raimundo, em Crato.

AO EXAME:

- 1- Cicatriz de coloração rósea, com discreta hipertrofia, disposta longitudinalmente, causando depressão em pele à execução de abdução de ombro direito (acesso cirúrgico).
- 2- Limitação da amplitude global de movimento de ombro direito, em grau mínimo, notadamente dolorosa à execução de manobras, sobretudo à rotação interna, esta consideravelmente limitada.
- 3- Diminuição da força de abdução e elevação em ombro direito.

COMENTÁRIOS E DISCUSSÃO:

Faz-se necessária nova avaliação pericial após reabilitação plena, a fim de qualificar e quantificar eventuais danos corporais de natureza permanente.

RESPOSTA AOS QUESITOS

PRIMEIRO - Houve lesão de origem externa, com possível nexo causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?

Sim.

SEGUNDO: Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

Ombro direito. Necessária perícia complementar, com noventa dias, a fim de quantificar eventuais danos de natureza permanente.

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

ANDREY CAVALCANTE QUENTAL
- CRM - Nº: 9235

	ESTADO DO CEARA PREFEITURA MUNICIPAL DE IGUATU SECRETARIA DA FAZENDA MUNICIPAL-SEFAM					Nota Nº 0000017513			
						SÉRIE			
						ELETRÔNICA			
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS									
Data de Geração	24/04/2019	Competência	ABR/2019		Nº da NFS-e Substituída	0			
Nº do RPS	0	Local da Prestação	IGUATU-CE		Optante do Simples	NÃO			
DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO									
Razão Social		CLINICA SAO CAMILO LTDA							
Nome Fantasia		HOSPITAL SAO CAMILO							
Endereço		RUA SANTOS DUMONT, 510 - CENTRO							
CPF/CNPJ		07.174.521/0001-04	Insc. Municipal	4503203	UF	CE		Insc. Estadual	0
Cidade	IGUATU	C.E.P.		Comp.		Telefone			
DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO									
Razão Social		ANTONIO DIAS DE SOUSA			E-mail				
Endereço		RUA JOAO VILA NOVA, 181 CENTRO TARRAFAS-CE							
CPF/CNPJ	619.864.107-49	Insc. Municipal	0	Insc. Estadual		Telefone			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS									
REFERENTE A SERVIÇOS MEDICOS HOSPITALARES PRESTADOS									
CODIGO DA ATIVIDADE/SERVIÇO									
403 / 403 / 861010200 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências									
INFORMAÇÕES PARA SERVIÇOS DE CONSTRUÇÃO CIVIL									
CÓDIGO DA OBRA					ART DA OBRA				
TRIBUTOS FEDERAIS									
PIS	0,00	COFINS	0,00	INSS	0,00	CSLL	0,00		
IRRF	0,00								
VALORES DO PRESTADOR		INFORMAÇÕES DA OPERAÇÃO			CÁLCULO DO ISS				
Valor dos Serviços	700,00	Natureza da Operação			Valor dos Serviços	700,00			
(-) Desconto Incondicionado	0,00	Tributada no Município			(-) Dedução permitida em lei	0,00			
(-) Desconto condicionado	0,00	Regime Especial de Tributação			(-) Desconto Incondicionado	0,00			
(-) Retenções Federais	0,00	0-Nenhum			Base de Cálculo	700,00			
Outras Retenções	0,00	Código de Validação/Link			(X) Alíquota do ISS	4,0000%			
(-) ISS Retido	0,00	7182HgAsPKaF			ISS a Reter	() Sim (X) Não			
(=) Valor Líquido	700,00	http://iguatu.ce.gov.br			(=) Valor do ISS	28,00			
INFORMAÇÕES ADICIONAIS									
OUTRAS INFORMAÇÕES									
Impressa em: 24/04/19 08:59 Hora da emissão: 08:59:32									

hamento da conta

limento: SCA - 00200403 Conta: 00209560

Admissão: 22/10/2018 09:23

da Conta: EXAMES

Prontuário: 00716308 ANTONIO DIAS DE SOUSA

reço do paciente: RUA IRMAO VILA NOVA, 181

CENTRO - Cep: . - TARRAFAS / CE

ênio: 17 PARTICULAR

Guia Médica:

de atendimento: EXAMES

go	Nome do Produto	Qtde. CH	Val. CH	Val. Filme Unid.	Qtde.	Val. Unit.	Val. Total
----	-----------------	----------	---------	------------------	-------	------------	------------

cos do Atendimento:

o de Faturamento: NORMAL

o de Produto: PROCEDIMENTOS

22/10/2018

9092	RM MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL (	0,00	0,00	0,00	1,00	700,00	700,00
	NAO INFORMADO						

Total do dia 22/10/2018 : 700,00

Total de PROCEDIMENTOS : 700,00

Total de NORMAL : 700,00

TOTAL DA CONTA: 700,00

	ESTADO DO CEARA PREFEITURA DO CRATO SECRETARIA DE FINANÇAS E PLANEJAMENTO					Nota Nº 0000004138		
						SÉRIE		
						ELETRÔNICA		
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS								
Data de Geração		25/07/2019		Competência		JUL/2019		
Nº do RPS		0		Local da Prestação		CRATO-CE		
				Nº da NFS-e Substituída		0		
				Optante do Simples		NÃO		
DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO								
	Razão Social		FUNDACAO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES					
	Nome Fantasia		HOSPITAL SÃO RAIMUNDO					
	Endereço		RUA TEODORICO TELES, 99 - CENTRO					
	CPF/CNPJ		06.746.713/0002-66		Insc. Municipal	4521846	UF	CE
	Cidade		CRATO		C.E.P	63100160	Comp.	
				Insc. Estadual		0		
				Telefone				
DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO								
Razão Social		ANTONIO DIAS DE SOUSA				E-mail		
Endereço		RUA IRMÃO VILA NOVA, 181 CENTRO 63145000 TARRAFAS-CE						
CPF/CNPJ		619.864.107-49		Insc. Municipal	0	Insc. Estadual		
				Telefone		88 992229787		
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS								
REFERENTE APRESTAÇÃO DE SERVIÇO MÉDICO.								
CODIGO DA ATIVIDADE/SERVIÇO								
403 / 861010100 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, pronto-socorros								
INFORMAÇÕES PARA SERVIÇOS DE CONSTRUÇÃO CIVIL								
CÓDIGO DA OBRA					ART DA OBRA			
TRIBUTOS FEDERAIS								
PIS	0,00	COFINS	0,00	INSS	0,00	CSLL	0,00	
IRRF		0,00						
VALORES DO PRESTADOR		INFORMAÇÕES DA OPERAÇÃO				CÁLCULO DO ISS		
Valor dos Serviços		270,00		Natureza da Operação		Valor dos Serviços		
(-) Desconto Incondicionado		0,00		Isenta		(-) Dedução permitida em lei		
(-) Desconto condicionado		0,00		Regime Especial de Tributação		(-) Desconto Incondicionado		
(-) Retenções Federais		0,00		0-Nenhum		Base de Cálculo		
Outras Retenções		0,00		Código de Validação/Link		(X) Aliquota do ISS		
(-) ISS Retido		0,00		AcHE4f17Ztr5		ISS a Reter		
(=) Valor Líquido		270,00				() Sim (X) Não		
						(=) Valor do ISS		
						0,00		
INFORMAÇÕES ADICIONAIS								
ISENTA DE ISS								
OUTRAS INFORMAÇÕES								
Impressa em: 25/07/19 09:34 Hora da emissão: 07:55:29								

 ESTADO DO CEARÁ Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE DAE - Documento de Arrecadação Estadual		NUMERAÇÃO DO CÓDIGO DE BARRAS 856400000019 065200062019 904012019629 050774808005	
01 - CÓDIGO/ESPECIFICAÇÃO DA RECEITA 6467 / 63095 - REALIZACAO DE PERICIA E EMISSAO		02 - DATA VENCIMENTO 01/04/2019	03 - PAGAMENTO ATÉ 01/04/2019
11 - IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE CNPJ / CPF: 61986410749 ANTONIO DIAS DE SOUSA REALIZACAO DE PERICIA E EMISSAO DO RESPECTIVO LAUDO PERICIAL RELACIONADO A PERICIAS MEDICO-LEGAIS PARA EFEITOS DE SEGURO DPVAT.		04 - NOSSO NÚMERO 201962050774808	05 - PERÍODO REFERÊNCIA 032019
		06 - VALOR PRINCIPAL 106,52	07 - MULTA 0,00
12 - INFORMACOES COMPLEMENTARES LEI N. 15.838 DE 27 DE JULHO DE 2015		08 - JUROS 0,00	09 - DESCONTOS 0,00
		10 - TOTAL A RECOLHER 106,52	
13 - CÓDIGO DE BARRA 856400000019 065200062019 904012019629 050774808005			
		1a VIA - CONTRIBUINTE (AUTENTICAÇÃO NO VERSO)	

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CAIXA AQUÍ

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
ARRECADACÃO DE CONVENIO

21/03/2019 18:24
DATA DE EFETIVAÇÃO 21/03/2019
CONVENIO 000611735
OPERADOR PAULA3

REPRESENTAÇÃO NUMÉRICA
856400000019 065200062019
904012019629 050774808005

CONVENIO SECRETARIA DA FAZEND
PAGTO EFETUADO EM 21/03/2019
VALOR 106,52
COD OPERAÇÃO 00025411
TRANSAÇÃO EFETIVADA OK

OPERAÇÃO REALIZADA COM SUCESSO

CAIXA AQUÍ
E A CAIXA EM TODO O BRASIL

SAC CAIXA 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala 0800 726 2492

Ouvidoria 0800 726 7474

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 619.864.107-49 Nome completo da vítima: Antonio Dias de Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Antonio Dias de Sousa CPF: 619.864.107-49
Profissão: Aposentado Endereço: Rua Irmãos Vila Nova Número: 185 Complemento:
Bairro: Centro Cidade: Tarajás Estado: CE CEP: 63145-000
E-mail: samuelroelim@yahoo.com.br Tel.(DDD): (88) 99484-8906

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3587 CONTA: 6981 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Juazeiro - CE, 02 Agosto 2019
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Procuração

OUTORGANTE: ANTONIO DIAS DE SOUSA, BRASILEIRO, divorciado(a), APOSENTADO, Data de Nascimento: 19/08/1950, Naturalidade: CEARÁ, Filiação: FRANCISCO GERALDO DIAS e FRANCISCA RODRIGUES DE SOUSA, RG: 2015203111-6, CPF: 619.864.107-49, Residente e domiciliado(a) no(a) RUA IRMÃS VILA NOVA, 185, Bairro: CENTRO, CEP: 63145-000, TARRAFAS/CE, Telefone: (88) 92229-787.

OUTORGADO(S): SAMUEL FERREIRA ROLIM, brasileiro(a), *estado civil* casado, Advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº.24334, titular do RG de nº2001002342510, inscrito(a) no CPF sob o nº.024.883.153-46, sócio proprietário da SAMUEL ROLIM ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA, Sociedade Unipessoal de Advocacia, pessoa jurídica de Direito Privado, inscrita no CNPJ sob o nº.28.480.546/0001-06 com sede localizada na Av. Coronel Francisco Gomes, 88, Centro, CEP: 63.140-000, Assaré-CE, pelo presente instrumento nomeado bastante procurador, do outorgante, que abaixo assina.

PODERES: Confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula AD-JUDICIA ET EXTRA, em qualquer juízo, instância ou tribunal, no que se refere aos direitos da outorgante ou de quem possa representar ou assistir, especialmente para fins de Benefício Previdenciário, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferidos-lhe, ainda poderes especiais PREVISTOS NO ART.105 DO CPC/2015 para confessar, desistir, renunciar direitos, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação de qualquer natureza, habilitar crédito, ação ordinária, procedimento sumaríssimo, ação rescisória, embargos, agravos, representando ainda o outorgante, para receber junto ao BANCO DO BRASIL ou CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, pagamentos de RPV ou PRECATÓRIO e outros que estiverem a disposição do outorgante BEM COMO APRESENTAR PEÇA DE REPRESENTAÇÃO CRIMINAL nos termos do Art.39 do Código de Processo Penal junto ao Juízo Criminal ou Ministério Público. Pode o outorgado substabelecer por bom, firme e valioso, sempre no interesse do outorgante. Também são conferidos poderes para apresentar requerimentos junto as empresas de água (cagece) e energia (coelce) como transferência de contas, segunda vias de débitos, regularização de pendências e outras igualmente necessárias. Tais poderes são também para representá-lo junto ao INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL (INSS) como solicitar inscrição de NIT, apresentar/protocolar Requerimento de Benefícios, Segunda via de Cartas de Indeferimento ou Processo Administrativo, CNIS (Cadastro Nacional de Informações Sociais) DETALHADO com todos os vínculos e remunerações, INFBEN (Informações de Benefício), HISCRE (Histórico de Créditos), HISMED (Histórico médicos/perícias), SENHA INICIAL do Meu INSS, fazer alterações de endereço para recebimento de benefício e outros que forem necessários à realização do devido procedimento. Os referidos poderes são outorgados, ainda, para que possa o outorgado, representar os interesses do outorgante, junto à **Secretaria da Fazenda/ Receita Federal**, podendo requerer regularização de CPF e obter todas as informações que julgar necessárias, não havendo sigilo de informações ao dito outorgado. A este, ainda é outorgado poderes para requerer junto a Cartórios de Registros Públicos quaisquer documentos que se refiram ao dito outorgante, não havendo qualquer sigilo frente àquele. São também outorgados poderes para requerer junto às Repartições Públicas quaisquer documentos que se refiram à outorgante como Declarações, Certidões de Tempo de Serviço e demais documentos necessários para prosseguimento de requerimento de benefício previdenciário junto ao Instituto Nacional do Seguro Social. Referidos poderes são também para requerer Certidões, Realizar Negociações bem como Parcelamentos de Dívidas junto aos Órgãos Públicos e Instituições como Receita Federal do Brasil (RFB) e Secretaria da Fazenda do Estado do Ceará (SEFAZ). Poderes acima são também para requerer junto às Seguradoras Pedido de indenização de Seguro DPVAT. São também outorgados poderes para apresentação de DEFESAS perante quaisquer Repartições Públicas em quaisquer processos de interesse do outorgado.


Outorgante

Tarrafas, 30 de julho de 2019

www.samuelrolim.jur.adv.br

Sede: Av. Coronel Francisco Gomes, 88. Centro. CEP: 63.140-000. Assaré-CE.

Fones: (88) 3535.1280 / (88) 9.9484.8906 / (88) 9.9776.0567

Filial: Av. Julio Marques do Nascimento, 614. Cristo Rei. CEP: 58.900-000. Cajazeiras-PB.

Fones: (83) 3531.7555 / (83) 9.9672.4708

samuelrolim@yahoo.com.br

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSARE



Impresso nº 2019185229

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 417 - 224 / 2019

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)**Data / Hora da Comunicação: **20/03/2019 11:27:32**Data / Hora da Ocorrência: **11/09/2018 05:00:00**Endereço da Ocorrência: **PROX. CAJAZEIRAS DO JILÓ**

Complemento:

Bairro:

Município: **TARRAFAS/CE**

Ponto de Referência:

Noticiante(s)Nome: **ANTONIO DIAS DE SOUSA**Nascimento: **19/08/1950** CPF:RG: **387592544**Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **FRANCISCA RODRIGUES DE SOUSA****FRANCISCO GERALDO DIAS**Endereço: **RUA IRMAS VILANOVA, 181**Bairro: **CENTRO**CEP: **63.145-000**Município: **TARRAFAS/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 99222-9787****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **OCS2158** Uf: **CE** Município: **TARRAFAS** Chassi:**9C2JC4110CR462584** Renavam: **395425301** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** AnoFabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor:**VERMELHA** Proprietário: **ANTONIO DIAS DE SOUZA** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL****Histórico**

INFORMA O NOTICIANTE ADVERTIDO DAS PENALIDADES IMPOSTAS PELOS ARTIGOS 299, 339 E 340 TODOS DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO QUE NA DATA E LOCAL SUPRACITADOS é habilitado; QUE, estava conduzindo o veículo cadastrado, se deslocando da cidade de Tarrafás sentido Assaré; QUE, estava sozinho na sua motocicleta; QUE, ao chegar no sítio cajazeiras viu um rapaz dando com a mão, que o noticiante ficou com medo de ser um assalto pois era de madrugada, que ao chegar em uma curva tinha um gado na pista, bateu neste e veio ao solo; QUE, o noticiante estava usando o capacete na hora do acidente; QUE, não conhece a pessoa que o socorreu, que o noticiante foi sozinho até o hospital da cidade de Tarrafás; QUE, deu entrada no Hospital de Tarrafás por volta das 08:50, consciente, orientado, com escoriações e trauma no ombro direito, onde logo após o noticiante foi até a cidade de Juazeiro do norte e realizou um Raio-X; QUE, o noticiante foi até o Hospital São Raimundo, que foi diagnosticado com uma lesão manguito rotador D, onde foi submetido a um procedimento cirúrgico; QUE, realizou a cirurgia no ombro direito no dia 23/01/2019; QUE, no dia 24/01/2019 o noticiante recebeu alta do Hospital São Raimundo; QUE, o noticiante não faz uso de bebida alcoólica e não fez uso desta antes do

Antonio Dias de Sousa

06/08/19

*TESTEMUNHA: Adonias Alves de Souza
Francisco Colares Afonso*

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSARE



Impresso nº 2019185229

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 417 - 224 / 2019

acidente; QUE apresenta como testemunhas: RAIMUNDO DIAS DE SOUSA RG 08458699-9, residente na Rua Irmas Vila Nova, 181, Centro- Tarrafas/Ce; FRANCISCO DIAS ANTUNES RG 2008736481-0, residente no Sitio Lagoa do Barro, 175, Distrito de Patos- Tarrafas/CE; ADONIAS ALVES DE SOUSA, residente na Av. Maria Luiza Leite Santos, 595, Bulandeira- Tarrafas/CE. REGISTRA O FATO E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSARE**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****PLINIO MACEDO BEZERRA - MAT.: 30118847****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Adonias Alves de Sousa***VISTO DO DELEGADO(A) :****BRUNO RAFAEL VITAL SAMPAIO - MAT.: 30114116**

x Adonias ALVS de Souza
x Francisco Dias Antunes
x Raimundo Dias de Sousa

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464183

Vítima: ANTONIO DIAS DE SOUSA

Data do Acidente: 11/09/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO DIAS DE SOUSA

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464183

Vítima: ANTONIO DIAS DE SOUSA

Data do Acidente: 11/09/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO DIAS DE SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: ANTONIO DIAS DE SOUSA

Valor: R\$ 700,00

Banco: 104

Agência: 3587

Conta: 000006981-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 951341710	NOME ANTONIO DIAS DE SOUSA		
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 387592544 SSP SP		
	CPF 619.864.107-49		
	DATA NASCIMENTO 19/08/1950		
	FILIAÇÃO FRANCISCO GERALDO DIAS FRANCISCA RODRIGUES DE SOUSA		
PROIBIDO PLASTIFICAR 951341710	Nº REGISTRO 03199867291		
	VALIDADE 08/12/2019		
	1ª HABILITAÇÃO 16/12/1986		
	PERMISSÃO ACC. CAT. HAB. AB		
	RESERVAÇÃO A ;		
Assinatura do Portador: <i>Antonio Dias de Sousa</i>			
LOCAL FORTALEZA, CE		DATA EMISSÃO 21/01/2015	
Assinatura do Emissor: <i>Isor Vasconcelos Ponte</i> ISOR VASCONCELOS PONTE		62860455659 CE144905655	
DETRAN - CE (CEARA)			

000088



Nº de Inscrição:

54256950



Cagece



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

DADOS DO CLIENTE

Nome: RAIMUNDO DIAS DE SOUSA

End. Leitura: RU IRM VILA NOVA, 185, CENTRO

Cidade: TARRAFAS

CEP: 63.145-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 116

Sector: 002

Quadra: 035

Lote: 0290

Comp: 0000

Subsector: Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A13F215132	640	649	9	7

DATAS

Leitura Atual: 06/06/2019

Emissão: 07/06/2019

Lacre Água: A13F215132

Leitura Anterior: 07/05/2019

Próxima Leitura: 6/7/2019

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUIDA REFERENTE A: 06/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	10	10	5	10	10
Analisadas	10	10	10	10	10
Em conformidade	10	0	0	10	10

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DIGA NAO AO TRABALHO INFANTIL. DENUNCIE! DISQUE 100 OU PROCURE O CONSELHO TUTELAR MAIS PROXIMO DE SUA RESIDENCIA. NAO PRECISA SE IDENTIFICAR. O SIGILO E GARANTIDO. AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE. AGUA TRATADA E SAUDE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	28,30	06/2018	13	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,03	07/2018	6	0
MULTA DE 2%	0,52	08/2018	10	0
		09/2018	8	0
		10/2018	11	0
		11/2018	8	0
		12/2018	8	0
		01/2019	9	0
		02/2019	8	0
		03/2019	7	0
		04/2019	6	0
		05/2019	6	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,27
COFINS	1,37

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
Valor do Serviço	41,65
Subsídio(-)	12,80
Total de Serviço	28,85

MÊS/ANO

06/2019

VENCIMENTO

02/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

28,85

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros: PagFacil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.



Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, Entidades Reguladoras Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos

IMP_FAT_CLIENTE_201906_103.FIC_TARRAFAS

UN-BAJ - TARRAFAS



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSARE



Impresso nº 2019185229

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 417 - 224 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)**

Data / Hora da Comunicação: **20/03/2019 11:27:32**

Data / Hora da Ocorrência: **11/09/2018 05:00:00**

Endereço da Ocorrência: **PROX. CAJAZEIRAS DO JILÓ**

Complemento:

Bairro:

Município: **TARRAFAS/CE**

Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **ANTONIO DIAS DE SOUSA**

Nascimento: **19/08/1950** CPF:

RG: **387592544**

Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **FRANCISCA RODRIGUES DE SOUSA**

FRANCISCO GERALDO DIAS

Endereço: **RUA IRMAS VILANOVA, 181**

Bairro: **CENTRO**

CEP: **63.145-000**

Município: **TARRAFAS/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99222-9787**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OCS2158 Uf: CE Município: TARRAFAS Chassi: 9C2JC4110CR462584 Renavam: 395425301 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Ano Fabricação: 2011 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA Cor: VERMELHA Proprietário: ANTONIO DIAS DE SOUZA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: NORMAL

Histórico

INFORMA O NOTICIANTE ADVERTIDO DAS PENALIDADES IMPOSTAS PELOS ARTIGOS 299, 339 E 340 TODOS DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO QUE NA DATA E LOCAL SUPRACITADOS é habilitado; QUE, estava conduzindo o veículo cadastrado, se deslocando da cidade de Tarrafas sentido Assaré; QUE, estava sozinho na sua motocicleta; QUE, ao chegar no sítio cajazeiras viu um rapaz dando com a mão, que o noticiante ficou com medo de ser um assalto pois era de madrugada, que ao chegar em uma curva tinha um gado na pista, bateu neste e veio ao solo; QUE, o noticiante estava usando o capacete na hora do acidente; QUE, não conhece a pessoa que o socorreu, que o noticiante foi sozinho até o hospital da cidade de Tarrafas; QUE, deu entrada no Hospital de Tarrafas por volta das 08:50, consciente, orientado, com escoriações e trauma no ombro direito, onde logo após o noticiante foi até a cidade de Juazeiro do norte e realizou um Raio-X; QUE, o noticiante foi até o Hospital São Raimundo, que foi diagnosticado com uma lesão manguito rotador D, onde foi submetido a um procedimento cirúrgico; QUE, realizou a cirurgia no ombro direito no dia 23/01/2019; QUE, no dia 24/01/2019 o noticiante recebeu alta do Hospital São Raimundo; QUE, o noticiante não faz uso de bebida alcoólica e não fez uso desta antes do

Antonio Dias de Sousa

*Testemunha: Adonias Alves de Souza
Francisco Dias Assaré*

Testemunha: Raimundo Dias de Souza

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSARE

**Impresso nº 2019185229****BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 417 - 224 / 2019**

acidente; QUE apresenta como testemunhas: RAIMUNDO DIAS DE SOUSA RG 08458699-9, residente na Rua Irmas Vila Nova, 181, Centro- Tarrafas/Ce; FRANCISCO DIAS ANTUNES RG 2008736481-0, residente no Sitio Lagoa do Barro, 175, Distrito de Patos- Tarrafas/CE; ADONIAS ALVES DE SOUSA, residente na Av. Maria Luiza Leite Santos, 595, Bulandeira- Tarrafas/CE. REGISTRA O FATO E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSARE**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****PLINIO MACEDO BEZERRA - MAT.: 30118847****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Antonio Dias de Sousa***VISTO DO DELEGADO(A) :****BRUNO RAFAEL VITAL SAMPAIO - MAT.: 30114116**

x Adonias Alves de Souza
x Francisco Dias Antunes
x Raimundo Dias de Sousa

CAIXA Loterias

205-569678503-0

24/JUL/2019 HORA DE 10:13:40

LOT. 05.020025-9 LOCALIDADE: TARRAFAS TERM 031733

AG. VINCULADA: 0684

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

3587.00006981-0

NOME: ANTONIO DIAS DE SOUSA

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012 SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE	SALDO
02/07	422,73 C
05/07	305,61 C
08/07	909,00 C
09/07	257,53 C
11/07	746,03 C
17/07	799,42 C

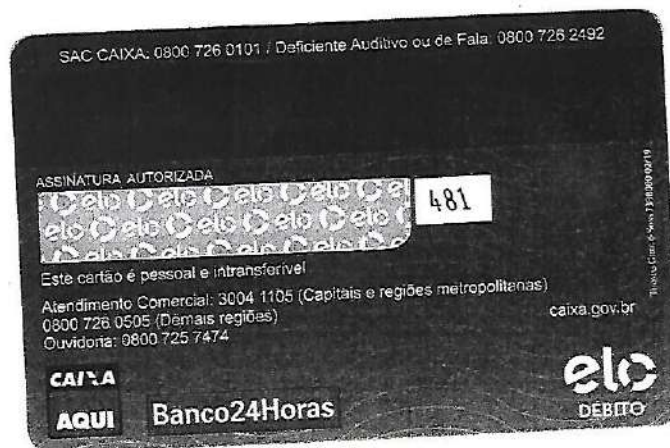
RESUMO EM 23/07

SALDO 3.440,32

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO 0,00

SALDO DISPONÍVEL



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

ANTONIO DIAS DE SOUSA, BRASILEIRO, divorciado(a), APOSENTADO, Data de Nascimento: 19/08/1950, Filiação: FRANCISCO GERALDO DIAS e FRANCISCA RODRIGUES DE SOUSA, RG: 2015203111-6, CPF: 619.864.107-49, Residente e domiciliado(a) no(a) RUA IRMÃS VILA NOVA, 185, Bairro: CENTRO, CEP: 63145-000, TARRAFAS/CE, Telefone: (88) 92229-787, **DECLARA**, com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto na Lei 1.060, de 05/02/1950, Art. 5º, LXXIV Constituição Federal, Art. 98 e seguintes do Novo Código de Processo Civil (Lei 13.105/15) para os devidos fins e sob as penas da lei, **não ter como arcar com o pagamento de custas e demais despesas processuais sem prejuízo de seu sustento, pelo que, requer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.**

TARRAFAS/CE, 30/07/2019.

x Antonio Dias de Sousa

Declarante

Tarrafas, 30 de julho de 2019

www.samuelrolim.jur.adv.br

Sede: Av. Coronel Francisco Gomes, 88. Centro. CEP: 63.140-000. Assaré-CE.

Fones: (88) 3535.1280 / (88) 9.9484.8906 / (88) 9.9776.0567

Filial: Av. Julio Marques do Nascimento, 614. Cristo Rei. CEP: 58.900-000. Cajazeiras-PB.

Fones: (83) 3531.7555 / (83) 9.9672.4708

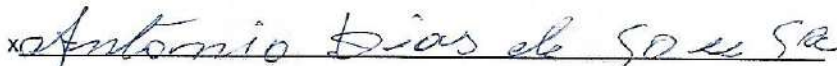
samuelrolim@yahoo.com.br

DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

EU, ANTONIO DIAS DE SOUSA, BRASILEIRO, divorciado(a), APOSENTADO, Data de Nascimento: 19/08/1950, Filiação: FRANCISCO GERALDO DIAS e FRANCISCA RODRIGUES DE SOUSA, RG: 2015203111-6, CPF: 619.864.107-49, Residente e domiciliado(a) no(a) RUA IRMÃS VILA NOVA, 185, Bairro: CENTRO, CEP: 63145-000, TARRAFAS/CE, Telefone: (88) 92229-787, **DECLARO**, conforme artigo 1º. da Lei 7115/83, ***que resido no endereço aqui informado e que não possuo conta de luz, agua ou outro em meu próprio nome*** bem como que sou conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Ciente das sanções legais, assino.

Local e data infra citada.


Outorgante

Tarrafas, 30 de julho de 2019

www.samuelrolim.jur.adv.br

Sede: Av. Coronel Francisco Gomes, 88. Centro. CEP: 63.140-000. Assaré-CE.

Fones: (88) 3535.1280 / (88) 9.9484.8906 / (88) 9.9776.0567

Filial: Av. Julio Marques do Nascimento, 614. Cristo Rei. CEP: 58.900-000. Cajazeiras-PB.

Fones: (83) 3531.7555 / (83) 9.9672.4708

samuelrolim@yahoo.com.br