

SABOYA & BRANDÃO

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA" 5

OUTORGANTE	CARLIANO VIANA BRAGA DE MENEZES		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	SÃO PAULO SP
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	2008010211124
Profissão	AUTONOMO	CPF nº	032.818.543-46
Endereço	AV DA SAUDADE, N 816		
Bairro	PASSARE	CEP	60861-330
Município/UF	FORTALEZA CE		
Telefone	(85) 98661 4314		

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, casado, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua Carlos Ribeiro Pamplona - nº 100 - 1º Andar - Sala 101 - Bairro Edson Queiroz - CEP: 60.811-695 - Fortaleza/CE, Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030 / (85) 98853-0069. E-mail: saboyaebrandao@hotmail.com / brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao@hotmail.com

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", a fim de que possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ações competentes em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como realizar endossos em cheque nominal emitido em nome do outorgante, destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 02 de dezembro de 2019.


OUTORGANTE

➤ RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - N°100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE

➤ RUA LARGO MAJOR JOÃO RIBEIRO - N° 35 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.811-695 - ITAIPAJÉ/CE

Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: saboyaebrandao@hotmail.com / brunop.brandao@yahoo.com.br / marcelobrandao@hotmail.com / thiago_cs@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

OUTORGANTE	CARLIANO VIANA BRAGA DE MENEZES		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	SÃO PAULO SP
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	2008010211124
Profissão	AUTONOMO	CPF nº	032.818.543-46
Endereço	AV DA SAUDADE, N 816		
Bairro	PASSARE	CEP	60861-330
Município/UF	FORTALEZA CE		
Telefone	(85) 98661 4314		

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com às custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, CF/88, Art. 98 ss. do CPC, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, 02 de dezembro de 2019

➤ Carliano Viana Braga de Menezes

DECLARANTE

➤ RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - N°100 - 1° ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE

➤ RUA LARGO MAJOR JOÃO RIBEIRO - N° 35 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.811-695 - ITAPAJÉ/CE

Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: saboyabrandao@hotmail.com brunop.brandao@vuhoo.com.br marcelobrandao@hotmail.com thiagu.csa@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, Carlismo Viana Braga de Menezes, BRASILEIRO(A),
(ESTADO CIVIL), (PROFISSÃO), PORTADOR DO RG Nº _____,
INSCRITO NO CPF SOB O Nº _____, RESIDENTE
DOMICILIADO(A) NO _____, ENDEREÇO _____, DECLARO PARA

TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELOS DRS. **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS, ATUALMENTE, COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENAMENTE ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO JUDICIAL, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, ISENTO O ESCRITÓRIO SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS, REPRESENTADO ATRAVÉS DOS ADVOGADOS **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE, TEL.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030 / (85) 98853-0069, DE TODA QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL, CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE TANGE A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS DOCUMENTOS E/OU DADOS), VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.

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

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

FORTALEZA/CE 02 DE dezembro DE 2019.

> Carlismo Viana Braga de Menezes
DECLARANTE

TESTEMUNHA
CPF:

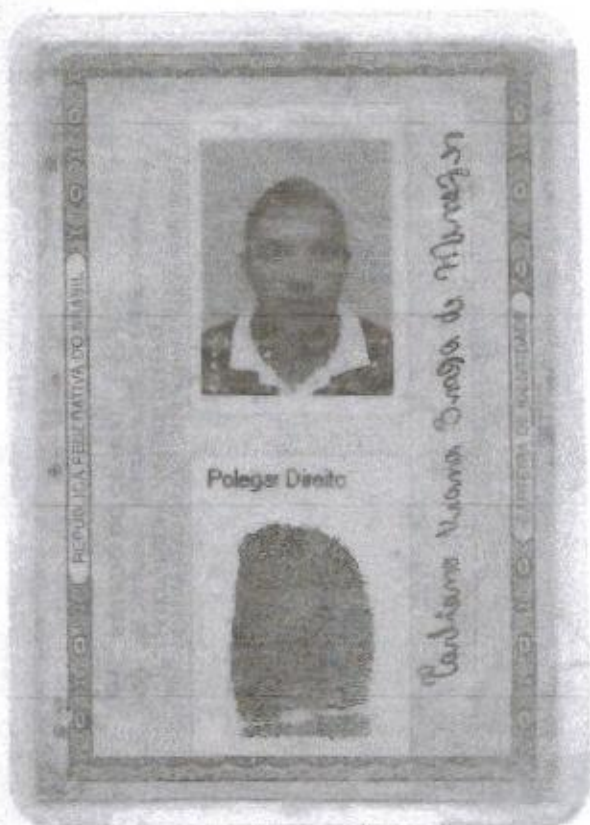
TESTEMUNHA
CPF:

> RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE

> RUA LARGO MAJOR JOÃO RIBEIRO - Nº 35 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.811-695 - ITA PAJÉ/CE

Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: saboya@brandao@hotmail.com brunop.brandao@yahoo.com.br marcelo@brandao@hotmail.com thiago.cs@hotmail.com



DENATRAM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014414674359
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA	COD. RENAVAM	RNTIC	EXERCÍCIO
PET 01	400155637	0000000000	2018

NOME
BRASIL DISTRIBUIDORA LTDA ME

FORTALEZA /CE

CPF / DNPI PLACA
1B080489000114 OCE6089/CE
PLACA ANT / UE CHASSI
/CE R02JID4110CR4449899

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLETA/MAN APLIC GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB.
HONDA/CG 125 FAN K5 2011 2012

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/OCV/124CC PARTIC RUXA

I	DOTA ÚNICA	VENC. DOTA ÚNICA	VENC. / COTAS
P	*****	**/**/**	1*
V	PAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2*
A	*****	*****	3*

PRÊMIO TARIÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
180 "65" 0-70 185.50 14/09/2018

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
FORTALEZA 28/09/2018

Fólio 00 de 01
Fóto Paulo Ximenes Paes

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS AOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT	
CENº 014414674359	BILHETE DE SEGURO DPVAT
180804B9000114	0CE6089/CE
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
www.seguradoralider.com.br	
SAC DPVAT 0800 022 1204	
014414674359	65800456399
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2018 18/09/2018	
01	01
180804B9000114	0CE6089
RENAVAM	PLACA
400165627	HONDA/CD 125 FAN KS
ANO FAB	MARCA / MODELO
2011	902JUC411OCR448899
01	Nº CHASSI
400165627	902JUC411OCR448899
PRÊMIO TARIFÁRIO	
FMS (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
81.29	90.33
CUSTO DO BILHETE (R\$)	TOTAL SEM PAGO FMS SEGURO (R\$)
4.15	185.50
PAGAMENTO	DATA DE QUITACÃO
X	14/09/2018
COTA ÚNICA	PARCELADO
SEGUROADORA LÍDER - DPVAT	
CNPJ 09.248.808/0001-04	
211029	
04103	



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019618529



fls. 21

FLS.

RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2982 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **04/09/2019 15:12:41**
Data / Hora da Ocorrência: **06/05/2018 20:35:00**
Endereço da Ocorrência: **AV JORNALISTA TOMAZ COELHO, MESSEJANA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CARLIANO VIANA BRAGA DE MENEZES**
Nascimento: **27/11/1994** CPF:
RG: **2008010211124** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA EVELINE VIANA BRAGA**
FRANCISCO CARLOS DE MENEZES
Endereço: **RUA DIAMANTE, 216**
Bairro: **BARROSO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98661-4314**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCE6089** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC4110CR448899 Renavam: **400165627** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor:
ROXA Proprietário: **LUAN FELIPE OLIVEIRA TEIXEIRA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, QUE MESMO SEM HABILITAÇÃO PARA PILOTAR MOTO TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA OCE-6089 NA AV JORNALISTA TOMAZ COELHO QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA PILOTAVA, QUE DA COLISÃO A VITIMA FICOU LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO MOTORISTA DO REFERIDO CARRO PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA E DEPOIS O SAMU REMOVEU A VITIMA DO REFERIDO HOSPITAL PARA O INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Carliano Viana Braga de Menezes



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2019618529



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 2982 / 2019

VISTO DO DELEGADO(A) :

3el. Evandro Alves de Souza
 Delegado de Polícia
 MAT. 14699

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, realizou transferência do Sr. **Carliano Viana Braga de Menezes**, C.P.F- 032.818.543-46 vítima de acidente de trânsito, no dia **06/05/2018**, às **23h30min**, do **Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira**, na **Avenida Jornalista Tomaz Coelho**, no **Bairro Messejana** para o **Instituto Doutor José Frota (IJF Centro)**.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P549330/2019**.

Fortaleza, 13 de fevereiro de 2019.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat.: 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



P-549330/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 150 71 PONTO DE APOIO: Pheng R. VJ Nº DA OCORRÊNCIA: 1281
DATA: 06/06/2015 TURNO: noturno EQUIPE: Fatima Freitas + Barina
NOME: Paulina Viana Braga de Medeiros IDADE: 23A SEXO: M
ENDEREÇO: Transferrência JF Mesquita PI JF Cordeiro
REFERÊNCIA: BAIRRO: Mesquita
QTY: 23:11 QUS: 23:30 QUY: 00:10 QUU: 00:45
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: acidente de moto TCE fragmentação tempo

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

R OSTA AO CHAMADO EXPANSÃO TORÁCICA PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

☐ RESPONSIVO☐ NÃO RESPONSIVO☒ PRESENTE☐ AUSENTE☒ PRESENTE☐ AUSENTE☒ PÉRVAS☐ OBSTRUÍDAS

POR:

A
VitalidadeB
Respiração

PADRÃO RESPIRATÓRIO

☒ EUPNEICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

☐ NORMAL
☐ ALTERADA:

PALPAÇÃO / PERCUSSÃO

☐ NORMAL
☐ ALTERADA:

AUSCULTA

☐ NORMAL
☐ ALTERADA:C
Circulação

PULSO

☒ NORMOCÁRDICO
☐ TRAQUICÁRDICO
☐ BRADICÁRDICO☐ CHEIO
☐ FILIFORME
☐ IMPALPÁVEL

PELE

☐ CORADA
☐ PÁLIDA
☐ CIANÓTICA☐ SUDOREICA
☐ SECA
☐ QUENTE
☐ FRIA

ENCHIMENTO CAPILAR

☐ ≤ 2 seg
☐ > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO

☐ SIM
☐ NÃO

LOCAL:

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

D
Neurologico

ABERTURA OCULAR

ESPONTÂNEA ☐ 4
À VOZ ☐ 3
À DOR ☐ 2
NENHUMA ☒ 1

RESPOSTA VERBAL

ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☐ 5
CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4
PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3
SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2
NENHUMA ☒ 1

RESPOSTA MOTORA

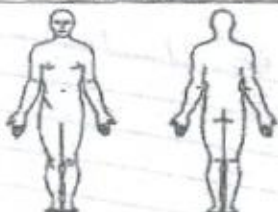
OBEDECE A COMANDOS ☐ 6
LOCALIZA A DOR ☒ 5
MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4
FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
NENHUMA ☐ 1

TOTAL:

07

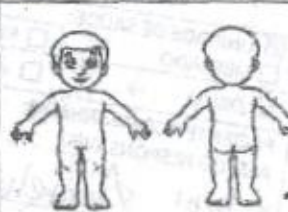
PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADASE
Exame físico

ADULTO



LESÕES

PEDIÁTRICO



SAMPLA

FC: 100 PA: 110x70 FR: 19 GLIC.: OXIM.: TEMP.:

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE CARLIANO VIANA BRAGA DE MENEZES		Nº DO PRONTUÁRIO 5107184		Nº DO SE 27538	
CADUS		NASCIMENTO 27/11/1994(23 ANOS)		SEXO M	
NOME DA MÃE FRANCISCA EVELINE VIANA BRAGA		NOME RESPONSÁVEL NI		NACIONALIDADE NÃO INFORMADO	
ENDEREÇO NI		MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE	
CONTATO		CEP NI			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/ENDEREÇO DO ACIDENTE					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
CLIENTE GRAVE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM SANGRAMENTO ABUNDANTE. FOI ENCAMINHADO PARA UTI NO MOMENTO CONSCIENTE E VERBALIZANDO.				MOTIVO AValiação CLINICA	
SINTOMAS SANGRAMENTO ABUNDANTE APÓS TRAUMA DE MOTO.				ESCALA DE DOR 8 (ADULTO)	
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		BAT. DE NI%	
TEMPERATURA NI °C		ALERGIAS NAO SABE INFORMAR.		PULSO NI	
CLASSIFICAÇÃO VERMELHO		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA CELIA DO NASCIMENTO		DATA E HORA 06/05/2018 20:50	
ÁREA DE ATENDIMENTO					
ATENDIMENTO EMERGENCIAL CLÍNICA					
ANAMNESE <i>Paciente vítima de acidente de trânsito, extremamente agitado, levado ao hospital no carro de socorro com AVOLSTO PARADO.</i>					
DIAGNÓSTICO <i>Lesão Penetrante no Tórax.</i>					
EXAT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAO-X () OUTROS					
PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTO <i>NO - TCC</i>					
APRAZAMENTO <i>500 ml Mg sulfato de magnésio 500.</i>					
OBSERVAÇÃO <i>Dr. Manuel Pereira Filho Clínica Geral - CRM: 4147</i>					
TIPO DE ALTA/BAIXA () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERN. NO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS					
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO					

Impresso por MARIA CELIA DO NASCIMENTO em 06/05/2018 20:50:26
 Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo total responsabilidade, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

*Encaminhado ao
 JTF pelo SAMU*

às 23:50 04.835.197/0012-95

*CONFERE COM ORIGINAL
 22/06/18*

**HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
 BARROS DE OLIVEIRA**
 Av. José de Sá Torres Coelho, 1578
 Messejana - CEP: 60064-010

Carta encaminhada p/

04010100

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDÃO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 31/01/2020 às 12:11, sob o número 020756236202008060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0207562-36.2020.8.06.0001 e código 5DF460D.

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 07/05/2018 00:04:18	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 708408298228568	NOME: CARLIANO VIANA BRAGA DE MENEZES				Registro: 5561714		
CPF: 03281854346	RG: 2008010211124	D. NASC: 27/11/1994	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Pardo		
NOME DA MÃE: FRANCISCA EVELINE VIANA BRAGA				NOME DO PAI: FRANCISCO CARLOS DE MENEZES			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: DIAMANTE (CJ HAB NOVO BARROSO)		Nº: 216	BAIRRO: PASSARE			
COMPLEMENTO: A	TELEFONE: 906614314	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60868190			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: FRANCISCA AURIELIA DOS SANTOS DA SILVA		PARENTESCO: ESPOSA		TELEFONE: 906614314			
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 carro, pick up ou camionete							
QUEIXAS: colisão moto carro, apresenta trauma de face, laceração região temporal, agitação							
OBSERVAÇÕES: tce, mecanismo trauma significativo							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Forte		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					



Fundação Leiria de Andrade
Agindo no presente para ver um futuro melhor.

fls. 27

LAUDO OFTALMOLOGICO

Atento que Carliano Viana Braga
de menor sofreu trauma acometendo
olho esquerdo, tendo sido realizada cirurgia
de reconstrução de câmara posterior. Paciente,
porém, permanece com déficit visual neste olho.

Acuidade visual de: olho esquerdo: 20/20
olho direito percepção
lumínosa

23/07/2018


Dr. Newton Junior
Oftalmologista
CRM 12529

Rua Ildefonso Albano, 2071. Aldeota
Fone: (85) 3266.5511- 3266.5532 - 3266.5534
CEP 60.115-070
Fortaleza . Ceará . Brasil
www.fla.med.br



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO :5561714

NOME: CARLIANO VIANA BRAGA DE MENEZES

DATA DE NASCIMENTO:27/11/1994

PAI:FRANCISCO CARLOS DE MENEZES

MÃE: FRANCISCA EVELINE VIANA BRAGA

DATA DE ATENDIMENTO: 07/05/2018

DATA DE SAÍDA:08/05/2018

MOTIVO: PACIENTE ADMITIDO NO IJF, EM 07/05/2018, COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO TCE, LESÃO EM FACE E COURO CABELUDO.

EM 07/05/2018, FOI SUBMETIDO A DEBRIDAMENTO E SUTURA DE LESÃO CORTO-CONTUSA EM FACE. (DR. JORGE AZEVEDO).

RECEBEU ALTA HOSPITALAR EM 08/05/2018.

LAUDO DIGITADO EM 23/11/2018 (JOAQUIM/C)"

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

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Joaquim José
Cirurgião Plástico
CRM 10.000

ALTA
PRIORIDADE!

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

Estabelecimento: 2482452 - UAPS JANIVAL DE ALMEIDA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: CARLIANO VIANA BRAGA DE MENEZES

Nº Prontuário: 6742

Cartão Nacional: 708408298228568

Data Nascimento: 27/11/1994

Sexo: M

Raça/Cor: 4

Etnia:

Nome da Mãe: FRANCISCA EVELINE VIANA BRAGA

Celular: (85)986614314

Nome do Responsável:

Telefone:

Endereço: RUA DIAMANTE (CJ HAB NOVO BARROSO), 216 - PASSARE

Município Residência: FORTALEZA

Cód. IBGE: 2304400

UF: CE

CEP: 60868190

Peso: 85 Altura: 1,72 Cintura (cm): Quadril (cm): Índice Cintura/Quadril:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Principal: 0206010079 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

Qtde: 1

Serviço: Classificação:

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

Diagnóstico: DESCOLAMENTO DA RETINA COM DEFEITO RETINIANO

CID Principal: H330

CID Secundário:

CID Causas Associadas:

Observações:

PACIENTE PÓS TCE EVOLUI COM AMNESIA ANTEROGRADA E AMAUROSE.

SOLICITAÇÃO


Médica
CREME 13.189

Nome Profissional Solicitante:

JORDANYA ALVES E SILVA

Data da Solicitação:

27/09/2018 15:56

Assinatura e Carimbo (Registro Conselho)

Cartão Nacional de Saúde do Profissional Solicitante:

980016289566518

AUTORIZAÇÃO

Nome Profissional Autorizador:

Cód Órgão Emissor:

Nº da Autorização (APAC):

Cartão Nacional de Saúde do Profissional Autorizador:

Data Autorização:

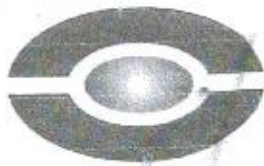
Assinatura e Carimbo (Registro no Conselho):

Período de Validade da APAC

a

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

Estabelecimento:



Clínica Dr. José Nilson S/S Ltda.

Av. 13 de Maio, 1806 - Fátima - Fone: (85) 3206.3000
CEP 60.040-531 - Fortaleza - Ceará

fls. 30

NOME: CARLIANO VIANA BRAGA.

ECOGRAFIA OCULAR

OE: Exame revelou ecos de alta refletividade sugestivos de descolamento de retina.

Conclusão: Sugiro avaliação com urgência com cirurgião de retina e vítreo.

Fortaleza, 6 de junho de 2018.

Dra. Ana Cláudia Rodrigues.
CRM - 5265


Dra. Ana Cláudia Rodrigues
Oftalmologista
CRM 5265



PACIENTE: 398416 - CARLIANO VIANA BRAGA DE MENEZES

28/05/2018 09:33:45 - NEWTON JUNIOR há 22 dias sofreu acidente de motocicleta, tendo sido internado no IJF. Refere ter sido encaminhado para avaliação oftalmológica paciente avaliado por Dr Newton Jr que indicou reconstrução de CA urgente CD: prescrevo cipro oral, Vigadexa colírio solicito reconstrução de CA

25/06/2018 16:18:33 - NEWTON JUNIOR#

25/06/2018 18:44:46 - NEWTON JUNIOR Paciente reavaliado antes da cirurgia: AVL OE.: PL? PIO OE.: olho hipotônico BIOMICROSCOPIA OE.: Laceração córneo escleral com exposição de conteúdo uveal necrótico e sieidel positivo. Câmara anterior desorganizada com sinéquias anteriores. Pupila inexistente. FO OE.: impraticável, optado por não realizar USG pelo fato do olho estar aberto. Paciente novamente orientado quanto ao prognóstico cirúrgico CID: S05.9 Traum do olho e da orbita de parte NE

26/06/2018 08:52:01 - NEWTON JUNIOR 25/06/2018 - Reconstrução de CA + Sutura córneo escleral + Vitrectomia anterior Paciente bem, sem queixas de dor BIO OE.: suturas patentes CA formada orifício pupilar presente reflexo vermelho diminuído cd.: orientações retornar próxima segunda feira

02/07/2018 08:32:23 - NEWTON JUNIOR 25/06/2018 - Reconstrução de CA + Sutura córneo escleral + Vitrectomia anterior Paciente bem, sem queixas de dor BIO OE.: suturas patentes CA formada orifício pupilar presente reflexo vermelho diminuído cd.: orientações retornar 23/7

Fortaleza, 02 de julho de 2018



PACIENTE: CARLIANO VIANA BRAGA DE MENEZES
DATA DE NASCIMENTO: 27/11/1994
DATA DO EXAME: 05/10/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DO CRÂNIO

MÉTODO:

Obtidas imagens axiais, sem o uso de contraste venoso, com pós-processamento e análise em workstation.

ANÁLISE:

- Parênquima encefálico com atenuação usual às imagens obtidas.
- Sistema ventricular com dimensões, forma e posicionamento normais.
- Cisternas e sulcos corticais com amplitudes preservadas.
- Estruturas do plano mediano centradas.
- Fossa posterior anatômica.
- Não há sinais de hemorragias intra-parenquimatosas nem de coleções líquidas extra-axiais.
- Hematoma subgaleal crônico, com calcificações em permeio, localizado adjacente ao osso parietal esquerdo, medindo 5,0 x 0,7 cm.

OBS: Globo ocular esquerdo parcialmente ocupado por material com densidade de partes moles, densificação dos planos adiposos periórbital ipsilateral. A critério clínico, prosseguir investigação diagnóstica.

IDALIA FORTALEZA
MÉDICA RADIOLOGISTA
CREMEC 13666 RQE 8230

RUA GUARATINGUETÁ, Nº 60, PARANGABA- CEP 60.710-180-FORTALEZA-CEARÁ-BRASIL

(85) 3048.5850 / (85) 3048.5801 / (85) 3048.5802/ (85) 3048.5803

www.multiclinicafortaleza.com.br

Rodrigues Dra Ana Claudia

Phone : - Fax: - Email:

Patient: Menezes Carliano Viana Braga de

Id Number:

Address: -

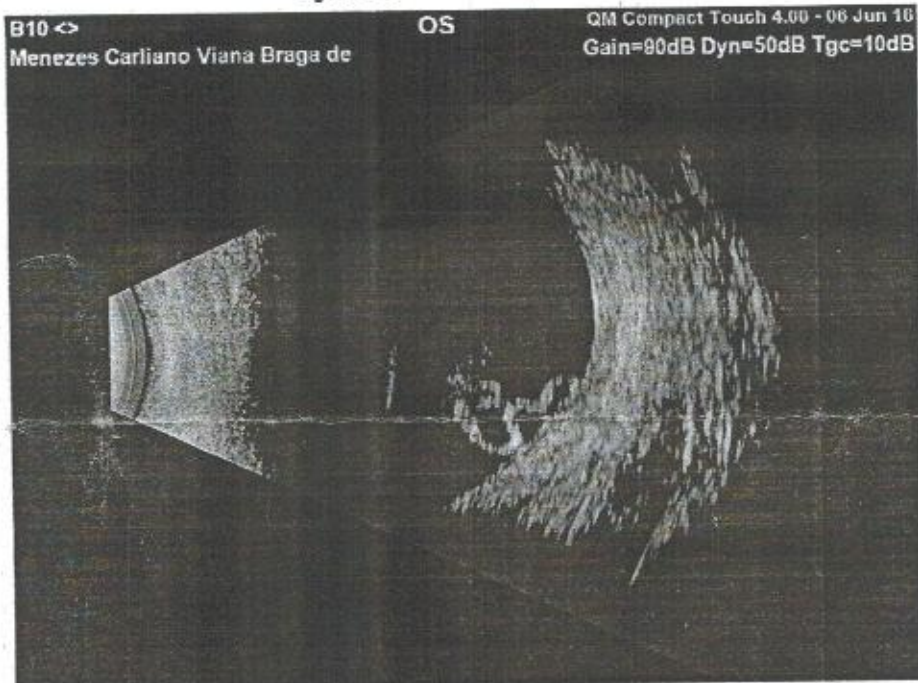
Phone:

Gender:

Date of birth: 01 Jan 1900

Eye: OS

Exam Date: 06 Jun 2018



Dra. Ana Cláudia Rodrigues
Oftalmologista
CRM 5285

SINISTRO 3190524683 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** CARLIANO VIANA BRAGA DE MENEZES**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO CARLIANO VIANA BRAGA DE MENEZES**CPF/CNPJ:** 03281854346**Posição em 18-10-2019 11:40:02**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX**Valor da Indenização:** R\$00.000,00**Juros e Correção:** R\$00.000,00**Valor Total:** R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
04/10/2019	R\$ 6.750,00	R\$ 0,00	R\$ 6.750,00