

PROCURAÇÃO

Dario Ribeiro Maia, brasileiro, portador de RG de nº
086.733.652 SSP-CE, inscrito no CPF sob o nº 550.785.917-53,
residente e domiciliado na Av. Dom Aureliano Mattos, nº 2969, Len-
tin, Limoeiro do Norte - CE;

_____, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constituem seus bastantes procuradores, o Dr. CARLOS EDUARDO CELEDÔNIO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o número 18.628 e WERUSKA WASNY DA SILVA CELEDÔNIO, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE 36.522, ambos escritório profissional na Rua Cândido Olímpio G. de Freitas, 1058, Centro, Limoeiro do Norte/CE; a quem confere amplos poderes, com as cláusulas Ad-judícia e Ad-Negocia, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, ou Procedimento Administrativo, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo (a) nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda poderes especiais para confessar, desistir, renunciar direitos, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do outorgado.

Limoeiro do Norte/CE, 10 de janeiro de 2020.


Requerente

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
DARIO RIBEIRO MAIA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
056733652 SSP CE

CNPJ
550.785.917-53 DATA NASCIMENTO
25/10/1956

FILIAÇÃO
AMBROSIO RIBEIRO MAIA
RAIMUNDA RIBEIRO MAIA

PERMISSÃO
ACC CADAR
AD

Nº REGISTRO
00009436056 VALIDADE
03/09/2020 1ª HABILITAÇÃO
29/01/1984

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1158219930

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador
Dario Ribeiro Maia

LOCAL
MORADA NOVA, CE DATA EMISSÃO
09/09/2015

Assinatura do Emissor
28915506103
CE149507690

DETRAN-CE (CEARA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1158219930

6849492

Para regular seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 004020704

Rota LN008U01
 Nome DARIO RIBEIRO MATA
 Endereço AV DOM AURELIANO MATOS, 02969, CENTRO, 62930-000, LIM. DO NORTE
 Classificação Residencial Pleno
 Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL
 Ligação Monofásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO

5398015275406360CFB251E92218445

DATAS DE LEITURA P.F.: 33 dias
 Anterior 13/06/2019 Atual 15/07/2019 Próxima prevista 14/08/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Ind. (kWh)	Consumo Fct. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HEF	12.226	12.292	1,00	54	00	54	0,76019	41,05

enel

Atividade Social de Serviço Público criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
 Rua Pedro Velho, 150
 CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07047261/0001-70 | CNP 08.105.846-3

Emissão 16/07/2019
 Medidor 2187110-NAN-270

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KWH)

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,00981	0,53
CONSUMO	0,76019	41,05
BÔNUS ITAIPU	-	-0,50

Tributo: Base (R\$): Aliquota (%): Valor (R\$):

ICMS	41,58	27,00	11,22
PIS	41,58	0,62	0,25
COFINS	41,58	2,86	1,17

23/07/2019 **41,08**

CONSUMO CONSCIENTE **CPF/CNPJ 550.785.917-53**

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%)

21,08 0,00

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 14/06 - 30/06 Amarela : 01/07 - 16/07

DECLARAÇÃO

Dario Ribeiro Maia, brasileiro, portador
de RG de nº 056.733.652 SSP - CE, inscrito no CPF sob o nº 550.785.
917-53, residente e domiciliado na Av. Dom Aureliano Matos, nº 2969,
Centro, Limoeiro do Norte - CE;

declaro perante à Justiça desta comarca, que sou pobre na forma da Lei e que não posso pagar as custas processuais.

Limoeiro do Norte/CE, 10 de janeiro de 2020.

Dario Ribeiro Maia
Requerente

SINISTRO 3190718604 - Resultado de consulta por beneficiári

VÍTIMA DARIO RIBEIRO MAIA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO PROTEG

PLUS CORRETORA DE SEGUROS EIRELI

BENEFICIÁRIO DARIO RIBEIRO MAIA

CPF/CNPJ: 55078591753

Posição em 10-01-2020 09:52:02

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPV/ breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/01/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014732203740
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA PPT 01 Cód. RENAVAM 509602045 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2019

NOME
DARIO RIBEIRO MAIA

LIMOEIRO DO NORTE /CE

CPF / CNPJ 55078591753 PLACA ORT0871/CE

PLACA ANT / UF /CE CHASSI 9C2KD0540DR117933

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GAS

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD ANO FAB. 2013

CAP / POT / CIL 2P/OCV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERDE

I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA
	*****, **	**/**/**	1ª *
	FAIXA I PVA	PARCELAMENTO / COTAS	2ª *
	*****	*****, **	3ª *

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAG.
80.11	0.32	84.58	27/02/2019

OBSERVAÇÕES

LOCAL LIMOEIRO DO NORTE DATA 08/03/2019

Igor Ponte
Superintendente
DETRAN-CE



19 DEZ 2019
AUTENTICIDADE
Nº 014732203740
LIM 03
Nº 422413

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014732203740 BILHETE DE SEGURO DPVAT

5078591753 ORT0871/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

(14732203740 8612231

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 08/03/2019

VIA VI CPF / CNPJ 55078591753 PLACA ORT0871/CE

RENAVAM 509602045 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB. 2013 CAT. TARIF. PART Nº CHASSI 9C2KD0540DR117933

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO
36.05	4.01	40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO
4.15	0.32	84.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 27/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: KD05E4D117933



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CARLOS EDUARDO CELEDONIO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/01/2020 às 07:42:05 sob o número 005005728202. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050057-28.2020.8.06.0115 e código 5C439EE.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 0147322
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE

VIA	COD. AGENAVAM	B.N.T.C.
PPT 01	509602045	0000000000

NOME
DARIO RIBEIRO MAIA

[illegible]

LIMDEIRO DO NORTE

CPF / CNPJ 55078591753 PIS/PASEP 081087

PLACA ANT - LIT CLASSI
/CE 9C2KD0540DR1179

ESPECIE TIPO

PASSEIRO/MOTOCICLO/NAO APLIC	GASOL
------------------------------	-------

MARCA / MODELO	ANO / TAE
HONDA UNYB150 2000 500	00

HONDA/NXR150 BRDS ESD		2013
CAR DESIGN	CATEGORY	

2P/OCV/149CC PARTIC VERDE

[illegible]

字字亦原不章亦存、字亦
亦存、亦存、亦存

V	FAIXA L.P.V.A.	PARCELAMENTO - COTAS	2ª
---	----------------	----------------------	----

A	A A A A A A A A	A A A A A A A A A A A A	J A
MHC-BC TACB+PDC PDC	MHC-BC	MHC-BC	

80.11	0.32	84.58	27/02
-------	------	-------	-------

OBSERVAÇÕES

東京市立中央図書館蔵

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 84

LOCAL

LIMOEIRO DO NORTE 08/03

Igor Panty
Superintendent

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 014732203740 BILHETE DE SEGURO DPVAT

5078591753 ORT0871/CH

**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

014732203740 86122310582

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 08/03/2019

| | | |
|-------------|----------|---------|
| VIA | OFF/ONPU | PLACA |
| 55078591753 | | 0810871 |

| | |
|-----------|----------------------|
| RENKAM | MARCA/ MODELO |
| 509602045 | HONDA/NXR150 BROS ES |

| | | |
|------------|--------|-------------------|
| ANNO FABB. | CATEG. | NUMERO |
| 2013 | PART | 9C2KD0540DR117933 |

PRÊMIO TARIFÁRIO

| | | |
|-----------|-----------------|-----------------------|
| PRE (R\$) | DE NATURA (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$) |
| 36,05 | 4,01 | 40,05 |

| | | |
|----------------------|----------|------------------------|
| JUSTO DO RILITE (RS) | ICF (RS) | TOTAL DEPENDENTES (RS) |
| 4.15 | 0.32 | 84.58 |

| | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------|
| PAGAMENTO | | DATA DE QUITAÇÃO |
| ☐ COTA ÚNICA | ☐ PARCELADO | 27/02/2019 |

Source: <http://www.chemeddl.org> | <http://www.chemeddl.org> | <http://www.chemeddl.org>

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

Impresso nº 2019929796

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 3339 / 2019****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **19/12/2019 08:13:36**
 Data / Hora da Ocorrência: **01/10/2019 09:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV DOM AURELIANO MATOS CEP: 62.930-000, CENTRO - LIMOEIRO DO NORTE/CE**
 Ponto de Referência: **COLUNA DA HORA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DARIO RIBEIRO MAIA**
 Nascimento: **25/10/1956** CPF: **550.785.917-53**
 RG: **0567336582** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **RAIMUNDA RIBEIRO MAIA**
AMBROSIO RIBEIRO MAIA
 Endereço: **AVENIDA DOM AURELIANO MATOS**, **2969**
 Bairro: **CENTRO**
 Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE** CEP: **62.930-000**
 País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORT0871** Uf: **CE** Município: **LIMOEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2KD0540DR117933** Renavam: **509602045** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ESD** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERDE** Proprietário: **DARIO RIBEIRO MAIA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

O NOTICIANTE INFORMOU QUE NA DATA E HORÁRIO ACIMA CITADOS, PILOTAVA A MOTO HONDA/NXR150 BROS ESD DE PLACA ORT 0871/CE NA AV. DOM AURELIANO MATOS, EM DIREÇÃO AO COLÉGIO PATRONATO, QUANDO UM AUTOMÓVEL COLIDIU NO PNEU TRASEIRO DE SUA MOTO, LHE DERRUBANDO NO SOLO; QUE O MOTORISTA DAQUELE AUTOMÓVEL FUGIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO, POR ISSO NÃO SABE INFORMAR A IDENTIFICAÇÃO DO MESMO E NEM DO VEÍCULO; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL SÃO RAIMUNDO (ANTIGO HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLECIO LIMA VERDE); QUE FOI LIBERADO NO MESMO NO MESMO DIA, MAS FICOU AGUARDANDO UMA VAGA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL, POIS DEVIDO AO ACIDENTE SOFREU FRATURA NO TORNOZELO DIREITO; QUE DEPOIS DE ALGUNS DIAS, DEU ENTRADA NO CITADO HOSPITAL, ONDE SE SUBMETEU A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****VALERIA MAIA DE CASTRO - MAT.: 133928-1-1**

DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

Consolidado em: 19/12/2019 08:25:38

Impresso em: 19/12/2019 08:25:38

AUTENTICAÇÃO
 AUTENTICO e apresenta cópia reprográfica
 a qual corresponde com o original. Dou fé.
 Limoeiro do Norte (CE), 19 DEZ 2019



03
 AUTENTICAÇÃO
 N.º 422414



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE
Impresso nº 2019929796

fls. 15



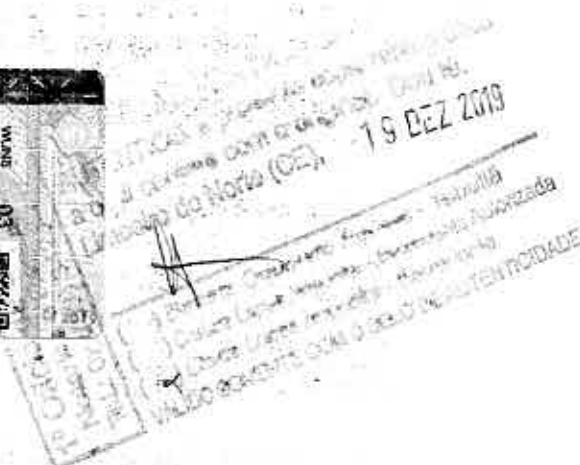
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 3339 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Handwritten signature]

VISTO DO DELEGADO(A) :

BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319





GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

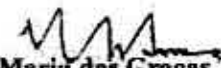


SAMU
192

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. **DARIO RIBEIRO MAIA**, portador do RG n.º 056733652, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 550.785.917-53, dia 01/10/2019, às 09h15, Município de Limoeiro do Norte-CE, na Avenida Dom Aureliano Matos, Bairro Centro, próximo a Coluna da Hora, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo encaminhado para o **Hospital Regional Doutor Deoclécio Lima Verde**. E para constar eu,  **Eliete Gomes Pereira** Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 10 de outubro de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - CE
Fone: (85) 3433 7434

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Impressão 01/10/2019 09:28

Página 1 de 1

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

| | | | | |
|---|-------------------------------|---|--------------------------------|---------------------|
| Formulário
008301 | Atendimento
0004 | Nome do Paciente
DARIO RIBEIRO MAIA | CNS
700509304031753 | Guia de Autorização |
| Identidade: 058733652 CPF: 550.765.917-53 | | Estado Civil
Solteiro(a) | Sexo
Masculino | |
| Data de Nascimento
25/10/1958 | Local
LIMOEIRO DO NORTE/CE | Idade
62 Ano(s) | | |
| Mãe
RAIMUNDA RIBEIRO MAIA | | | | |
| Endereço
AVENIDA DOM AURELIANO MATOS, 2969 | Bairro
ZONA RURAL | CEP
62930-000 | Município
LIMOEIRO DO NORTE | UF
CE |
| Profissão | Empresa | Cônjuge | | |
| Responsável
MARIA JAKELINE PINHEIRO | CPF do Responsável | Endereço
AVENIDA DOM AURELIANO MATOS, 2969 | Município
LIMOEIRO DO NORTE | UF
CE |

DADOS DO ATENDIMENTO

| | | | | |
|--|---------------|---|--------------------------------------|-----|
| Data Atendimento
21/10/2019 | Hora
09:32 | Convênio
SUS | Matrícula | CID |
| Profissional do Atendimento
JOAO BATISTA AQUINO | | CRM/UF
19707/CE | Tipo Atendimento
CONSULTA CLINICA | |
| Indicador de Atendimento | | Funcionário
NAGLA KELLY DE FREITAS SILVA | | |
| Observação | | | | |

| | | |
|---------------|-----------------------------------|--|
| Sinais Vitais | Tempo de Liberação
até 09:30hs | Tipo de Saída
() Alta () Internação () Óbito |
| Peso (kg) | Altura (cm) | Temperatura (°C) |
| | | P (bpm) |
| | | R (rpm) |
| | | PA (mmHg) |
| | | Oximetria (%) |
| | | Glicemia (mg/dL) |

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Abuso físico - Morte.
Tratado pelo SAM sem protocolo
A - Fúria, Semi letar
Neq cervicalgia.
B. MVT em AHT.
Sem reações
C. pulso cheio, Abdomen indolente.
D - Glasgow 15
e - imobilização em Re @
+ encorizações
Hz freq TVZ?

Assinatura do Responsável
Assinatura do Paciente/Responsável

JOAO BATISTA AQUINO
MEDICO
CREMEC 15107
AQUINO - CRM: 19707

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA JAKELINE PINHEIRO

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



FOLHA DE REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DADOS DO PACIENTE Prontuário: 18283 Data da 23/10/2019

Paciente: DARIO RIBEIRO MAIA

Data 25/10/1955 Naturalidade: LIMOEIRO DO NORTE Código Internação: 52968

Idade: 62 a Sexo: Masculino Cor: Branca

Identidade: 056733652 CPF: 550.795.917-53 Nacionalidade: Brasileira

Fone 01: (85) 99627-7954 Fone 02: (88) 99797-6536 Ocupação: AGRICULTOR(A)

Endereço: AVENIDA DOM AURELIANO MATOS Num: 2969 Comp

Bairro: CENTRO Cidade: LIMOEIRO DO NORTE Estado: CEARÁ CEP: 59790-000

Situação Familiar: Convive com companheiro(a), com laços conjugais Religião: CATOLICO

Pai: AMBROSIO RIBEIRO MAIA Mãe: RAIMUNDA RIBEIRO MAIA

Diagnóstico Inicial CID10 Principal CID10 Secundário CID10 Causas Associadas

* Não Informado * * Não Informado * * Não Informado *

Admitido por: LUIZ VALDO PINHEIRO

DADOS DO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

Nome: MARIA JAKELINE PINHEIRO Parentesco: Esposo(a)

Endereço: AVENIDA DOM AURELIANO MATOS Complemento:

Bairro: CENTRO Cidade: LIMOEIRO DO NORTE CEP: 59790-000 Estado: CEARÁ

Telefone 1: (85) 99627-7954 Telefone 2: (88) 99797-6536 Município: LIMOEIRO DO NORTE

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente instrumento MARIA JAKELINE PINHEIRO, declaro para os devidos fins, ficar responsável pelo paciente DARIO RIBEIRO MAIA, enquanto este estiver internado, dando plena autorização aos médicos do HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC que o assistirem para fazer investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para execução do tratamento, incluindo exames com utilização de contrastes iodados como tomografias, urografias e arteriografias, e caso necessário acessos venosos centrais e/ou de longa permanência.

23/10/2019 2.40 PM

M^{te} Jakeline Pinheiro

Assinatura do Responsável

| | | |
|---|-----------------------|---------------------------------|
| Paciente DARIO RIBEIRO MAIA | | |
| Idade 83 ano(s) 0 mes(es) e 2 dia(s) | Sexo Masculino | Pront. 18283 |
| Endereço AVENIDA DOM AURELIANO MATOS | | CENTRO |
| Num: 2969 | CEP: 59790-000 | UF: CEARÁ |
| | | Cidade LIMOEIRO DO NORTE |

| | | |
|--|-------|--|
| Localização | | |
| Clinica CLÍNICA TRAUMATO- Enfermari | 08 | Leito 421 |
| Internação 23/10/2019 | 14:40 | Alta: * Não Informado * * Não Informado |

| Agendament | | |
|---------------|-------|-------|
| Em 07/11/2019 | | |
| Data: | Data: | Data: |
| Hora: | Hora: | Hora: |
| Códig | Códig | Códig |



Dr. Raimundo Oliveira
Traumatologia e Ortopedia
CREMEC 13.178 / TEST 15.902

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 26/10/19 13:02

Paciente: DARIO RIBEIRO MAIA

Prontuário: 18283

Clinica: CENTRO CIRÚRGICO GERAL

Cirurgião: FRANCISCO ROBSON DA SILVA COSTA

1º Auxiliar: RAIMUNDO NOGUEIRA OLIVEIRA NETO

Enfermeiro: ZALYA LIANDE CAVALCANTE DE DEUS

Instrumentador: DANIELE DE SOUZA GOMES

Dt. Nascimento: 25/10/1956

Enfermaria: CENTRO CIRÚRGICO Leito: 01

Anestesiologia: MELISSA ALMEIDA ANDRADE

2º Auxiliar:

Circulante: KAYRON VINÍCIOS CANDIDO PRINCEPE

Procedimentos Propostos

| Código | Descrição | Principal |
|------------|---|-----------|
| 0408050497 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO | S |

Procedimentos Realizados

| Código | Descrição | Principal |
|------------|---|-----------|
| 0408050497 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO | S |

Diagnóstico pré-operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico:

Contagem Compressas e Instrumental:

Acidentes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

| Grau de Contaminação: | Limpa | Tipo de Anestesia: | Bloqueio |
|-----------------------|-------|--------------------|----------|
|-----------------------|-------|--------------------|----------|

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VÍSCERAS

DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA E BLOQUEIO
ANTISEPSIA + ASSEPSIA + CAMPOS
EXSANGUINAÇÃO DO MEMBRO + APOSIÇÃO DE FAIXA DE SMARCH
ACESSO LATERAL AO MALEOLO
IDENTIFICAÇÃO DO FOCO DE FRATURA + CRUENTIZAÇÃO
REDUÇÃO DO FOCO DE FRATURA
FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 DE CANO E PARAFUSOS + PARAFUSO INTERFRAGMENTÁRIO E TRANSINDESMAL
CONTROLE RADIOSCÓPICO
IDENTIFICADA REDUÇÃO ACEITÁVEL DO MALÉOLO MEDIAL
SUTURA POR PLANOS
CURATIVO E TALA
A SR EM BOM ESTADO GERAL

Procedimentos Propostos

| Código | Descrição | Principal |
|------------|---|-----------|
| 0408050497 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO | S |

Procedimentos Realizados

| Código | Descrição | Principal |
|------------|---|-----------|
| 0408050497 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO | S |

Diagnóstico pré-operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico:

Contagem Compressas e Instrumental:

Acidentes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

| Grau de Contaminação: | Limpa | Tipo de Anestesia: | Bloqueio |
|-----------------------|-------|--------------------|----------|
|-----------------------|-------|--------------------|----------|

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VÍSCERAS

DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA E BLOQUEIO
ANTISEPSIA + ASSEPSIA + CAMPOS
EXSANGUINAÇÃO DO MEMBRO + APOSIÇÃO DE FAIXA DE SMARCH
ACESSO LATERAL AO MALEOLO
IDENTIFICAÇÃO DO FOCO DE FRATURA + CRUENTIZAÇÃO
REDUÇÃO DO FOCO DE FRATURA

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 28/10/19 13:02

Paciente: DARIO RIBEIRO MAIA

Prontuário: 18263

Clinica: CENTRO CIRÚRGICO GERAL

Cirurgião: FRANCISCO ROBSON DA SILVA COSTA

1º Auxiliar: RAIMUNDO NOGUEIRA OLIVEIRA NETO

Enfermeiro: ZALYA LIANDE CAVALCANTE DE DEUS

Instrumentador: DANIELE DE SOUZA GOMES

Dt. Nascimento: 25/10/1956

Enfermaria: CENTRO CIRÚRGICO Leito: 01

Anestesiologia: MELISSA ALMEIDA ANDRADE

2º Auxiliar:

Circulante: KAYRON VINÍCIOS CANDIDO PRINCIPE

FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 DE CANO E PARAFUSOS + PARAFUSO INTERFRAGMENTÁRIO E TRANSINDESMAL.

CONTROLE RADIOSCÓPICO

IDENTIFICADA REDUÇÃO ACEITÁVEL DO MALÉOLO MEDIAL

SUTURA POR PLANOS

CURATIVO E TALA

À SR EM BOM ESTADO GERAL

[Assinatura]
Fco. Robson S. Costa
Especialista em Traumatologia
CREMEC 16359 / CREMERV 143E
JESP 16217 / RQE 3245

Data

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rod. CE KM 198, S/N, Estrada do Algodão - Quixeramobim - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente DARIO RIBEIRO MAIA
Idade 63 ano(s) 0 mes(es) e 2 dia(s) Sexo Masculino Pront. 18283
Endereço AVENIDA DOM AURELIANO MATOS CENTRO
Num: 2969 CEP: 59790-000 UF: CEARÁ Cidade LIMOEIRO DO NORTE

Localização

Clinica CLINICA TRAUMATO- Enfermari 06 Leito 421
Internação 23/10/2019 14:40 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada
Não

Resumo

acidente moto-carro com trauma de tornozelo direito
Diagnosticado com fratura fechada de tornozelo direito

Exames

radiografia evidencia fratura de tornozelo trimalleolar

Terapêutica

posíntese de tornozelo direito

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S932 - RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE

DIAGNÓSTICOS

| Princíp | Código | Descrição |
|---------|--------|---|
| Sim | S932 | RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE |
| Não | S82 | FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO |

Condições de

Melhorado

Data Programada da 27/10/2019

Observações Complementares

Seguir prescrição de:

medicações comportamentais pós-operatórias;

medicação;

Atentar para a data de retorno.

Responsável

Médico RAIMUNDO NOGUEIRA OLIVEIRA NETO

Data 27/10/2019

CIRURGIA

| Cod | Tipo | Data | Descrição | Profissional |
|------------|----------------------|------------------|--|---------------------------------|
| 0408050497 | Procedimento Eletivo | 26/10/2019 13:35 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO | FRANCISCO ROBSON DA SILVA COSTA |



Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HRDASLV 154300 91200

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: DARIO PIREIRO MAIA Prontuário Nº _____

Sexo: M ☒ F ☐ Idade: 62a Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente vítima de colisão
traseira carro - moto.

Resultado de Exames: rx - frt. malleolo lateral (A)

Conduta já Realizada: IMOBILIZAÇÃO + ANALGESIA

Impressão diagnóstica: frt. Tornozelo (A) CID: Medico 010,19
Medico 010,19

Dr. João Batista Aquino
MEDECINA
ORTOPEDIA

Agendamento

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☒ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Especialidade: TRAUMATOLOGIA Profissional: _____

Unidade de Saúde: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

NOME: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Idade: _____

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico: _____

Resultado de Exames: _____

André da Rocha
Ortopedia

Diagnóstico: _____ CID: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? ☐ SIM ☐ NÃO
O motivo da referência coincide com o diagnóstico? ☐ SIM ☐ NÃO