



PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

RODOLFO DOS SANTOS LIMA, brasileiro, solteiro, autônomo, CTPS nº 2231966, inscrito no CPF sob o nº. 053.744.423-84, residente e domiciliado na Av. Boulevard II, nº. 163, Jangurussu, Fortaleza/CE, CEP: 60.366-300, doravante denominado como **OUTORGANTE**, nomeia e constitui como seu bastante procurador o **DR. EMANOEL NASARENO MENEZES COSTA**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE nº. 12.659, todos com endereço profissional à Av. Santos Dumont, n.º 1.740, sala 1206, Ed. Rocha Aguiar, Aldeota, doravante denominados como **OUTORGADO**, a quem confere os poderes inerentes à cláusula “AD JUDICIA”, conferindo-lhes amplos poderes, para, no foro em geral, agindo em conjunto ou separadamente, defender os interesses e direitos do (a) outorgante perante qualquer juízo ou tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo as competentes ações em favor do outorgante, ou, defendendo-o nas contrárias, podendo ainda, reclamar, conciliar, desistir, transigir, firmar acordo, recorrer, receber e dar quitação, firmar compromissos, prestar declarações, substabelecer e praticar todo e qualquer ato necessário ao bom e fiel Cumprimento do presente mandato.

Fortaleza - CE, 03 de abril de 2020.

OUTORGANTE

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

NOME
RODOLFO DOS SANTOS LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2231966 CTPS CE

CPF DATA NASCIMENTO
053.744.423-84 18/07/1994

FILIAÇÃO
RAIMUNDO NONATO LIMA

ROSA MARIA DOS SANTOS
LIMA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO
05902075781

VALIDADE
19/08/2021

1ª HABILITAÇÃO
09/10/2013

OBSERVAÇÕES

EXERCE ATIV REMUNERADA;

Rodolfo dos Santos Lima

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
18/10/2016

IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

80883077685
CE155050842

DETRAN - CE (CEARA)

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1403791593

PROIBIDO PLASTIFICAR

1403791593

Nº do Cliente: 39096474		A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002		enel					
Companhia Energética do Ceará Rua Padre Valdevino, 150 CEP 60135-040 Fortaleza CE CNPJ 07047251/0001-70 CGF 06.105.848-3									
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.									
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B SÉRIE ÚNICA Nº				037231525					
Rota FOI12U50 - 272220		Referência 11/2019							
Nome RODOLFO DOS SANTOS LIMA									
Endereço Avenida BOULEVARD II, 163, JANGUEUSSU, 60866300, FORTALEZA									
Classificação Residencial Pleno									
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL		Emissão 19/11/2019							
Ligação Monofásico		Medidor 6422125-ELE-626							
ÁREA RESERVADA AO FISCO		ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)							
DATAS DE LEITURA									
Anterior 17-10-2019		Atual 19-11-2019		Próxima prevista 18-12-2019					
DADOS DA MEDIÇÃO									
Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)	
FE	627	300	1,00	297	30	237	0,72852	216,37	
DADOS DO FATURAMENTO						TARIFA		VALOR (R\$)	
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC								30,65	
JUROS MORATORIOS								0,17	
ADICIONAL BAND. AMARELA						0,00865		2,57	
ADICIONAL BAND. VERMELHA						0,03293		9,78	
CONSUMO						0,72852		216,37	
Tributo:						Base (R\$):		Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS						228,72		27,00	61,75
PIS						228,72		0,64	0,08
COFINS						228,72		0,30	0,66
VENCIMENTO						TOTAL A PAGAR (R\$)		259,54	
05/12/2019						CPF/CNPJ		053.744.423-84	
CONSUMO CONSCIENTE									
EMISSIONES DE CO ₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.									
Emitido kg (CO ₂)						Compensado kg (CO ₂)		Consciência Ecológica (%CO ₂)	
115,94						0,00			
INFORMAÇÕES AO CLIENTE									
Períodos: Band. Tarif. Amarela : 18/10 - 31/10 Vermelha : 01/11 - 19/11									
SE VOCE RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MES TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR GOV BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.									
Nº do Cliente: 39096474		Referência: 11/2019		V: [1.0.0.5]					
Data de Emissão: 39096474		Total a Pagar (R\$): 259,54		Nº de Controle: 30002722574					
Nº da Nota Fiscal: 037231525									
83800000002 5 59540031010 2 00602838607 7 00039096474 3									
									
83800000002 5 59540031010 2 00602838607 7 00039096474 3									



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

RODOLFO DOS SANTOS LIMA, brasileiro, solteiro, autônomo, CTPS nº 2231966, inscrito no CPF sob o nº. 053.744.423-84, residente e domiciliado na Av. Boulevard II, nº. 163, Jangurussu, Fortaleza/CE, CEP: 60.366-300, vem por meio desta **DECLARAR**, para todos os fins de direito e sob as penas legais, que não possui condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **GRATUIDADE DA JUSTIÇA**, com fulcro no art. 5, inciso LXXIV da Constituição Federal e nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015.

Fortaleza - CE, 03 de Abril de 2020.

DECLARANTE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 202061560



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 190 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/01/2020 15:22:19**
Data / Hora da Ocorrência: **01/12/2019 02:15:00**
Endereço da Ocorrência: **BR 116, AEROLANDIA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RODOLFO DOS SANTOS LIMA**
Nascimento: **18/07/1994** CPF: **053.744.423-84** UF: _____
RG: **2006010102678** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **ROSA MARIA DOS SANTOS LIMA**
RAIMUNDO NONATO LIMA
Endereço: **RUA BULEVAR II, 170**
Bairro: **JANGURUSSU** CEP: **60.866-300**
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: **(85) 99612-6804**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HUS1616** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD04109R011386** Renavam: **150509090** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ESD** Ano: **2009** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **RODOLFO DOS SANTOS LIMA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA HUS-1616 NA BR 116 NA FAIXA DO MEIO QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE TRAFEGAVA NA DIREITA MUDOU SEM OS DEVIDOS CUIDADOS PARA A FAIXA DA ESQUERDA COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA TRANSITAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE.

////////

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

Bel. Evandro Alves de Souza
Delegado de Polícia
MAT. 14699

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 21/01/2020 15:28:12

Pág. 1 de 1

Impresso em: 21/01/2020 15:28:12

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 015382972676
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DIG 1 VIA 1 GÓD. RENAVAL 150509090 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2019

NOME
RODOLFO DOS SANTOS LIMA

FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ
05374442384

PLACA
HUS1616/CE

PLACA ANT. / UF
*****/CE

CHASSI
9C2KD04109R011386

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CAP / POT / CIL
2P/OCV/149CC

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA
+++++,++

VENC. COTA ÚNICA
++/+/+

VENC. / COTAS
1ª +++++

FAIXA I.P.V.A.
++

PARCELAMENTO / COTAS
+++++,++

2ª +++++

3ª +++++

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 60.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 60.43 DATA DE PAGAMENTO 08/02/2019

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE REGISTRO OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL
FORTALEZA

DATA
14/08/2019

Assinatura
Igor Ponte



DETRAN-CE

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 015382972676 BILHETE DE SEGURO DPVAT

05374442384

HUS1616 /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

15382972676

31610215632

EXERCÍCIO
2019

DATA EMISSÃO
14/08/2019

VIA
1

CPF / CNPJ
05374442384

PLACA
HUS1616

RENAVAM
150509090

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB.
2009

CAT. TARIF.
09

Nº CHASSI
9C2KD04109R011386

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)
36.05

DENATRAN (R\$)
4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$)
40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$)
4.15

IOF (R\$)
0.32

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
84.58

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO
08/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: KD04E19011386





DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Rodolfo dos Santos Lima** - C.P.F. - **053.744.423-84**, no dia **01/12/2019**, às **02h30min**, na **Br 116**, no **Bairro Aerolândia**, vítima de acidente de trânsito.

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

Documento requerido por meio do Processo nº **P006640/2019**.

Fortaleza, 27 de Dezembro de 2019.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
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-006640/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

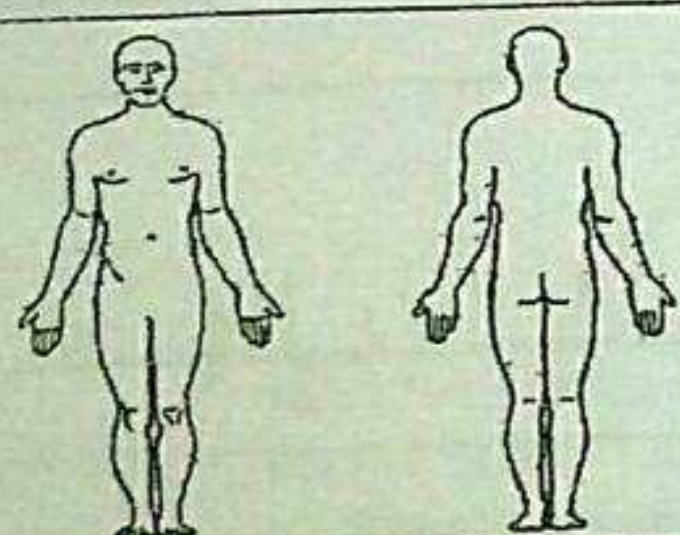
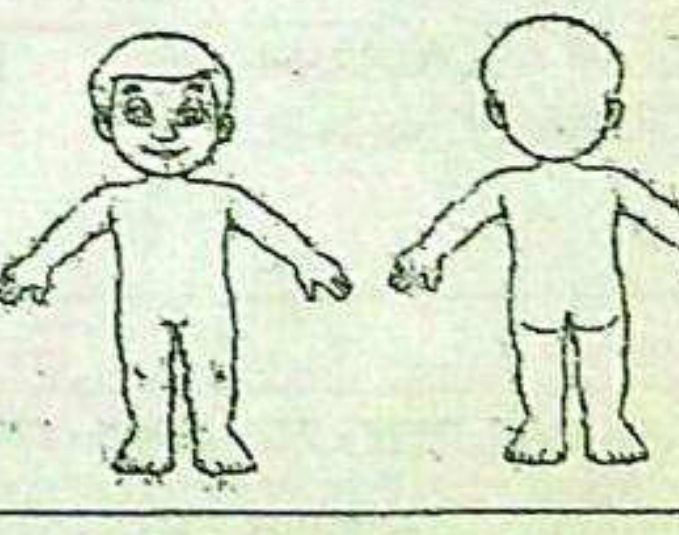
VEÍCULO: 1-02	PONTO DE APOIO: SEN UT	Nº DA OCORRÊNCIA: 00-48
DATA: 01/02/19	TURNIO: SN	EQUIPE:
NOME: ROBERTO DOS SANTOS LIMA	IDADE: 254	SEXO: M
ENDEREÇO: BR. 116	BAIRRO: AGONHANDIA	
QTY: 02:30	QUS: 02:20	QUY: 02:49
QUU: 03:15		
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ABORDAGEM COLUSAO CARRO / MOTO		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO		EXPANSÃO TORÁCICA		PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)	
☐ RESPONSIVO ☐ NÃO RESPONSIVO		☐ PRESENTE ☐ AUSENTE		☒ PRESENTE ☐ AUSENTE	
☐ PÉRVEAS		☐ OBSTRUÍDAS		POR: _____	
A Vias aéreas		B Respiração		C Circulação	
PADRÃO RESPIRATÓRIO		INSPEÇÃO		PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	
☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA / AUSENTE		☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____		☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____	
PULSO		PELE		ENCHIMENTO CAPILAR	
☒ NORMOCÁRDICO ☐ TRAQUICÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO		☐ CHEIO ☐ FILIFORME ☐ IMPALPÁVEL		☐ CORADA ☐ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA	
LOCAL: _____		☐ SUDOREICA ☐ SECA ☒ QUENTE ☐ FRIA		☐ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg	
				SANGRAMENTO EXTERNO	
				☐ SIM ☒ NÃO	

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

ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
ESPONTÂNEA ☒ 4 À VOZ ☐ 3 À DOR ☐ 2 NENHUMA ☐ 1		ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2 NENHUMA ☐ 1		OBEDECE A COMANDOS ☒ 6 LOCALIZA A DOR ☐ 5 MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4 FLEXÃO ANORMAL ☐ 3 EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2 NENHUMA ☐ 1	
TOTAL: 15					
PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS					

ADULTO		LESÕES		PEDIÁTRICO	
					

SAMPLA

FC: 114	PA: 130/80	FR: 20	GLIC.: 7	OXIM.: 99	TEMP.: 36
Paciente, consciente, com sinais de embriaguez, sofrendo colúsaO CARRO MOTO, pontada na cabeça, NEGA SINCOPES, RELATA MONTA NO OMBRO ESQUERDO, SEM MAIS QUEIXAS					

[illegible]

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. /CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

PACIENTE, ESTACE, ENCAMINADA PARA O J.F.
CONFORME DTW, PASSADA PARA MR. ELUIO

ASS. /COREN:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

BOLETIM EMERG:

☐ UNIDADE DE SAÚDE:☐ LIBERADO☐ RECUSA☐ REMOVIDO POR TERCEIROS☐ OUTRO:☐ ÓBITO →☐ NO LOCAL☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

EM: 01, 02, 09 às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

OCCASION:

SS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

TERMO DE RECUSA

RG /CPF

U, _____ RG / CPF _____
DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO
AMU EM: ____/____/____ às _____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

SINATURA:

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS):

Nome: RODOLFO DOS SANTOS LIMA

Admissão: 01/12/2019 02:55

Pront.: 5646854 Data Nasc.: 18/07/1994 Idade: 25 ano(s) 4 mes(es) e 14 dia(s) Tel.: 85 99961-2680

Mãe: ROSA MARIA DOS SANTOS LIMA

Sexo: Masculino

RG: 2231966

Município: FORTALEZA

CEP 60866300

Bairro: JANGURUSSU

Endereço: AVENIDA BOLEVAR II

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: VERDE

Classificador ALVARO DIOGENES LEITE FETHINE

Horário 01/12/2019 02:59

Queixa: PACIENTE, 25 ANOS, TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE TRAUMA REGIÃO DE OMBRO

Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA

Discriminador: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES- DOR LEVE RECENTE

Autoagressão: Não

Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: EDILSON BANDEIRA LIMA JUNIOR

CRM: 5520

Nº: 579861

Horário 01/12/2019 03:10

Acidente: Sim

Agressão: Não

Peso:

P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO 6

Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

TRAUMA OMBRO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data		Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
01/12/201	02:59	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES- DOR LEVE	VERDE	ALVARO DIOGENES LEITE FETHINE

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX OMBRO E LATERAL/ ESCAPULAR (0204040116)	01/12/2019 03:12	Sim	Pendente

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------



PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: _____

Data: ____/____/____ às ____:____ h

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: _____

Data: ____/____/____ às ____:____ h

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: _____

Data: ____/____/____ às ____:____ h

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: _____

Data: ____/____/____ às ____:____ h

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

M (h) T (h) SN (h)

P.A:

T:

FC:

FR:

Ass.

Paciente: 5646854 - RODOLFO DOS SANTOS LIMA
Sexo: Masculino **Idade:** 25 ano(s) 4 mes(es) e 14 dia(s) **Data de Nascimento:** 18/07/1994
Endereço: AVENIDA BOLEVAR II
Bairro: JANGURUSSU **Cidade:** FORTALEZA
CEP: 60866300 **Num:** 163
Clínica/Enfermaria/Leito: EMERGÊNCIA/EMERGENCIA ESPERA.01

INTERCONSULTA

Solicitante

Profissional: EDILSON BANDEIRA LIMA JUNIOR
Data Solicitação: 01/12/2019 03:13

Solicitação

Urgente: Sim
Especialidade: TRAUMATOLOGIA
Interconsulta: TRAUMA OMBRO

Programação

Usuário Programação:
Data/Hora Programada:
Profissional:
Obs. Programação:

Parecer

Profissional:
Data Parecer: 01/12/19 07:50h
Reprogramar:
Parecer:

Releto de trauma hoje, queixa de dor em ombro
 e punho Esq.
 Neurovascular preservado
 Rx: fratura clavicula esq.
 (D): Sol Rx punho Esq.

Dra. Amanda Progênio dos Santos
 Ortopedia e Traumatologia
 Médica Residente
 CREMEC 20203

Edilson Bandeira Lima Júnior
 Médico
 CRM 5520



PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: to **Data:** / / às : h

*Retorvir e punto e
probat*

CONDUTA: *Quase ao chulo e
to*

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: to **Data:** / / às : h

*Dr. Valterino Pinheiro
Médico Geral
CRM 0192*

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: **Data:** / / às : h

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: **Data:** / / às : h

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

	M (h)	T (h)	SN (h)
P.A:			
T:			
FC:			
FR:			
Ass.			

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS):

Admissão: 01/12/2019 02:55

Nome: RODOLFO DOS SANTOS LIMA

Pront.: 5646854 Data Nasc.: 18/07/1994 Idade: 25 ano(s) 4 mes(es) e 14 dia(s) Tel.: 85 99961-2680

Mãe: ROSA MARIA DOS SANTOS LIMA

Sexo: Masculino

RG: 2231966

Município: FORTALEZA

CEP 60866300

Bairro: JANGURUSSU

Endereço: AVENIDA BOLEVAR II

PRESCRIÇÃO

Médico: EDILSON BANDEIRA LIMA JUNIOR

CRM 5520

01/12/19 03:12

Prescrição	Horário:
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito



PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: _____

Data: ____/____/____ às ____:____h

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: _____

Data: ____/____/____ às ____:____h

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: _____

Data: ____/____/____ às ____:____h

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: _____

Data: ____/____/____ às ____:____h

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

M (h)

T (h)

SN (h)

P.A:

T:

FC:

FR:

Ass.



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DT. Prescrição: 01/12/2019 03:12 Tipo: Admissão
DT. Conclusão: 01/12/2019 03:13 DT. Apz:
Paciente: RODOLFO DOS SANTOS LIMA

Enfermaria/Leito: EMERGE01
DT. Naso.: 18/07/1994

Clinica: EMERGÊNCIA
Idade: 25 ano(s) 4 mes(es) e 14 dia(s)

Prescrição: 47390
Prontuário: 5646854



Observação:

ITEM PRESCRIÇÃO

MEDICAMENTO

1.0 CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H OBS: -
HORÁRIOS: - - - - -

2.0 DAPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H | DOR OBS: -
E/OU FEBRE - ** SE NECESSÁRIO **
HORÁRIOS: - - - - -

Edilson Bandeira Lima Junior
Médico
CRM 5520

Médico(a):
EDILSON BANDEIRA LIMA JUNIOR
CRM: 5520 CRM

Enfermeiro(a):
* Não Informado *
COREN: * Não Informado *

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200070239

Vítima: RODOLFO DOS SANTOS LIMA

Data do Acidente: 01/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO AMORA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RODOLFO DOS SANTOS LIMA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: RODOLFO DOS SANTOS LIMA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 341

Agência: 000006223

Conta: 0000071177-8

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você