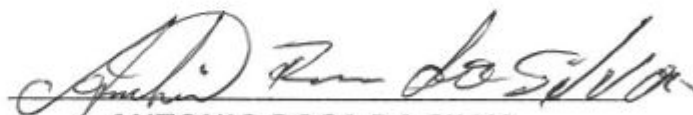


PROCURAÇÃO

"ad judícia et extra"

ANTONIO ROSA DA SILVA, brasileiro, divorciado, autônomo, portador do RG: 95015021625 SSP-CE e CPF: 717.301.173-68, domiciliado na Rua Antonio Domingos, s/n, Planalto Popular, Pacajus-CE, CEP: 62.870-000, pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores os advogados: FRANCISCO RONALDO VIEIRA MARTINS, OAB-CE 8.008 CPF: 398.705.963-04 – end. eletrônico dronaldovmartins@gmail.com, RENATO MOREIRA MARTINS, OAB-CE 20.807 CPF: 008.987.223-14 – end. eletrônico: renatomartins@gmail.com, FILIPE MOREIRA MARTINS, OAB-CE 24.414 CPF: 019.302.343-17 – end. eletrônico: adv.filipemartins@gmail.com, com escritório na Av. Treze de Maio, nº 1116, Sala 2004, Fátima, Fortaleza-CE, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad-judícia" e "et extra", a fim de, possa defender em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o(a) outorgante seja autor(a) ou reclamante, defendendo-o(a) quando for réu, interessado(a) ou requerido(a), podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firma compromisso, renunciar valores de alçada, receber e levantar alvarás, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como destituir advogado, se bem lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Pacajus-CE, 08 de Jan de 2020.


 ANTONIO ROSA DA SILVA



Av. 13 de Maio, sala: 2004, nº 1116, Fátima, Fortaleza-CE

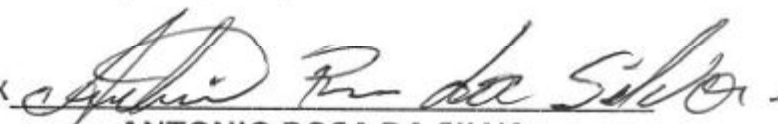
(85) 3224-4118 / 98133-8008

DECLARAÇÃO DE POBREZA

ANTONIO ROSA DA SILVA, brasileiro, divorciado, autônomo, portador do RG: 95015021625 SSP-CE e CPF: 717.301.173-68, domiciliado na Rua Antonio Domingos, s/n, Planalto Popular, Pacajus-CE, CEP: 62.870-000, declaro que sou pobre e não posso custear com as despesas processuais sem afetar o sustento da família, tendo em vista que sua renda é apenas de um salário mínimo.

Esta declaração é a mais pura expressão da verdade, razão porque assumo inteira responsabilidade pelas informações acima, sujeitando-me às sanções previstas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E de mais penas aplicáveis, com relação ao acima afirmado.

Pacajus-CE, 8 de janeiro de 2020.

x 
ANTONIO ROSA DA SILVA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA FEDERAL DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E FOTOGRAFIA BIOMÉTRICA

NOME
ANTONIO ROSA DA SILVA

FILIAÇÃO
RAIMUNDO ROSA DA SILVA
MARIA DE FÁTIMA SILVA

DATA NASCIMENTO: 30/08/1977 NATURALIDADE: PACAJUS - CE
ORÇÃO EXPEDIDOR: SSPDS-CE TIPOFATOR RH: XXX
OBSERVAÇÃO: XXXXXXXXXXXXXXXX

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 717.301.173-68 DNI XXXXXXXXXXXXXXXX

REGISTRO GERAL LOCAL DATA DE EXPEDIÇÃO OUTRO RG
95015021625 P.: 31 17/09/2019 2ª VIA

REGISTRO CIVIL
CERT. CASAM., C/ AVERB. DIV. CARTÓRIO: 1º OFÍCIO TERMO: 0002337 FOLHA: 160 V LIVRO: B-0008 HORIZONTE - CE

NOME SOCIAL
XXXXXXXXXXXXXXXXXX

POLEGAR DIREITO

T. ELEITOR CTPS SÉRIE UF
041746080728 0102001 0030 CE

IDENTIDADE PROFISSIONAL
XXXXXXXXXXXXXXXXXX

PIS: 12523008075 XXXXXXXXXXXXXXXX

CERT. MILITAR XXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

DNI CNB
03246736707 704208263573683

ASSINATURA DO TITULAR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

enel

2917912

A Tarifa Social da Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valcyrino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 070.7251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

Para agilizar seu atendimento, utilize o aplicativo sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA IN° 034641124

Rota: PJ009015 - 101000 Referência: 11/2019

Nome: MARIA DE FATIMA SILVA

Endereço: RU ANT NTO DOMINGOS, 00000, PLANALTO POPULAR, 02870-000, PACAJUS

Classificação: Residencial Pleno

Modalidade Tarifa: B1 RESIDENCIAL

Ligação: Monofásico

Emissão: 14/11/2019

Medidor: 3112322-FAL 297

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.F.: 31 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
14/10/2019	14/11/2019	14/12/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo Corret.	Consumo Máx. (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fil. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
F2	17,583	17,581	1,00	102	00	102	0,72814	74,27

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - 11UM PUB PREF MUNIC		9,20
CONSUMO	0,72814	74,27
JUROS MORATÓRIOS		1,59
ADICIONAL BANDO. AMARELA	0,01308	1,13
ADICIONAL BANDO. VERMELHA	0,02559	2,61
XVI - CUSTO INSPEÇÃO		118,68

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

ICMS	78,01	27,00	21,05
PIS	78,01	0,04	0,02
COFINS	78,01	0,30	0,21

VENCIMENTO: 22/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$): 207,48

CONSUMO CONSCIENTE

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

Emissão kg CO₂ Compensação kg CO₂ Compensação Ecológica (% CO₂)

30,82 10,00 100

INFORMACOES AO CLIENTE

Períodos: Bando Tarif.: Amarela : 15/10 - 31/10 Vermelha : 01/11 - 14/11

SE VOCÊ RECEBER DIA-CONTAS MESMO VENC NO MES TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 24X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALIE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

ANTONIO ROSA DA SILVA, brasileiro, divorciado, autônomo, portador do RG: 95015021625 SSP-CE e CPF: 717.301.173-68, domiciliado na Rua Antonio Domingos, s/n, Planalto Popular, Pacajus-CE, CEP: 62.870-000, declara para os devidos fins que a conta de energia de minha residência se encontra em nome de **MARIA DE FATIMA SILVA**.

Esta declaração é a mais pura expressão da verdade, razão porque assumo inteira responsabilidade pelas informações acima, sujeitando-me às sanções previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal Brasileiro. E nas demais penas aplicáveis, com relação ao acima afirmado.

Pacajus-CE, 8 de janeiro de 2020.

X 
ANTONIO ROSA DA SILVA



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO

Paciente: Antonio Rosa da Silva

3E / Prontuário: _____

Encaminhamento ao serviço de CTBMF
do Hospital das clínicas (HOUIC)

Caro colega,

Encaminho o paciente Antonio Rosa da Silva
vítima de trauma em face no dia 08/08/2014.

Porta fratura de 1/3 médio da face. O paciente
refere amaurose em OE, sendo encaminhado pelo opta-
mo para o ambulatório de oftalmologia do HOUIC.

Encaminho o paciente para dar seguimento ao
tratamento das fraturas em face no HOUIC.

Atenciosamente.

Dr. Thiago Rafael S. Dantas
Cirurgião Traumatologista
CRM 10.003 - 9948

Data: 13/08/2014

Ass./Carimbo do Médico

10.003 - Versão 2 - 01/DEZ/17 - 1 via - Formato A5 (148/210).

Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061 • Fortaleza, Ceará, Brasil
3255-5000.



PREFEITURA DE
HORIZONTE
Secretaria de Saúde



RECEITUÁRIO COMUM

UNIDADE DE SAÚDE: _____

PACIENTE: _____

Odo Forte de, João de,
(Zucchi S)

Realizamos atendimento ao
Sr. Antônio Rosa de Silva, 41
anos. O mesmo relatou proble-
mas conjugais e financeiros.
Presumimos ao che-lo por uma
rua escura e qualificada.
Solicitamos se possível, avaliação
sobre a necessidade do uso de
medicação.
Quedro sugestivo de ansiedade.
opata,

DENGUE

- ✓ Saiba que
Dengue tem cura
espontânea:
- ✓ Evite tomar AAS,
Diclofenaco
- ✓ Beba bastante água
- ✓ Evite esforços físicos
- ✓ Elimine os focos
da sua casa
- ✓ Procure o Hospital
se surgirem sinais
como:
 1. Dor na barriga que
não passa;
 2. Vômitos frequentes
em poucas horas
 3. Desmaios e suor
com tonturas
 4. Muitas sede que
não passa
 5. Sangramentos
do nariz, boca,
vômitos, urina
e/ou fezes pretas.

HORIZONTE, 31/01/19

Carla Maria Pereira
Assistente Social
Assinatura

DATA				
PA SENTADO				
PA DEITADO				
PROVA DO LAÇO				
TEMP. AXILAR				

Av. Presidente Castelo Branco, nº. 4873
Centro - Cep.: 62880-031 - CNPJ.: 23.555.196/0001-86
PABX: (85) 3336.6050 - saude@horizonte.ce.gov.br

Prefeitura de Horizonte
 HorizonteCe
 www.horizonte.ce.gov.br



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO

Paciente: Antonio Rosa da Silva

3E / Prontuário: _____

Encaminhamento ao serviço de CTBMF
do Hospital das clínicas (HUWC)

Caro colega,

Encaminho o paciente Antonio Rosa da Silva
vítima de trauma em face no dia 08/08/2014.

Porta fratura de 1/3 médio da face. O paciente
refere amaurose em OE, sendo encaminhado pelo optd.
no para o ambulatório de oftalmologia do HUWC.

Encaminho o paciente para dar seguimento ao
tratamento das fraturas em face no HUWC.

Atenciosamente.

Dr. Thiago Rafael S. Dantas
Cirurgião Traumatologista
CRM 10.003 - RCD 9548

Data: 13/08/2014

Ass./Carimbo do Médico



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDEO
SERVIÇO DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

PARA: _____ ANTONIO ROSA DA SILVA

ATESTADO MÉDICO-ODONTOLÓGICO

Atesto para os devidos fins, trabalhistas / estudantis, que o paciente supracitado compareceu ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial no Hospital Universitário Walter Cantídio. Tendo sido submetido a procedimento cirúrgico e necessitando de 15 dias de afastamento de suas atividades.

C.I.D. S024 _____

Thiago Jonathan S. dos Santos
Cirurgião de Traumatologia
Bucodentofacial
Residência H.U.W. - CRD 10623

Fortaleza, 29/09/19

HOSPITAL UNIVERISTÁRIO WALTER CANTÍDIO

SETOR: OFTALMOLOGIA

Data: 14/08/19

1º atendimento

Nome: Antonio Rosa da Silva

1674350

Idade: 41a

Profissão: Motorista

Naturalidade: Maranhão

Telefone: 9842119635 () ()

Ambulatório: () ()

Preceptor: () ()

QP: trauma no olho OE por acidente de moto

HDA: No dia 08/08/19 o paciente relata trauma contuso em OE. evoluindo com hematoma periorbitário, ardor, lacrimejamento excessivo, fotopsias e entomopsias.

HPP: (X) HAS há 2017 () DM há Ø () Asma () LES () Artrite Reumatóide

() Glaucoma () Miopia () Outras Nega

Cirurgia prévia: Ø

Em uso medicações: Ø

Colírios em uso: nega colírio

História familiar: () Cegueira () Glaucoma Avô (80a): cegueira, catarata?

Ao exame físico:

AV: ^{PH} OD 20/20 c/c: OD () c/o
OE SPL OE ()

Pressão intra ocular 10 / 04 mmHg

BIO: Olho direito: olho alno, fúcio

Olho esquerdo: hemorragia subconjuntival, hifema importante

Fundo de olho:

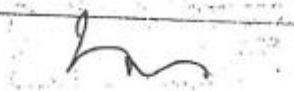
OD: esc. 02, mác. livre, retina aplendida, vasos slalé, n.ões

OE: não visualizado

Hipótese diagnóstica:

Condução ① Px atropina 12/12h ou midriacil 8/8h
② Px Predforte 4/4h
③ Retorno em 15 d

OBS: US OE: diminuição do comp AP, desorganização do seg. posterior



Renato Moreira Martins de Souza

Médico / Interno

ADMISSÃO EM ENFERMARIA PÚBLICA - ANAMNESE

Nome do paciente: ANTONIO ROSA DA SILVA		Nº Prontuário 1674350		Data da Admissão: 30 08 19	
Idade:	Escolaridade: ENSINO MÉDIO COMPLETO	Admissão no Serviço de: CTBMF		Sexo: ☒ M ☐ F	Cor: FAJODERMA
Estado Civil: SOLTEIRO	Religião: CATÓLICO	Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade: AMONTADA	Procedência: HORIZONTE	CE

QUEIXA PRINCIPAL: "DÓI NA ABERTURA DA BOCA E NA MASTIGAÇÃO, NÃO CONSIGO ABRIR A BOCA MUITO" SIP

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE APRESENTANDO FRATURA DO COZM ESQUERDO, COM NECESSIDADE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SOB ANESTESIA GERAL.

HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA (doença anteriores, operações, traumatismos): ☐ HAS ☐ DM ☐ ICC ☐ ICO ☐ AVC ☐ Câncer ☐ TB ☐ Hepatites ☐ DST ☐ VPI

Descrever: COMA DURANTE 15 DIAS NO ANO 2017 NO MÊS DE NOVEMBRO DEVIDO A TRAUMA PSICOLÓGICO

Outros:

ALERGIAS:

...UTOS: Tabagismo ☒ Nunca ☐ Ex-tabagista ☐ Tabagista → Descrever uso atual ou prévio:

Etílico: ☒ Nunca ☐ Ex-etílico ☐ Etílico → Descrever uso atual ou prévio:

Outros: NDN

MEDICAÇÕES EM USO:

CLONAZEPAM 2MG 1X/DIA

HISTÓRIA PSICOSOCIAL:

NENHUMA

HISTÓRIA FAMILIAR:

NDN

INTERROGATÓRIOS SOBRE ÓRGÃOS E APARELHOS

Geral: NDN

Cabeça & Pescoço: NDN

Neurológico: NDN

Cardiovascular: NDN

"ANOTE TODOS OS DADOS IMPORTANTES EM RELAÇÃO A EVOLUÇÃO DENTRO DO PLANO SOAP"

DATA	S=d SUBJETIVOS	O=d OBJETIVOS	A=d ANÁLISE	P=PLANO (DISG. TRATAMENTO)
20/08/19	pac ARS 420 adquirida neste período. Paciente com carga elétrica - Com de Trat de Cór. Ver de sua evolução e EEG, far parte usual comp. de 06 + profusão de cura. Refere HX de lesões sem confusão. Refere base acrílica de dente, chuma e docas de plástico. Não far testes de pele. Ag. em 1/ 7.3. de 2019			
24/08/19	Enfermeiros Paciente ARS, 42a. R. Po. Osteossintese por fratura de costela. Paciente consciente, orientado, verbalizando, sem resposta ao teste. Sem de lesões usual a te entre os membros, em pé, em movimento ativo.			
31/08/19	Enfermeiros Paciente ARS, 42a. R. Po. Osteossintese de fratura de costela. Paciente bem, consciente, orientado, verbalizando, gestos de auto cuidado, BSp de Tampa no 9. i entre os membros. Sem queixas de dor. Paciente consciente e sem contato de unhas. Valavários			

JOSÉ ABELANGE DE VASCONCELOS
ENFERMEIRO - AREA
SIAPE 1879000
CORENCE 66256
UFC

MARIA ESCALAR MONTEIRO DE SOUZA
ENFERMEIRO - AREA
SIAPE 15009
CORENCE 15009
UFC

MARIA ESCALAR MONTEIRO DE SOUZA
ENFERMEIRO - AREA
SIAPE 15009
CORENCE 15009
UFC

HUWC EVOLUÇÃO CLÍNICA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO
FL Nº

NOME DO PACIENTE
Nº DO PRONTUÁRIO
001-1674350-001
ANTONIO ROSA DA SILVA LEITO: 812
MRE: MARIA DE FÁTIMA SILVA
NASCIMENTO: 30/08/1977
CLÍNICA: 40550 - POSTO - CLÍNICA-CIRURGICA I

29/08/2019



OCULI MEOR

COD 38

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RENATO MOREIRA MARTINS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 07/02/2020 às 12:14, sob o número 02095387820208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0209538-78.2020.8.06.0001 e código 5EBB81A.

SOCIAL:
CIVIL: ANTONIO ROSA DA SILVA

MRE: MARIA DE PATIMA SILVA

NASCIMENTO: 30/08/1977

ENDEREÇO: MANOEL FELICIANO DE SOUSA, 259 FONE: 85992138069

Bairro: Zumbi

Cidade: HORIZONTE - CE

CEP: 62882090

CPF: 717.301.173-68

AGU HUUC: 20852018 Reg.

AGU MEAC: 001-1674350-001

MEAC:

Universidade Federal do Ceará
Hospital Universitário Walter Cavalcão

ID OPERATÓRIO

Prontuário:

Data: 30/08/2019

Leito 812

Início 8:30

Término: 15:30

Cirurgião Dr. Eduardo Student

Auxiliar: -

Anestesiologista: Dr. Flávio

Anestesia: Geral

Residentes: Romele/Jessica/Nunes

Circulante: Regine/Salviana

Enfermeiro: Bosco

Instrumentador: Thiago

MATERIAIS UTILIZADOS/OPRE:

02 placas retas, 04 furos 1.5mm + 01 placa reta de furo 1.5mm
01 placa orbital 06 furos 1.5mm + 01 placa em "Y" direita
2.0mm + 01 placa em "Y" OS furos 2.0mm + 01 placa orbital
06 furos 2.0mm + 01 placa reta 08 furos costada 01

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

Fratura de face

CID:

CID:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

CIRURGIAS REALIZADAS:

Correção de fratura COZM

CÓDIGOS SIGTAP (SUS):

04.04.02.052-6

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA:

MATERIAIS ENVIADOS PARA PATOLOGIA:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:

Paciente em DDH + Anestesia geral + Intubação Submandibular;
1. Antecedentes intra e extraoral com clareamento, 0.127-2.2v, respectivamente;
2. Apreciação dos campos operatórios + Tempo anestésico;
3. Anestesia local infiltrativa com Ropivacaína 3% (3ml + 7ml de SE (0.9%))
4. Incisão Superior da arcada frontal e Extensão da arcada superior;
5. Acesso com oclusão com deslocamento mucopérmico de espessura + 2mm;
6. Acesso Subnasal e intra-nasal Superior com tunelização da arcada;
7. Exatidão com 01 placa orbital 06 furos 1.5mm + 01 placa
furos 1.5mm + 1 placa em "Y" 04 furos 2.0mm + 1 placa
furos 2.0mm + 1 placa orbital 06 furos 2.0mm + 1 placa
reta 08 furos costada 01 furo 2.0mm + 01 placa reta 04
furos + 19 parafusos 1.5mm + 19 parafusos 2.0mm
8. Bloqueio maxilomandibular com 06 parafusos 2.0mm
no foramecênico;
9. Sutura com nylon 5-0 + monocryl 4-0 e 2-0 + Vym
nylon 2-0;
10. Exatidão + paciente encamado p/ SR.

SAFECAC - HOSPITAL UNIV ITÁRIO
WALTER CANTÍDIO - U.F.C.

DIRETORIA ADMINISTRATIVA

ANO

UNIDADE: Serviço de Convênios e Contas Médicas
CONTROLE: Procedimentos Especiais de Internação

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE :

- | | |
|--|---|
| ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | ☐ USO DE PRÓTESE/ÓRTESE |
| ☐ DIÁRIA DE U.T.I. | ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO |
| ☒ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE | ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL |
| ☐ HEMOTERAPIA | ☐ |

NOME DO PACIENTE ANTONIO ROSA DA SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO 1674350

DATA DA SOLICITAÇÃO 30 / 08 / 19

Nº AIH

MÉDICO SOLICITANTE THIAGO JONATHAN

DATA DA UTILIZAÇÃO 30 / 08 / 19

PROCEDIMENTO ANTERIOR

CRM

CPF 013.596.894-10

PROCEDIMENTO SOLICITADO DIARIA DE ACOMPANHANTE

JUSTIFICATIVA DO USO:
PACIENTE APRESENTANDO FRATURA DO COZM, NECESSITANDO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SOB ANESTESIA GERAL.

NECESSIDADE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO SOB ANESTESIA GERAL

NECESSIDADE DE CUIDADOS POS OPERATORIOS

DESCRIÇÃO DO PRODUTO/QUANTIDADE

NOME:

RG:

Thiago Jonathan S. ...
Residente ...

30 / 08 / 19
DATA

Assinatura do Médico Solicitante



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 hora de proteção à vida"



Prefeitura de
Fortaleza

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Paciente: ANTONIO ROSA DA SILVA		ID Paciente: 5629880	
Data de Nascimento: 30/08/1977	Idade: 41 anos	Sexo: M	
Médico Solicitante: DR CAIO SANDER		Data do Exame: 10/08/2019	
LAUDO			

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA

TÉCNICA: Exame realizado em tomógrafo multislice, sem administração de contraste iodado

Parênquima encefálico com valores de atenuação normais

Sulcos, fissuras e cisternas cerebrais de amplitude normal

Sistema ventricular anatômico. Linha média centrada

Fratura no seio frontal com pequenas bolhas de pneumoencéfalo junto à calota craniana à esquerda

Fratura cominutiva no processo e lâminas pterigoides à esquerda

Fratura cominutiva no osso da pirâmide nasal esquerda

Fraturas nos seios maxilares, em maior número à esquerda, hemossinus. Fratura cominutiva no arco zigomático esquerdo.

Fratura cominutiva nas paredes da órbita esquerda

Globo ocular esquerdo com volume reduzido, com opacificação das câmaras vítreas por lesão.

Hematoma sub galeal à esquerda.

Extenso edema / contusão / enfisema na hemiface esquerda.

Marilza Oliveira

MARILZA OLIVEIRA CRM 5199-CE



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 05. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669074

Vítima: ANTONIO ROSA DA SILVA

Data do Acidente: 08/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO ROSA DA SILVA

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =

R\$ 1.350,00

Recebedor: ANTONIO ROSA DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000003535

Conta: 000000025678-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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



MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 014328234362

VIA: MAAM COD. RENAVAM: 01 1183260749 RNTC: 0000000000 EXERCICIO: 2019

NOME: ANTONIO ROSA DA SILVA

HORIZONTE/CE

PLACA: 71730117368 FLACA: PNI9142

CHASSI: 9C2KD0810KR121541

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC COMBUSTIVEL: GASOL/ALCO

MARCA/MODELO: HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB: 2019 ANO MOD: 2019

CAR/POR/CIL: 2P/0CV/162CC CATEGORIA: PARTIC

COR PREDOMINANTE: AZUL

COTA UNICA: 1ª 2ª 3ª

FAIXA L.P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$): IOF (R\$): PREMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

OBSERVAÇÕES: AL.FID. BANCO HONDA S.A.

LOCAL: HORIZONTE DATA: 01/03/2019

TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

CE Nº 014328234362 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

71730117368 PNI9142

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

014328234362 62954188824

EXERCICIO: 2019 DATA EMISSÃO: 01/03/2019

VIA: 01 71730117368 PNI9142

RENAVAM: 1183260749 MARCA/MODELO: HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB: 2019 CAT. TRF: 09 Nº CHASSI: 9C2KD0810KR121541

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): DENATRAM (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): COT (R\$): TOTAL A SER PAG. (R\$):

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE OUTRADA: 00/00/0000

LOTE/DOC. 229298/99 LIDEACRE

MOTOR: ED08E1K121597



IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE HORIZONTE
Impresso nº 2019837442

fls. 22

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 461 - 5176 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/11/2019 09:16:50**
Data / Hora da Ocorrência: **08/08/2019 00:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV CASTELO BRANCO ROTATÓRIA, CENTRO - HORIZONTE/CE**
Ponto de Referência: **PREFEITURA MUNICIPAL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTÔNIO ROSA DA SILVA**
Nascimento: **30/08/1977** CPF: **717.301.173-68**
RG: **45015021625** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA DE FÁTIMA SILVA**
RAIMUNDO ROSA DA SILVA
Endereço: **RUA MANOEL FELICIANO DE SOUZA, 259**
Bairro: **ZUMBI**
Município: **HORIZONTE/CE** CEP: **62.880-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8517-4669**

Histórico

Afirma o declarante que no dia, hora e local supra, vinha pilotando sua motocicleta de marca Honda/NXR 160 Bros ESDD, cor azul, ano 2019/2019, placa PNI-9142, de sua propriedade, quando perdeu o controle desta ao chocar-se contra a rotatória da avenida, vindo a cair ao chão. Instante me que uma pedra do calçamento da via que estava solta, chocou-se contra sua face, vindo a fraturar vários ossos da face e perder a visão de seu olho esquerdo; QUE foi socorrido à UPA local de onde foi recambiado para o IJF, de onde foi recambiado para o Hospital Universitário Walter Cantídio, onde foi submetido a uma intervenção cirúrgica. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE HORIZONTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ALESSANDRO MASTO DAMASCENO - MAT.: 135800-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

LEILIANE FREITAS ALMEIDA WENZEL - MAT.: 133840-1-0

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA
HORIZONTE - CEARÁ

Paciente: 1990773433 AMARELO 08/08/2019 02:01:00
ANTONIO ROSA DA SILVA
Tipo Doc: Documento 95015021625
IDENTIDAD: 95015021625
Mãe: MARIA DE FATIMA SILVA
Endereço: RUA - MANOEL FELICIANO DE SOUSA - 259 - ZUMBI - HORIZONTE - CE
Plano de saúde: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Queixa Principal: ACIDENTE DE MOTO
Registrado por: VALDENIA

Data Nascimento: 30/08/1977
Órgão Emissor: SSP CE
Data Emissão: 26/08/2009
Pai: RAIMUNDO ROSA DA SILVA

FICHA DE ATENDIMENTO
Idade: 41 A 11 M 9 D
Sexo: M
Estado Civil: CASADO(A)
CNS: 704208253573583
Raça/Cor: PARDA
Contatos: (85) 99105-1346

CLÍNICA MÉDICA
CPF: 00032452
Naturalidade: PACAJUS - CE
Ocupação: NÃO INFORMADA

Número da carteira: Data validade:
Temperatura: N/A
Peso: N/A
Pressão Arterial: N/A
Profissional da chamada: DANI

Anamnese de Enfermagem
Impresso por: RENNAN.ARAUJO

Atendimento

Anamnese Médica

Paciente com quadro de acidente de moto

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Exames Complementares

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

PROFISSIONAL

Conduta

() Alta por Decisão Médica () Alta a Pedido () Alta a Revelia () Transferência para:

Observação (Até 24h) () Internação Data e Hora da Saída/Alta: / /

Óbito

Antes do Primeiro Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () IML Anatomia Patológica: / /

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Dr. Rennan Teixeira
CREMEL 17900

CONFERE COM O ORIGINAL
23/09/19
FUNÇÃO: JOANNA CAVALCANTE
Assistente Social
CRESS: 011

Dr. Rennan Teixeira
CREMEL 17900

1. Profenid 100 mg + 100 ml SFO, 9%, EV, agora ~~ce~~ 02:50
2. Dexametasona 4 mg/ml - 2,5 ml + 100 ml SFO, 9%, EV, agora ~~ce~~
3. Rb 1000 ml, EV, rápido. 02:54 (500) (500).
4. Trombina p/ S.J.S.
5. Transamin 1 ampola + 100 ml SFO, 9%, EV, agora ~~ce~~ 03:00.

Dr. Paulo Roberto Pinheiro Bastos
Médico
CREMEC 11.508

Arlete Oliveira
COREN-CE 13704



EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

NOME: ANTONIO ROSA DA SILVA

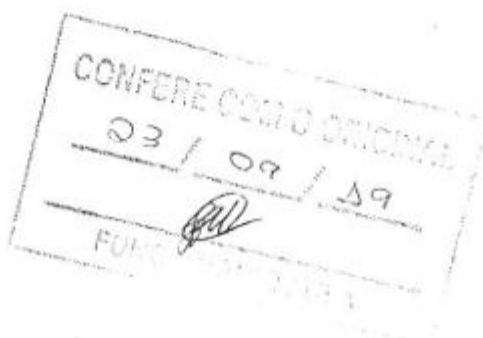
DATA: 08.08.2019 HORÁRIO: 03:00 LEITO : _____ MT () SN (X)

PACIENTE A. R. S., 41 ANOS, SEXO MASCULINO, DEU ENTRADA NESTA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PELO EIXO 1, TRAZIDO POR POPULARES, VITIMA DE QUEDA DE MOTO, SEM CAPACETE, APRESENTANDO LESÃO CORTO CONTUSA EM REGIÃO PERIORBITÁRIA À ESQUERDA, RINORRAGIA À ESQUERDA, DOR OCULAR À ESQUERDA E ESCORIAÇÕES EM TORAX. AVALIAÇÃO MÉDICA EM EXAME RADIOLOGICO DESCARTOU FRATURAS INICIAL. AOS SSVV: PA=130X90MMHG, FC= 85 BPM, SPO2= 98% EM AR AMBIENTE. REALIZADA MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. SEGUE AGUARDANDO VAGA EM CRL SOB LAUDO: 15380006698 E AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

04:10 – PCT TRANSFERIDO EM VAGA ZERO PARA IJF ACOMPANHADO DA TECNICA IOSETE.

Tayara Gomes dos Santos
COREN-CE 008.583.997-ENF

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL





PREFEITURA DE
HORIZONTE
Secretaria de Saúde

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: UPA

15380006698

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome do Paciente: Antonio Rosa da SilvaSexo M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 30 / 8 / 77 Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente, 41a, alcoolizado, vítima de ocorrênciatravando queda de moto sem capacete, apresenta lesão contuso-feridaem região periorbitária a esquerda, hemorragia a esquerda, dor ocularResultados de Exames: a esquerda e hemorragias em face. Avaliação radiológicainicial sem fratura! Ao exame: ES Regular, a.a., eumet, hidratadonumeração: PE = 130x90 mm Hg, PE 85bpm e Sat O2 = 98% em aaConduta já Realizada: Profenid + Diclofen + Tramadol + RLImpressão Diagnóstica: Trauma de face + PE

Dr. Paulo Pedro Pinheiro Bastos

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

médico

Função

8 / 8 / 19

Data

3:00

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐Hospitalar ☒

Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Avaliação + CondutaProfissional: Bufo - morão +Unidade de Referência: 3 - CentroData: 8 / 8 / 19 Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Nome do Paciente: _____

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº: _____

Alta: 1

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico: Principal: _____

Secundário 1: _____

CID: _____

Secundário 2: _____

CID: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta da Conduta para Segmento: _____

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

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

23/09/19



PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: BMF

Data: 07/07/11 às 09:50

Vide evolução

Dra. Luiza Ciertiani
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
Residente JF - GRC-CL-1987

ASSINATURA/CARIMBO MEDICO

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: Psiquiatria

Data: 12 / 08 / 19 às

VET COM HISTÓRIA DE TRAUMA OCULAR Optalmo.
 HIFEMA TOTAL, EQUIMOSAS, HEMORRAGIA CONTUSO NA 5 DIAS. AO EXAME: DE COM
 CONJUNTA: ENCAMINHADO AO HUWC 91 SUBCONJUNTIVAL, SPL 2 ESQUERDA;
 Dr. Ricardo Marmora

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MEDICO

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: Pediatria cirúrgica

Data: 08/08/19 às 08:11

Per vítima de ac. de moto e trauma de face, somnolento, desconhecido
tórax. abdome dolorido, inglor. Solicito Ra tórax, USG abdome e para
BME e neuroct. *ando Molanda*

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE:

Data: 

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

① SF0.9% 500ml + glicose 3amp + complexos B
5 amp EV aqsa

APRAZAMENTO

Clarissa Felter Carvalho
Cardiologia / Ecocardiografia
CRM 9516

② Diphenone 2cc: 18cc SFO, 9% EU 6/6h

Dra. LUIZA CERNIANI
Cirujana de Traumatología
Bucal - Maxilo - Facial
Residente U.F. - CRCE 9674

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Sinais Vitais/MT (h) SN

P.A.:

Y:

FC:

FR:

DESTINO - TRANSFERÊNCIA / ALTA

☐ Transferência
☐ Óbito☐ **Internação**☐ Alta Médica☐ Alta à pedido☐ Eva

Data: ____/____/____ às ____:____ h Ass./Carimbo Médico: _____

ÓBITO

Antes dos Primeiros Socorros: ☐ Sim ☐ Não

Data: ____/____/____ às ____:____h

Destino do corpo: ☐ PEFOCE ☐ SVO ☐ FAMÍLIA(D.O) Ass./Carimbo Médico:



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RESUMO DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO:562.9880

NOME:ANTONIO ROSA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO:30/08/1977

PAI:RAIMUNDO ROSA DA SILVA

MÃE:MARIA DE FÁTIMA SILVA

DATA DE ATENDIMENTO:08/08/2019

DATA SAÍDA:13/08/2019

**MOTIVO:PACIENTE ADMITIDO NO IJF, EM 08/08/2019, COM
RELATO DE ACIDENTE DE MOTO, SEM CAPACETE E
ALCOOLIZADO, APRESENTANDO TRAUMA DE FACE, TRAUMA
OCULAR ESQUERDO, FRATURA DE CRÂNIO (TCE).
EVOLUIU COM GLASGOW 15. FOI AVALIADO PELA CIRÚRGIA
BUCOMAXILOFACIAL E OFTALMOLOGIA.**

**EM 13/08/2019, RECEBEU ALTA HOSPITALAR; TENDO SIDO
ENCAMINHADO AO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO
PARA SUBMETER-SE À ULTRASSONOGRAFIA OCULAR**

RESUMO DO PRONTUÁRIO DIGITADO EM 25/10/2019 (JOAQUIM/V).

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

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Joaquim V.
Cirurgião
CREMEC 1208

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Fortaleza

30ª Vara Cível (SEJUD 1º Grau)

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8472, Fortaleza-CE - E-mail: for30cv@tjce.jus.br

DESPACHO

Processo nº: **0209538-78.2020.8.06.0001**
Apensos:
Classe: **Procedimento Comum**
Assunto: **Seguro**
Requerente: **Antonio Rosa da Silva**
Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

R.H.

Trata-se de ação de cobrança de seguro obrigatório DPVAT proposta pela parte autora acima nominada constando como promovida a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT.

Ao analisar a petição inicial, verifica-se a ausência de documentos imprescritíveis para propositura da ação, conforme art. 320 do CPC.

Desta forma, intime-se o autor por meio do seu advogado para juntar nos autos do processo no prazo de 15 (quinze) dias conforme art. 321 do CPC, documentos de identificação (identidade, CPF), sob pena de indeferimento da petição inicial conforme art. 330, inciso IV do CPC.

Após, proceda-se os expedientes devidos.
Intime-se.

Fortaleza (CE), 02 de março de 2020.

Jose Maria dos Santos Sales**Juiz**

CERTIDÃO DE REMESSA DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo consta da relação nº 0323/2020, encaminhada para publicação.

Advogado
Renato Moreira Martins (OAB 20807/CE)

Forma
D.J

Teor do ato: "R.H. Trata-se de ação de cobrança de seguro obrigatório DPVAT proposta pela parte autora acima nominada constando como promovida a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT. Ao analisar a petição inicial, verifica-se a ausência de documentos imprescritíveis para propositura da ação, conforme art. 320 do CPC. Desta forma, intime-se o autor por meio do seu advogado para juntar nos autos do processo no prazo de 15 (quinze) dias conforme art. 321 do CPC, documentos de identificação (identidade, CPF), sob pena de indeferimento da petição inicial conforme art. 330, inciso IV do CPC. Após, proceda-se os expedientes devidos. Intime-se."

Fortaleza, 13 de março de 2020.

EXMO. SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 30ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA-CE.

PROCESSO Nº 0209538-78.2020.8.06.0001

ANTONIO ROSA DA SILVA, já devidamente qualificado nos autos do processo em epígrafe, representado por seus procuradores, vem à presença de Vossa Excelência, em atenção ao despacho retro, juntar documento de identidade legível.

Nestes termos,
Pedem e esperam deferimento.
Fortaleza-CE, 13 de março de 2020.

Renato Moreira Martins
OAB-CE 20807

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 ANTONIO ROSA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
 95015021625 SSPDS CE

CPF
 717.301.173-68

DATA NASCIMENTO
 30/08/1977

FILIAÇÃO
 RAIMUNDO ROSA DA SILVA
 MARIA DE FATIMA SILVA

PERMISSÃO
 ACC CAEHAB AB

Nº REGISTRO
 03245736707

VALIDADE
 05/02/2025

1ª HABILITAÇÃO
 07/02/2004

OBSERVAÇÕES
 A :
 EAR :

ASSINATURA DO PORTADOR
 Antonio Rosa da Silva

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 07/02/2020

ASSINATURA DO EMISSOR
 Igor Vasconcelos Ponte

CEARÁ

12816440721
CE174915942

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1847651475

PROIBIDO PLASTIFICAR
1847651475