



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: Vicente De Paulo Oliveira Sousa

Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: — Profissão: —

C.P.F. nº: 366.059.483-00 RG: 2008549213-7 SSPCE

End.: Rua Teixeira Pinto, nº 323 Cidade: Itapajé CEP: 62600000
Pau Ferro

Pelo presente instrumento particular de PROCURAÇÃO, lavrado nesta Cidade, Município e Comarca de Itapajé, Estado do Ceará, nomeia e constitui seus bastante procurador, onde com esta se apresentar e necessário for, o Dr **Adriano Rodrigues Fonseca**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção do Ceará, sob número 31.130 e no CPF/MF. sob nº. 020.685.643-19, com escritório estabelecido à Rua Major Barreto, 1576, altos, Centro, Itapajé-Ceará, onde recebe intimações, aos quais confere(m), os mais amplos, gerais e ilimitados poderes para o fôro em geral, com a cláusula "**AD JUDICIA**", para, em nome dele(s) Outorgante(s), para representá-lo em repartições públicas federais, estaduais, municipais, autarquias e quaisquer outras pessoas jurídicas de direito público ou privado, para tratar de assuntos de seu interesse, requerer a quem de direito ações e contestações sejam cíveis, comerciais, benefícios previdenciários e suas revisões, trabalhistas ou criminais, alegando como autor, réu, opoente ou assistente; variar delas, agindo em conjunto ou separadamente, independentemente da ordem de nomeação, confessar, transigir, fazer acordos, desistir, prestar depoimento pessoal, receber citações administrativas ou judiciais, requerer adjudicação, lançar em praça, levantar depósitos, reconhecer a procedência do pedido, receber e dar quitação, firmar compromisso, inclusive de inventariante, requerer, assistir e assinar termos em inventários, arrolamentos, prestar as primeiras e últimas declarações, apresentar planos de partilhas, requerer formal de partilha, concordando ou não com avaliações, dívidas e cálculos, interpondo recurso(s) em primeira e superior(es) instância(s) e arrazando-o(s), praticando, enfim, todos os atos, por mais especiais que sejam, permitidos em lei, indispensáveis ao mais amplo desempenho deste mandato, inclusive substabelecer esta em outrem, com ou sem reserva de poderes, do que tudo darei(mos) por bom, firme e valioso em qualquer tempo

Itapajé-Ceará 04/ setembro /2017

Vicente De Paulo Oliveira Sousa

A cargo: Adriano Rodrigues Fonseca

1 - TESTEMUNHA: Adriano Rodrigues Fonseca Filho CPF: 813.336.413-20

2 - TESTEMUNHA: Priscila Sousa Rodrigues CPF: 007.412.29



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2008549213 - 7
DATA DE EXPEDIÇÃO	08/07/2013
NOME	VICENTE DE PAULO OLIVEIRA SOUSA
FILIAÇÃO	POMPLILIO ALVES POMPEU
NATURALIDADE	MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA ARAUJO
ITAPAGÉ - CE	DATA DE NASCIMENTO 30/03/1955
DOC. ORIGEM	
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: VILA CRUZ TERMO: 7606 FOLHA: 083	
LIVRO: 19 ITAPAGÉ - CE	
CPF 366.059.483-00	
1 VTA	RG: ANT: 10304280 P.: 48
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

CARTEIRA DE IDENTIDADE	
ASSINATURA DO TITULAR	
(a) Não alfabetizado	
Polegar Direito	
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS	



122.30034.20-2

5907355

0050

CE

Vicente de Paulo Alves de Sousa



AFILIAÇÃO CIVIL: BRASILEIRO

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE



VICENTE DE PAULO OLIVEIRA SOUSA

FILIAÇÃO: MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA ARAUJO
POMPEO ALVES POMPEU
NASCIMENTO: 30/03/1965
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: ITAPAJÉ - CE
DOCUMENTO: RG - 2085492137 - 08/07/2013 - SSP/CE

23117 5907355 50 69

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF: 366 059 483-00
TIT. ELEITOR: CNH: SEÇÃO:

LOCAL DE EMISSÃO: PM - ITAPAJÉ
DATA DE EMISSÃO: 08/02/2017

ZONA:

Paulo Zecher
Paulo ZECHER ESTRE
Superintendente Regional de Trânsito e Engenharia

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - CE Nº 013130423043
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
DATA 01/08/99 RENAVAM 000000000000 EXERCÍCIO 2016
PPT 01 00899467725 RNTC 000000000000

NOME
VICENTE DE PAULO OLIVEIRA SOUSA
ITAPAJE / CE

CPF / CNPJ 36605948300 PLACA HXW3487/CE
PLACA ANT / UF 9C2JC30707R002441 CHASSI

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA
MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ANO FAB 2006 ANO MOD 2007
CAP / POT / CIL 2P/12CV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COITA UNICA VENC COTA UNICA VENC / COTAS
1 2 3
FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)
DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

ITAPAJE LOCAL DATA 10/11/2016

Igor Ponte
Superintendente 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 013130423043 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 10/11/2016

VIA 01 RENAVAM 36605948300 PLACA HXW3487
MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN
ANO FAB 2006 CAT TAR 09 Nº CHASSI 9C2JC30707R002441

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) 129,04 DENATRA (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11
COTA UNICA PAGAMENTO 292,01 DATA DE QUITACAO 09/11/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.243.608/0001-04

MOTOR: JC30E77002441

00846



013130423043

RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA



00846
HXW3487

00899467725
107126 00692



**SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO**

CNPJ: 07.544.786/0001-57

Insc. Est.: ISENTO

INSCRIÇÃO: 0003087.7 CATEGORIA: PAR 100 R-1 001 INSCRIÇÃO: 01/03/98 160093477 EMISSÃO: 11/10/2016 MÊS: OUT/2016

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

VICENTE PAULO OLIVEIRA SOUSA
RUA TEIXEIRA PINTO,, 323
PAU FERRADO
ITAPAJECep: 62.600-000
CEARALOCALIZAÇÃO
00.00.03.0000006900

ENDEREÇO DE ENTREGA

LOCALIZAÇÃO

HIDROMETRIA			SERVIÇOS E TARIFAS			
HIDRÔMETRO	DATA DE INSTALAÇÃO	COD	DESCRIÇÃO	CT	PREST	VALOR
403378	01/06/1998	001	TARIFA DE AGUA			64,89
LEITURA ANTERIOR	DATA LEITURA		016 Multa por Atraso - 09/2016			1,09
03472	01/09/2016					
LEITURA ATUAL	DATA LEITURA					
03496	03/10/2016					
CONSUMO	DIAS DE CONSUMO					
00024	032					
OCORRÊNCIA	LEITURISTA					
000	001					

ÚLTIMOS CONSUMOS						PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA					
MÊS/AN.	CONS.	OCORR.	MÊS/AN.	CONS.	OCORR.	Portaria 518 de 25/03/2004 - Valores máximos permitidos					
SET/16	00021	000	AGO/16	00014	000	Reservatório: ESTACAO DE TRATAMENTO Data:					
JUL/16	00017	000	JUN/16	00016	000	Parâmetros	Cor	pH	Cloro	Turbidez	Floco
MAR/16	00008	000	ABR/16	00014	000	Padrão	até 15UH	6,0 a 9,5	até 5,0	até 5UT	até 1,5mg/l
MEDIA:	00015					Obtidos					Ausente

MENSAGENS											
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SAAE: 3346 0188

MULTA ENCARGOS DIÁRIOS MÊS(ES) EM DÉBITO

2% 1,32 ** 0,01

VENCIMENTO

27/10/2016

VALOR R\$

65,98

CONSUMIDOR

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE ITAPAJEINSCRIÇÃO: 0003087.7 VICENTE PAULO OLIVEIRA SOUSA MÊS: OUT/2016
RUA TEIXEIRA PINTO,, 323 PAU FERRADO LOCALIZAÇÃO
ITAPAJE - CEARA 00.00.03.0000006900

VENCIMENTO

27/10/2016

VALOR R\$

65,98

0003087.10.16.160093477
82640000000.4 65980256000.6 30871016160.2 09347700002.5

SAAE

NÃO RASUR

AUTENTICAÇÃO NO VERSO





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 455 - 1991 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **29/11/2016 09:26:27**
Data / Hora da Ocorrência: **18/09/2016 16:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA CESARIO PINTO**
Complemento:
Bairro:
Ponto de Referência: Município: **ITAPAJE/CE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **VICENTE DE PAULO OLIVEIRA SOUSA**
Nascimento: **30/03/1955** - CPF: **366.659.483-00** -
RG: **2008549212-7** - Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA ARAUJO**
POMPELIO ALVES POMPEU
Endereço: **RUA TEIXEIRA PINTO, 323**
Bairro: **PAU FERRADO** CEP: **62.600-000**
Município: **ITAPAJE/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

Informa o noticante que na data, hora e local mencionados, que sofreu um ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE estava pilotando a motocicleta de PLACA **HXW 3487/CE**, RENAVAM **00899467725**, CHASSI **9C2JC30707R002441**, MARCA/MODELO **HONDA/CG 125 FAN**, ANO DE FABRICAÇÃO **2006**, ANO DE MODELO **2007**, DE COR **PRETA**, EM NOME DE **VICENTE DE PAULO OLIVEIRA SOUSA**, quando outra motocicleta colidiu com a sua, QUE tentou desviar mas não conseguiu, QUE não conhece o condutor da outra motocicleta, QUE o noticante já caiu desacordado, QUE quando acordou já estava no Hospital **IJF**, QUE não tinha nenhum passageiro na sua motocicleta, QUE soube posteriormente que foi socorrido pela ambulância do Hospital Municipal de Itapaje, E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAPAJE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Raimunda Kelly Meneses Furtos
RAIMUNDA KELLY MENESSES FREITAS - MAT.: 300751-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 1

VISTO DO DELEGADO(A):

ALCEU HENRIQUE VIANA - MAT.: 300541-1-5

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

O formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

DECLARANTE DE PAULO OLIVEIRA SOUZA / EM 02/07/13 E
 TADOR(A) DO RG Nº 200394213-7 EXPEDIDO POR SSP-CE
 3600034003-00 / CNPJ 000000000-00000-00. PROFISSÃO PROFESSOR
 RENDA MENSAL DE R\$ 1.200,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA PAULO OLIVEIRA SOUZA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FACIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FACIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3812 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 7357-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Itapava 05 de Abril de 2017 Vicente de Paulo Oliveira
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO Saige

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, VICENTE DE PAULO OLIVEIRA SOUSA, portador da carteira de identidade nº 20052492137 e inscrito no CPF/MF sob o nº 366.054.940-0, residente e domiciliado na RUA TEIXEIRA PINTO, 323, cidade JUAZEIRO, Estado CEARA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Vicente de Paulo Oliveira Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Itapagé, 05 de Abril de 2017

Local e data

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, VICENTE DE PAULO OLIVEIRA SOUSA,

RG nº 2008544213 7, data de expedição 08/07/13, Órgão SSP-CE,

CPF nº 366.059 483 00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA TEXEIRA PINTO</u>
Número	<u>323</u>
Apto / Complemento	<u>— / —</u>
Bairro	<u>PRU FECHADO</u>
Cidade	<u>ITAPAJÉ</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>62600 000</u>
Telefone de Contato	<u>Celso Pinheiro</u> <u>(85) 99989 0779</u>
E-mail	<u>(85) 98721 2741</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itapajé, 05 de Abril de 2017.

Assinatura do Declarante: Vicente de Paulo Oliveira Sousa

Celso Pinheiro
(85) 99989 0779
(85) 98721 2741



FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO



HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO FERREIRA GOMES

NOME DO PACIENTE: Vicente Paulo Oliveira Sousa

IDADE: 61 SEXO: M DATA DE NASCIMENTO: 30/03/55 DATA/HORA: 18/09/16

ENDEREÇO: Teixeira Pinto 323 BAIRRO: Padre Lima

MUNICÍPIO: Itapagé NATURALIDADE: _____ CONTATO: _____

CNS: _____ RG: _____

FILIAÇÃO: Mãe da Conceição

COMPANHANTE: _____ CONTATO: _____

ANAMNESE DE ENFERMAGEM

DADOS CLÍNICOS

PESO: _____ Kg TEMPERATURA: _____ °C PRESSÃO ARTERIAL: 160 x 90 mmHg GLICEMIA: 143 mg/dl

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Doente vitoso de colíneo médio-muito, sem uso de capote, sem quadro de convulsões ou vômitos. Glorioso 14. Dígito esquerdo e faturamento. ABD = RIA+, distensão, indolores à palpação, Ausculto livre. Ilum e densa de coxa direita.

HIPÓTESE DIAGNOSTICA

- ① Hiperdistensão 1.000ml. EV 28/16/ver. 500/16:3
- ② RX de pelvis, coxa D e joelho D (presença de fratura cominada de fêmur D)
- ③ Cateterismo 100ml + 100ml SF 9.5%. EV. 17:20
- ④ Exame de urina no hospital de referência
- ⑤ no local.
- ⑥ PA 30/30mmHg
- ⑦ Revascularização

Assinatura do C.
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Dr. R. João Ferreira Gomes
Médico
CREMEP 13.727
ASSINATURA DO MÉDICO



FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO



HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO FERREIRA GOMES

NOME DO PACIENTE: Vicente Paulo Oliveira Souza
IDADE: 61 SEXO: M DATA DE NASCIMENTO: 30/03/55 DATA/HORA: 18/09/16
ENDEREÇO: Teixeira Pinto 323 BAIRRO: Padre Lima
MUNICÍPIO: Itapagé NATURALIDADE: _____ CONTATO: _____
CNS: _____ RG: _____
FILIAÇÃO: Mãe da Conceição
ACOMPANHANTE: _____ CONTATO: _____

ANAMNESE DE ENFERMAGEM

DADOS CLÍNICOS

PESO: _____ Kg TEMPERATURA: _____ °C PRESSÃO ARTERIAL: 160 x 90 mmHg GLICEMIA: 143 mg/dl

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Varicela vitena de colírio muito - muito, sem uso de capote,
sem queda de coqueiros ou resquitos. Gloriosa 14
Diplos coróides e fatuas agudas. ABD = RHA+, dorso lateral,
indolor à palpação, Anale livre.
Ilum e dorso de coxa direita.

HIPÓTESE DIAGNOSTICA

- ① Hiper potata 1.000L. EV 28g/L. 500/16.2
- ② RX de pelvis, coxa ① e joelho ①
(presença de fratura cominada de fêmur ①)
- ③ Betaprednol 100mg + 100mg SF 93%. EV. 17.20
- ④ Exame de urina a hospital de referência
- ⑤ no teste.
- ⑥ PA 30/30mmHg
- ⑦ Reumatismo

Assinatura do C.
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Dr. R. João Ferreira Gomes
Médico
CREME 13.727
ASSINATURA DO MÉDICO

28/09/2016

HospGestor - Sistema de Gestao de Servicos e Residencia Medica



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Laudo Médico/Resumo de Alta - Serviço de Traumatologia-Ortopedi

No. HOSPGESTOR: 29464

LEITO: 1229

NOME: VICENTE DE PAULO OLIVEIRA SOUSA

DATA DE INTERNACAO: 19/ 09/ 2016

DATA DA ALTA: 28/09/2016

BE/PRONT: 5348738

CIDADE DE ORIGEM: ITAPAGÉ

NASCIMENTO: 30031955

IDADE: 61

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE FEMUR - DIAFISE DIR (OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-OPERATORIOS: 1. NÃO PISAR 2. MOBILIZAR QUADRIL, JOELHO E TORNOZELO 3. TOMAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS 4. RETORNAR AO AMBULATÓRIO DO DR. JONATAS BRITO EM 15 DIAS.

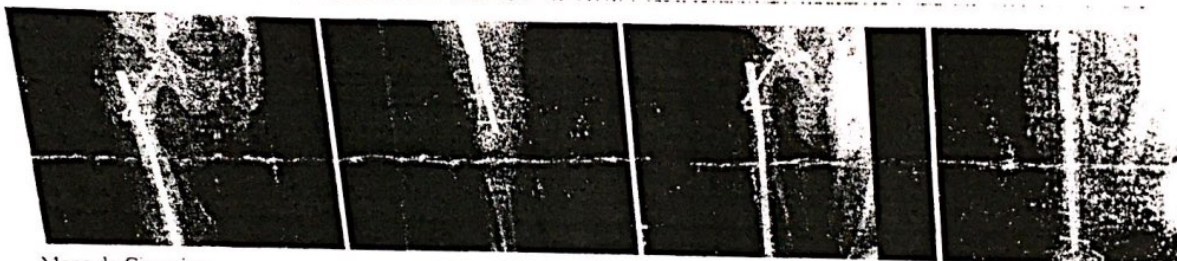
TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: JONATAS BRITO

RESIDENTE DO LEITO: CESAR AUGUSTO



Mapa de Cirurgias

Assinatura: 	Retornar dia: <u>em 15 dias</u> Hora: _____ para Dr. <u>Jonatas Brito</u>
Data: <u>28-09-16</u>	
Imprimir	

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

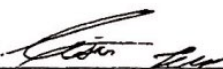
HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Atestado - Serviço de Traumatologia

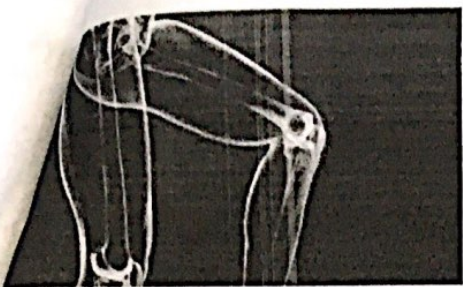


Atestado para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Servico de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	VICENTE DE PAULO OLIVEIRA SOUSA		
LEITO:	1229		
DATA DE INTERNACAO:	19 09 2016	DATA DA ALTA:	28/09/2016
BE/PRONT:	5348738	CIDADE DE ORIGEM:	ITAPAGE
IDADE:	61		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE FEMUR - DIAFISE DIR (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:	1. NÃO PISAR 2. MOBILIZAR QUADRIL, JOELHO E TORNOZELO 3. TOMAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS 4. RETORNAR AO AMBULATÓRIO DO DR. JONATAS BRITO EM 15 DIAS.		
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	JONATAS BRITO		
RESIDENTE DO LEITO:	CESAR AUGUSTO		

Ass: 	Retornar dia: <u>em 15 dias</u> Hora: _____ para Dr. <u>Jonatas Brito</u>
Data: <u>28/09/16</u>	Dispensa do trabalho por: <u>90 (noventa) dias</u>
Imprimir	

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web



Dr. Marcus Gadelha

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia e Artroscopia do Joelho
CRM 10184 TEOT 12042



VICENTE DE PAULO OLIVEIRA SOUSA

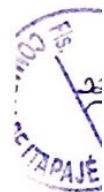
ATESTADO

ATESTO QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI VITIMA
DE ACIDENTE DE TRANSITO NO DIA 18/09/16. SOFREU
FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR DIREITO FOI SUBMETIDO
A TRATAMENTO CIRURGICO (OSTEOSINTESE COM HASTE
INTRAMEDULAR). NO MOMENTO, PACIENTE DE ALTA
DEFINITIVA, MAS PERSISTE COM DOR RESIDUA, DEFICIT
DE FORÇA, LIMITADO NO ARCO DE MOVIMENTO DO
QUADRIL E JOELHO DIREITO, E DIFICULDADE DE
MARCHA. PACIENTE APRESENTA DEBILIDADE FUNCIONAL
PERMANENTE DE GRAU INTENSO NO MEMBRO INFE-
RIOR DIREITO

03.04.17

Dr. Marcus Gadelha
Ortopedia e Traumatologia
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
CRM 10184 TEOT 12042

Clinica Otomedica - Av. 13 de Maio, 1189 - Fátima - (85) 3304.7676
Hospital Unclinic - Av. Aguanambi, 332 - José Bonifácio - (85) 3311.6000
Clinica Life - Rua Jerônimo Amaral, 86 - Centro - Caucaia - (85) 3242.5966
E-mail: marcus.hbgl@gmail.com



SINISTRO 3170223601 - Resultado de consulta por beneficiário



SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Comprev Previdência S/A-Filial
Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO VICENTE DE PAULO OLIVEIRA SOUSA
CPF/CNPJ: 36605948300

Data	Ação	Comentários	Visualizar
02/05/2017 10:37	Cancelar processo	Anderson de Oliveira Sala (Seguradora Líder) cancelou o sinistro. Sinistro cancelado, tendo em vista que não se justifica a cobertura pleiteada, face ser a vítima o proprietário do veículo, para o qual a situação de pagamento do Seguro DPVAT se caracteriza como irregular. Oportuno enfatizar que no presente caso, seria descabido o pagamento da indenização com posterior ação de regresso, o que resultaria na cobrança ao próprio recebedor da indenização.	

