



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA E CONSULTORIA JURIDICA

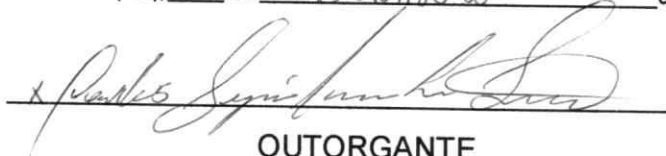
PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	Carlos Sérgio Lima da Silva		
NACIONALIDADE	brasileiro	TELEFONE	(85) 98603-3846
RG	94002574207	ESTADO CIVIL	casado
CPF	786.554.553-34	PROFISSÃO	vigilante
ENDEREÇO	Rua Piracicaba, nº 13		
BAIRRO	Pici	CEP	60.510-550
MUNICIPIO / UF	Fortaleza/CE		

OUTORGADA: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE, CEP 60.055-10.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, desistir, renunciar, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 09 de Setembro de 2020


OUTORGANTE

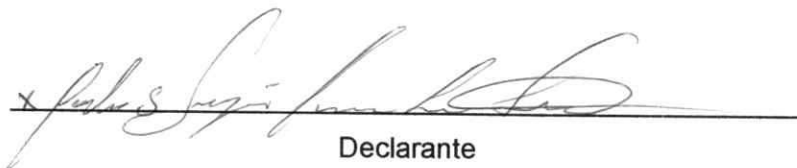


DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Carlos Sérgio Lima da Silva, brasileiro(a),
casado, vigilante, portador(a) da Carteira de
 Identidade/RG nº 94002574207, e inscrito (a) no CPF sob o nº
786.554.553-34, residente e domiciliado (a) na Rua
Piracicaba, nº 13, no bairro
Pici, na cidade Fortaleza, CEP 60.510-550,
 declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar
 com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha
 família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 09 de Setembro de 20 20


 Declarante



DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, Carlos Sérgio Lima da Silva, brasil
 eiro(a), casado, vigilante, portador(a) da cédula de Identidade N°
94002574207 e CPF N° 786.554.553-34, DECLARO
 que resido no seguinte endereço: Rua Piracicaba, n°
13, no bairro Pici, na cidade de Fortaleza, CEP
60.510-550, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais declarações para a
 propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT-FENASEG,
 sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza, 09, de Dezembro, de 2020


 DECLARANTE



DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu, Carlos Sérgio Lima da Silva, portador (a) do RG nº 94002574207, e CPF 786.554.553-34, declaro para todos os fins a que se destinar, que compareci ao escritório da Dra. **CAROLINA FREITAS MOREIRA**, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE, CEP 60.055-10, e tenho total e plena consciência da existência da Ação de Cobrança de Indenização de Seguro DPVAT, referente ao acidente ocorrido na data de 08/10/2019, proposta contra a Seguradora Líder. Assumo de forma plena, única e integral a responsabilidade da veracidade por toda documentação/ informação acostada aos presentes autos. Declaro ainda, para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não possuo nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a Dra. **CAROLINA FREITAS MOREIRA**, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE, CEP 60.055-10, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e, ou administrativa no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

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

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza (CE), 09 de Dezembro de 2020

[Handwritten Signature]
Declarante

TESTEMUNHA
CPF:

TESTEMUNHA
CPF:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 16/09/2020 às 09:58, sob o número 02520689720208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 02520688-97.2020.8.06.0001 e código 742E040.

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1842882773

PROIBIDO PLASTIFICAR
1842882773

Nome: **CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DF: **94002574207 SSP CE**

CPF: **786.554.553-34** DATA NASCIMENTO: **30/03/1977**

RELACÃO: **NADA CONSTA**
ALDENORA LIMA DA SILVA

PERMISSÃO: **AB** ACC: **AB** CAT. HAB: **AB**

Nº REGISTRO: **04864655728** VALIDADE: **27/09/2024** 1ª HABILITAÇÃO: **19/01/2010**

OBSERVAÇÕES: **CEAR;**

ASSINATURA DO PORTADOR: *Carlos Sergio Lima da Silva*

LOCAL: **FORTALEZA, CE** DATA EMISSÃO: **02/10/2019**

ASSINATURA DO EMISSOR: *Idor Vasconcelos Ponte* **39541188097**
CE172744024

CEARÁ

2º Via



Nº de Inscrição:

0001064894

DADOS DO CLIENTE

CARLOS SERGIO L DA SILVA
 RUA PIRACICABA, 13, PICI
 FORTALEZA - CEP: 60.510-550
 Codificação: 001.033.00.169.00.0203.0000.0
 Padrão do imóvel: MÉDIO

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A10F251537	832	847	15	16

DATAS

Leitura Atual: 15/07/2020 Emissão: 31/08/2020 Lacre Água: 2373535
 Leitura Anterior: 15/06/2020 Próxima Leitura: 13/08/2020 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 05/2020

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	255	255	061	255	255
Analisadas	280	272	272	276	276
Em conformidade	280	268	259	263	276

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	
		Mês/Ano	Água (m³) Esgoto (m³)
AGUA	66,45	JUL/2019	15 0
TARIFA DE CONTINGENCIA 1/1	31,35	AGO/2019	15 0
		SET/2019	16 0
		OUT/2019	17 0
		NOV/2019	15 0
		DEZ/2019	16 0
		JAN/2020	15 0
		FEV/2020	16 0
		MAR/2020	12 0
		ABR/2020	19 0
		MAI/2020	15 0
		JUN/2020	20 0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	
		Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,93	VALOR DO SERVIÇO	97,80
COFINS	4,67	VALOR DO SUBSÍDIO	0,00
		VALOR TOTAL A PAGAR	97,80

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
07/2020	03/08/2020	97,80

É obrigação do assinante manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 13 m3 | META: 10 m3.
 Agradecemos sua pontualidade. Agua tratada e saude.
 RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

AVISOS



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0001064894
 Vencimento: 03/08/2020

Mês/Ano: 07/2020
 Total(R\$): 97,80

CONTA PAGA

EMISSÃO: CAGECEAPP 31/08/2020 11:09:55



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2019855882



fls. 21

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4002 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **25/11/2019 12:59:22**
 Data / Hora da Ocorrência: **08/10/2019 18:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV CARNEIRO DE MENDONÇA, DEMOCRITO ROCHA - FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA**
 Nascimento: **30/03/1977** CPF: **786.554.553-34**
 RG: **94002574207** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **ALDENORA LIMA DA SIVA**
 Endereço: **RUA PIRACICABA , 13**
 Bairro: **PLANALTO PICI**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.510-550**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99678-8377**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: POF8147 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2KC2500JR141464 Renavam: 1164847519 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 160 START Ano Fabricação: 2018 Ano Modelo: 2018 Combustível: GASOLINA Cor: VERMELHA Proprietário: ELIANA PATRICIA P DE SOUSA SILVA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE, NA DATA DE 08 DE OUTUBRO DE 2019, POR VOLTA DAS 18:00 HORAS, TRAFEGAVA NA AVENIDA CARNEIRO DE MENDONÇA, NA MOTOCICLETA, HONDA CG 160 START, PLACA POF8147, QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU A VIA, VINDO, O DECLARANTE, A COLIDIR COM O ANIMAL; QUE A VÍTIMA VEIO A SOLO, FRATURANDO O PUNHO, ENTRE OUTRAS LESÕES; QUE PERMANECEU EM SOLO AGUARDANDO A AMBULÂNCIA DO SAMU; QUE FOI SOCORRIDO POR AQUELE ÓRGÃO ATÉ O HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE. E NÃO MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : 
MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 
MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7

VISTO DO DELEGADO(A) : 
MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 16/09/2020 às 09:58 , sob o número 02520689720208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0252068-97.2020.8.06.0001 e código 742E040.



DECLARAÇÃO

192

REGIONAL FORTALEZA


Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Carlos Sergio Lima da Silva** - C.P.F. - **786.554.553-34**, no dia **08/10/2019**, às **19h**, na **Avenida Carneiro de Mendonça**, no **Bairro Demócrito Rocha**, vítima de acidente de trânsito.

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

Documento requerido pelo Sr. **Francisco Wellington Lima dos Santos** por meio do Processo nº **P900505/2019**.

Fortaleza, 16 de Outubro 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


Marcelo César Campos Cabral
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45690-1

Marcelo César Campos Cabral
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: Usl-07 PONTO DE APOIO: HMF Nº DA OCORRÊNCIA: 0777
 DATA: 08/10/19. TURNO: UT EQUIPE: Amanda / Wilian / Saul
 NOME: Carlos Sergio Lima da Silva IDADE: 42a SEXO: M
 ENDEREÇO: AV. Carneiro de Mendonça, 541.
 REFERÊNCIA: BAIRRO: Demóstenes Rocha.
 QTY: 19:00 QUS: 19:00 QUY: QUU:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: colisão moto x cachorro

Abordagem

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

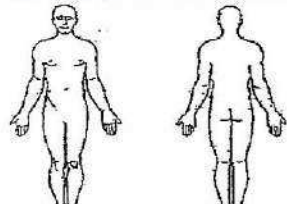
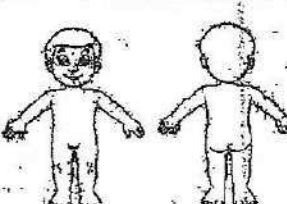
RESPOSTA AO CHAMADO EXPANSÃO TORÁCICA PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
 RESPONSIVO PRESENTE PRESENTE
 NÃO RESPONSIVO AUSENTE AUSENTE

PÉRVEAS OBSTRUÍDAS POR:
 A Visão

B Respiração
 PADRÃO RESPIRATÓRIO INSPEÇÃO PALPAÇÃO / PERCUSSÃO AUSCULTA
 EUPNEICO NORMAL NORMAL NORMAL
 TAQUIPNEICO ALTERADA: ALTERADA: ALTERADA:
 BRADIPNEICO ALTERADA: ALTERADA: ALTERADA:
 AGÔNICA/AUSENTE ALTERADA: ALTERADA: ALTERADA:

C Circulação
 PULSO PELE ENCHIMENTO CAPILAR SANGRAMENTO EXTERNO
 NORMOCÁRDICO CHEIO CORADA SUDOREICA ≤ 2 seg SIM
 TRAQUICÁRDICO FILIFORME PÁLIDA SECA > 2 seg NÃO
 BRADICÁRDICO IMPALPÁVEL CIANÓTICA QUENTE FRIA
 LOCAL:

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

E Exposição
 ADULTO LESÕES PEDIÁTRICO
 Joelho Esquerdo
 Tornozelo Esquerdo.
 Punho Direito.
 Mão Direita


SAMPLA

FC: 94 PA: 130x70. FR: - GLIC.: - OXIM.: 98% TEMP.: -

Pde Vitrina de colisão Moto x cachorro, apresentando dor nas ees Joelho (E) e lomargão ee tornozelo (E) e abnorm com deformidade ee punho (D). Pde diabético ee uso de Metformina. Vega alguns medicamentos.

19:15 h

Paciente refere que estava se dirigindo ao trabalho.



ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

07/11/2019 16:07:54

Prontuário 12019197	Nome do Paciente CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA	Sexo M	Nascimento 30/03/1977	Idade 42
RG	CPF 78655455334	Carteira Profissional	Estado Civil 2-SOLTEIRO	
Endereço R RUA PIRACICABA 13,13 - PLANALTO DO PICI, FORTALEZA(CE) CEP 60510550				
Telefone Residencial 986033846	Telefone Trabalho 986033846			

DADOS DO CONVENIO

Convenio 22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira 80216000042005018	Validade	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data 08/10/2019	Hora 19:24	Matricula	Tipo Atendimento 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente 3143473 PEDRO BARREIRA CABRAL		Clínica 6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

CONFERE O PRONTUÁRIO
FELIPE 27851
Assinatura

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 16/09/2020 às 09:58, sob o número 02520689720208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0252068-97.2020.8.06.0001 e código 742E040.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHEGAGEM

fls. 25

ANOTAÇÕES /CONDUTAS MÉDICAS

ASS. /CRM:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Realizadas avaliações primária e secundária, transporte p/ HAP VIDA, sem intercorrências.
Realizada imobilização em punho direito.

ASS. /COREN:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

Amanda Claudino
Conec 354.768

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: HAP VIDA

BOLETIM EMERG:

LIBERADO RECUSA REMOVIDO POR TERCEIROS OUTRO:

ÓBITO → NO LOCAL DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO

ASS. DO MÚLTIPLO DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

EM: 08/10/19 às 19:35 hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG /CPF _____

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

ASSINATURA:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 16/09/2020 às 09:58, sob o número 02520689720208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0252068-97.2020.8.06.0001 e código 742E040.



ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

07/11/2019 16:08:07

Prontuário 12019197	Nome do Paciente CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA	Sexo M	Nascimento 30/03/1977	Idade 42
RG	CPF 78655455334	Carteira Profissional	Estado Civil 2-SOLTEIRO	
Endereço R RUA PIRACICABA 13,13 - PLANALTO DO PICI, FORTALEZA(CE) CEP 60510550				
Telefone Residencial 986033846	Telefone Trabalho 986033846			

DADOS DO CONVENIO

Convenio 22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira 80216000042005018	Validade	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data 14/10/2019	Hora 09:32	Matricula	Tipo Atendimento 4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente 2574640 DEGINALDO HOLANDA CHAVES		Clinica 6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 16/09/2020 às 09:58, sob o número 02520689720208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0252068-97.2020.8.06.0001 e código 742E040.



OK

23/10/2019 15:58:43

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12019197	CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA	M	30/03/1977	42
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	78655455334		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R RUA PIRACICABA 13 13 PLANALTO DO PICI FORTALEZA-CE CEP:60510550				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
986033846	986033846	ALDENORA LIMA DA SILVA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
22/10/2019	05:22		
Médico Atendente			Clinica
48849251 EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
48849251 EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

23/10

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	PERES SERVICOS DE SEGURANCA LTDA
22-HAPVIDA	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
80216000042005034		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
37835413	99996666	D34617019	INTERNACAO
37835413	30720095	D34617019	FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COTOVELO-PUNHO) - TRATAMENTO CIRURGICO
			Material - 99800302 - FIO DE KIRSCHNER - QTDE: 3
			Material - 99800406 - PARAFUSO CORTICAL 3.5 MM - QTDE: 6
			Material - 99800411 - PARAFUSO ESPONJOSO 4.0 MM - QTDE: 3
			Material - 99832715 - PLACA EM T 3,5mm inclui PARAFUSOS - QTDE: 1
37835413	30721237	D34617160	REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO
37835413	30732026	D34617091	ENXERTO OSSEO
42983937	32030118	D36098982	RAIOX PUNHO - A.P - LAT - OBLIQUAS

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 16/09/2020 às 09:58, sob o número 02520689720208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0252068-97.2020.8.06.0001 e código 742E040.



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
TOMOGRAFIA - HAPFOR
NºPedido: 33398503

Data 08/10/2019
Pag 1 de 1

Paciente...: 12019197 CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

Nascimento...: 30/03/1977 Sexo: M

CPF.: 78655455334

Endereco...: R RUA PIRACICABA 13 13 PLANALTO DO PICI FORTALEZA CE 60510551 Tel.: 986033846

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 80216000042005018

Solicitante: Dr(a) ANTONIO LUIZ VIEIRA

Queixa Principal:

Exame:

TC PUNHO DIREITO

!a`;qB

6261247831

O estudo tomográfico computadorizado do punho direito, realizado com aquisição volumétrica e reconstruções axiais, coronais e sagitais, sem a administração do meio de contraste endovenoso, mostra:

Presença de aparelho gessado.

Fratura cominutiva da cabeça do rádio, com extensão intra-articular de pequeno desalinhamento entre as peças ósseas.

Pequeno derrame articular rádio cárpico.

Lave edema difuso da pele da tela subcutânea.

Demais estruturas ósseas de coeficientes de atenuação normais, de corticais íntegras, sem evidências de lesões líticas, escleróticas ou de traços de fraturas.

Demais espaços articulares preservados.

Leonardo Ellery Marinho

LEONARDO ELLERY MARINHO - CRM 9484-CE

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR**AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

Data do Atendimento: 14/10/2019

RECEITA

PACIENTE COM FRATURA DE PUNHO /ANTEBRAÇO DISTAL COM ENCURTAMENTO E TRAÇO INTRARTICULAR COM LUX RADIOLUNAR DISTAL . SOLICITO 01 PLACA VOLAR D EPUNHO , 06 PARAFUSOS CORTICAIS , 03 PARAFUSOS ESPONJOSOS E 3 FIOS DE KIRSCNHER DE 1,5

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 8260



RP3000N

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

07/11/2019 16:04

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA Dt. Nasc.: 30/03/1977 Atendimento: 62612478 Prontuário: 12019197
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/2

Profissional(is): PEDRO BARREIRA CABRAL CRM 13798 [1] Nº: 45255106 08/10/2019 às 19:31

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR NO PUNHO DIREITO DOR NO TNZ E PUNHO CD: RX	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	V299 MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	V299 MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO	[1]
CID10	V299 MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
PC/CPB 27891
Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

07/11/2019 16:05

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA	Dt. Nasc.: 30/03/1977	Atendimento: 62720180	Prontuário: 12019197
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES CRM 13202 [1]	Nº: 45479152	14/10/2019	às 09:44

ANAMNESE

Queixa Principal	RETORNO DE FRATURA DO PUNHO DIREITO. SOLICITO RX CURATIVO	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]
CID10	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



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 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200009944

Vítima: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

Data do Acidente: 08/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS SERGIO LIMA 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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000000926**

Conta: **0000056535-7**

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

Estamos aqui para Você

