



## PROCURAÇÃO

Outorgante	GABRIEL ARAUJO DE SOUSA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Telefone	(85)98798.1282
RG	06673503527 DETRAN-CE	Estado Civil	SOLTEIRO
CPF	059.511.813-56	Profissão	DESEMPREGADO
Endereço	RUA 22,Nº 142		
Bairro	CONJUNTO JEREISSATI I	CEP	61910-000
Município/UF	MARACANAÚ-CE		

**OUTORGADO: Winston Bruno Nunes Pinho**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 44.266, portador do RG nº 2007009244261 e do CPF 060.497.183-42, com escritório profissional na Avenida III, nº 576, bairro Jereissati I, Maracanaú/CE - CEP: 61900-360.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicia 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 Convênio 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.

Maracanaú (CE), 30 de NOVEMBRO de 2020

OUTORGANTE





## PROCURAÇÃO

Outorgante	GABRIEL ARAUJO DE SOUSA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Telefone	(85)98798.1282
RG	06673503527 DETRAN-CE	Estado Civil	SOLTEIRO
CPF	059.511.813-56	Profissão	DESEMPREGADO
Endereço	RUA 22, Nº 142		
Bairro	CONJUNTO JEREISSATI I	CEP	61910-000
Município/UF	MARACANAÚ-CE		

**OUTORGADO: Winston Bruno Nunes Pinho**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 44.266, portador do RG nº 2007009244261 e do CPF 060.497.183-42, com escritório profissional na Avenida III, nº 576, bairro Jereissati I, Maracanaú/CE - CEP: 61900-360.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicia 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 Convênio 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.

Maracanaú (CE), 30 de NOVEMBRO de 2020

OUTORGANTE

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA**

Eu,

<b>Outorgante</b>	GABRIEL ARAUJO DE SOUSA		
<b>Nacionalidade</b>	BRASILEIRO	<b>Telefone</b>	(85)98798.1282
<b>RG</b>	06673503527 DETRAN-CE	<b>Estado Civil</b>	SOLTEIRO
<b>CPF</b>	059.511.813-56	<b>Profissão</b>	DESEMPREGADO
<b>Endereço</b>	RUA 22,Nº 142		
<b>Bairro</b>	CONJUNTO JEREISSATI I	<b>CEP</b>	61910-000
<b>Município/UF</b>	MARACANAÚ-CE		

**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), 30 de NOVEMBRO de 2020

  
Declarante



## DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu, GABRIEL ARAUJO DE SOUSA, portador (a) do RG nº 06673503527 DETRAN-CE, e CPF 059.511.813-56, declaro para todos os fins a que se destinar, que compareci ao escritório do **Winston Bruno Nunes Pinho**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n. 44.266, portador do RG nº 2007009244261 e do CPF 060.497.183-42, com escritório profissional na Avenida III, nº 576, bairro Jereissati I, Maracanaú/CE - CEP: 61900-360., e tenho total e plena consciência da existência da Ação de Cobrança de Indenização de Seguro DPVAT, referente ao acidente ocorrido na data de \_\_\_\_\_, 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 possuio 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 administrativo bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO o Dr. **Winston Bruno Nunes Pinho**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n. 44.266, portador do RG nº 2007009244261 e do CPF 060.497.183-42, com escritório profissional na Avenida III, nº 576, bairro Jereissati I, Maracanaú/CE - CEP: 61900-360., de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e, ou administrativa no que tange 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 presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Maracanaú (CE), 30 de NOVEMBRO de 2020

  
Declarante

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

**DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA**

Eu,

<b>Outorgante</b>	GABRIEL ARAUJO DE SOUSA		
<b>Nacionalidade</b>	BRASILEIRO	<b>Telefone</b>	(85)98798.1282
<b>RG</b>	06673503527 DETRAN-CE	<b>Estado Civil</b>	SOLTEIRO
<b>CPF</b>	059.511.813-56	<b>Profissão</b>	DESEMPREGADO
<b>Endereço</b>	RUA 22,Nº 142		
<b>Bairro</b>	CONJUNTO JEREISSATI I	<b>CEP</b>	61910-000
<b>Município/UF</b>	MARACANAÚ-CE		

**DECLARO** que resido no endereço informado acima 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.

Maracanaú-CE, 30, de NOVEMBRO, de 2020

  
DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRABALHO		CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
<p>VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL</p> <p>1544617681</p>		NOME		GABRIEL ARAUJO DE SOUSA			
		DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR		3325469 MTPS CE			
<p>PROIBIDO PLASTIFICAR</p> <p>1544617681</p>		CPF		059.511.813-56			
		DATA NASCIMENTO		13/04/1995			
<p>SEM OBSERVAÇÃO</p>		FILIAÇÃO		ANTONIO BERTOLDO DE SOUSA MARIA VALDENORA ARAUJO DE SOUSA			
		PERMISSÃO		ACC		CATEG	
<p>CEARÁ</p>		Nº REGISTRO		VALIDADE		1ª HABILITAÇÃO	
		06673503527		22/04/2021		03/08/2016	
<p>ASSINATURA DO PORTADOR</p> <p>ASSINATURA DO EMISSOR</p>		LOCAL		DATA EMISSÃO			
		FORTALEZA, CE		13/09/2017			
<p>CEARÁ</p>		ASSINATURA DO EMISSOR		65466913256 CE161359230			



Nº do Cliente:

3267461

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enei

fls. 19

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 089781101

Rota NA018U09 - 38200

Referência 11/2020

Nome MARIA VALDENORA ARAUJO DE SOUSA

Endereço RU 0022 CONJ JEREISSATI I, 00142, CARLOS

JEREISSATI I, 61910-000, MARACANAU

Classificação Resid. Baixa Renda

Emissão 25/11/2020

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Medidor 2457383-FAE-006

Ligação Monofásico

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

ÁREA RESERVADA AO FISCO  
C53051708BE203003E4F66802C1D13F5

DATAS DE LEITURA

P.F.: 29 dias

Anterior 27/10/2020

Atual 25/11/2020

Próxima prevista 26/12/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	22.224	22.031	1,00	193	00	193	0,52636	102,09

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	25,12
BENEFÍCIO TARIFÁRIO BRUTO	-	42,63
BENEFÍCIO TARIFÁRIO LÍQUIDO	-	-29,36
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,26167	7,85
CONSUMO DE 031 KWH ATE 100 KWH	0,44986	31,49
CONSUMO DE 101 KWH ATE 193 KWH	0,67473	62,75
COB DOAÇÃO LBY 0800 055 5099	-	10,00
COB VIVER BEM FAMILIAR - 0800 6000560	-	19,90

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	144,72	27,00	39,07
PIS	105,65	1,04	1,08
COFINS	105,65	4,63	4,88

VENCIMENTO	20/12/2020	TOTAL A PAGAR (R\$)	170,38
CONSUMO CONSCIENTE	CPF/CNPJ	770.108.333-20	
EMISSIONES DE CO <sub>2</sub> (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	8,00%		
Emitido kg (CO <sub>2</sub> )	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )	Consciência Ecológica (%CO <sub>2</sub> )	100
75,34	0,00		

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

- Unid. consumidora enquadrada na subclasse Resid. Baixa Renda, faturada com desc. tarifário de R\$ 29,36.	DEBITOS ANTERIORES
Periodos: Band. Tarif.: Verde : 28/10 - 25/11	MES/ANO VALOR(R\$)
	10/2020 173,37
	Total: R\$ 173,37

Nº do Cliente: 3267461  
Data de Emissão: 25/11/2020  
Nº da Nota Fiscal: 089781101Referência: 11/2020  
Total a Pagar (R\$): 170,38  
Nº de Controle: 300316015645

V: [1.0.16.1]

CNPJ: 08.152.825/11-1303

CNPJ: 08.152.825/11-1303

CNPJ: 08.152.825/11-1303

838400000001 4 70380031300 2 31601564507 5 00003267461 9





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL  
Impresso nº 2019726195

fls. 20



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 121 - 415 / 2019**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **11/10/2019 13:44:12**  
Data / Hora da Ocorrência: **29/05/2019 23:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **R 129, TIMBÓ - MARACANAU/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **GABRIEL ARAÚJO DE SOUSA**  
Nascimento: **13/04/1995** CPF:  
RG: **20071633310** Órgão Emissor: **SSPDS** UF:  
Filiação: **MARIA VALDENORA ARAÚJO DE SOUSA**  
**ANTONIO BERTOLDO DE SOUSA**  
Endereço: **RUA 22, 142**  
Bairro: **JEREISSATI I**  
Município: **MARACANAU/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **3382-1739**

**Histórico**

A vítima qualificada compareceu hoje nesta delegacia e informou que na noite do dia 29/05/2019, por volta das 23:30h, pilotava sua moto da marca Honda/ CG titan 150 de cor preta, com placas NUM 3093, que esta em nome de OSVALDO COSTA LIMA FILHO, pela rua 129 do timbó quando desequilibrou em sua moto por conta de um cachorro que passou atravessando a referida rua; que, quando tentou desviar, acabou colicindo com a calçada vindo cair ao chão; Que na queda, quebrou os 4 dedos do pé direito; Que fora de táxi até o hospital de Maracanaú para fazer os primeiros atendimentos e depois fora transferido para o hospital Dionísio em Pajuçara; Que informa que não possui CNH para moto; Que deseja registrar este B.O para dar entrada no seguro DPVAT. E nada mais disse////////

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**PAULO CÉSAR CAMPOS SÁ - MAT.: 30122755**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**Jaelan Alves da Silva**  
Delegado de Polícia Civil  
Mat. 82.769

**JAEAN ALVES DA SILVA - MAT.: 82769**



ABEMP

HMJEH-HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOAO ELISIO DE HOLANDA  
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL  
RUA JOAO DE ALENCAR, S/N, CENTRO/MARACANAU-CE  
CEP: 61900-150 FONE: (85) 35215500



1901272299		25/05/2019 21:28:09		FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		NOTURNO		68	
Paciente <b>GABRIEL ARAUJO DE SOUSA</b>				Data Nascimento <b>13/04/1995</b>		Idade <b>24 A 1 M 12 D</b>		CNS		CPF	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor Data Emissão		Sexo <b>M</b>		Estado Civil <b>SOLTEIRO(A) PARDA</b>		Naturalidade <b>MARACANAU - CE</b>	
Mãe <b>MARIA VALDENORA ARAUJO</b>				Pai <b>NI</b>				Nacionalidade <b>BRASIL</b>		Contato	
Endereço <b>RUA - 1 - 142 - JEREISSATI I - MARACANAU - CE</b>				CEP: <b>61.900-400</b>				Ocupação			
Class. de Risco		Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento <b>PRONTO ATENDIMENTO</b>		Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
Setor <b>SPA</b>		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por: <b>JOAOBS</b>			
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem								GSC		TOTAL	
								AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA: ____:____h)											
<i>Paciente vítima de acidente por moto com fratura do pé direito.</i> <i>Consente. Paciente medicado no UPA.</i>											
Exame Físico											
<i>Pé direito com edema e dor</i>											
Hipótese Diagnóstica											
<i>Fratura pé direito</i>											
SADT - Exames Complementares											
<input type="checkbox"/> RAIO - X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:											
PRESCRIÇÃO								APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
<i>R-x pé direito com fratura</i>											
Conduta											
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>ABEMP</i>				<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____							
óbito											
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica											
Assinatura do Paciente ou Responsável						Carimbo e Assinatura do Médico 					
Impresso por: joabs Data Hora: 25/05/2019 22:49:51						CONFERE COM O ORIGINAL EM: <i>02/08/19</i>  Gilson Assunção de Figueiredo Diretor Clínico - HMJEH - CREMEC 1025					



1901272299



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 22

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento Solicitante <b>Associação Beneficente Médica Pajuçara</b>	CNES 2372150
Nome do Estabelecimento Executante <b>Associação Beneficente Médica Pajuçara</b>	CNES 2372150

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente <b>GABRIEL ARAUJO DE SOUSA</b>	Cartão Gestante	Nome Social	Nº Prontuário <b>30248</b>
Cartão Nacional de Saúde (CNS) <b>709605630087579</b>	Data de Nascimento <b>13/04/1995</b>	Sexo Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	Raça / Cor <b>PARDA</b>
Nome da Mãe <b>MARIA VALDENORA ARAUJO DE SOUZA</b>	DDD <b>85</b>	Telefone de Contato <b>987981282</b>	Etnia
Nome do Responsável	DDD	Telefone de Contato	
Município de Nascimento <b>MARACANAÚ</b>	UF <b>CE</b>	Nacionalidade <b>BRASILEIRA</b>	Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento) <b>22</b>
Nº <b>142</b>	Bairro <b>JEREISSATI I</b>	Município de Residência <b>MARACANAÚ</b>	Código IBGE do Município <b>2307650</b>
Ponto de Referência	Documento <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> R.Civil	UF <b>CE</b>	CEP <b>61900470</b>
		<input type="checkbox"/> PIS/PASEP	<input type="checkbox"/> Ignorado

## DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante	Nº Cons. Classe	CPF	Ass. e Carimbo do Diretor Clínico
--	-----------------	-----	-----------------------------------

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

*[Handwritten signature]*

Condições que Justificam a Internação

*[Handwritten signature]*

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)

Diagnóstico Inicial

CID 10 Principal **592** CID 10 Secundário

CID 10 Causas Associadas

Nº Notific. Compulsória

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado	Código do Procedimento Solicitado
Código do Caráter de Internação <input checked="" type="checkbox"/> Urgente <input type="checkbox"/> Eletivo	Leito Complementar <b>ENFER/GERAL/TRA2 - 2-3</b>
Equipamentos Requeridos para a Internação	

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante <b>WALTER CANDIDO DE OLIVEIRA</b>	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente <b>27993485991</b>	Nº do Conselho de Classe <b>784</b>
Documento <input checked="" type="checkbox"/> CPF	Data da Solicitação <b>29/05/2019</b>	Data Deselada para Internação <b>29/05/2019</b>
Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Nº do Conselho de Classe		

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

<input type="checkbox"/> AC DE TRANSITO	CNPJ da Seguradora	Número do Bilhete
<input type="checkbox"/> ACID. TRAB/TÍPICO	CNPJ da Empresa	CNAE da Empresa
<input type="checkbox"/> AC TRAB./TRAJETO		CBOR

## Vínculo com a Previdência

☒ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado

Nome do Profissional Autorizador	
Documento <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS	Nº do CNS/CPF Profis. Autorizador
Data da Autorização <b>11</b>	Código do Órgão Emissor <b>M230765001</b>
Nº Registro Cons. de Classe	Ass. do Autorizador/Carimbo

(Espaço Reservado para Colar Etiqueta com Dados da Autorização)

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO  
CONFERÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO  
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA  
CNPJ: 06.587.611/0001-06  
MARACANAÚ - CE 10/05/19



**FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**  
**ANAMINESE DO PACIENTE**

NOME DO PACIENTE: GABRIEL ARAUJO DE SOUSA REGISTRO: 30240  
IDADE DO PACIENTE: 24 anos 1 mês 16 dias  
DATA DE NASCIMENTO: 13/04/95 NÚMERO DO CNS: 709605630087579  
NOME DA MÃE: MARIA VALDENORA ARAUJO DE SOUZA NOME DO PAI: «030» ANTONIO BERTOLDO DE SOUSA  
ENDEREÇO: 22 NÚMERO: 142 BAIRRO: JEREISSATI I  
RG: ORGÃO EXPEDIDOR: CE CPF:  
TELEFONE PARA CONTATO:

**DADOS DA INTERNAÇÃO**

DATA DA INTERNAÇÃO: 29/05/19 HORA: 10:18:30  
MÉDICO: WALTER CANDIDO DE OL CRM: 7841 ESPECIALIDADE: TRAUMATO-ORTOPEDIA  
CONVÊNIO: SUS CATEGORIA: SUS  
QUARTO/LEITO: ENFER/GERAL/TRA2 - 2 UNIDADE: UNIDADE A  
FORMA DE CHEGADA: PROCEDÊNCIA: SITUAÇÃO:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:

*Walter Candido de Oliveira*  
*Ortopedia Traumatologia*  
*29/05/19*

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

*R2 -*

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

*Walter Candido de Oliveira*

CONDIÇÕES DE ALTA:

( ) CURADO ( ) A PEDIDO ( ) MELHORADO ( ) INALTERADO  
( ) TRANSFERIDO: \_\_\_\_\_  
( ) OUTRA: \_\_\_\_\_

DATA DA ALTA: \_\_/\_\_/\_\_

HORA DA ALTA: \_\_: \_\_

MARACANAÚ, \_\_\_\_\_

CARIMBO, ASSINATURA E CRM DO MÉDICO.



RUA JOÃO CONRADO, 363, PAJUÇARA - MARACANAÚ.

## RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE: GABRIEL ARAUJO DE SOUSA PRONTUÁRIO:  
UNIDADE DE INT./LEITO: DATA DE NASCIMENTO: 13/04/95  
NOME DA MÃE: MARIA VALDENORA ARAUJO DE SOUZA  
ENDEREÇO: 22 NÚMERO: 142 BAIRRO: JEREISSATI I  
CIDADE: MARACANAÚ UF: CE  
TELEFONE:  
DATA DE INTERNAMENTO: 29/05/19

## MOVIMENTO SAÍDA:

## ALTA:

( ) CURADO ☒ MELHORADO ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO

## ÓBITO:

( ) DECLARAÇÃO P/ MÉDICO ASSISTENTE ( ) DECLARAÇÃO IML/SVO

## TRANSFERÊNCIA:

( ) ESTABELECIMENTO/HOSPITAL TRANSFERIDO:

## RESUMO CLÍNICO:

TRATAMENTOS REALIZADOS ( DATA DA REALIZAÇÃO, CÓDIGO DO PROCEDIMENTO, ÓRTESE, PRÓTESE, ETC)

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS: ( DISCRIMINAR E QUALIFICAR TODOS OS EXAMES)

## ORIENTAÇÕES:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ALTA.

Walter Candido de Oliveira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM - CE 2822

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO  
CONFERE COM ORIGINAL  
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA  
CNPJ: 06.687.011/0001-06  
MARACANAÚ-CE 10/07/19



*O Alvear Cap?*

*@ M... Ant te den*

*T quem pl + ap len*

*Milh d'os*

*Sob o bento*

*Fab obento*

*mica*

*Ptina*

*Walter Candido de Oliveira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM - CE 7841*

Walter Candido de Oliveira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM - CE 7841

COMISSÃO REVISORA DE PROTOCOLOS  
CONFERENTE COM ORIGINAL  
ACORDADO EM 11/06/2014  
CNPJ 06.938.111/0001-90  
MARICANAU-CE

Data

Assinatura e Carimbo do Anúnciasta

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia a um maior consumo de material e madricamento.

Cirurgião

### 1º Auxiliar

Assinatura e Carimbo do Cirurgião

Assinatura e Carimbo

## 2º Auxiliar

### 3º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo



Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará  
Fone: (85) 9.8705-3716

Phone: (85) 9.8/05-3/16

Convênio:SIM/SUS - INAMPS

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por WINSTON BRUNO NUNES PINHO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 02/12/2020 às 18:47, sob o número 02697879220208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0269787-92.2020.8.06.0001 e código 7D4B523.

NOME DO PACIENTE		ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
DATA E HORA	EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO			
<p><i>08/04/2014</i></p>	<p><i>João Almeida</i></p> <p><i>Walter Candido de Oliveira</i></p> <p><i>Ortopedia / Traumatologia</i></p> <p><i>CRM - CE 7841</i></p> <p><i>COPIA ORIGINAL</i></p> <p><i>PROFISSIONAL</i></p> <p><i>MANOEL DE SOUZA</i></p> <p><i>CRM - CE 7841</i></p>			

NOME DO PACIENTE		ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
DATA E HORA	EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO			
<p><i>08/04/2014</i></p>	<p><i>João Almeida</i></p> <p><i>Walter Candido de Oliveira</i></p> <p><i>Ortopedia / Traumatologia</i></p> <p><i>CRM - CE 7841</i></p> <p><i>COPIA ORIGINAL</i></p> <p><i>PROFISSIONAL</i></p> <p><i>MANOEL DE SOUZA</i></p> <p><i>CRM - CE 7841</i></p>			

NOME DO PACIENTE		ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
DATA E HORA	EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO			
<p><i>08/04/2014</i></p>	<p><i>João Almeida</i></p> <p><i>Walter Candido de Oliveira</i></p> <p><i>Ortopedia / Traumatologia</i></p> <p><i>CRM - CE 7841</i></p> <p><i>COPIA ORIGINAL</i></p> <p><i>PROFISSIONAL</i></p> <p><i>MANOEL DE SOUZA</i></p> <p><i>CRM - CE 7841</i></p>			

NOME DO PACIENTE		ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
DATA E HORA	EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO			
<p><i>08/05/2014</i></p>	<p><i>João Almeida</i></p> <p><i>prof. dr.</i></p> <p><b>Walter Candido de Oliveira</b> Ortopedia / Traumatologia CRM - CE 2041</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p><b>COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO</b> COORDENADOR: DR. JOÃO ALMEIDA MEMBROS: DR. JOÃO ALMEIDA, DR. JOÃO ALMEIDA, DR. JOÃO ALMEIDA CNPJ: 06.688.811/0001-00</p>			

NOME DO PACIENTE		ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
DATA E HORA	EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO			
<p><i>08/05/2014</i></p>	<p><i>João Almeida</i></p> <p><i>prof. dr.</i></p> <p><b>Walter Candido de Oliveira</b> Ortopedia / Traumatologia CRM - CE 2041</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p><b>COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO</b> COORDENADOR: DR. JOÃO ALMEIDA MEMBROS: DR. JOÃO ALMEIDA, DR. JOÃO ALMEIDA, DR. JOÃO ALMEIDA CNPJ: 06.688.811/0001-00</p>			

NOME DO PACIENTE		ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
DATA E HORA	EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO			
<p><i>08/05/2014</i></p>	<p><i>João Almeida</i></p> <p><i>prof. dr.</i></p> <p><b>Walter Candido de Oliveira</b> Ortopedia / Traumatologia CRM - CE 2041</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p><b>COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO</b> COORDENADOR: DR. JOÃO ALMEIDA MEMBROS: DR. JOÃO ALMEIDA, DR. JOÃO ALMEIDA, DR. JOÃO ALMEIDA CNPJ: 06.688.811/0001-00</p>			

Walter Candido de Oliveira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM - CE 7041

1943-1944

Walter  
Candido de Oliveira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM - CE 7841

07/19

07/19

07/19

07/19



D



1242-25

Paciente: GABRIEL ARAUJO DE SOUSA

HOSPITAL ABEMP

COMUN. SUS

1242-25

30240

DATA: 05/06/2019

Ent real

Técnico:









FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIA E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

*Atestado Médico*  
*Alta definitiva*

Paciente Gabriel Araújo de Sousa  
 24 anos, vítima de acidente  
 de trânsito B.O. 42/21-415/2019  
 operado de fratura + esmagamento  
 do antepé direito, 5º dedo  
 Podomete / osteossíntese  
 com microplaca, esta de  
 alta definitiva com CRAU  
 importante de sequelas.  
 Anomalia funcional definitiva  
 CID-S92

Walter Cândido de Oliveira  
 Ortopedia-Trauma  
 CRM 7841

04/12/19

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará - Fone: (85) 98705-3716  
 CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51

**SINISTRO 3190595441 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** GABRIEL ARAUJO DE SOUSA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

**BENEFICIÁRIO** GABRIEL ARAUJO DE SOUSA**CPF/CNPJ:** 05951181356**Posição em 28-10-2019 10:11:29**

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

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

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
29/10/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 03 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190595441

Vítima: GABRIEL ARAUJO DE SOUSA

Data do Acidente: 29/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CELIA NUNES DE FREITAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GABRIEL ARAUJO DE SOUSA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: GABRIEL ARAUJO DE SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004371

Conta: 000000022406-6

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

