

PROCURAÇÃO AD JUDÍCIA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Louiz Carlos Alves Ferreira</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Operador</u>	Carteira de Identidade: <u>96002460003</u>	
CPF nº: <u>812.123.133-72</u>	Residência: <u>Rua Amazonas 51N</u>		
Bairro: <u>Pinatininga</u>	Cidade: <u>Itapocaraú</u>	Estado: <u>Ceará</u>	CEP: <u>61.905-295</u>

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na Rua Meton de Alencar, nº 106, Altos, Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.035-160, fones: (85) 98225-8282 (85) 3121-8383
E-mail: KAIRO AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

Amplios poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instância ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Poderes especiais: Receber e fazer levantamento de alvará judicial, em nome dos outorgantes, em qualquer banco e/ou instituição financeira.

Fortaleza (CE), 05 de Dezembro de 2020

x Louiz Carlos Alves Ferreira
Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Luiz Carlos Alves Ferreira, brasileiro(a),
Salteiro, Operador, portador(a) da Carteira de Identidade/RG nº
96002460003, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 812.123.133-72, residente e
domiciliado(a) na Rua Amazonas, nº 512,
Bairro: Piratininga, Cep nº 64.905-295
Maracanã-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.

Contá Giza (CE), 05 de Dezembro de 20 20

x Luiz Carlos Alves Ferreira



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013789918996

CRDD 01 453572090 00000000000 2018

VIA COO RENAVAL RANTRO EXERCÍCIO

FABRICIO CRISTINO LIMA RAMOS
MARACANAÚ/CE

CPF/CNPJ 05093013390 PLACA OHX5662
PLACA ANT/UF *****/CE CHASSI 9C2KC1670CR500581
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC COMBUSTIVEL

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN EST GASOL/ALCO
CAP/ROT/CL CATEGORIA 2012 2012
2P/0CV/149CC PARTIC VERMELHA
COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC/COTAS

FAIXA I PVA PARCELAMENTO/COTAS 1º 2º 3º
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 180.65 IOF (R\$) 0.70 PRÊMIO TOTAL (R\$) 185.50 DATA DE PAGAMENTO 28/02/2018

RESERVACOES

LOCAL MARACANAÚ DATA 23/03/2018
SUSCRITO MARACANAÚ DE LITRAGEM

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIATURAS TIRE QUOPOR SUACARCA APRESSOAS TRANSPORTADOS OU NAO - SEGURO DPVAT

CENº 013789918996 BILHETE DE SEGURO DPVAT
2018

05093013390 OHX5662
ESTE O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

013789918996 52908558250

VIA RENAVAL CPF / CNPJ PLACA
01 05093013390 OHX5662
MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN EST
ANO FAB. CAT. TIRE Nº CHASSI
2012 09 9C2KC1670CR500581

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
81.29 9.03 90.33
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
4.15 0.70 185.50
COTA UNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OUTICAÇÃO 28/02/2018

LOTE/DOC: 207284714 CHASSI: 9C2KC1670CR500581
MOTOR: KC16E7C500581
SUSCRITO MARACANAÚ DE LITRAGEM
SAC DPVAT 0800 022 1204



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **558438890**

Companhia Energética do Ceará

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

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

Esta é a segunda via de
JAN/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
2857119 DV **3**

VENCIMENTO
24/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
119,96

Rota 12 026000 12 098200 Medidor 12236187 Poste 0000 0
Nome SYLVIA MARIA ALVES FERREIRA
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU AMAZONAS 00000 PIRATININGA MARACANAU 61905295

RG / CPF / CNPJ 976.496.003-00 CGF
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado
FP 19520 19382 1 138 0 138

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	138	0,72504	100,05

OUTROS PAGAMENTOS
JUROS DO MES 1,41
MULTA MORATORIA 1,99
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 16,51

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/Apresentação 17/01/2019
Prev. Próxima Leitura 16/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

D77A.C841.3BED.0F61.E43F.AEDB.A738.1B1E

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
100,05	27%	27,01

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	37,16
TRANSMISSÃO	3,96
DISTRIBUIÇÃO	21,17
ENCARGOS SETORIAIS	5,67
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	32,09

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 37,34
Conjunto
Mês NOV/ 2018

	Padrão Mensal	Individual Trim.	Individual Anual	Apuração Mensal	Individual Trim.	Individual Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%CO₂)
0 100

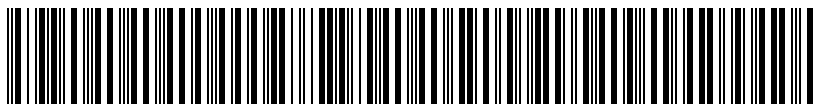
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: **2857119-3** N° da Nota Fiscal: **558438890** Total a Pagar (R\$): **119,96**
Data de Emissão: **30/01/2019** Referência: **JAN/2019** N° de Controle: **0002857119 00171 4391 2 83**

83800000001-7 19960031000-6 00028571190-3 01714391232-6

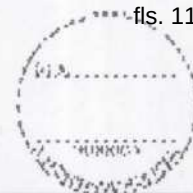


**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 29.º DISTRITO POLICIAL



fls. 11

BOLETIM DE Ocorrência Nº 129 - 1579 / 2018**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/09/2018 09:52:32**
Data / Hora da Ocorrência: **09/05/2018 10:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA NOSSA SENHORA APARECIDA**
Complemento: **JARDIM BANDEIRANTE**
Bairro: **HJARDIM BANDEIRANTE** Município: **MARACANAÚ/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA**
Nascimento: **04/07/1980** CPF: **812.123.133-72**
RG: **9600246003** Órgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **SYLVIA MARIA ALVES FERREIRA**
NÃO DECLARADO
Endereço: **RUA AMAZONAS, 360 CASA 2**
Bairro: **PIRATININGA**
Município: **MARACANAÚ/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8621-8193**

Histórico

INFORMA A VÍTIMA QUE NA DATA HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, QUANDO VINHA COMO GARUPEIRO NA MOTO HONDA/CG 150 FAN ES1, ANO 22012, DE COR VERMELHA, CHASSI: 9C2KC1670CR500581, DE PLACA: OHX5662-CE/MARACANAÚ, EM NOME DE FABRÍCIO CRISTINO LIMA RAMOS, DE PROPRIEDADE E PILOTADA PELO MESMO, QUANDO JAM NA VIA UM VEÍCULO E MOTORISTA NÃO IDENTIFICADOS, TRANCOU O MOTOQUEIRO E O MESMO PERDEU O CONTROLE, QUANDO A VÍTIMA FOI AO SOLO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES QUE ACIONARAM O SAMU, QUE AO CHEGAR ENCAMINHOU A VÍTIMA PARA O HOSPITAL ABEMP, SENDO ATENDIDO COM TRAUMA NA COXA DIREITA E FRATURA DO FEMUR DIREITO, SENDO SUBMETIDO A UMA CIRURGIA, E MAIS NÃO DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 29.º DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

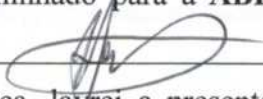
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

RODRIGO AURELIO QUINTAS FERNANDES - MAT.: 301224-7-X



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao Sr. **LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA**, portador do RG 96002460003, inscrito no CPF 812.123.133-72, no dia 09/05/2018, às 10h40, no município de Maracanaú/CE, na rua Nossa Senhora Aparecida, nº 1120, Bairro Jardim Bandeirante, vítima de queda de motocicleta, sendo encaminhado para a **ABEMP - Associação Beneficente Médica Pajuçara**. E para constar eu,  Maria das Graças Fernandes Gomes, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 11 de Julho de 2018


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA

fls. 13

De acordo com o Decreto 3.298/1999 e com a Instrução Normativa SIT/ MTE n.º 98 de 15/08/2012, observados os dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com deficiência, Lei 12764/12, Lei 13146/2015.

Nome:

CPF:

CID:

Origem da deficiência:

☐ Acidente de trabalho ☐ Congênita ☐ Adquirida em pós operatório ☒ Acidente comum ☐ Doença

Descrição detalhada das alterações físicas (anatômicas e funcionais), sensoriais, intelectuais e mentais:

Descrição das limitações funcionais para atividades da vida diária e social e dos apoios necessários:

☒ **I- Deficiência Física** - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplicia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, nanismo (altura: _____), outras (especificar).

☐ **II- Deficiência Auditiva** - perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz

Obs: Anexar audiograma☐ **III- Deficiência Visual**

() cegueira - acuidade visual $\leq 0,05$ (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
() baixa visão - acuidade visual entre 0,3 (20/60) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
() somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°.

Obs: Anexar laudo oftalmológico, utilizar tabela Snellen para avaliar acuidade visual.

☐ **III a- Visão Monocular**- conforme parecer CONJUR/MTE 444/11: cegueira, na qual a acuidade visual com a melhor correção óptica é igual ou menor que 0,05 (20/400) em um olho (ou cegueira declarada por oftalmologista).

☐ **IV- Deficiência Intelectual**- funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais habilidades adaptativas, tais como:

- ☐ a) - Comunicação;
☐ b) - Cuidado pessoal;
☐ c) - Habilidades sociais;
☐ d) - Utilização de recursos da comunidade;
☐ e) - Saúde e segurança;
☐ f) - Habilidades acadêmicas;
☐ g) - Lazer;
☐ h) - Trabalho.

Idade de Início: _____

Obs: Anexar laudo do especialista.

☐ **IV a- Deficiência Mental** – Psicossocial – conforme Convenção ONU – Esquizofrenia, outros transtornos psicóticos, outras limitações psicossociais. Informar se há outras doenças associadas e data de início de manifestação da doença (assinalar também as limitações para habilidades adaptativas no quadro acima). **Obs: Anexar laudo do especialista.**

☐ **IV b- Deficiência Mental** – Lei 12764/2012 – Espectro Autista **Obs: Anexar laudo do especialista.**

☐ **V- Deficiência Múltipla** - associação de duas ou mais deficiências. (Assinalar cada uma acima)

Conclusão: A pessoa está enquadrada nas definições dos artigos 3º e 4º do Decreto nº 3.298/1999, com alterações do Dec. 5296/2004, Lei 12764/2012, de acordo com dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência promulgada pelo Decreto nº. 6.949/2009 e recomendações da IN 98/SIT/2012.

Assinatura e carimbo do Profissional de nível superior de área da saúde/Especialidade

Estou ciente de que estou sendo enquadrado na lista de pessoas com deficiência/reabilitados da empresa
Autorizo a apresentação deste Laudo e exames ao Ministério do Trabalho e Emprego.

Data:

Assinatura do avaliado:

Sistema SUS
Unidade de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nome do Estabelecimento Solicitante Associação Benéfica Médica Pajuçara		CNES 2372150	
Nome do Estabelecimento Executante Associação Benéfica Médica Pajuçara		CNES 2372150	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome do Paciente LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA		Nome Social	
Cartão Nacional de Saúde (CNS) 703001847278379		Data de Nascimento 04/07/1980	Sexo Masculino ☒ Feminino ☐
Nome da Mãe ou Responsável SYLVIA MARIA ALVES FERREIRA		DDD 85	Telefone de Contato 87088017
Município do Nascimento MARACANAU	UF CE	Nacionalidade BRASILEIRA	Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento) AMAZONAS
Nº 360	Bairro PIRATININGA	Município de Residência MARACANAU	Código IBGE do Município 2307650
Porto de Referência		UF CE	CEP 61910000
Documento		☐ CPF ☐ RG ☐ R.Civil ☐ PIS/PASEP ☒ 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 <i>Id. do abd. flex. 1)</i>			
Condições que justificam a internação <i>R2 + C1145</i>			
Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)			
Diagnóstico Inicial	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas
			Nº Notific. Compulsória
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
Descrição do Procedimento Solicitado			Código do Procedimento
Código do Caráter de Internação ☒ U/E ☐ Eletivo			Clínica TRAUMATOLOGIA
Equipamentos Requeridos para Internação			Leito Complementar
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
Nome do Profissional Solicitante WALTER CANDIDO DE OLIVEIRA Documento ☒ CPF ☐ CNS N° Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 27993485991 N° do Conselho de Classe 7841 Data da Solicitação 09/05/2018 Assinatura e Carimbo do Profis. Solicitante/N° do Conselho de Classe Data Desejada para Internação 09/05/2018			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
☐ AC DE TRÂNSITO ☐ ACID. TRAB/TÍPICO ☐ AC TRAB./TRAJETO	CNPJ da seguradora CNPJ da Empresa	Número do Bilhete CNAE da Empresa	Série CBOR
Vínculo com a Previdência ☒ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não			
Nome do Profissional Autorizador			
Documento ☐ CPF ☐ CNS		N° do CNS/CPF Profis. Autorizador	
Data da Autorização		Código do Órgão Emissor M23C	
N° Registro Cons. de Classe		Ass. do Autorizador/Carimbo	

(Espaço Reservado para Colar Etiqueta com Dados da Aut)



Convênios: SIM/SUS - INAMPS
Rua João Conrado, 363 - Pauçara - Maracanaú - Ceará
Fone/Fax: (85) 3215.3120 - 5one: (85) 3215.3133

NOME DO PACIENTE	ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
12/05/18	12.1		
13/05/18			
14/05/18			

EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO

12/05/18 Luiz Carlos Alves FROTTAS
Evolveu consciente, orientado, verbalizando, aceita dieta via oral oferecida, necessidade fisiológicas presentes, sem queixas de dor no momento. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

13/05/18 Paciente, 27a, masculino, evoluiu consciente, orientado, verbalizando, deambula com auxílio, aceita dieta via oral. Necessidades fisiológicas presentes. AVP em RSE. Segue aos cuidados da enfermagem.

14/05/18 Paciente, 37a, masculino, evoluiu consciente, orientado, verbalizando, deambula com auxílio, aceita dieta via oral, não expirou dor no momento. AVP em RSE. Necessidades fisiológicas presentes. Paciente foi inserido na central de vagas. Segue aos cuidados da enfermagem.

NOME DO PACIENTE **Luiz Cabelos Alves Ferreira**

ENF. OU APTO. **1.2.1**

LEITO

PRONTUÁRIO

DATA E HORA

EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO

09/05/18

Paciente, 34 anos. Admitido nesta unidade por fratura proximal em região de fêmur. Queixando-se de entorpecimento, externalizada por gnrudo e qnto medicado conforme prescrição médica. Segue sob as cuidados da equipe.

30/05/18

Paciente, 34 anos. Consciente, hidratado, ventralizando, vestindo de leito, aceita dieta via oral. Relato de AVP em MSE, medicado conforme prescrição médica. Segue sob as cuidados da enfermagem.

33/05/18

Paciente, 34 anos. No 3º DIH por fratura proximal em região de fêmur. Evolui consciente, orientado, hidratado, crenado, afável, eupríico em aa. Aceita dieta via oral oferecida. AVP em MSE, Refere dor, medicado conforme prescrição médica. Segue sob as cuidados da enfermagem.

COOP. JOSÉ BEZERRA DA SILVA
COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERIDO COM COOP. JOSÉ BEZERRA DA SILVA
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DO CEARÁ
Rua João Conrado, Nº 361, 94
CEP: 61.940-000
MARACANAÚ - CEARÁ

Fco. José Bezerra da Silva
Especialista em Urgência e Emergência
COREN: 400537/CE

Fco. José Bezerra da Silva
Especialista em Urgência e Emergência
COREN: 400537/CE

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Luz Carlos Luis FERNANDES

vítima de acidente de trânsito, em 09/05/2018, sofreu:

Fratura do colo femoral direito
OID- 572.0

e submeteu-se a tratamento(s):

Cirurgia
osteossintese, redução e fixação
da fratura, próteseencontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:Dores, desconforto no membro
direito.Fadiga, cansaço no membro
inferior direito.No decorrer, mancha
claudicante, dificuldade de
locomocão, fadiga durante
limitado funcional membro
de membro.

seus meios de locomoção

11/11/19
19/08/19Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

MG

LABORATÓRIO



Dr. LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA

37-M RG

CPF:

Dr. WALTER CANDIDO DE OLIVEIRA

Atendimento 39-008158

Convênio CONVENIO ABB

Coleta 24-05-2020

Emissão 24-05-2020

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los.

HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO

Tipagem sanguínea

Modelo: Contagem Dxl 1500 - Beckman Coulter

ERITROGRAMA

Valores Encontrados

Hemácias.....: 4,37 milhões/mm³

Hemoglobina: 13,7 g/dL

Hematócrito: 41,2 %

Hct. crit.: 94,3 fL

Hct. ind.: 31,4 pg

Hct. ind.: 33,3 %

Hct. ind.: 13,7 %

Valores de Referência:

4,30 a 6,00 milhões/mm³

13,5 a 17,5 g/dL

41,0 a 54,0 %

78,0 a 98,0 fL

25,5 a 33,0 pg

31,0 a 36,0 %

11,0 a 15,0 %

Hemácias Normocíticas e Normocrômicas.

LEUCOGRAMA

Leucócitos - Global: 8.410 céls./mm³

Neutrófilos.....: 58 % 4.878 /mm³

Linfócitos.....: 0 % 0 /mm³

Monócitos.....: 0 % 0 /mm³

Eosinófilos.....: 0 % 0 /mm³

Basófilos.....: 0 % 0 /mm³

Plasmócitos.....: 58 % 4878 /mm³

Hemófilos.....: 7 % 589 /mm³

RBC fillos.....: 0 % 0 /mm³

Linfócitos.....: 26 % 2187 /mm³

Hemófilos.....: 9 % 757 /mm³

Valores de Referência:

4.000 a 11.000 céls./mm³

40,0 a 70,0 %

0,0 a 0,0 %

0,0 a 0,0 %

0,0 a 0,0 %

0,0 a 5,0 %

40,0 a 70,0 %

1,0 a 6,0 %

0,0 a 2,0 %

20,0 a 50,0 %

2,0 a 10,0 %

Leucócitos sem alterações qualitativas.

Ausência de atipias linfocitárias.

PLAQUETAS.....: 338.300 /mm³

Plaquetas.....: 7,8 fL

150.000 - 450.000/mm³

6 - 12 fL

6 - 12 fL

Plaquetas morfolologicamente normais.

*** ATENÇÃO PARA NOVOS VALORES DE REFERÊNCIA DE ACORDO COM IDADE E SEXO DO PACIENTE ***

Dr. João Pedro Queiroz de Andrade - CRBM 6835

Responsável técnico pelo laboratório

Dra. Anna Maria de Lima Silva Moraes - CRBM 3297

Responsável pelo exame

Este laudo foi assinado digitalmente sob o nº 776A5DC0FD3254D35E2E450AB22AA397

UNIDADE TÉCNICA DE MARACANAÚ: (55) 3371-7524 / 3381-3119

Rua 45, Número 51 - Jereissati II - Maracanau - CE CEP: 61.901-030

Dr. João Pedro Queiroz de Andrade - CPF: 600.201.873-51 CRBM: 6835

Entidade de regularidade do CRBM, sob o número: 2016/1042-J, Livro Nº 001, FOLHAS Nº 142

MG

LABORATÓRIO

Paciente **LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA**Idade/Sexo **37-M** RG

CPF

Atendimento **39-008126**Médico Dr(a) **DIONISIO B. LAPA FILHO**Convênio **CONVENIO ABE**

Referência

Coleta **11/05/2020**Emissão **11/05/2020**

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los.

HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO

Material: Sangue

Método: Automação DxH 500 - Beckman Coulter

ERITROGRAMA

Valores Encontrados

Hemácias....: **4,41** milhões/mm³

Hemoglobina: **14,2** g/dL

Hematócrito: **42,8** %

V.C.M.....: **97,1** fL

H.C.M.....: **32,2** pg

C.H.C.M.....: **33,2** %

R.D.W.....: **13,5** %

Valores de Referência:

4,30 a 6,00 milhões/mm³

13,5 a 17,6 g/dL

41,0 a 54,0 %

78,0 a 98,0 fL

25,5 a 33,0 pg

32,0 a 36,0 %

11,0 a 15,0 %

Hemácias Normocíticas e Normocrômicas.

LEUCOGRAMA

Leucócitos - Global: **9.780** céls./mm³

Neutrófilos.....: **64** % **6.259** /mm³

Promielócitos.....: **0** % **0** /mm³

Mielócitos.....: **0** % **0** /mm³

Metamielócitos.....: **0** % **0** /mm³

Bastões.....: **0** % **0** /mm³

Segmentados.....: **64** % **6259** /mm³

Eosinófilos.....: **7** % **685** /mm³

Basófilos.....: **0** % **0** /mm³

Linfócitos.....: **19** % **1858** /mm³

Monócitos.....: **10** % **978** /mm³

Valores de Referência:

4.000 a 11.000 céls./mm³

40,0 a 70,0 %

0,0 a 0,0 %

0,0 a 0,0 %

0,0 a 0,0 %

0,0 a 0,0 %

0,0 a 5,0 %

40,0 a 70,0 %

1,0 a 6,0 %

0,0 a 2,0 %

20,0 a 50,0 %

2,0 a 10,0 %

Leucócitos sem alterações qualitativas.

Eosinofilia relativa e absoluta.

PLAQUETAS.....: **358.000** /mm³

MPV.....: **7,9** fL

Plaquetas morfolologicamente normais.

*** ATENÇÃO PARA NOVOS VALORES DE REFERÊNCIA DE ACORDO COM IDADE E SEXO DO PACIENTE ***

Dr. João Pedro Queiroz de Andrade - CRBM 6835

Responsável técnico pelo laboratório

Dra. Anna Maria de Lima Silva Moraes - CRBM 5004

Responsável pelo exame

Este laudo foi assinado digitalmente sob o nº **776A5DC0FD3254D35E2E450AB22AA397**

UNIDADE TÉCNICA DE MARACANAU: (88) 3371-7524 / 3381-3119

Rua 48, Número 51 - Jereissati II - Maracanaú - CE CEP: 61.901-080

RT: João Pedro Queiroz de Andrade - CPF: 600.201.973-51 CRBM: 6835

Certificado de Regularidade do CRBM, sob o número: 2016/0042-0, Livro Nº 104, FOLHA Nº 140

<i>Dr. Medeiros</i> <i>Dr. Silva - Com</i> <i>Dr. Moura</i> <i>Dr. Carlos</i> <i>Dr. Mendes</i> <i>Dr. João</i> <i>Dr. Almeida</i> <i>Dr. Costa</i> <i>Dr. João</i> <i>Dr. Almeida</i> <i>Dr. Costa</i> <i>Dr. João</i> <i>Dr. Almeida</i> <i>Dr. Costa</i>		<i>Dr. João</i> <i>Dr. Almeida</i> <i>Dr. Costa</i> <i>Dr. João</i> <i>Dr. Almeida</i> <i>Dr. Costa</i> <i>Dr. João</i> <i>Dr. Almeida</i> <i>Dr. Costa</i> <i>Dr. João</i> <i>Dr. Almeida</i> <i>Dr. Costa</i>	
Assinatura e Carimbo do Cirurgião		Assinatura e Carimbo do Anestesiista	
Assinatura e Carimbo do 1º Auxiliar		Assinatura e Carimbo do 2º Auxiliar	
Assinatura e Carimbo		Assinatura e Carimbo	

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE MÉDICA DE PAJUÇARA - ABEMP
Rua João Conrado, Nº. 363 - Pajuçara
CEP: 61.941-330
COORDENAÇÃO
MARACANAUCE

Assinatura e Carimbo do Anestesiista

Relatar as causas que justificarem a longa duração da operação da anestesia e um maior consumo de material e medicamento

Hospital: Asa Sul Código: _____
Procedimento: Tratamento do Fêmur Cód. Procedimento: _____
Paciente: Lucas Mendes Almeida
Data da Cirurgia: 08/06/18 Nº prontuário: _____
Cirurgião: Dr. Waldemar Código: _____
Convênio: _____
() Reposição () Caixa

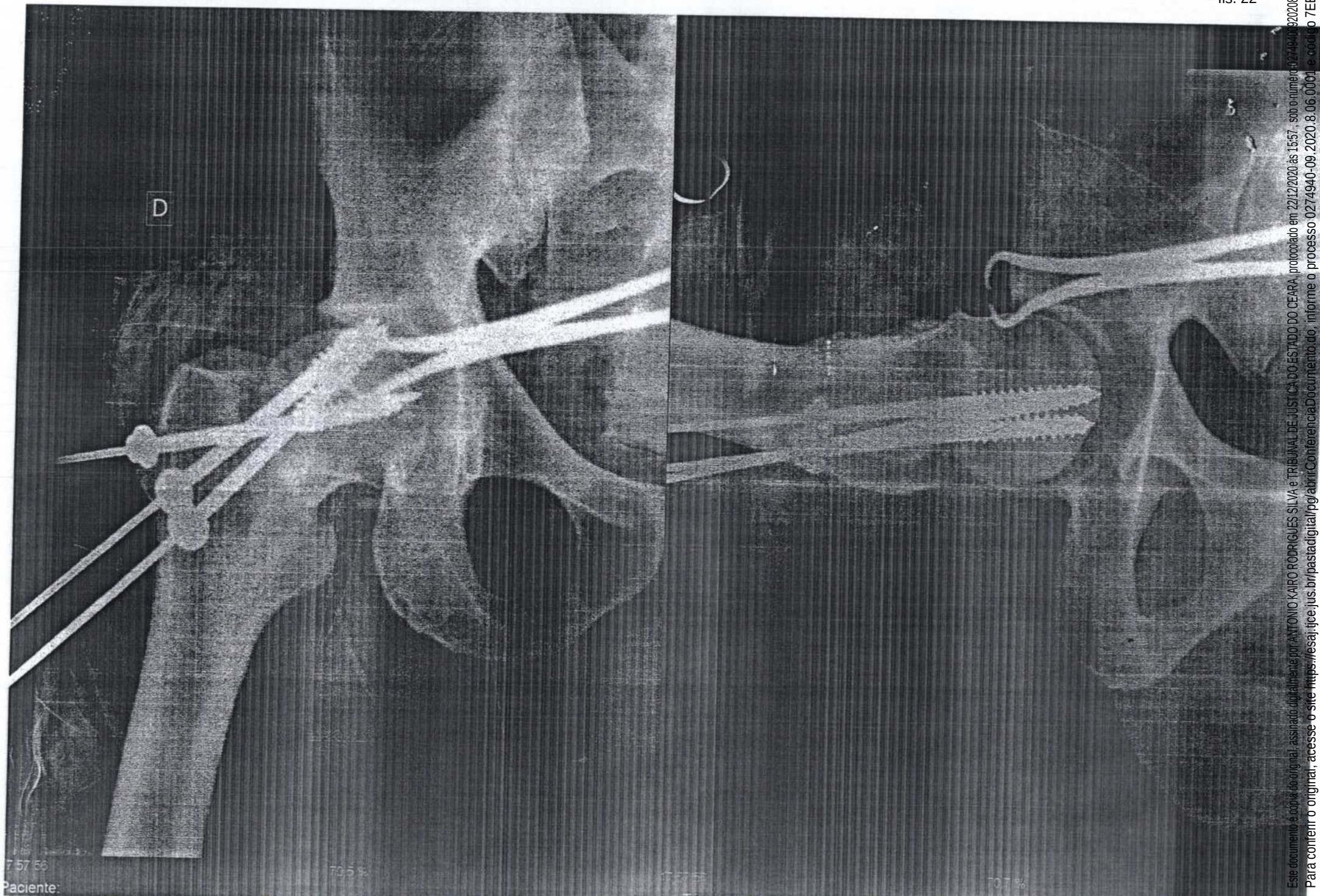
DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. ROPM	Valor Unit.	Valor
03	Amendo			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

								Valor Unit.	Valor
Parafuso Cortical () mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Cortical () mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Canulado (7.0) mm	Nº	80							
	Qtd.	03							
	Cód.								

ETIQUETAS:



7 57 56

Paciente:

705%

705%

707%

D

Paciente:

HOSPITAL ABEMP

CONV:

DATA: 08/06/2018

Técnico:

17:57:56

Tam

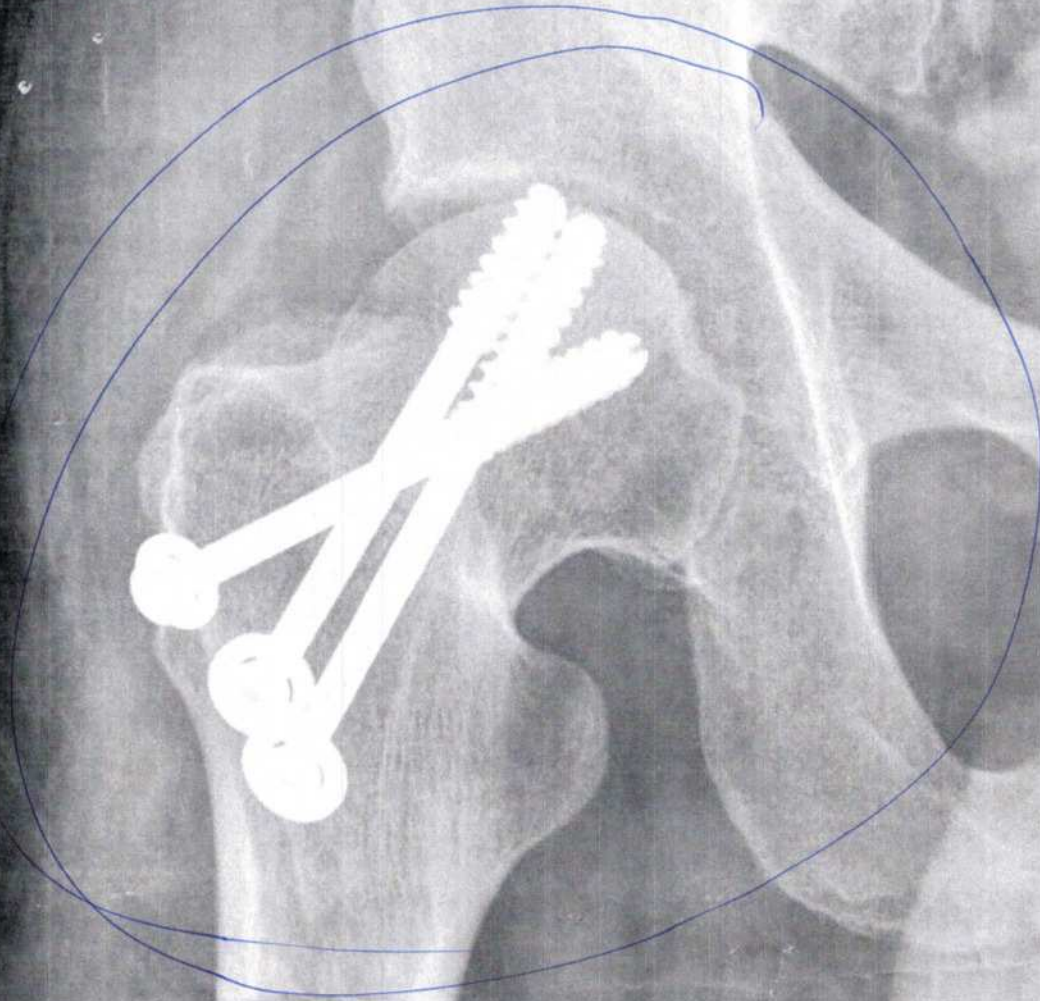
Paciente: LUIZ CARLOS ALVES
HOSPITAL ABEMP

CONV.

DATA: 08/06/2018

Técnico:
20:19:00

79.4



SINISTRO 3190625040 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA
CPF/CNPJ: 81212313372

Posição em 22-12-2020 15:40:36

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/12/2019	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75