

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Helio dos Santos Souza</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>autônomo</u>	Nacionalidade: <u>brasileiro</u>
RG: <u>2005009209150</u>	CPF: <u>046.497.173-02</u>	
Endereço: <u>Rua: Sta Margarida Do Pie n:21</u>		
Cidade: <u>Fortaleza - Ce</u>	CEP: <u>60.511-760</u>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, 5º Andar, Sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, CEP: 60.055-110, Fortaleza/CE, fone: (85) 3055-9918.

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, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber 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), 18 de Dezembro de 20 18.

X Helio dos Santos Souza
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO

Eu, Helio dos Santos Souza, Brasileiro
casado, portador (a) de Identidade nº 2005009209130 (SSP/CE)
CPF nº 016.497.173-02, capaz, nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte
endereço: Rua: Sta Margareta do Pie nº 21
Cidade: Fortaleza
Estado: Ceara, CEP -, 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/CE, 18 de Dezembro de 20 18.

X Helio dos Santos Souza
DECLARANTE

DECLARAÇÃO

Eu, Helio dos Santos Souza
Estado Civil: solteiro Profissão: autonegro
CPF: 046.497.173-02 Identidade: 200.5009209150
Endereço: Rua: Sta Margarida do Pici m: 61
CEP: _____ Município: Fortaleza Estado: Ceara

DECLARO para os devidos fins que possuo **Hipossuficiência Financeira**, não tendo, pois, condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do meu próprio sustento e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente para que surta seus devidos fins e efeitos.

Fortaleza-CE, 18 de Dezembro de 20 18.

x Helio dos Santos Souza
DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a) Sr(a) Helio dos Santos Souza Declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Igualmente, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a litude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE N° 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 18 de Dezembro 2017.

x Helio dos Santos Souza

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17094566B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA:

SABOIA/1302768

DATA/HORA:

10/12/2017 20:40

Na Rodovia

MUNICÍPIO/UF:

CAUCAIA/CE

BR:

222

KM:

5.0

SENTIDO:

Crescente

DESCRIPTIVO DO LOCAL:

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:

Plena Noite

CONDIÇÃO METEOROLÓGICA:

Céu Claro

TIPO DE VIA:

Principal

TIPO DE PISTA:

Múltipla

CONDIÇÃO DE PISTA:

Seca

TIPO DE PAVIMENTO:

Asfalto

ESTRUTURA VIÁRIA:

Reta

LOCALIDADE URBANIZADA:

Sim

EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:

Não

EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:

Sim

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE



IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE



IMAGEM DO LOCAL



IMAGEM DESCRITIVA DO LOCAL



AUXÍLIO DE OUTRO ÓRGÃO:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO AUXÍLIO:

USB-38 COND. MAGALHÃES E ENF LEONARDO.

AUXÍLIO DE OUTRO ÓRGÃO:

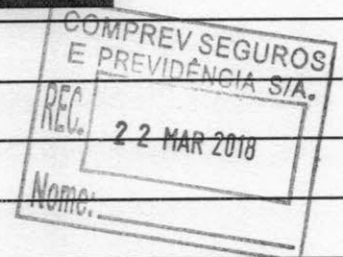
SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO AUXÍLIO:

USB-30. COND. FLAMARION, ENF FABIOLA.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

PRESTARAM APOIO AS EQUIPES PM VTR 12051: SGT RODRIGUES, CB NARCÉLIO E SD SAMARA. EQUIPE DO



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF SABOIA, MATRÍCULA 1302768

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 14/12/2017 22:30

NÚMERO DE CONTROLE: 9023DA598D7CC16E6675C4F1ABCB65

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 1 de 9

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/12/2018 às 15:19, sob o número 01878165620180060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0187816-56/2018 e código 4207248.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17094566B01

STATUS:
Encerrado

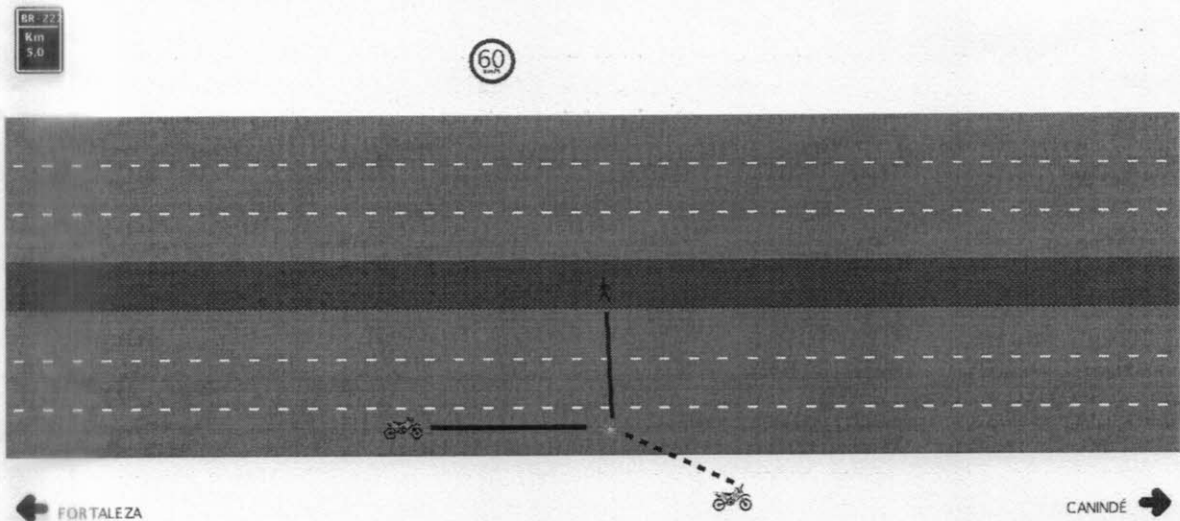
RONDA: TEN MENDES, SD RIBEIRO, SD MELO, SD DENIS E SD ELIABE.

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

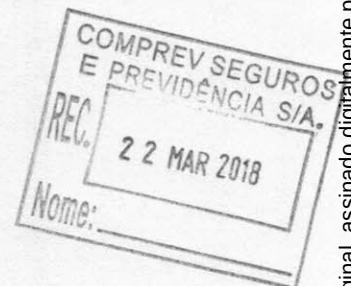
Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Atropelamento de Pedestre	

Croqui



Narrativa

CONFORME LEVANTAMENTOS FEITOS NO LOCAL, BR 222, KM 5 SENTIDO CRESCENTE, O V1 VEÍCULO YAMAHA / XTZ 125 XK DE PLACA OCL-1591 TRANSITAVA NORMALMENTE QUANDO ATROPELOU O PEDESTRE QUE CRUZAVA A RODOVIA ORIUNDO DO CANTEIRO CENTRAL. APÓS ACIDENTE AS VÍTIMAS FORAM PROJETADAS PARA FORA DA PISTA LADO DIREITO DA RODOVIA. O VEÍCULO FOI REMOVIDO DE SUA POSIÇÃO FINAL.





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

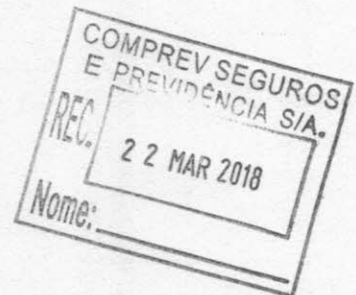


PROTOCOLO:
17094566B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: OCL1591	MARCA/MODELO: YAMAHA/XTZ 125XK	ANO FABRICAÇÃO: 2011
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEICULO: Motocicleta	
CHASSI: 9C6KE1070B0007677	RENAVAM: 00312016190	PAIS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
DANOS NO GUIDOM, E RETROVISORES.			
NOME DO PROPRIETÁRIO: JORDAN DIEGO CASTRO ALVES VIANA		CPF/CNPJ: 019.868.473-81	
Dados de Endereço			
LOGRADOURO: R PRFA RAIMUNDA ADELIA			NÚMERO: 00198
COMPLEMENTO:			BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: FORTALEZA/CE			
TELEFONE:		EMAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
Encaminhamento			
MOTIVO: Outros		TIPO DE RECEPTOR: Unidade PRF	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: REMOVEDO PARA PÁTIO CONVENIADO LICENCIAMENTO VENCIDO.			



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF SABOIA, MATRÍCULA 1302768

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 14/12/2017 22:30

NÚMERO DE CONTROLE: 9023DA598D7CC16E6675C4F1ABCB65

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 3 de 9

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/12/2018 às 15:19, sob o número 01878165620180600001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0187816-56.2018.8.06.0001 e código 4207248.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17094566B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / OCL1591 / YAMAHA/XTZ 125XK

ENVOLVIMENTO:

Condutor

NOME:

HELIO DOS SANTOS SOUZA

CPF:

046.497.173-02

DATA DE NASCIMENTO:

10/12/1988

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

SEXO:

Masculino

ESTADO CIVIL:

NOME DA MÃE:

MARIA DE FATIMA DOS SANTOS SOUZA

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

RUA MARGARIDA DO PICI 21

NÚMERO:

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

PICI

MUNICÍPIO/UF:

FORTALEZA/CE

TELEFONE

85986974946

EMAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO:

Habilitação Nacional

PAÍS DA HABILITAÇÃO:

CATEGORIA:

A

MOTORISTA PROFISSIONAL:

Não

Nº DO REGISTRO:

05483008709

UF:

CE

DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO:

05/05/2012

VALIDADE DA CNH:

27/12/2021

OBSERVAÇÕES DA CNH:

A

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:

Lesões Graves

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

NÃO APLICÁVEL

USAVA CAPACETE:

Sim

USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

NÃO APLICÁVEL

TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL:

Não

RESULTADO DO TESTE:

RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:

Não

DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:

CONDUTOR COM FERIMENTOS NO BOCA.

NÃO APRESENTAVA SINAIS DE EMBRIAGUEZ.

VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:

Não

SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:

Não

Encaminhamento

MOTIVO:

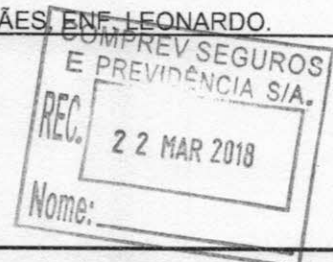
Socorro médico

TIPO DE RECEPTOR:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:

SOCORRIDO PARA IJF CENTRO PELA EQUIPE SAMU USB 38- COND. MAGALHÃES ENF. LEONARDO.



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF SABOIA, MATRÍCULA 1302768

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 14/12/2017 22:30

NÚMERO DE CONTROLE: 9023DA598D7CC16E6675C4F1ABCB65

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 4 de 9

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/12/2018 às 15:19 sob o número 0187816562018060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0187816-56.2018.8.06.0001 e código 4207248.



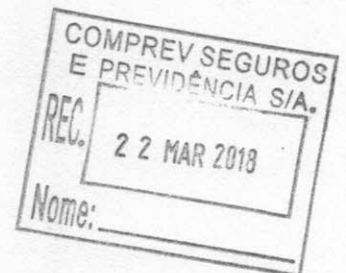
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17094566B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF SABOIA, MATRÍCULA 1302768

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 14/12/2017 22:30

NÚMERO DE CONTROLE: 9023DA598D7CC16E6675C4F1ABCB65

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 5 de 9

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/12/2018 às 15:19, sob o número 01878165620180060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0187816-56.2018.8.06.0001 e código 4207248.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17094566B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / OCL1591 / YAMAHA/XTZ 125XK

ENVOLVIMENTO:

Passageiro

NOME:

CLAUDINETE DE ABREU COSTA

CPF:

021.335.583-30

DATA DE NASCIMENTO:

03/03/1988

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

SEXO:

Feminino

ESTADO CIVIL:

NOME DA MÃE:

LUZIA DE ABREU COSTA

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

VL PEREIRA

NÚMERO:

132

COMPLEMENTO:

CS 8

BAIRRO:

PADRE ANDRADE

MUNICÍPIO/UF:

FORTALEZA/CE

TELEFONE

85986210476

EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:

Lesões Leves

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

NÃO APLICÁVEL

USAVA CAPACETE:

Sim

USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

NÃO APLICÁVEL

Encaminhamento

MOTIVO:

Socorro médico

TIPO DE RECEPTOR:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:

SOCORRIDO PARA IJF CENTRO PELA EQUIPE SAMU USB 38- COND. MAGALHÃES, ENF. LEONARDO.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF SABOIA, MATRÍCULA 1302768

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 14/12/2017 22:30

NÚMERO DE CONTROLE: 9023DA598D7CC16E6675C4F1ABCB65

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 6 de 9



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17094566B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:		ENVOLVIMENTO: Pedestre
NOME: JOSÉ ADAILSON SOARES DA COSTA	CPF:	DATA DE NASCIMENTO: 04/02/1978
Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 98024044505	ÓRGÃO EXPEDIDOR: SSPDC	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE: RITA SOARES DA COSTA	

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO: AÇUDE
MUNICÍPIO/UF:	
TELEFONE: 85988124101	EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:	
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:		
VÍTIMA SOCORRIDA.		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	

Encaminhamento

MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: SAMU
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO: SOCORRIDO PARA IJF CENTRO PELA EQUIPE SAMU USB 30- COND. FLAMARION, ENF. FABIOLA.	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:	



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF SABOIA, MATRÍCULA 1302768

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 14/12/2017 22:30

NÚMERO DE CONTROLE: 9023DA598D7CC16E6675C4F1ABCB65

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 7 de 9

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/12/2018 às 15:19, sob o número 01878165620180060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0187816-56.2018.8.06.0001 e código 4207248.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17094566B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / OCL1591 / YAMAHA/XTZ 125XK

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

SABOIA/1302768

NÚMERO DO BAT:

17094566B01

DATA/HORA:

10/12/2017 20:40

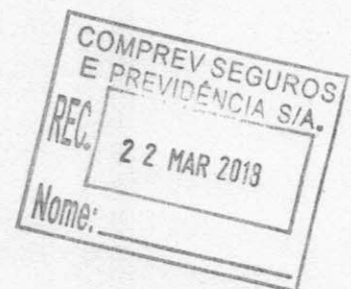
Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF SABOIA, MATRÍCULA 1302768

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 14/12/2017 22:30

NÚMERO DE CONTROLE: 9023DA598D7CC16E6675C4F1ABCB65

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 8 de 9

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/12/2018 às 15:19, sob o número 01878165620180060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0187816-56.2018.8.06.0001 e código 4207248.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17094566B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)



IMAGEM DA TRASEIRA (V1)

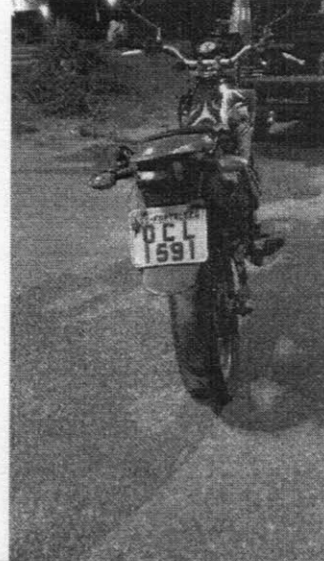
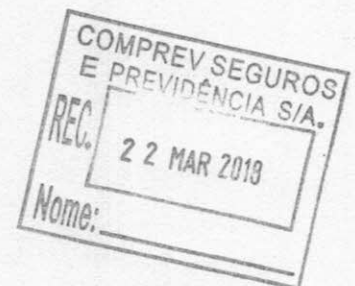


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF SABOIA, MATRÍCULA 1302768

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 14/12/2017 22:30

NÚMERO DE CONTROLE: 9023DA598D7CC16E6675C4F1ABCB65

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 9 de 9

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/12/2018 às 15:19, sob o número 01878165620180060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0187816-56.2018.8.06.0001 e código 4207248.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

INTERMUNIC L.TDA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1407276320

NOME
HELIO DOS SANTOS SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2005009209150 SSP CE

CPF
046.497.173-02

DATA NASCIMENTO
10/12/1988

FILIAÇÃO
RAIMUNDO NONATO DE SOUZA
MARIA DE FATIMA DOS SANTOS SOUZA

PERMISSÃO ACC CATAR

Nº REGISTRO
05483008709

VALIDADE
27/12/2021

1ª HABILITAÇÃO
05/05/2012

OBSERVAÇÕES
A ;

Assinatura do Portador
Helio dos Santos Souza

LOCAL
FORTALEZA, CE

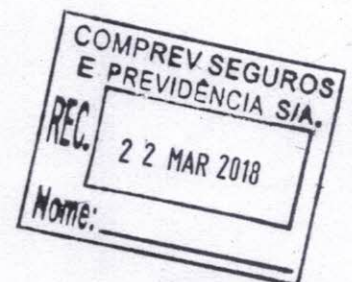
DATA EMISSÃO
29/12/2016

Assinatura do Emissor
Marcelo Venceslau Pontes

44905960135
CE157298647

DETRAN-CE (CEARA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1407276320



Nº DO CLIENTE
1191640-0

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 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 510970749

Rota 19 01240 25 260200 - 4 Data de Emissão 27/01/2018

Nome MARIA DE FATIMA DOS SANTOS

End. Postal RU STA MARGARIDA DO PICI 00021
PICI - FORTALEZA - 60511760

Medidor 5983046 Poste 0000 N09T

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDADOR de Potência 0,

RG / CPF / CNPJ 309905133-00 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2018	27/01/2018	26/02/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja o legendado verso desta conta.

Conjunto Nov/2017 EUSD 4,58
Mês DICRI = 0,00 P

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	4,95	3,91	19,82	2,38	0,00	0,00
FIC	3,11	6,22	12,45	1,00	0,00	0,00
DMIC	2,77			2,38		

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
DIE1.1DD9.0E9C.4666.AA58.76F4.7C0A.1F36

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fet.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
26869	26811	1,00	58	0,00	38 2H	0,17257 0,29585	5,17 8,29
27/01/18	28/12/17		30 DIAS		58		13,46

VALOR CONSUMO DO MES 13,46

MULTA MORATORIA REF 12/2017 0,26

JUROS DO MES 0,01

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,84

CASA SEGURA 0800 600 0560 8,60

DOACAO CIDADANIA E AMOR TEL 0800 276 6565 12/12 3,00

CARTAO DE TODOS - 0800.283.8916 19,50

VENCIMENTO 02/02/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Transmissão	0,63
Distribuição	4,29
Encargos Setoriais	1,48
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	1,58
TOTAL	14,30

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

53	53	54	45	55	58	53	45	59	57	59	52
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

RED Jan Fev Mar Abr Mai Jun Jul Ago Set Out Nov Dez

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

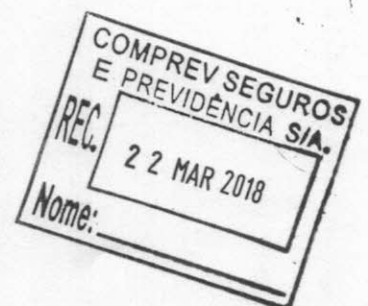
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica:

Emitido (kgCO₂) Compensado (kgCO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Para confirmar sua conta em débito automático utilize SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DÍGITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor



Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 10/12/2017 22:35:43

Por: MORGANA N. P. SOUSA
Enfermeira
COREN: 104.552

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 10/12/2017 22:31:37

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700605405795762	NOME: HELIO DOS SANTOS SOUZA			Registro: 5541048			
CPF: 04649717302	RG:	D. NASC: 10/12/1988	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA DE FATIMA DOS SANTOS SOUZA			NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: SANTA MARGARIDA DO PRÍNCIPE		Nº: 21	BAIRRO: PICI			
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60511760			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SAMU CEARA USB 38, COND. MAGALHAES		PARENTESCO:			TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRÁFICO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACIDENTE E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um pedestre ou um animal							
QUEIXAS: VITIMA DE COLISÃO MOTO X PEDESTRE. TRAUMA EM CABEÇA. FRATURA FECHADA EM MMSS. REFERE CEFALÉIA E DOR MODERADA EM MMSS.							
OBSERVAÇÕES: TRAUMA CRANIOENCEFALICO. DOR MODERADA							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICO GERAL							
ATENDIMENTO MÉDICO							

Anamnese:

Acidente PF no b c/ter

Exame Físico:

Cu en nb, cm

Conduta:

Sintomático

no exame

6/12/2017 18:04

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

RX + TC de crânio

TC: 07

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

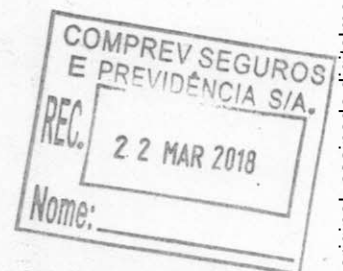
Rece e b + w

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:

10/12/17

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

←



EXAME CLÍNICO: 29a Queda da mob. CAS 15.7.18. FRATURA de tibia e fêmur mobil. TCC mobil. eq: +. Aut. da air			
ESPECIALIDADE:	DATA/HORA DO ATENDIMENTO: 11/12/18 AS 11h	CONDUTA:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: Dr. Tadeu Holanda Residência de Cirurgia Geral CNS 402805201193748 CRM 97359
PARECER MÉDICO 2			
EXAME CLÍNICO: Paciente em mo de queda de moto no meio da hwy. lesões em tórax, membros superiores e inferiores. Ao exame: deformidade em antebraço e ombro. Ao xax: Fr. em tórax e antebraço. Fr. em tórax + Fr. de antebraço + Fr. em tórax + Fr. em tórax. (Fratura), seletivo instrumental para tórax e antebraço que alto de dano e velocidade.			
ESPECIALIDADE:	DATA/HORA DO ATENDIMENTO: 11/12/18 AS 1:25	CONDUTA: Delmo	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: Ravenna e Pires de Queiroz Residência de Cirurgia Geral CNS 402805201193748 CRM 97359
PARECER MÉDICO 3			
EXAME CLÍNICO: Paciente autismo de fratura de mobil. cl. Sítio com glóbulos, glóbulos, mobil. cl. (RHA (+)) sem sinais de mobil. cl. Sítio com glóbulos.			
ESPECIALIDADE:	DATA/HORA DO ATENDIMENTO:	CONDUTA:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: Dr. Tadeu Holanda Residência de Cirurgia Geral CNS 402805201193748 CRM 97359
PARECER MÉDICO 4			
EXAME CLÍNICO:			
ESPECIALIDADE:	DATA/HORA DO ATENDIMENTO:	CONDUTA:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO:
PARECER MÉDICO 5			
EXAME CLÍNICO: * Seletivo alta do paciente Hebe dos Santos Souza para o Hospital Antonio Bezerra			
ESPECIALIDADE:	DATA/HORA DO ATENDIMENTO:	CONDUTA:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: Potiruzinho Melo
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	
1. SFO 5. SFO 5. SFO 5.	500		
2. AP 100 mg 6/10			
3. Trans 100mg + 100ml SF 0.9% EV. 1x			
TIPO DE ALTA / SAÍDA			
☐ Decisão médica	☐ A Pedido	☐ Evasão	DATA/HORA
☐ Transferência	☐ Internação	☐ Óbito	AS
PROCEDIMENTO:		CARIMBO E ASS. DO MÉDICO:	OBSERVAÇÃO:
DATA/HORA		ANTES DOS PRIMEIROS SOCORROS?	DATA/HORA
AS		☐ SIM ☐ NÃO	AS
DESTINO DO CORPO:		CARIMBO E ASS. DO MÉDICO:	
☐ IML ☐ SVO		☐ ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do responsável: _____)	

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/12/2018 às 15:19, sob o número 0187816520180600001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/bastdigital/public/abrirCorrelacaoDocumento.do>, informe o processo 0187816-56.2018.8.06.0000 e o código 4207248.



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
47376068



fls. 32

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

22/01/2018 11:27:01

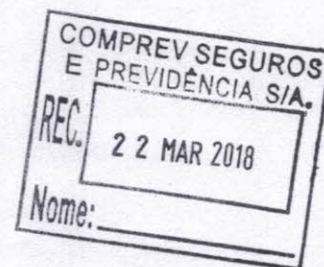
Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
10289740	HELIO DOS SANTOS SOUZA	M	10/12/1988	29
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2005009209150 SSPCE CE	4649717302		1-CASADO	
Endereço				
R R SANTA MARGARIDA DO PICI, 21 - PICI, FORTALEZA(CE) CEP 60511760				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
986974946				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
80300000122004014			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
11/12/2017	17:25		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
48849251 EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	



CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - MARLENE ARAUJO

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
Marlene 1198
Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

22/01/2018 12:22

Paciente: HELIO DOS SANTOS SOUZA	Dt. Nasc.: 10/12/1988	Atendimento: 47376068	Prontuário: 10289740
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133223/4	
Profissional(is): ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES CRM 12444 [1]	Nº: 17190300	11/12/2017	às 20:55

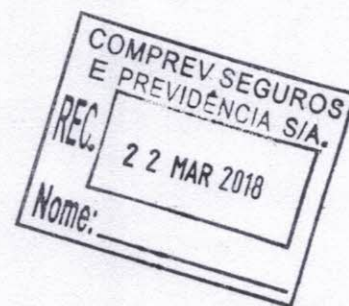
ANAMNESE

Queixa Principal

CID10

S422 FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UMEMO

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



CONFERE C/ PRONTUÁRIO

Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

22/01/2018 15:22

Paciente: HELIO DOS SANTOS SOUZA

Dt. Nasc.: 10/12/1988

Atendimento: 47376068

Prontuário: 10289740

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/4

Profissional(is): EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS CRM 11104 [1]

Nº: 17183796 11/12/2017 às 17:31

ANAMNESE

Queixa Principal

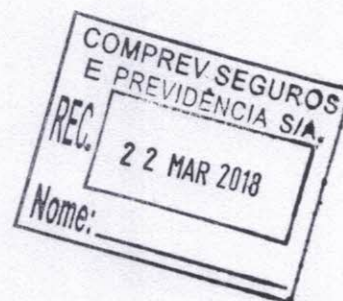
PACIENTE POLITRAUMATIZADO PROVENINTE DO IJF [1]

Queixa Principal

CID10

M255 DOR ARTICULAR [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



CONFERE CI PRONTUÁRIO

Assinatura



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento
47379981



fls. 35

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

22/01/2018 11:27:20

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
10289740	HELIO DOS SANTOS SOUZA	M	10/12/1988	29
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
2005009209150 SSPCE CE	4649717302			1-CASADO
Endereço				
R R SANTA MARGARIDA DO PICI, 21 - PICI, FORTALEZA(CE) CEP 60511760				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
986974946				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	FEDERACAO NACIONAL DOS TRABAL COOPERADOS		
22 HAPVIDA MATRIZ	14 NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
80300000122004022			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
12/12/2017	01:17		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
2574640 DEGINALDO HOLANDA CHAVES			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg)
			Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO



R4310RA - MARLENE ARAUJO

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
Marlene Araujo
Assinatura

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/12/2018 às 15:19, sob o número 01878165620188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0187816-56.2018.8.06.0001 e código 4207248.

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

22/01/2018 12:23

Paciente: HELIO DOS SANTOS SOUZA Dt. Nasc.: 10/12/1988 Atendimento: 47379981 Prontuário: 10289740
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES CRM 13202 [1] Nº: 17195316 12/12/2017 às 01:35

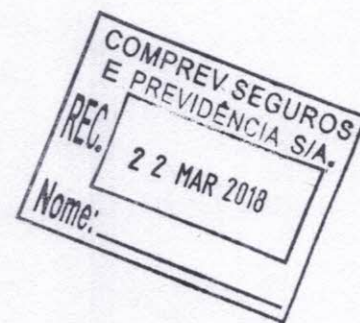
ANAMNESE

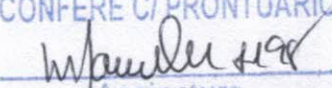
Queixa Principal FRATURA DE AMBOS OS MMSS

Queixa Principal

CID10 T009 TRAUM SUPERF MULT NE

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



CONFERE C/ PRONTUÁRIO

Assinatura



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

22/01/2018 11:27:35

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
10289740	HELIO DOS SANTOS SOUZA	M	10/12/1988	29
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
2005009209150 SSPCE CE	4649717302			1-CASADO
Endereço				
R R SANTA MARGARIDA DO PICI, 21 - PICI, FORTALEZA(CE) CEP 60511760				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
986974946				

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
80300000122004022		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
12/12/2017	11:01		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
734403 RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg)
			Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO



R4310RA - MARLENE ARAUJO

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
Marlene Araujo
Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

22/01/2018 13:24

Paciente: HELIO DOS SANTOS SOUZA

Dt. Nasc.: 10/12/1988

Atendimento: 47392771

Prontuário: 10289740

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto:

Leito: /

Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA CRM 8260 [1]

Nº: 17206234 12/12/2017 às 11:05

ANAMNESE

Queixa Principal

NAO APRECEU AO CHAMADO ELETRONICO NEM PESSAO

[1]

Queixa Principal

CID10

M255 DOR ARTICULAR

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

M255 DOR ARTICULAR

[1]

CID10

M255 DOR ARTICULAR

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



CONFERE C/ PRONTUÁRIO

Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

22/01/2018 15:24

Paciente: HELIO DOS SANTOS SOUZA

Dt. Nasc.: 10/12/1988

Atendimento: 47392771

Prontuário: 10289740

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto:

Leito: /

Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA CRM 8260 [1]

Nº: 17209068 12/12/2017 às 12:11

ANAMNESE

Queixa Principal

POLITRAUMATISMO COM FRATURA MULTIPLAS ,, INTERNO PARA
CIRURGIA DE EMERGENCIA DE ANTEBRAÇO E PROGRAMAR AS
FRATRA ELETIVAS DOS ÚMERO PROXIMAL BILATERAL [1]

Queixa Principal

CID10

S52 FRAT DO ANTEBRACO [1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S52 FRAT DO ANTEBRACO [1]

CID10

S52 FRAT DO ANTEBRACO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação [1]



CONFERE O PRONTUÁRIO

Assinatura

**ANTONIO
PRUDENTE**

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento
47636354

fls. 40

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

22/01/2018 11:28:04

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
10289740	HELIO DOS SANTOS SOUZA	M	10/12/1988	29
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
2005009209150 SSPCE CE	4649717302			1-CASADO
Endereço				
R R SANTA MARGARIDA DO PICI,21 - PICI, FORTALEZA(CE) CEP 60511760				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
986974946				

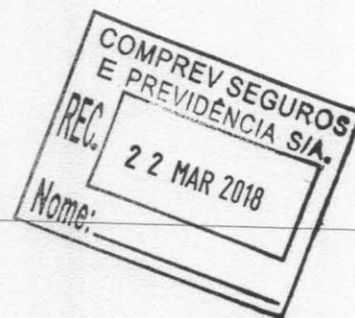
DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
80300000122004022			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
26/12/2017	10:11		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
2594358 FREDERICO THALES DE VASCONCELOS			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO



R4310RA - MARLENE ARAUJO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/12/2018 às 15:19, sob o número 018781656201800000001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 018781656201800000001 e código 4207248.

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

22/01/2018 11:25

Paciente: HELIO DOS SANTOS SOUZA

Dt. Nasc.: 10/12/1988

Atendimento: 47636354

Prontuário: 10289740

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto:

Leito: /

Profissional(is): FREDERICO THALES DE VASCONCELOS CRM 11332 [1]

Nº: 17628279 26/12/2017 às 10:32

ANAMNESE

Queixa Principal

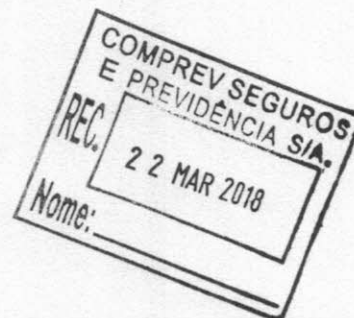
PO COM COLEGA

Queixa Principal

CID10

M255 DOR ARTICULAR

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE





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

22/01/2018 11:27:40

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
10289740	HELIO DOS SANTOS SOUZA	M	10/12/1988	29
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2005009209150 SSPCE CE	4649717302		1-CASADO	
Endereço	R R SANTA MARGARIDA DO PICI,21 - PICI, FORTALEZA(CE) CEP 60511760			
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
986974946				

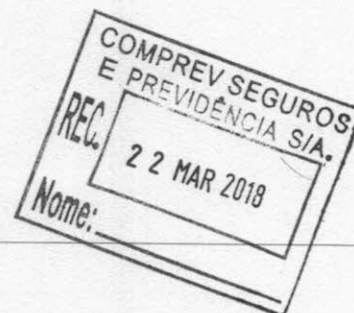
DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
80300000122004022			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG		
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
25/12/2017	10:51		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
1607880 EUGENIA MARIA A. DE ABREU			3-PEDIATRICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO



R4310RA - MARLENE ARAUJO

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 43

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: **HELIO DOS SANTOS SOUZA**

Dt. Nasc.: 10/12/1988

Atendimento: 47623272

Prontuário: 10289740

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/15

22/01/2018 15:24

Profissional(is): EUGENIA MARIA A. DE ABREU CRM 9194 [1]

Nº: 17603507 25/12/2017 às 10:52

ANAMNESE

Queixa Principal

PÓS ACIDENTE DE MOTO
OPEROU O UMEMO ESQ E ANTEBRAÇO DIREITO
REFERE FRATURA DO OMBRO DIR E COTOVELO ESQ

[1]

Queixa Principal

CID10

T009 TRAUM SUPERF MULT NE

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

T009 TRAUM SUPERF MULT NE

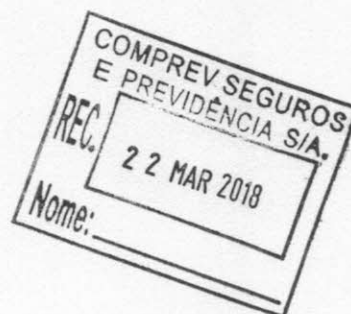
[1]

CID10

T009 TRAUM SUPERF MULT NE

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE





22/01/2018 11:28:42

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
10289740	HELIO DOS SANTOS SOUZA	M	10/12/1988	29
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
2005009209150 SSPCE CE	4649717302			1-CASADO
Endereço				
R R SANTA MARGARIDA DO PICI,21 - PICI, FORTALEZA(CE) CEP 60511760				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
986974946				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
80300000122004022			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
15/01/2018	07:41		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
82799032 PEDRO PAULO GOMES VIANA FILHO			1-MEDICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg)
			Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - MARLENE ARAUJO



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 45

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

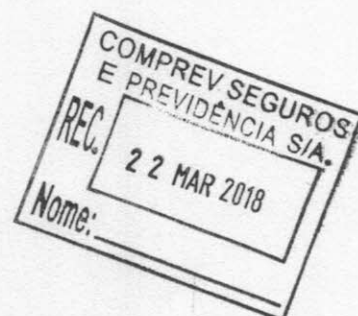
22/01/2018 09:26

Paciente: HELIO DOS SANTOS SOUZA**Dt. Nasc.:** 10/12/1988**Atendimento:** 48012317**Prontuário:** 10289740**Convênio:** HAPVIDA MATRIZ**Posto:****Leito:** /**Profissional(is):** PEDRO PAULO GOMES VIANA FILHO CRM 13038 [1]**Nº:** 18271400 **15/01/2018 às 07:45****ANAMNESE****Queixa Principal**

FRATURA BILATERAL DO IOMBRO

Queixa Principal**CID10**

S422 FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UMER

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

16/12/2017 11:53:41

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
89740	HELIO DOS SANTOS SOUZA	M	10/12/1988	29
CPF	Carteira Profissional	Estado Civil		
2005009209150 SSPCE CE	4649717302	1-CASADO		
Endereço	R R SANTA MARGARIDA DO PICI 21 PICI FORTALEZA-CE CEP:60511760			
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
986974946		MARIA DE FATIMA DOS SANTOS SOUZA	5/L	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	116300-RECEPCAO EMG ADULTO		
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
12/12/2017	13:56		
Médico Atendente	734403 RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA		Clinica
			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante	734403 RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA		Tipo Atendimento
			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	FEDERACAO NACIONAL DOS TRABAL COOPERADOS
22-HAPVIDA MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
8030000122004022		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
RPA - RECUPERACAO POS ANESTESICA	223 LEITO UTI SEMI INTENSIVA	01	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
31286748	99996666	C55915783	INTERNACAO
31286748	30720095	C55915783	FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COTOVELO-PUNHO) - TRATAMENTO CIRURGICO
31286748	30732026	C55918551	ENXERTO OSSEO
31286748	30721237	C55918671	REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO
65456456	32030100	I83035105	RAIOX ANTEBRACO
43552549	34010025	C56026616	TC DAS ARTICULACOES (EXT CLA-OMB-COT-PUN-SAC-FEM-JOE- PES)
43552549	34010025	C56069789	TC DAS ARTICULACOES (EXT CLA-OMB-COT-PUN-SAC-FEM-JOE- PES)
43552474	30718058	C56177824	FRATURA (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - TRATAMENTO CIRURGICO
43552474	30732026	C56177752	ENXERTO OSSEO
43552474	30717167	C56177679	TRANSFERENCIAS MUSCULARES AO NIVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRURGICO



RECEITUÁRIO

Nome:

Helio dos Santos Sousa

BE/Prontuário:

AD + HAPUIDA

Pacientes vítimas de Acidente

Motorociclístico que sofreu Fraturas

nos Membros Superiores:

* Fraturas do Antebraço (D) + Ulna proximal (D) + Fr. do Coracóide (E) + Fr. do Ulna proximal (E)

** Noetema Traumatismo em Acidente

Dr. José Maria Sampaio
Cirurgia Maxilo Facial
CRO: 3166

Data: 11/12/2017

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

NA 000.903 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).



RECEITUÁRIO

Nome: Hélio dos Santos Souza BE/Prontuário: 5541

DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para os devidos fins que o paciente supracitado de RG de nº 20050092091 está no Hospital Dr. José Frota por acidente motociclístico desde o dia 10/12/2017. Apresenta fraturas em ambos os membros superiores. Necessita de cirurgia para correção.

Data: 11/12/2017

Dr. Claudio José da Silva
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.803 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148x210).

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 22 MAR 2018
Nome: _____

SINISTRO 3180149670 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA HELIO DOS SANTOS SOUZA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO HELIO DOS SANTOS SOUZA

CPF/CNPJ: 04649717302

Posição em 12-12-2018 10:20:20

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/05/2018	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50