

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

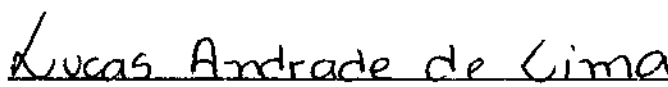
OUTORGANTE	LUCAS ANDRADE DE LIMA		
Nacionalidade	BRASILEIRO (a)	Natural	CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	05819908121 DETRAN-CE
Profissão	AGENTE DE TRANSITO	CPF nº	056.256.783-67
Endereço	RUA GENERAL MUNIZ ARAGAO, 1058		
Bairro	BARRA DO CEARA	CEP	60.332-660
Município/UF	FORTALEZA / CE		

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103 e **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO** brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua São Paulo – nº 32 – 10º Andar – Salas 1003/1004 – Bairro Centro – CEP: 60.030-100 – Fortaleza/CE, Tel.: (85)999638013/ (85)988530069/ (85)98636-3030/(85)30220470. E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como realizar endosso em cheque nominal emitido em nome do outorgante, destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

FORTALEZA - CE

29 de outubro de 2015



 OUTORGANTE

RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 10º ANDAR - SALAS 1003/1004 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - FORTALEZA/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 99963-8013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

OUTORGANTE	LUCAS ANDRADE DE LIMA		
Nacionalidade	BRASILEIRO (a)	Natural	CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	05819908121 DETRAN-CE
Profissão	AGENTE DE TRANSITO	CPF nº	056.256.783-67
Endereço	RUA GENERAL MUNIZ ARAGAO, 1058		
Bairro	BARRA DO CEARA	CEP	60.332-660
Município UF	FORTALEZA / CE		

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

FORTALEZA - CE

29 de outubro de 2015


 DECLARANTE

RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 10º ANDAR - SALAS 1003/1004 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - FORTALEZA/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 99963-8013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3930

E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br marceiobrandao@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, LUCAS ANDRADE DE LIMA, BRASILEIRO(A),
SOLTEIRO, AGENTE DE TRANSITO, PORTADOR DO RG Nº
05819908121 DETRAN-CE, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 056.256.783-67, RESIDENTE E
DOMICILIADO(A) NO ENDEREÇO RUA GENERAL MUNIZ ARAGAO, 1058,
BARRA DO CEARA NA CIDADE DE FORTALEZA / CE. DECLARO PARA TODOS

OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELOS DRS. **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**,
BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, E **MARCELO PEREIRA
BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103 E **THIAGO
SABOYA PIRES DE CASTRO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº
24.156, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL PARA RECEBER INTIMAÇÕES NA RUA SÃO PAULO – Nº 32 – 10º
ANDAR – SALAS 1003/1004 – BAIRRO CENTRO – CEP: 60.030-100 – FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS
NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO
SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, **ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE
POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO JUDICIAL, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.**

DESTA FORMA, **ISENTO O ESCRITÓRIO SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS**, REPRESENTADO ATRAVÉS DOS
ADVOGADOS **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB
O Nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-
CE SOB O Nº 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA
OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA SÃO PAULO – Nº 32 – 10º ANDAR – SALAS
1003/1004 – BAIRRO CENTRO – CEP: 60.030-100 – FORTALEZA/CE, **DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA
(CÍVEL, CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE TANGE A AUTENTICIDADE,
LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS DOCUMENTOS E/OU DADOS) E VERACIDADE DOS
FATOS NARRADOS E DESCRITOS EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS
RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.**

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

CIENTE DE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO DA VALIDADE DE MENCIONADO DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O
QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

FORTALEZA - CE, 29 de outubro de 2015.

➤ Lucas Andrade de Lima
DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 10º ANDAR - SALAS 1003/1004 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - FORTALEZA/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 99963-8013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
		DOCT/RENDA/0/000.DANOS W 2008010134910 SEP CE	
NOME LUCCAS ANDRADE DE LIMA		CIT 056.256.783-67 DIA DO NASCIMENTO 31/10/1994	
RAÇÃO FRANCISCO MARLONTO CASTRO DE LIMA ERIVANE ANDRADE OLIVEIRA		PROFISSÃO ACC CAUSA AB	
Nº RENOVADO 05819908121		VALIDADE 08/11/2017 TRANSACÇÃO 08/07/2013	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;			
Assinatura do Titular 			
LOCAL FORTALEZA, CE		DIA EMISSÃO 14/07/2014	
ASSINATURA DO TITULAR 		88184488387 CE142714739	
DETRAN - CE (CEARA)			



005452052

IDENTIFICAÇÃO

Nome: **OTMAR SOUSA CARDOSO**

Endereço: **RU GAL MUNIZ ARAGÃO, 1058, BARRA DO CEARÁ**

Cidade: **FORTALEZA**

CEP: **60332-680**

Telefone:

Cidade:

Estado:

Conta: **001** Valor: **0-11** Parcelas: **0306** Valor: **0671** Valor: **0000**

CONDIÇÃO

Referência: **001** Amortização: **000** Saldo: **000** Parcelas: **000**

INFORMAÇÕES DE CREDENCIAMENTO

Serviço: **ABR/2015** Valor: **769** Valor: **796** Valor: **29** Valor: **28**

DADOS

Validade: **25/04/2015** Exatidão: **25/04/2015** Valor: **217284**

Validade: **26/03/2015** Próxima Validade: **26/05/2015** Valor: **217284**

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: **03/2015**

Gr. de Contaminação	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Ischaetobacillus
Clorados	537	537	127	537	537
Amplificados	583	583	583	583	583
Amplificados	582	578	580	582	582

GERAÇÃO DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PARA DEBATE SUA PONTUALIDADE, ÁGUA TRATADA E SAÚDE. RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)

DETALHAMENTO DE VALORES

	Valor (R\$)	DETALHAMENTO DE VALORES
ÁGUA	85,13	ABR/14 14 11
ESGOTO	71,59	MAR/14 11 11
		JAN/14 27 21
		DEZ/14 21 19
		AGO/14 26 20
		SET/14 26 20
		OUT/14 25 20
		NOV/14 23 18
		DEZ/14 26 20
		JAN/15 32 23
		FEV/15 31 23
		MAR/15 27 21

TÍTULOS DE SERVIÇOS E PAGAMENTOS

VALORES

Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	1,60	VALOR DO SERVIÇO	166,72
COFINS	7,96	VALOR DO SUBSÍDIO	0,00
		VALOR TOTAL A PAGAR	166,72

DATA DE

VALIDADE DE

TOTAL A PAGAR DE

04/2015

12/05/2015

166,72



É obrigação do usuário manter este documento armazenado junto à Cagece, conforme exigência das Agências Reguladoras.

Para mais informações, consulte o site www.cagece.com.br ou no endereço: Cagece, S/N, 1711, de 8h às 17h e 17h às 17h. Endereço eletrônico: atendimento@cagece.com.br

Entidades Reguladoras: FORTALEZA: ACPOR - Agência de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 60000-000 - Fortaleza. Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará 60000-000.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 5692 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRANSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **21/05/2015 08:37:36**
 Data / Hora da Ocorrência : **19/05/2015 05:15:00**
 Endereço da Ocorrência: **ROD BR 116 KM 02**
RODOVIA FEDERAL
NI FORTALEZA /CE
 Ponto de Referência: **NI**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUCAS ANDRADE LIMA**
 Nascimento : **31/10/1994**
 CNH: **05819908121** Órgão Emissor: **DT UF: CE - CPF:**
 Filiação: **FRANCISCO MARLONIO CASTRO DE LIMA**
FRIVANE ANDRADE OLIVEIRA
 Endereço: **R GENERAL MUNIZ ARAGÃO 1053 CASA**
BARRA DO CEARÁ
FORTALEZA CE BRASIL Telefone: **85428706**

Histórico

O noticiante comunica que seu amigo **LUCAS ANDRADE LIMA** sofreu um acidente de trânsito na data e endereço acima, devido a pista conter óleo, o que fez a moto de marca **Honda CG 150 FAN**, ano **2010**, placa **NUP 7814/CE** derrapar, resultando em lesões corporais a vítima e danos a moto. E para constar lavrou o presente termo.

Noticiante(s)

Nome : **ANTONIO MARCIO DO NASCIMENTO MACIEL**
 Endereço : **AV DOM ALMEIDA LUSTOSA 3651**
 Bairro : **JUREMA**
 Município/UF : **CAUCAIA CE BRASIL** Telefone: **32947854**

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA AUXILIADORA SABÓIA FIGUEIREDO - MAT.: 133979-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

VISTO DO DELEGADO(A) : **AROLD MENDES ANTUNES - MAT.: 08274819**



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

19/05/2015 06:15:32

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
3708230	LUCAS ANDRADE DE LIMA	M	31/10/1994	20
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	5525678367			
Endereço				
R MUNIZ ARAGA GENERAL, 1058 - B CEARA, FORTALEZA(CE) CEP 60332660				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
88049874				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	CONSORCIO VIA LIVRE FORTALEZA		
22 RAPVIDA	7 PLANO EMP VIDA VIP APARTAMENTO -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
99181000059002014			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG		
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
19/05/2015	06:14		8 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente	Clínica		8-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

LEDA DE MOTO

SEM ENQUILMAMENTO

1. MARCHA E TAMBEM

AO, LX

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

Felipe Alves P. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 123456-789 510 693-87

R4310RA - GUILHERME OLIVEIRA SILVA

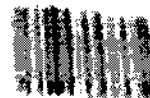
CONFERE O PRONTUÁRIO

Márcia Silva



FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

ASSISTENTE
29875523



CONTUÁRIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL PROIBIDO SER RETIRADO DESEMPREGADO

Nome do Paciente

6230 LUCAS ANDRADE DE LIMA

Sexo

M

Nascimento

21/10/1984

IDADE

28

CPF

0626878367

Endereço Profissional

Estado Civil

Endereço

VILA ARAGA GENERAL, 1058 - B CEARA, FORTALEZA(CE) CEP 05112010

Telefone Residencial

85049874

Telefone Trabalho

DADOS DO CONVENIO

Convênio

CONSORCIO VIA LIVRE FORTALEZA

Plano

7 PLANO EMP VIDA VSP APARTAMENTO

COLETO

Categoria

Validade

9797000088003014

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

1000-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data

18/03/2018

Hora

08:15

Matrícula

Tipo Atendimento

1 CONSULTA E EXPLORACAO

Médico Atendente

Exatidão

40 SURTELA

Médico Acompanhante

Peso (Kg)

Temperatura (°C)

CALIBRO / ASSINATURA MÉDICO

**FICHA DE REGISTRO AMBULATORIAL**

fls. 19

ANTONIO
PRUDENTE

Paciente: LUCAS ANDRADE DE LIMA
Médico: BRUNO DE BRITO BOTELHO
Convenio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Idade: 20

Data: 19/05/15 07:10

Atendimento
Prontuario

29875511

3708230

867965339 - 32040059 - Rx Coxa (Membros Inferiore 867965347 32050038 - Rx Torax P.A

(Handwritten signature)

Prescrição Médica N° 6786760

1- TRAMAL (50.0mg/ml)	100mg	2 ML 100 ml	Agora	EV	CRM-11433
Soro Fisiologico 0,9%					
2- DRAMIN B6 DL (1.0/mi)	10ml	100 ml	Agora	EV	CRM-11433
Soro Fisiologico 0,9%					
3- DÍPIRONA (500.0mg/ml)	1000mg	2 ML 18 ml	Agora	EV	CRM-11433
Água Destilada					
4- PROFENID IV (100.0mg)	100mg	1 FRAP 100 ml	Agora	EV	CRM-11433
Soro Fisiologico 0,9%					

R3001

BRUNO DE BRITO BOTELHO

19/05/2015 07:11

192.85.4.34

Dr Bruno B Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 9329 TEOT 11433

Carimbo / Assinatura profissional

BRUNO DE BRITO BOTELHO

Médico(a)

CRM-11433

Impresso por: BRUNO DE BRITO BOTELHO

Em: 19/05/2015 07:11

CONFERE O PRONTUÁRIO

(Handwritten signature)



FICHA DE REGISTRO AMBULATORIAL

Paciente: LUCAS ANDRADE DE LIMA

Idade: 20

Médico: FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA

Data: 19/05/15 06:23

Convenio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA



Atendimento
Prontuario

29875511

3708230

ANAMNESE

Queda De Moto...Dor Em Região Do Quadril Direito + Coxa Direita + Joelho Direito...Ferimento Superficial Em Joelho Direito
Cd: Solicito Radiografias

Exames Físico

Peso(Kg):

Temperatura(°C):

Exames/Procedimentos Solicitados

- 32020015 - Rx Coluna Cervical:A.P.-La	- 32050038 - Rx Torax P.A
- 32040016 - Rx Bacia (Membros Inferior	- 32040059 - Rx Coxa (Membros Inferiore
- 32040067 - Rx Joelho: A.P. - Lateral	867965290 - 32040067 - Rx Joelho: A.P. - Lateral
867965312 - 32020015 - Rx Coluna Cervical:A.P.-La	867965320 - 32040016 - Rx Bacia (Membros Inferior

Evolução Médica

Paciente Em Observacao

R3001

LEANDRO GOMES FORTE

17/08/2015 17:06

10.1.22.139

CLASSIFICACAO DE RISCO AZUL

Carimbo / Assinatura profissional

FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA

Médico(a)

CRM-12845

Impresso por: LEANDRO GOMES FORTE

Em: 17/08/2015 17:06

CONFERE O ORIGINAL
Maier 1128
Assinatura

FICHA DE ATENDIMENTO DE PACIENTE:

Empresa.: 19151 VIDA IMAGEM FORTAL
 Setor.: 162000 RAOX - HAP FORTALEZA
 Endereço.: AV AGUANAMBI, 1827 FATMA 60.000-000

LUCAS ANDRADE DE LIMA

Pedido: 11344963
 Data do Pedido: 19/05/15
 Data / Hora: 19/05/15 06:32:38

fls. 21

Atendimento: 29875511 Data: 19/05/2015 Operado IANNY
 Paciente: 3708230 LUCAS ANDRADE DE LIMA Idade: 20 ano(s) Sexo: M
 Nascimento: 31/10/1994 Telefone: 88049674
 Endereço: R. MUNIZ ARAGA GENERAL, 1058 B CEARA CEP: 60.332-266

Queixa Principal: ACIDENTE DE MOTO

Convenio: HAPVIDA Paciente: EXTERNO
 Plano Convênio: PLANO EMP VIDA VIP APARTAMENTO
 No. Carteira: 99181000059002014 Motivo: EMERGENCIA

Exames Solicitados	Guia	Medico Solicitante	Senha	Qt	VI Unit	VI Total
--------------------	------	--------------------	-------	----	---------	----------

32040067 RX JOELHO: A.P. - LATERAL - LADO DIREITO

18837430	FELIPE VERAS	867965290	1	0.00	0.00
----------	--------------	-----------	---	------	------



2987551121

ACIDENTE DE MOTO

32020015 RX COLUNA CERVICAL: A.P. - LAT-T.O. OU FLEXAO

18837430	FELIPE VERAS	867965312	1	0.00	0.00
----------	--------------	-----------	---	------	------



2987551122

ACIDENTE DE MOTO

32060038 RX TORAX P.A.

18837430	FELIPE VERAS	867965347	1	0.00	0.00
----------	--------------	-----------	---	------	------



2987551125

ACIDENTE DE MOTO

32040059 RX COXA (MEMBROS INFERIORES) - LADO DIREITO

18837430	FELIPE VERAS	867965339	1	0.00	0.00
----------	--------------	-----------	---	------	------



2987551124

ACIDENTE DE MOTO

32040016 RX BACIA (MEMBROS INFERIORES)

18837430	FELIPE VERAS	867965320	1	0.00	0.00
----------	--------------	-----------	---	------	------



2987551123

ACIDENTE DE MOTO

Quantidade Total de Exames Solicita

5 Valor TI de Exames Solicitados: 0.00

Telefone 3277-4129

Observações:

Ligar após 1 dia útil para 3277-4129. Hor. de atend. 2ª a 6ª das 07:30 às 18:30. O exame só será entregue com a ficha de atend. ou doc. do usuário. Rua João Lobo Filho S/N.

R7920R



ATESTADO MÉDICO

Ato que atendi nesta data o(a) Sr(a) **LUCAS ANDRADE DE LIMA** às 09:40 hs.
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 15 (**QUINZE**) dias,
a partir de 19/05/2015, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

1909

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

BRUNO DE BRITO BOTELHO

CFRM 11433

Aceito e Colocação do CID. Assinado **us**

Código de Autenticação : 5PQJ55A8F1K0

Solomon de Brito : 19/05/2016 08:12:39

Início de Atendimento : 19/05/2015 09:23:19

Post do Atendimento: 12/05/2015 09:40:17

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMO

Nome Completo BRUNO DE BRITO MOUTILHO

1ª Via entregue na Farmácia ou Droguaria
2ª Via entregue no Paciente

CRM 11433 UF CE
AV AQUILAARABI 1827 FATIMA BOCORUA TM 3277-4000

Cidade FORTALEZA

UF CE

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: LUCAS ANDRADE DE LIMA

Endereço: R. MARIZ ARAUJA GOMES, 1066 B. CEARA FORTALEZA CE 60220-000

CPE: 883837357

Nº Carteira Convênio: 8818100000000014

2 Prescrição: RINOLACINA SPRAY 01 VO
- USAR NAS ESCORRIMENTOS 2 VEZES AO DIA

2 PLANCON AEROSO 01 CX
- TOMAR O COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS (10 DIAS)

2 LÍQUOR 01 CX
- 10 HORAS DE TIVER DOA
COMPRIMA DE ORO DE 15 MINUTOS 3 VEZES AO DIA

Data: 18/03/2016

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Orgão Emissor:

Endereço:

Cidade: UF

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FARMACIA

Assinatura do Farmacêutico Data:

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMO

Nome Completo BRUNO DE BRITO MOUTILHO

1ª Via entregue na Farmácia ou Droguaria
2ª Via entregue no Paciente

CRM 11433 UF CE
AV AQUILAARABI 1827 FATIMA BOCORUA TM 3277-4000

Cidade FORTALEZA

UF CE

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: LUCAS ANDRADE DE LIMA

Endereço: R. MARIZ ARAUJA GOMES, 1066 B. CEARA FORTALEZA CE 60220-000

CPE: 883837357

Nº Carteira Convênio: 8818100000000014

2 Prescrição: RINOLACINA SPRAY 01 VO
- USAR NAS ESCORRIMENTOS 2 VEZES AO DIA

2 PLANCON AEROSO 01 CX
- TOMAR O COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS (10 DIAS)

2 LÍQUOR 01 CX
- 10 HORAS DE TIVER DOA
COMPRIMA DE ORO DE 15 MINUTOS 3 VEZES AO DIA

Data: 18/03/2016

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Orgão Emissor:

Endereço:

Cidade: UF

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FARMACIA

Assinatura do Farmacêutico Data:

FICHA DE REGISTRO DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL



ANTONIO
PRUDENTE

Paciente: LUCAS ANDRADE DE LIMA

Idade: 20

Médico: FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA

Data: 19/05/15 06:23

Convenio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Carteira: 99181000059002014

Prontuario

3708230

Atendimento

29875511

Peso(Kg):

Temperatura(°C):

Pressão:

Acomodação

SALA DE MEDICACAO / REPOUSO

Leit.

4

Data Hora Entrada

19/05/2015 07:13

Data Hora Saída

19/05/2015 10:08

- | | | | | | |
|---|-----------------------|---------|--------|-------|----|
| 1 | TRAMAL (50.0mg/ml) | 100 mg | 2 ML | Agora | EV |
| | Soro Fisiologico 0,9% | | 100 ml | | |
| | 37.13 | | | | |
| 2 | DRAMIN B6 DL (1.0/ml) | 10 ml | | Agora | EV |
| | Soro Fisiologico 0,9% | | 100 ml | | |
| | 37.13 | | | | |
| 3 | DIPIRONA (500.0mg/ml) | 1000 mg | 2 ML | Agora | EV |
| | Agua Destilada | | 18 ml | | |
| | 37.13 | | | | |
| 4 | PROFENID IV (100.0mg) | 100 mg | 1 FRAP | Agora | EV |
| | Soro Fisiologico 0,9% | | 100 ml | | |
| | 37.13 | | | | |

DIPIRONA

- | | | | |
|--------------------------------------|---|---------------------------------|---|
| DIPIRONA 1 G AMPL 2 ML | 1 | LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA | 1 |
| ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML | 5 | TRAMAL 100MG AMPL 2 ML | 1 |
| SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML | 1 | | |
| AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD | 1 | | |
| AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD | 1 | | |
| AGUA DESTILADA 20ML AMPL 20 ML | 1 | | |

DRAMIN B6 DL

- | | |
|---|---|
| DRAMIN B6 DL IV AMPL 10 ML | 1 |
| SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML | 1 |
| ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML | 5 |
| AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD | 1 |
| SORO FISIOLÓGICO 0,9% 125ML TUBO 100 ML | 1 |

PROFENID IV

- | | |
|---|----|
| LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA | 1 |
| SORO FISIOLÓGICO 0,9% 125ML TUBO 100 ML | 1 |
| PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD | 1 |
| ALGODAO HIDROFILO - 500 GR | 2 |
| AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD | 1 |
| SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML | 1 |
| ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML | 10 |

TRAMAL

- | | |
|---|----|
| EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD | 1 |
| AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD | 1 |
| SCALP BUTTERFLY N-21 - 1 UD | 1 |
| SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML | 1 |
| ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML | 10 |
| TAMPA CONE LUER - 1 UD | 1 |
| ESPARADRAPO TUBO 450 CM | 15 |
| ALGODAO HIDROFILO - 500 GR | 6 |
| SORO FISIOLÓGICO 0,9% 125ML TUBO 100 ML | 1 |

Outras Anotações

Assinatura do auxiliar de Enfermagem

FERNANDA NAGELA DE LIMA DOS SANTOS
Enfermeira(o)

Impresso por: FERNANDA NAGELA DE LIMA Em: 21/05/2015 15:15

R3001_EVOL

FERNANDA NAGELA DE LIMA DOS SANTOS 21/05/2015 15:15

10.1.22.98

CONFERE O PRONTUÁRIO

Início do conteúdo

Acompanhe o processo de indenização

[voltar](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.

[nova consulta](#)

SINISTRO 3150586875 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUCAS ANDRADE DE LIMA,
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Companhia Mutual de Seguro
BENEFICIÁRIO LUCAS ANDRADE DE LIMA
CPF/CNPJ: 05625678367

Posição em 29-10-2015 14:12:26

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 843,75

Data de liberação do pagamento: 30/10/2015

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data da liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
30/10/2015	R\$ 843,75 /	R\$ 0,00	R\$ 843,75