

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: MAYCON GONÇALVES DE OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AGRICULTOR, portador da cédula de identidade Registro Geral n.º 2008009303193, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 070.969.553-56, residente e domiciliado na RUA CACIMBO, 163 - ILHA TRAIRI / CEARÁ - CEP. 62.690.000

OUTORGADOS: ADRIANO FERNANDES PINHEIRO, OAB/CE 22.161 e NEIO LÚCIO FERRAZ PASSES, OAB/CE 30.495, ambos com endereço profissional à Rua Padre José Romualdo, n.º 206, Trairi/CE, CEP: 62.690-000.

PODERES OUTORGADOS: Por este instrumento particular de **PROCURAÇÃO**, o(a) outorgante firmatário(a), confere aos advogados outorgados poderes para representá-lo(a) perante qualquer Órgão da Administração Pública (direta e/ou indireta) ou Entidade de Direito Privado ou Órgão Judicial, de qualquer instância, para com as cláusulas "ad judicium" e "extra" propor ações e/ou delas variar, transigir, ser citado, receber intimação, oferecer defesa, direta ou indireta, tais como exceção de suspeição, impedimento ou incompetência, em qualquer instância, interpor recursos judiciais, reconvir, protestar, interpelar, reclamar, requerer assistência do Ministério Público, bem como levantar alvarás judiciais.

CLÁUSULA ESPECIAL: O(a) Outorgante, nesta oportunidade, se responsabiliza pela legalidade, idoneidade e veracidade de todos os documentos e informações que serão fornecidos aos outorgados para anexarem nas petições, objeto do presente instrumento de outorga.

Trairi/CE, 01 de MAIO de 2018 (2018)

→ maycon goncalves de oliveira
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, MAYCON GONÇALVES DE OLIVEIRA,
 brasileira(o), profissão AGRICULTOR, estado civil
SOLTEIRO, portador(a) da Cédula de Identidade n.º
2008009303193, inscrita(o) no CPF sob o n.
 _____, residente e domiciliado(a) na
 Rua/Avenida/Localidade RUA CACIMBO, 163 - ILHA - TRAIRI /
CEARA. CEP: 62690000 -

_____, declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção. Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Trairi - CE, 01 de M A I O 2018 (2018)

-1 maycon goncalves de oliveira
 DECLARANTE





Nº de Inscrição:

49261304



Cagece



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Cidadania

DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCO SILVA LIMEIRA

End. Leitura: RU CACIMBAO, 163, ILHA

Cidade: TRAIRI

CEP: 62.690-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP: 60.000-000

Local: 085

Setor: 001

Quadra: 166

Lote: 0090

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A07F267972	8	10	2	1

DATAS

Leitura Atual: 07/02/2017

Emissão: 21/02/2017

Lacre Água: A07F267972

Leitura Anterior: 09/01/2017

Próxima Leitura: 09/03/2017

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DE AGUA DISTRIBUIDA REFERENTE A: 02/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	16	16	10	16	16
Analisadas	18	18	18	18	18
Em conformidade	18	17	15	17	18

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 8 M3 | META: 10 M3.

AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE. AGUA TRATADA E SAUDE.

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	
		Mês/Ano	Água (m³) Esgoto (m³)
AGUA	19,60	0000	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,34	0000	0
MULTA DE 2%	0,67	0000	0
		0000	0
		0000	0
		0000	0
		0000	0
		0000	0
		0000	0
		0000	0
		11/2016	1 0
		12/2016	2 0
		01/2017	3 0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,19	Valor do Serviço	38,91
COFINS	0,96	Subsídio(-)	18,30
		Total de Serviço	20,61
MÊS/ANO	02/2017	VENCIMENTO	07/03/2017
		TOTAL A PAGAR (R\$)	20,61

COMO PAGAR A FATURA

Bancos: Bradesco, BNBS, Itaú, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outras: Pagfácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

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

Ativar ou alterar informações pelo telefone: 0800 275 0195. Entidades Reguladoras Fortaleza: ACFOR - Autarquia de



MP FAT_CLIENTE_201702_41.FIC

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MAYCON GONÇALVES DE OLIVEIRARG nº 2008009303193, data de expedição 23/12/2008 Órgão SSP/CE,CPF nº 07096955356, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RU CACIMBÃO</u>
Número	<u>163</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ILHA</u>
Cidade	<u>TRAIRI</u>
Estado	<u>CEARÁ</u>
CEP	<u>62690006</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 996761388</u>
E-mail	<u>ADRIANO PINHEIRO.ADV@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: TRAIRI-CE - 03.05.2017Assinatura do Declarante: MAYCON GONÇALVES DE OLIVEIRA

ATO DECLARATÓRIO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Eu, MAYCON GONÇALVES DE OLIVEIRA, brasileiro(a),
SOLTEIRO, AGRICULTOR, RG 2008009303193,
 CPF 070.969.553-56, residente e domiciliado(a) na (Rua, Avenida, Localidade)
RUCACIMBAO, 163 - ILHA TRAIRI CEARÁ / CEP. 62.690.000

declaro para os devidos fins e sob as penas da lei, visando realizar a simples prova das lesões e do dano físico decorrentes de acidente automobilístico, perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT - S/A, em acatamento ao que determina o art. 5º da Lei Federal 6.194/74, que fui vítima de acidente automobilístico quando PILOTAVA A MOTOCICLETA YAMAHA / FACTOR VBR 125 K,
 (marca/modelo), HRK 1991 (placa), PRETA (cor), 2008/2009 (ano de fabricação/modelo)
PARTICULAR (categoria) 9C6KE122090037539 (chassi) de propriedade do

Sr.(a) AIRLES WEYDE OLIVEIRA LIMA

Declaro ainda que, o acidente ocorreu por volta das 02:00:00, no dia 11/02/2017, no seguinte endereço/localidade: AV. CESAL CALS, S/N - CENTRO TRAIRI / CEARÁ
CEP. 62.690.000 (EM FRENTE O BASÍLICO)

Obs: PERDA DO EQUILÍBRIO DO VEÍCULO E FUI LANÇADO DE EN-CONTRO AO SOLO.

Na ocasião, sofri as seguintes lesões: PERDA ANATÔMICA E/OU FUNCIONAL COM-PLETA DE UM DOS MEMBROS SUPERIORES (BRAÇO DIREITO) E (BRAÇO ESQUERDO).

Oportunamente, informo que as testemunhas também signatárias, presenciaram e/ou têm conhecimento dos fatos narrados na presente declaração e estão cientes das penalidades constantes no art. 299 do Código Penal.

"Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular."

Caso haja interesse por parte da Seguradora Líder em realizar avaliação complementar da documentação e dos fatos narrados, bem como perícia médica para aferir o grau da lesão física, me encontro à disposição.

TESTEMUNHA 1 - MARIA VANDERLEA DE JESUS SILVA
 RG 2000099182417, CPF 902.539.303-91.

(Assinatura) * Maria Vanderlea de Jesus Silva

TESTEMUNHA 2 - MARIA ROSANGELA GONÇALVES
 RG 2005002038260, CPF 779.891.393-91.

(Assinatura) * Maria Rosângela Gonçalves

* Maycon Gonçalves de Oliveira

DECLARANTE



Lei Federal 6.194/74 "Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. (grifo nosso)



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TRAIRI

FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 11.02.17		Horário: 03:08		Paciente chegou: ☒ Meios próprios ☐ Ambulância	
Paciente: Maycon Gonçalves de Oliveira					
Nome da Mãe: Maria Ivonilde Gonçalves de Oliveira					
Idade: 24a	Sexo: M	Data de Nascimento: 05.05.92		Nº do RG	Telefone
Escolaridade		Cartão do SUS: 898000242514598		Profissão:	
Endereço: Rua Ilha			Bairro:		
Cidade: Trairi	Estado: CE		Recepcionista: [assinatura]		
PA: 1 mmHg	T: °C	Glicemia: mg/dl	P: Kg	Pulso: bpm	SPO ₂ %
História Clínica: POLITRAUMATIZADO VÍTIMA DE ACIDENTE DE CARRO; ALCOOLADO. FRATURA ANTE-BRAÇO DIREITO. FERIDAS ABERTAS NO CORPO. CADERNO. AXILA ESQUERDA E REGIÃO FRONTAL					
Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:			Dr. Felinto Aguiar Filho CRM: 15317		
DESTINO DO PACIENTE			DATA DA SAÍDA		HORA DA SAÍDA
☐ Alta	☐ Transferência	☐ Óbito			
Motivo do Óbito:					
Assinatura do Paciente ou Responsável: Maria Rozângela Gonçalves					



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1- Preencher a ficha em três vias.
2- Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar a 2ª via ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

fls. 20

FICHA DE REFERÊNCIA

Idade de Origem: _____
Município: _____
Município Sanitário: _____
Nome: MAYLON E SILVA ALVES DE OLIVEIRA Prontuário nº: _____
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 15/05/92 Ocupação: _____
Endereço: ALTA JILHA Bairro: TRAIRI-CE Fone: _____
Motivo do Encaminhamento: CONTINUAÇÃO DE TRATAMENTO
Resultado de Exames: SEM ALTERAÇÕES
Medicação já Realizada: PARACETAMOL 500MG
Pressão Diagnóstico: 4 x 1 Dr. Felipe Aguiar Filho CRM: 15317 Data: 11/07/2018 Hora: 13:08
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____ Função _____ Data _____ Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico
Procedimento: _____
Data de referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____/____/____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Data de referência: _____
Município: _____ Prontuário Nº: _____ Data: ____/____/____
Resumo Clínico/Cirúrgico: _____
Resultado de Exames: _____
Diagnóstico Principal: _____ CID.: _____
Secundário 1: _____ CID.: _____
Secundário 2: _____ CID.: _____
Proposta de Conduta para Seguimento: _____
O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com diagnóstico? Sim ☐ Não ☐
Ass. do Encaminhamento e Carimbo _____ Função _____ Data _____ Hora _____

4000

10 = 1617000000

15. mo. Juvenal Gonçalves de Oliveira

Ao.

Ilha

3310212017

Pete. vítima de acidente de moto, apresentando fratura fechada
m antebraço D, altura do punho. lesões abertas sem lesões
mortal e parietal. Realizado sutura. lesões profundo em
região axilar E, feito sutura. Sat = 97% oximétrico, PA = 120x80
FC = 93 bpm. Pete. bastante alcoolizado.



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE REFERÊNCIA

b= 16140003546 fls. 22

- 1- Preencher a ficha em três vias.
- 2- Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar a 2ª via ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade de Origem: _____ Município: _____
Distrito Sanitário: _____
Nome: MAYLON GONÇALVES DE OLIVEIRA Prontuário nº: _____
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 05/05/92 Ocupação: _____
Endereço: Sítio ILHA Bairro: TRAIRI-CE Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: POURTRAVMATIZADO VITIMA

Resultado de Exames: DE ACIDENTE DE MOTO.

Conduta já Realizada: FRATURA ANTE-BRACO DIREITO.

Impressão Diagnóstico: FERIDAS ABERTAS COTO CADERNO.

AXILA ESQUERDA. PRÉTERO FRONTAL
Dr. Felinto Aguiar Filho
CRM: 15.317
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____ Data 11.02.17 Hora 03:08

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____

Unidade de referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Data: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: história de trauma

Resultado de Exames: osteograma

Diagnóstico Principal: fratura CID: _____

Secundário 1: _____ CID: _____

Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: Acrescentar

O problema justificou a referência? Sim ☒ Não ☐ O motivo da referência coincide com diagnóstico? Sim ☒ Não ☐

Dr. José Hernani C. O. Jr.
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM/CE 4920
Ass. do Encaminhamento e Carimbo _____ Função _____ Data _____ Hora _____

DADOS DO PACIENTE									
Prontuário 228984	Atendimento 0001	Nome do Paciente MAYCON GONCALVES DE OLIVEIRA			CNS 898000242514598	Guia de Autorização			
Documento(s) CPF: 070.969.553-56				Estado Civil Solteiro(a)		Sexo Masculino			
Data de Nascimento 05/05/1992		Local TRAIRI/CE				Idade 24 Ano(s)			
Pai AURICELIO TOME OLIVIERA			Mãe MARIA IVONILDE GONCALVES DE OLIVEIRA						
Endereço RUA SITIO ILHA, SN			Bairro ZONA RURAL	CEP 62690-000	Município TRAIRI	UF CE	Telefone 85996924627		
Profissão AUX. DE PEDREIRO		Empresa		Cônjuge					
Responsável MARIA ROSANGELA GONCALVES		CPF do Responsável	Endereço RUA SITIO ILHA, SN			Município TRAIRI	UF CE		

DADOS DO ATENDIMENTO				
Data Atendimento 11/02/2017	Hora 08:53	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento MADELENA MARIA SILVA COUTINHO			CRM/UF 18257/CE	Tipo Atendimento CONSULTA
Indicador de Acidente Trânsito			Funcionário LEILIANE NUNES ALVES	
Observação				

Sala		Data/Hora Liberação		Tipo de Saída	
		às hs.		() Alta () Internação () Óbito	

Sinais Vitais					
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)

Classificação de Risco	
Classificação de Risco: ACOLHIDO	Data e Hora: 11/02/2017 09:18
Responsável pela Classificação: LEILIANE NUNES ALVE	

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

*pac. sofreu queda de no to?
com lesões perfuro-cortantes no couro
cabeleado.
Realizado Sutura da lesões.*

Dra. Madalena Maria Silva Coutinho
EME 18257

*Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
qualquer custo para o paciente ou
qualquer plano de convênio*
HMSVP

Maria Rosângela Gonçalves
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA ROSANGELA GONCAL

MADALENA MARIA SILVA COUTINHO - CRM: 18257

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 228984	Atendimento 0002	Nome do Paciente MAYCON GONCALVES DE OLIVEIRA	CNS 898000242514598	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 070.969.553-56		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 05/05/1992	Local TRAIRI/CE	Idade 24 Ano(s)		
Pai AURICELIO TOME OLIVIERA		Mãe MARIA IVONILDE GONCALVES DE OLIVEIRA		
Endereço RUA SITIO ILHA, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 62690-000	Município TRAIRI	UF CE
Profissão AUX. DE PEDREIRO	Empresa	Cônjuge	Telefone 85996924627	
Responsável MARIA ROSANGELA GONCALVES	CPF do Responsável	Endereço RUA SITIO ILHA, SN	Município TRAIRI	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 11/02/2017	Hora 09:21	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOSE HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR			CRM/UF 4920/CE	Tipo Atendimento CONSULTA
Indicador de Acidente			Funcionário LEILIANE NUNES ALVES	
Observação				

Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
---------------------	----	-----	--

inais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)
				93.1		110x80

Conteúdo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

*do trauma by-pass / trauma tipo de
1º Rx externo o Cap (relato)
ARIA - fratura de
ulna e rádio
solicita bloqueio da
duas no bloqueio da
cirurgia aberta*

Dr. José Hernani C. O. Jr.
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - CE 4920
CPF: 378 930 503-06

Procedimento realizado por
(Sistema Unificado de Saúde) sem
nenhuma das para o paciente ou
qualquer outro convênio

Maria Rosângela Gonçalves
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA ROSANGELA GONCAL

JOSE HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR - CRM: 4920

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 228984	Atendimento 0003	Nome do Paciente MAYCON GONCALVES DE OLIVEIRA	CNS 898000242514598	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 070.969.553-56			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 05/05/1992	Local TRAIRI/CE			Idade 24 Ano(s)
Pai AURICELIO TOME OLMIERRA		Mãe MARIA IVONILDE GONCALVES DE OLIVEIRA		
Endereço RUA SITIO ILHA, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 62690-000	Município TRAIRI	UF CE
Profissão AUX. DE PEDREIRO	Empresa	Cônjuge	Telefone 85996924627	
Responsável MARIA ROSANGELA GONCALVES	CPF do Responsável	Endereço RUA SITIO ILHA, SN	Município TRAIRI	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 11/02/2017	Hora 09:22	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento VALDENOR NEVES FEITOSA JUNIOR	CRM/UF 16999/CE	Tipo Atendimento CONSULTA		
Indicador de Acidente	Funcionário LEILIANE NUNES ALVES			
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às _____ hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito	

Sinais Vitais					
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)	PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

?? vítima de acidente de carro
com capota. PT, na mente,
consciente e orientado. Nega
cefaleia, náuseas e vômitos.
Glasgow 15. Apresenta ferimento
de profundidade.
CD: - Obstrução de vias.
- Análises

Este documento é assinado digitalmente por ADRIANO FERNANDES PINHEIRO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/07/2018 às 18:00, sob o número 01486147220188060001.
Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0148614-72.2018.8.06.0001 e código 39DFC52

Assinatura digitalizada pelo SUS
Sistema Único de Saúde, sem
necessidade de assinatura para o paciente ou
qualquer tipo de convenio

HMSVP

Dr. Waldenor Neves Feitosa
CRM: 16999

VALDENOR NEVES FEITOSA JUNIOR - CRM: 16999

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA ROSANGELA GONCAL



SÃO CAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

RELATÓRIO DE OPERAÇÕES

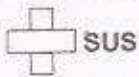
Nome do Paciente Maycon Gonçalves Oliveira
Categoria _____ Idade 24 anos Sexo Masculino Enf. _____ Leito _____
Data da Cirurgia 1/1/ Cirurgião _____
Auxiliar _____ Circulante _____
Diagnóstico Pré-operatório: fratura de pé direito e esquerdo
Cirurgia osteossíntese de pé direito e esquerdo
Diagnóstico Pós-operatório: fratura de pé direito e esquerdo

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

na dorsal
fratura exposta + fratura
na dorsal sobre o
peito e fratura
reduzido a fratura e
fixado com placa e parafusos
reduzido a fratura da
ulna e fixado com placa
parafusos
stb / stb

Dr. José Hernani J. D. Jr.
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - CE 4920
CPF 378.930.503-06

Procedimento assinado pelo SUS
Sistema Único de Saúde, sem
nenhuma outra para o paciente ou
qualquer outro documento
HMS/CE



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 27

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

2 - CNES

2552086

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

4 - CNES

2552086

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

228984

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

898000242514598

8 - DATA DE NASCIMENTO

05.05.1990

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fm. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Maria Guonilde Gonçalves de Oliveira

12 - TELEFONE DE CONTATO

(85) 99692-4827

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Maria Rosângela Gonçalves

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Stio Alha

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Itaici

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2313500

18 - UF

CE

19 - CEP

6269000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pq de Retiro das costas do
intestino

Dr. Arnóbio Avelino da Silva

Diretor Técnico

CRM: 7211 CPF: 685.524.753-91

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco Complicado

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Risco Intestinal

24 - CID 10 PRINCIPAL

S524

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408020423

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11.02.17

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

CPF: 378.750.563-06

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Francisco de Assis Loureiro

Médico Autorizado

CRM: 208.412.563-49

DADOS DO PACIENTE

Nome MAYCON GONCALVES DE OLIVEIRA				Prontuário/Atendimento 228984/0005	
Nascimento 05/05/1992		Local TRAIRI		País Nacionalidade Brasil	
Sexo Masculino		Raza/Cor Parda		Idade 24 Ano(s)	
Documento(s) CPF: 070.989.553-56		Estado Civil Solteiro(a)		Religião	
Endereço RUA SITIO ILHA		Nº SN		CNS 99.8000.242.5145-98	
Bairro ZONA RURAL		Município TRAIRI-CE		CEP 62690-000	
Fone (85)99992-4627		Profissão AUX. DE PEDREIRO		Fone Empresa	
Responsável MARIA ROSANGELA GONCALVES		CPF do Responsável		Fone Responsável	
Endereço Responsável		Cônjugue			
Mãe MARIA IVONILDE GONCALVES DE OLIVEIRA		Pai AURICELIO TOME OLIVIERA			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 11/02/2017 11:14		Quarto/Leito 031-0003		Aposento ENFERMARIA	
Convênio SUS		Matrícula		Clínica CIRURGICA	
Médico JOSE HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR		Autorização		Setor POSTO 2	
CID Principal S52.7 Fraturas múltiplas do antebraço		CID Complementar W99.9 Local ne		Dias 0	
Observação				Guia CRM 4920	
Usuário SY NIA DOURADO DE SOUSA		Procedimento SUS 0408020202 - REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRACO		Sis prenatal	
Data Saída		Hora		Condição da Saída	
				Usuário Saída	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

ITAPIOCA, 11 de fevereiro de 2017.

Assinatura do paciente

Responsável pela Impressão: SYLVANIA DOURADO DE SOUSA

Assinatura do responsável

Procedimento autorizado pelo SUS
Isenção de copypay sem
qualquer tipo de cobrança
HMSVP

FOLHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA

Hospital H.M.S.V.P Clínica Trauma Enf. II Sala 31 Leito 3
Paciente Maxwell Gonçalves de Oliveira Matrícula 228984

Diagnóstico hemorragia e fratura

Moléstias Secundárias _____

Queixa e Duração _____

Dr

História da Moléstia Atual pt de trauma de

deufman

Antecedentes Individuais _____

Antecedentes Hereditários _____

Hábitos _____

Interrogatório sobre Aparelho _____

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum custo para o paciente ou
qualquer tipo de convênio
HMSVP

Alta curado ☐ Alta melhorado ☐ Alta estado inalterado ☐ Alta piorada ☐
Só p/ diagnóstico ☐ Transferido ☐ Alta a pedido ☐ Alta por abandono ☐
Alta tratam. terminado ☐

11.12.17
Data

Hernani C. O. Jr.
Oftalmologista
CE 4920
CPF 378.930.503-06
Assinatura



SÃO CAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapipoca.org.br

fls. 30

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Maycon Gonçalves

mx de acufony

OTIDA

mx em na
recepção

25/3/17

Dr. José Fernando C. G. Jr.
CRM - Otorrinolaringologia
CRM - CE 4920
CPF 378.930.503-06

ITAPIPOCA, ____ de ____ 20__

ASSINATURA E CRM

Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
Tel.: 88 3631.5100

PARA MAYCON GONÇALVES:

- MEXER OS DEDOS ,PUNHO D,COTOVELO D,ANTEBRAÇO D;
- CURATIVO NO LOCAL DA FERIDA CIRURGICA;
- RETIRAR OS PONTOS COM 15DIAS CORTAR UM PONTO E PUXAR O OUTRO PONTO E SE QUEBRAR DEIXAR DENTRO DA FERIDA ;
- REVISÃO NO DIA 25/3/2017 DE MANÃ 07:00
MARCAR NA RECEPÇÃO SEU RETORNO COM NOVO RX DE CONTROLE


Dr. Jose Hernani C. O. Jr.
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - CE 4920
CPF 378.930.503-06



SÃOCAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapipoca.org.br

ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o (a) Sr. (a),

Maycon B. de Oliveira

Compareceu neste hospital no dia de hoje das ____ h às ____ h por motivo de doença, devendo:

() Retornar ao trabalho.

() Ser dispensado no dia de hoje.

☒ Permanecer afastado do trabalho (90 dias) dias a partir de ____.

Observações: _____

CID: 552.7

ITAPIPOCA, 26 de 02 2017

[Assinatura]
Dr. João Hernani C. G. Jr.
CRM - CE 4920
TRAUMATOLOGIA
378 930 503-06

ASSINATURA E CRM

► Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
Tel.: 88 3631.5100



SÃO CAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapipoca.org.br

ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o (a) Sr. (a),

MAYCON FRANCISCA DE OLIVEIRA
Compareceu neste hospital no dia de hoje das ____ h às ____ h por
motivo de doença, devendo:

() Retornar ao trabalho.

() Ser dispensado no dia de hoje.

(☒) Permanecer afastado do trabalho (15) quinze
dias a partir de 11/02/17

Observações: _____

CID: S52.7

ITAPIPOCA 12 de 02 de 2017
Dr. José Hernani C. O. Jr.
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - CE 4920
CPF 378.930.503-06 ASSINATURA E CRM

Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
Tel.: 88 3631.5100



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Receita de Controle Especial

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	
CRM:	UF: CE
Endereço:	
Cidade:	UF: CE
Telefone:	

1ª Via - Retenção da Farmácia
2ª Via - Orientação ao Paciente

Dra. *[Assinatura]*
18/07/2018

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: *[Assinatura]*

Endereço: *[Assinatura]*

Prescrição: *[Assinatura]*

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

DATA: *[Assinatura]*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	
Ident.:	Org. Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
<i>[Assinatura]</i>	
Assinatura do Farmacêutico	Data

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 8932518341

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

SPD I

01 12394445

0000000000 2011

ATILES MEYDE OLIVEIRA LIMA

FORTALEZA - CE

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 8932518341

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ATILES MEYDE OLIVEIRA LIMA

FORTALEZA - CE

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

00428548300

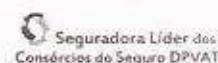
00428548300

00428548300

Seguradora Líder dos Consórcios
MOTOR: 88 Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236459/17
 Vítima: MAYCON GONÇALVES DE OLIVEIRA
 CPF: 070.969.553-56

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 11/02/2017
 Titular do CPF: MAYCON GONÇALVES DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
 Declaração de Inexistência de IML
 Declaração do Proprietário do Veículo
 Documentação médico-hospitalar
 Documentos de identificação
 DUT

MAYCON GONÇALVES DE OLIVEIRA : 070.969.553-56

Autorização de pagamento
 Comprovante de residência

NEIO LUCIO FERRAZ PASSES : 046.960.196-59

Comprovante de residência
 Declaração Circular SUSEP 445/12
 Documentos de identificação
 Procuração

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/06/2017
 Nome: MAYCON GONÇALVES DE OLIVEIRA
 CPF: 070.969.553-56

MAYCON GONÇALVES DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/06/2017
 Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
 CPF: 054.782.373-88

ANDERSSON COSTA SILVA



Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2017

Carta nº: 11264213

A/C: MAYCON GONCALVES DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170338035 ASL-0236459/17
Vítima: MAYCON GONCALVES DE OLIVEIRA
Data Acidente: 11/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Investprev Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

