

Daniel Farias Porto
Advocacia

PROCURAÇÃO
"AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: ISAAC DOS SANTOS DE OLIVEIRA
RG: 2004010202496 SSP _____
CPF: 060.332.843-13
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: Solteiro
Profissão: Estudante
Residente: R. CAMOELA, 156, CASA 03
Cidade: Fortaleza Estado: Ceará CEP: 60.337-380
Telefone: 988 76 78 94

OUTORGADO: DR. DANIEL FARIAS PORTO, brasileiro, divorciado, advogado, OAB-CE nº 20334 e Dra. ALESSANDRA ERIKA MAIA BARROS, solteira, advogada, OAB - CE nº 21113, com escritório na cidade de Fortaleza-Ce, Avenida Santos Dumont, nº 304, Sala 402, Centro, CEP 60160-150 Fone: (85) 30478110.

Pelo presente instrumento particular de **PROCURAÇÃO**, o **outorgante** nomeia e constitui seu bastante procurador o **outorgado**, para o fim especial de agir judicialmente em ação de seu interesse, a fim de defender seus direitos perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ou respondendo ação judicial de **SEGURO DPVAT**, em que o **outorgante** figure em qualquer dos pólos, podendo responder, receber e levantar alvará judicial ou guia de retirada, reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim convier, praticando todos os atos necessários ao satisfatório desempenho deste mandato dando tudo por firme e valioso.

Fortaleza, 30 de MAIO de 2018

Isaac dos Santos de Oliveira

OUTORGANTE



Daniel Farias Porto
Advocacia

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: ISAAC DOS SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 060.332.843-13
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ESTUDANTE

Declaro para os devidos fins que sua atual condição econômica não permite demandarem juízo sem prejuízo do seu sustento próprio e da sua família, pelo que pede os benefícios da justiça gratuita previstos na **Carta Constitucional de 1988**, e mais precisamente, com fulcro no artigo 4º, caput da **Lei 1.060/50** (estabelece normas para a concessão da assistência judiciária aos necessitados), consorciado com o artigo 1º da **Lei 7.115** de 29 de agosto de 1983, indicando para o patrocínio de minha causa o advogado em **PROCURAÇÃO**.

Fortaleza – Ce, 30 de MAIO de 2018

X Isaac dos Santos de Oliveira
DECLARANTE



Daniel Farias Porto
Advocacia

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, ISAAC DOS SANTOS DA OLIVEIRA declaro para os devidos fins de direito, ser responsável (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e juntos ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, em desfavor de qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, exonerando o **Dr. DANIEL FARIAS PORTO** – OAB/CE 20.334 e **Dra. ALESSANDRA ERIKA MAIA BARROS** – OAB/CE 21.113, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza-Ce 30 de MAIO 2018

X Isaac dos Santos de Oliveira

DECLARANTE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	2007010202496	DATA DE EXPEDIÇÃO	30/04/2014
NOME	ISAAC DOS SANTOS DE OLIVEIRA		
FILIAÇÃO	IVAMAR SOTERO DE OLIVEIRA		
	MARIA ZULEIDE DOS SANTOS		
NATURALIDADE	FORTALEZA - CE		
DOC. ORIGEM	DATA DE NASCIMENTO		
	15/01/1999		
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 2 ZONA TERMO: 169158 FOLHA: 208 V			
LIVRO: A-160 FORTALEZA - CE			
CPF 060.332.843-13			
2 VTA	ASSINATURA DO DIRETOR		P.: 1
LEI N° 7.116 DE 29/06/83			



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **525366842**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047.251/0001-70 | CGF 06.105.648-3

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

Esta é a segunda via de
MAI/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
8872162 DV **0**

VENCIMENTO
15/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DADOS DO CLIENTE

Rota 10 01140 02 0294660

Medidor

Poste

Nome MARIA ZULEIDE DOS SANTOS

9789602

0000 A33W

Endereço Postal

End. da Unidade RU CAMELIA 00156 CS 03 CRISTO REDENTOR FORTALEZA
Consumidora 60337380

RG / CPF / CNPJ 423.592.013-87

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 52 36 1 16 0 30

DESCRIÇÃO DA CONTA Quantidade Tarifa Valor (R\$)

ENERGIA 30 0,51365 15,40
CONSUMO

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação Prev. Próxima Leitura
15/05/2018 15/06/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

CC15.0C2A.9FDF.75DD.E59D.F2DB.AE30.E41F

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 8,08
TRANSMISSÃO 0,86
DISTRIBUIÇÃO 4,60
ENCARGOS SETORIAIS 1,23
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 0,63

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,14)

-15,40

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

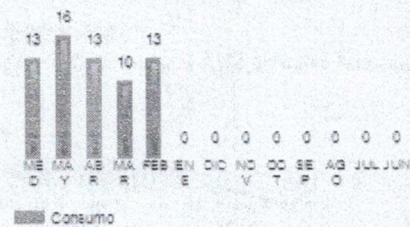
Veja a legenda no verso desta conta, CM: 6,75

Conjunto BARRA DO CEARA

Mês MAR/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,11	6,22	12,45	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,77			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Cliente: 8872162-0 Nº da Nota Fiscal: 525366842 Total a Pagar (R\$): 0,00
Data Emissão: 08/06/2018 Referência: MAI/2018 Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 13

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 6079 / 2017**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **30/11/2017 08:18:05**Data / Hora da Ocorrência: **07/08/2017 18:30:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DR. THEBERGE**Complemento: **C/ AV. FRANCISCO SÁ**Bairro: **CARLITO PAMPLONA**Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **ISAAC DOS SANTOS DE OLIVEIRA**Nascimento: **15/01/1999** CPF: **060.332.843-13**RG: **2007010202496** Orgão Emissor: **SSP**Filiação: **MARIA ZULEIDE DOS SANTOS****IVAMAR SOTERO DE OLIVEIRA**Endereço: **RUA CAMELIA, 156**Bairro: **CRISTO REDENTOR**Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98876-7894****Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **PMX9721** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC2200GR034966** Renavam: **1080786950** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 FAN ESDI** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **DAYANE SANTOS DE OLIVEIRA DA ROCHA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISÃO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS, QUE ISSA DOS SANTOS DE OLIVEIRA (VITIMA) ERA O GARUPEIRO, QUE QUEM PILOTA A MOTO DE PLACA PMX-9721/CE, ERA A SUA IRMÃ CAMILA SANTOS DE OLIVEIRA, POSSUI HABILITAÇÃO CNH Nº 05801293547, CATEGORIA A, DETRAN/CE, QUE TRAFEGAVAM PELA AV. DR. THEBERGE POR A AV. FRANCISCO SÁ, QUANDO UMA MOTO NA CONTRA MÃO DA MOTO QUEM NÃO SABE INFORMAR A PLACA, COLIDIU NA MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FICOU LESIONADO; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E FOI LEVADO PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL DE ANTÔNIO BEZERRA. AFIRMA O DECLARANTE QUE A SUA IRMÃ QUE PILOTAVA A MOTO NÃO FICOU LESIONADA E ESTA PRESENTE EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO. E NADA MAIS DISSE. //

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT. 16008****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Camila Santos de Oliveira



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 6079 / 2017

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT. 01207

*+ Isaac dos Santos de Lima
+ Camila Santos de Oliveira*

[Large handwritten signature]



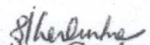
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza prestou atendimento ao Sr. **Isaac dos Santos de Oliveira**, no dia **07/08/2017**, às **20h**, na **Avenida Doutor Theberge c/ Avenida Francisco Sá**, no **Bairro Carlito Pamplona**, vítima de acidente de trânsito.

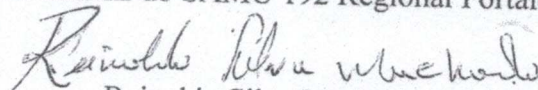
Documento requerido por meio do Processo nº **P925976/2017**.

Fortaleza, 6 de novembro de 2017

Atenciosamente,


Esther Cunha

Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado

Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE ISAAC DOS SANTOS DE OLIVEIRA		DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 134718	Nº DO BE 161543
ADSUS		NASCIMENTO 15/01/1999(18 ANOS)		SEXO M	RAÇA/COR PARDO
NOME MAE MARIA ZULEIDE DOS SANTOS		NOME RESPONSÁVEL NI			
ENDEREÇO RUA CAMELIA 156 CRISTO REDENTOR		MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE	
CONTATO (85)98566-1073		CEP NI			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE		OCORRÊNCIA			
JEIXA		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
COLISÃO MOTO/MOTO: USUARIO TRAZIDO PELO SAMU COM LACERAÇÃO NO DORSO DO PÉ ESQUERDO.		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO			
SINTOMAS COLISÃO MOTO/MOTO: USUARIO TRAZIDO PELO SAMU COM LACERAÇÃO NO DORSO DO PÉ ESQUERDO.		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)			
ESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SINAIS VITAIS	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLICEMIA NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI				
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO RENATO RAFAEL COSTA LIMA			DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 07/08/2017 23:00	
ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO TRAUMA		ÁREA ATENDIMENTO			
HISTÓRIQUESE		ATENDIMENTO MÉDICO			
<i>Point of lesion on p. (F) of exposure tenderness, a fracture and also on no. (F)</i>					
AGNOSTICO		COD. PROCEDIMENTO		CID	
IDT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X _____ () OUTROS					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
MÉDICAMENTO		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES		
<i>I.H. de p. (F) AD/Oxigeno</i> <i>I.H. de m. (F) AD/Oxigeno</i> <i>I.H. de ponto (F) AP/Painel</i> <i>I.H. de injeção (F) AD/Painel</i>		HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL Dra. Ana Cristina de Oliveira Brasil de Araújo Diretora Técnica do Hospital Distrital CPF nº 247.057.643-15 HDEAM - Mat. 22485-1-4			
TIPO DE ALTA/SAÍDA					
DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL DATA E HORA DO ATENDIMENTO					
CARIMBO E ASSINATURA DO MEDICO ESPECIALISTA					

cesso por RENATO RAFAEL COSTA LIMA em 07/08/2017 às 23:07:50

Daniel Ayremoraes Batista
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 13633

isaac dos santos de oliveira

Ch. 10000 pl. Antennae 10000 of 10000
 10000 in 10000



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HDEAM

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Isaac dos Santos de Oliveira

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10320463118147916

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/01/99

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

134710

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria Inez de Santos

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Camelina 156 -

Crista Redentor

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Fort

DDD

85

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

856610

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

CE

15 - UF

CE

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com quadro de insuficiência cardíaca congestiva, em tratamento com medicação adequada, porém com piora dos sintomas, necessitando de internação hospitalar para avaliação e tratamento adequado.

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Dra. Ana Cristina de Oliveira Brasil de Araújo
Diretora Técnica de Apoio Clínico
CPF nº 247.957.843-45
HDEAM - Mat. 22485-1-4

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Insuficiência cardíaca congestiva em tratamento inadequado.

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

Rx - como clínico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO DE 10 DIAS PARA TRATAMENTO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

CLÍNICA

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

01160818213101

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DANIEL AYREMORES BATISTA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07/08/17

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

Daniel Ayremores Batista

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE TRÂNSITO, TRABALHO, TRAJETO)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

38 - SÉRIE

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

12670016727

2314102839832



Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA



DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: <u>Isaac dos Santos de Oliveira</u>		
DATA DA CIRURGIA:	UNIDADE:	LEITO:
CIRURGIÃO: <u>Felipe Rocha</u>	1º AUX.:	2º AUX.:
AUX. CIRCULANTE:	AUX. INSTRUMENTADORA:	
ANESTESISTA:	TIPO DE ANESTESIA:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>fratura Exposta 2º/3º met</u>		
TIPO DE CIRURGIA: <u>Tratamento Cirúrgico fratura do 2º</u>		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:		
EXAMES DURANTE ATO CIRURGICO:		
INTERCORRÊNCIAS DURANTE A CIRURGIA:		

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Dra. Ana Cristhina de Oliveira
Diretora Técnica de APS
CPF nº 247.057.843-19
HDEAM - Mat. 22485-1-4

DESCRIÇÃO

- ① Pct em pp sob Anestesia
- ② Anestesia + Antimansa + Campos
- ③ Visualização de fratura fechada em
- classe do 2º e 3º
- ④ Desbridamento cirúrgico + lavagem
- intensa c/ soro 0,9%
- ⑤ fixação de 2º e 3º metatarsos c/
- 2 fios K 1,5
- ⑥ Sutura + curativo
- ⑦ Tala - Bota

Felipe Almeida Rocha
Cirurgião de Pé e Tornozelo
CRM 12973 TEOT 14167



AGENTES	DUFFO, S. J. 20mg + Gang monomus	CÂNULAS:
TÉCNICAS ANESTÉSICAS	INJUL + SANGUINO	TEMPO GARROTE:
CIRURGIA	EMB. EXISTE PE	PERDA SANGÜÍNEA:
CIRURGIÕES	TELEPE NOCHS	INÍCIO: : h
ANESTESISTAS		TÉRMINO: : h
OBSERVAÇÕES		DURAÇÃO:

HOSPITAL DISTRITAL Dr. EVANDRO AYRES DE MOURA - HDEAM



Prefeitura de
Fortaleza

FICHA DE EVOLUÇÃO DE PACIENTE - FEP

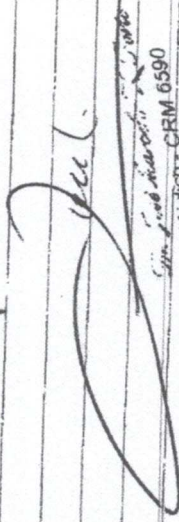
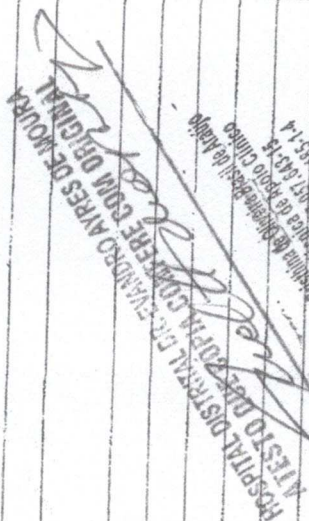
NOME		PRONTUARIO		DATA DO NASCIMENTO	ENFERMARIA	LEITO	DATA DO INTERNAÇÃO	DATA DO INICIO DO TRATAMENTO
DIAGNÓSTICO							OBSERVAÇÕES	
DATA	EVOLUÇÃO							
02/08/17	Point 1/ pontos expulso em pé (E) CD: intacto / limpo mesmo cirurgião + 1/2 de ferimento profundo							
05/08/17	00:30h Realizada limpeza cirúrgica + fixação sem intercorrências CD: Retorno Ao Ambulatório Dr. Felipe Rocha em 02 semanas							
08/08	Dr. P. P. P. Dr. P. P. P. Dr. P. P. P.							

Daniel Ayremoraes Batista
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 13633

Felipe Almeida Rocha
Cirurgia de Pé e Tornozelo
CRM 12973 TEOT 14167

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Dra Ana Cristina de Oliveira Brasil de Araújo
Diretora Técnica de Apoio Clínico
CPF nº 247.057.643-15
HDEAM - Mat. 22435-1-4

		Nome <i>Dr. Evandro de Lima</i>		Enfermaria <i>EE</i>		Leito <i>43</i>		Nº de prontuário <i>134718</i>			
DATA		PRESCRIÇÃO TRAUMATOLOGICA <i>11/08/2017</i>		HORARIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES/RUBRICA					
01	DIETA GERAL (), HAS (), DM () ZERO ()										
02	SCALP										
03	SINAIS VITAIS 6/6Hs										
04	DIPIRONA 2:18 AD EV 6/6Hs SN										
05	PLAMET 2:18 AD EV 8/8Hs SN										
06	TRAMAL 50 +100 ML SF 0,9% EV 8/8Hs SN										
07	CURATIVO.										
<i>Ats. Vapitken</i>											
											
											
SINAIS VITAIS											
		08:00		16:00		22:00		FRILBRIC 			
		PA									
		T									
		R									
		P									
		SPO ²									
		GLICEMIA									
		DIURESE									
		DRENO									
HOSPITAL DISTRITAL Dr EVANDRO AYRES DE MOURA - RUA CÂNDIDO MAIA Nº294 - BAIRRO ANTONIO BEZERRA (85) 3488 32 10 - CEP 6035 - 830											

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
RUA CÂNDIDO MAIA, 294 - ANTÔNIO BEZERRA
FORTALEZA - CEARÁ

1ª VIA - FARMÁCIA
2ª VIA - PACIENTE

PACIENTE: *Isaac dos Santos de Oliveira*
ENDEREÇO: *Rua Cornélio, 156*
PRESCRIÇÃO:

uso oral

① *Pirprofenoxino 500mg* — *oral*
dur 12h, 07 dias

Felipe A. Rocha
Traumatologia e Ortopedia
Clínica de Pé e Tornozelo
CRM 12973 POT 14157

2019/17

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____ Órg. Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____ Data: ____/____/____



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frocinha de Antônio Bezerra



RECEITA

Isaac das Santos da Oliveira

R 150 cm

① Iguape 600g - 01x
01g 12/12h

7

Felipe A. Rocha
Traumatologia e Ortopedia
Clínica de Pé e Tornozelo
CRM 12973 TEOT 14157

2019/12

QUANDO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS.
PREJUDICAM A SAÚDE, PERGUNTE AO SEU MÉDICO

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34883210 CNPJ - 04.885.197/0010-35

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12243088

A/C: ISAAC DO SANTOS DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3170646966
 Vitima: ISAAC DO SANTOS DE OLIVEIRA
 Data do Acidente: 07/08/2017
 Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ISAAC DO SANTOS DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 5.737,50

Banco: 104

Agência: 000001035

Conta: 00000072922-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	5.737,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =

R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =

R\$ 3.375,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT