

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

|                                   |                               |                                             |
|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------|
| Nome: <u>Evaldo Lopes Tavares</u> |                               | Nacionalidade: <u>Brasileira</u>            |
| Estado Civil: <u>Divorciado</u>   | Profissão: <u>Metotaxista</u> | Carteira de Identidade: <u>97002517160</u>  |
| CPF nº: <u>299.625.103-25</u>     | Residência: <u>Rua A, 29</u>  |                                             |
| Bairro: <u>Marquês de Pombal</u>  | Cidade: <u>Maracanaú</u>      | Estado: <u>Ceará</u> CEP: <u>61.905-000</u> |

**OUTORGADO:**

**ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA**, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na Rua Barão do Rio Branco, nº 1782, Altos, Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.025-060, fone: (85) 98225-8282  
e-mail: [KAIRO\\_AKRS@YAHOO.COM.BR](mailto:KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR)

**PODERES:**

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

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

Fortaleza (CE), 12 de 11 de 2018.

x Evaldo Lopes Tavares  
Outorgante

## DECLARAÇÃO

Eu, Evaldo Lopes Tavares,  
brasileiro(a), Divorciado Mototaxista, portador da Carteira de Identidade/RG  
nº 97002517160, e inscrito no CPF/MF sob o nº 299.625.103-25, residente e  
domiciliado na cidade de Maracanaú, estado do Ceará, na Rua  
Rua A, nº 29, declaro para os devidos fins  
que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas  
processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha  
família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fontalva (CE), 12 de 11 de 2.018.

x Evaldo Lopes Tavares

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: **IVALDO LOPES TAVARES**

DDC ENTIDADE / ORG EMISSOR: **97002517160 SSPDC CE**

CPF: **299.625.103-25** DATA NASCIMENTO: **16/12/1963**

FUNÇÃO: **FRANCISCO FERREIRA TAVARES**  
**TEREZA LOPES TAVARES**

Nº REGISTRO: **00439337394**

VALIDADE: **07/01/2019** 1ª HABILITACAO: **17/12/1993**

PERMISSÃO: **AB** CATEGORIA: **AB**

REMARKS: **HAB MOTOTAXISTA;  
EXERCE ATIV REMUNERADA;**

Assinatura do Portador: *Evaldo Lopes Tavares*

LOCAL: **FORTALEZA, CE** DATA EMISSAO: **13/11/2014**

Assinatura do Emissor: *[Assinatura]* 70777441533  
CE136200257

DETRAN CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1029109070

PRIMEIRO PLASTIFICAR  
1029109070





2º Via

Nº de Inscrição:

0061118494

## DADOS DO CLIENTE

Nome: EVALDO LOPES TAVARES

End. Leitura: RU A MARACANAZINHO, 29, PARQUE LUZARDO VIANA

Cidade: MARACANAU

CEP: 61.905-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 146

Setor: 002

Quadra: 0180

Lote: 0226

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    | A14F451192 | 13               | 16            | 3          | 2                    |

## DATAS

Leitura Atual: 19/09/2018

Emissão: 01/10/2018

Lacre Água: 3225854

Leitura Anterior: 20/08/2018

Próxima Leitura: 20/10/2018

Lacre Esgoto: 4000273

## QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 07/2018

| Nº de Amostras  | Cloro | Turbidez | Cor | Coliformes Totais | Escherichia Coli |
|-----------------|-------|----------|-----|-------------------|------------------|
| Exigidas        | 103   | 103      | 030 | 103               | 103              |
| Analisadas      | 111   | 111      | 110 | 110               | 110              |
| Em conformidade | 111   | 105      | 097 | 107               | 110              |

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 3 m³ | META: 10 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

| Descrição | Valor (R\$) | HISTÓRICO DE VOLUME |
|-----------|-------------|---------------------|
| AGUA      | 24,40       | Mês/Ano             |
| ESGOTO    | 19,52       | Água (m³)           |
|           |             | Esgoto (m³)         |
|           |             | SET/2017            |
|           |             | OUT/2017            |
|           |             | NOV/2017            |
|           |             | DEZ/2017            |
|           |             | JAN/2018            |
|           |             | FEV/2018            |
|           |             | MAR/2018            |
|           |             | ABR/2018            |
|           |             | MAI/2018            |
|           |             | JUN/2018            |
|           |             | JUL/2018            |
|           |             | AGO/2018            |

## TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

| Descrição | Valor (R\$) |
|-----------|-------------|
| PIS       | 0,42        |
| COFINS    | 2,09        |

## SUBSÍDIO

| Descrição           | Valor (R\$) |
|---------------------|-------------|
| VALOR DO SERVIÇO    | 68,30       |
| VALOR DO SUBSÍDIO   | 24,38       |
| VALOR TOTAL A PAGAR | 43,92       |

## MÊS/ANO

09/2018

## VENCIMENTO

05/10/2018

## TOTAL A PAGAR (R\$)

43,92

## ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros. 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.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br)

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

## DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0061118494

Código de Responsável:

Mês/Ano: 09/2018

Local: 146

Setor: 2

Quadra: 0180

Lote: 0226

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: MARACANAU

Vencimento: 05/10/2018

Total (R\$): 43,92

82660000000-2 43920009200-5 06111849401-4 02004531025-5



CORRETORA DE SEG. LTDA

01 OUT, 2018

155

CE Nº 013571145959 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

29965110325 SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO  
2017

DATA EMISSÃO  
28/11/2017

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

01 29962510325

PMU6130

RENAVAM

MARCA / MODELO

1020634186

HONDA/CG 150 TITAN EX

ANO FAB

CAT. TARIF

Nº CHASSI

2014

09

9C2KC1660FR010046

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

DATA DE PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

00/00/0000

PROPRIETÁRIO  
LOTE/DOC: 203374/55 - LACRE:  
MOTOR: KC16E6F010046  
CNPJ 08.248.808/0001-04

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

JUN/2017





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 121 - 457 / 2018**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **24/07/2018 11:02:23**  
Data / Hora da Ocorrência: **06/07/2018 13:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CONTORNO NORTE**  
Complemento:  
Bairro: **CONJUNTO TIMBÓ** Município: **MARACANAÚ/CE**  
Ponto de Referência: **ENTRE A RUA 108 E 107**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **EVALDO LOPES TAVARES**  
Nascimento: **16/12/1963** CPF: **299.625.103-25**  
RG: **97002517160** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **TERESA LOPES TAVARES**  
**FRANCISCO FERREIRA TAVARES**  
Endereço: **RUA A, 29 PARQUE LOUSARDO VIAN**  
Bairro: **MARACANANZINHO**  
Município: **MARACANAÚ/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98748-2694**

**Histórico**

Vítima informa que no local, data e hora supra citado estava conduzindo a moto Honda Titan de placa PMU6130 CHASSI 9C2KC1660FR010046 ano 2014/2015 cor vermelha, licenciada em nome de Evaldo Lopes Tavéres, habilitado CNH 1029109070, categoria AB; que estava trafegando normalmente na avenida Contorno Norte quando foi interceptado por um ciclista aparentemente embreagado, momento em que a vítima perdeu o controle da moto e foi lançado ao solo sofrendo lesões. Que após o acidente o declarante foi socorrido pelo SAMU de Maracanaú e conduzido para a UPA da Pajuçara; Que não sabe informar o nome de testemunhas que presenciaram o fato e que não deseja representar criminalmente o ciclista que provocou o acidente; Que deseja apenas ingressar no seguro DPVAT; Que nada mais disse.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**ÁLVARO MANOEL DA SILVA JUNIOR - MAT.: 167919-1-1**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**AURELIO DE ARAUJO PEREIRA - MAT.: 014383-1-x**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**



**Secretaria de Saúde de Maracanaú**  
**S.O.S Maracanaú**

MARACANAÚ-CE, 26 de JULHO de 2018.

**CERTIDÃO NARRATIVA**

Certificamos, em virtude do direito que lhe é conferido por Lei a esta Coordenação, mediante ao requerimento por escrito da parte interessada que, o SOS AMBULÂNCIA de Maracanaú, prestou Atendimento, Extra-hospitalar ao Sr.(a) **EVALDO LOPES TAVARES** CONTATO DO TITULAR OU RESPONSÁVEL: 85 987482694 RG Nº:97002517160 SSPDC CE, filho(a) de FRANCISCO FERREIRA TAVARES e de TEREZA LOPES TAVARES, nascido (a) em 16/12/1963, natural de CANIDÉ-CE.

Residente na RUA: A, Nº 29, BAIRRO: MARACANANZINHO, MARACANAÚ-CE O (a) qual na data de 06/07/2018, por volta das 13:40h, foi vitimado(a) no trânsito (MOTO X BICICLETA).

A vítima foi conduzida ao Hospital. UPA, PAJUÇARA-CE

Em anexo, cópia da Ficha de Registro de Ocorrência de Socorro e Urgência.

RECEBIDO EM: 27/07/18 ÀS: 11 HORAS E 00 MIN.

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: Evaldo Lopes Tavares

PREFEITURA DE MARACANAÚ  
SECRETARIA DA SAÚDE  
Fco. Gessival M. Santos  
COORDENADOR SOS AMBULÂNCIA

**FRANCISCO GESSIVAL MARQUES DOS SANTOS**  
COORDENADOR DO S.O.S MARACANAÚ

SECRETARIA DA SAÚDE – SOS MARACANAÚ  
Hotel Feira Center – Av. I nº 17 - A – Jereissati I – Maracanaú – Ceará – CEP: 60.900-410  
Telefone: 08007270077(85) 3392 8788/3392 8777/3392 8790



CREMEC 19.025



## UPA-PAUCARA

RUA JOÃO HENRIQUE DA SILVA,S/N  
PAUÇARA-MARACANAÚ-CE  
CEP:61932-260 TEL:85-2180-9160

NOME: EVALDO LOPES TAVARES

06/07/18

**LEITO: 04(MACA)**

1ª VIA RETENÇÃO DA OBSERVAÇÃO

2ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA HOSPITALAR (LEGÍVEL E DIGITADA)

CARIMBOS BM 8923 MEDICO

[illegible]

| ITEM | PRESCRIÇÃO/PROCEDIMENTOS                                                   | DIAS/TRATAMENTO | HORÁRIO | OBSERVAÇÃO             | DISPENSA/APRAZA |
|------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------|------------------------|-----------------|
| 1    | DIETA ZERO                                                                 |                 | 4T      |                        |                 |
| 3    | SF 0,9% 1000ML, 14GTS/MIN                                                  |                 | (A) 4T  | Paciente em observação |                 |
| 4    | MANTER COLAR CERVICAL                                                      |                 | ATF     | Atividade de cabeleira |                 |
| 5    | TRAMAL 100MG 1FA+SFO,9% 100ML, EV, 12/12HS                                 |                 | 14      | Aguarda vaga para      |                 |
| 6    | PROFENID 100MG 1FA+SFO,9% 100ML, EV, 12/12HS                               |                 | 30      | 05:15 AT               |                 |
| 7    | O2 ÚMIDO 3L/MIN S/N                                                        |                 | 30      | 08                     |                 |
| 8    | SSV +CCGG                                                                  |                 | 30      | 08                     |                 |
| 9    | RANITIDINA (2:18)AD EV 12/12H                                              |                 | 14      | 03:05 M                |                 |
| 10   | DIPIRONA 1 AMP + 18ML AD.ATÉ 6/6H SE TEMP>37,8°C                           |                 | 14      | 03:05 M                |                 |
| 11   | BROMOPRIDA 2:18 AD EV DE 8/8H SE NAUSEAS OU VÔMITOS                        |                 | 14      | 03:05 M                |                 |
| 12   | GLICEMIA CAPILAR 6/6h                                                      |                 | 14      | 03:05 M                |                 |
| 13   | GLICOSE 50% 4FA EV SE DX<70MG/DL                                           |                 | 14      | 03:05 M                |                 |
| 14   | INS. REGULAR=DX<=200=0U/201-250=066/251-300=08U/301-350=1UU/DX>=351=12U SC |                 | 14      | 03:05 M                |                 |
| 15   | COLOCAR CRL                                                                |                 | 14      | 03:05 M                |                 |
| 16   |                                                                            |                 | 14      | 03:05 M                |                 |
| 17   |                                                                            |                 | 14      | 03:05 M                |                 |
| 18   |                                                                            |                 | 14      | 03:05 M                |                 |

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

# Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 31/08/2018 17:20:45

Por: UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

| REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL                                                                                      |                            |                                              |                                         |                      |                    | DATA/HORA: 06/07/2018 19:47:36 |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------------|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                                                                                                |                            |                                              |                                         |                      |                    |                                |  |
| CNS:                                                                                                                     | NOME: EVALDO LOPES TAVARES |                                              |                                         | Registro: 5570349    |                    |                                |  |
| CPF: 299.625.103-25                                                                                                      | RG: 97002517180            | D. NASC. 18/12/1963                          | ESTADO CIVIL                            | SEXO: M              | RAÇA/COR:          |                                |  |
| NOME DA MÃE: TEREZA LOPES TAVARES                                                                                        |                            |                                              | NOME DO PAI: FRANCISCO FERREIRA TAVARES |                      |                    |                                |  |
| TIPO DE LOGRADOURO: Rua                                                                                                  | ENDEREÇO DO PACIENTE: 115  |                                              | Nº: 491                                 | BAIRRO: ACARACUZINHO |                    |                                |  |
| COMPLEMENTO:                                                                                                             | TELEFONE: 87864330         | MUNICÍPIO: MARACANAU                         | UF: CE                                  | CEP: 61920620        |                    |                                |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL                                                                                             |                            |                                              |                                         |                      |                    |                                |  |
| NOME: ELEUDA //AMB DE MARACANAU COND. CRISLEANDRO                                                                        |                            | PARENTESCO: ESPOSA                           |                                         |                      | TELEFONE: 87864330 |                                |  |
| ACIDENTE DE TRABALHO                                                                                                     |                            |                                              |                                         |                      |                    |                                |  |
| TIPO DE VÍNCULO:                                                                                                         | CBO DO EMPREGADO:          | CNPJ DO EMPREGADOR:                          |                                         | CÓDIGO DO CNAER:     |                    |                                |  |
| ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO                                                                                     |                            |                                              |                                         |                      |                    |                                |  |
| MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com outro veículo não motorizado (Ex. carroça, animal montado) |                            |                                              |                                         |                      |                    |                                |  |
| QUEIXAS: CEFALIA E DOR NAS COSTAS APOS COLISAO MOTO/BICICLETA                                                            |                            |                                              |                                         |                      |                    |                                |  |
| OBSERVAÇÕES: TEC                                                                                                         |                            |                                              |                                         |                      |                    |                                |  |
| SINAIS VITAIS                                                                                                            |                            |                                              |                                         |                      |                    |                                |  |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica                                                                                        | Escala de Dor: Leve        |                                              | PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE        |                      |                    |                                |  |
| ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:                                                                                            |                            |                                              |                                         |                      |                    |                                |  |
| ATENDIMENTO MÉDICO                                                                                                       |                            |                                              |                                         |                      |                    |                                |  |
| Anamnese:                                                                                                                |                            |                                              |                                         |                      |                    |                                |  |
| Exame Físico:                                                                                                            |                            |                                              |                                         |                      |                    |                                |  |
| Conduta:                                                                                                                 |                            |                                              |                                         |                      |                    |                                |  |
| TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:                                                                                        |                            |                                              |                                         |                      |                    |                                |  |
| EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:                                                                                       |                            |                                              |                                         |                      |                    |                                |  |
| ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:                                                                                              |                            |                                              |                                         |                      |                    |                                |  |
| DATA E HORA DO ATENDIMENTO:                                                                                              |                            | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: |                                         |                      |                    |                                |  |





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**Secretaria da Saúde do Estado do**  
**Ceará**  
**Coordenadoria de Regulação,**  
**Avaliação e Controle**  
**CRESUS - Central de Regulação**  
**Estadual do SUS**



USUARIO: lamires.pontes - UNIDADE: UPA 24 HORAS MARACANAU - MARACANAU

**Operação:**  
**Acompanhar Solicitação de**  
**Internação**

**VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO**

Siga os passos abaixo:  
 Seleção de situação  
 Seleção da solicitação  
**Visualização da solicitação**  
 Lista de ocorrência  
 Inclusão de ocorrência  
 Visualização de ocorrência  
 Confirmação de cancelamento  
 Registro de transferência  
 Confirmação de transferência  
 Operação finalizada com sucesso

**Atalho**  
**Acesso / Desconectar**  
**Operações**

**Identificação do paciente**

|                                    |                                                    |  |
|------------------------------------|----------------------------------------------------|--|
| <b>CNS - PACIENTE</b>              | IVALDO LOPES TAVARES                               |  |
| <b>NOME DA MÃE</b>                 | TEREZA LOPES TAVARES                               |  |
| <b>NÚMERO DO PRONTUÁRIO</b>        |                                                    |  |
| <b>DATA DE NASCIMENTO - IDADE</b>  | 16/12/1963 - 54 anos                               |  |
| <b>SEXO</b>                        | FEMININO                                           |  |
| <b>NOME DO RESPONSÁVEL</b>         | O MESMO                                            |  |
| <b>DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL</b> |                                                    |  |
| <b>ENDEREÇO</b>                    | RUA 115, Nº 491 - MOTOTAXI-3382.1414               |  |
| <b>BAIRRO</b>                      | TIMBO                                              |  |
| <b>ESTADO DE RESIDÊNCIA</b>        | CEARA                                              |  |
| <b>MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</b>     | MARACANAU                                          |  |
| <b>Plantonista</b>                 |                                                    |  |
| <b>MÉDICO</b>                      | 71791353304 - FRANCISCO RICARDO DE SOUZA ARAUJO    |  |
| <b>DDD/TELEFONE PARA CONTATO</b>   | (85) 21809160                                      |  |
| <b>OBSERVAÇÕES IMPORTANTES</b>     |                                                    |  |
| <b>Solicitação</b>                 |                                                    |  |
| <b>CÓDIGO</b>                      | 47040000916                                        |  |
| <b>DATA - HORA</b>                 | 06/07/2018 - 16:34                                 |  |
| <b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> | 9411798 - UPA 24 HORAS MARACANAU                   |  |
| <b>PROFISSIONAL</b>                | 71791353304 - FRANCISCO RICARDO DE SOUZA ARAUJO    |  |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>     | 0206010079- - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO |  |
| <b>PROCEDIMENTO REALIZADO</b>      |                                                    |  |
| <b>CLÍNICA</b>                     | 9 - CIRURGICO - NEUROCIRURGIA                      |  |
| <b>CLÍNICA COMPLEMENTAR</b>        |                                                    |  |
| <b>CARÁTER DA INTERNAÇÃO</b>       | 5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO     |  |
| <b>GRAU DE PRIORIZAÇÃO</b>         | 4 - URGÊNCIA                                       |  |
| <b>HABILITAÇÃO (SIPAC)</b>         | PROCEDIMENTO NÃO É SIPAC                           |  |

*IJF*

ADMISSÃO

EVALDO LOPES TAVARES

#HDA: PACIENTE, 54 ANOS, VITIMA DE COLISÃO MOTO-BICICLETA, COM TCE, APRESENTANDO COM PERDA DE CONSCIENCIA NO MOMENTO DO ACIDENTE E AMNESIA. APRESENTANDO NO MOMENTO NAUSEA. REFERE AINDA TRAUMA EM REGIÃO TORACICA SUPERIOR DIRETA, EVOLUINDO COM DOR INTENSA NO LOCAL E IMPOSSIBILIDADE DE MOVIMENTAÇÃO DO MEMBRO.

#AO EXAME:

- REG, AAA, NORMOCORADA, HIDRATADA, EUPNEICA, ORIENTADA E COOPERATIVA
- OF: SEM ALTERAÇÕES
- AC: RCR 2T BNF SEM SOPROS
- AP: MVU+ SEM RA
- ABD: RHA+, SEMI-GLOBOSO, FLÁCIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM MASSAS OU VMG, TRAUBE LIVRE
- EXT: PPP, SEM EDEMA E SEM CIANOSE
- ECG = 14 (AO = 3, RV 5, RM 6) PIFR,
- DOR A PALPAÇÃO DE CLAVICULA DIREITA

#EXAMES:

RX DE COLUNA CERVICAL COM FRATURA DE CORPO VERTEBRAL A NIVEL DE C7  
RX DE TORAX COM FRATURA DE 1/3 MÉDIO DE CLAVICULA DIREITA

CD: 1) INTERNAÇÃO COM MONITORIZAÇÃO E ANALGESIA

2) SOLICITO VAGA DE TRANSFERÊNCIA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA, TOMOGRAFICA E TRAUMATOLOGICA

Dra. Érica Simões  
Médica  
CREMEC 19.025



## Justificativa da internação

## DIAGNÓSTICO INICIAL

V299 - Motociclista [qualquer] traumatizado em um acidente de trânsito não especificado

## DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

## DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

## DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO+BICICLETA, COM SÍNCOPE NO LOCAL+AMNÉSIA POSTERIOR  
RX MOSTRA FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA+FRATURA DE CORPO VERTEBRAL DE C7.  
AO EXAME: GLASGOW=14  
ACP=FISIOLÓGICO  
DOR INTENSA A MOVIMENTAÇÃO DO PESCOÇO(ESTÁ DE COLAR CERVICAL)  
SATO2=98% EM AA  
FR=17IPM  
ABDOMEN SEM ALTERAÇÕES  
COND: ANALGESIA+COLOCAR CRL PÓR TCE(POLITRAUMA)

## CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RISCO DE COMPLICAÇÃO

## PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

ANAMNESES E EXAMES

## Causas externas

## DESCRIÇÃO DO ACIDENTE

1 - NÃO SE APLICA

## Reserva

## DATA - HORA

06/07/2018 - 17:08

## ESTABELECIMENTO

2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL

## CLÍNICA

9 - CIRURGICO - NEUROCIRURGIA

## CLÍNICA COMPLEMENTAR

## TIPO DE LEITO

MISTO

## Evolução do paciente

DATA - HORA ▲ ▼

OPERADOR ▲ ▼

EVOLUÇÃO ▲ ▼

Nenhum registro encontrado.

Primeira Anterior 1 de 1 Próxima Última

Voltar

Avançar

---

Caso deseje cancelar solicitação de internação você pode:

Cancelar solicitação

Caso deseje acessar as ocorrências da solicitação você pode:

Acessar ocorrências



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**Secretaria da Saúde do Estado do**  
**Ceará**  
**Coordenadoria de Regulação,**  
**Avaliação e Controle**  
**CRESUS - Central de Regulação**  
**Estadual do SUS**



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ

USUARIO: tamires.pontes - UNIDADE: UPA 24 HORAS MARACANAÚ - MARACANAÚ

**Operação:**  
**Acompanhar Solicitação de**  
**Internação**

Siga os passos abaixo:  
Seleção de situação  
Seleção da solicitação  
Visualização da solicitação  
**Lista de ocorrência**  
Inclusão de ocorrência  
Visualização de ocorrência  
Confirmação de cancelamento  
Registro de transferência  
Confirmação de transferência  
Operação finalizada com sucesso

Atalho  
Acesso / Desconectar  
Operações

**LISTA DE OCORRÊNCIA**

Para retornar aos dados da solicitação clique em Voltar.

| DATA/HORA         | TEXTO                                                                               |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 06/07/2018 17:08  | Central de Regulação avaliou a solicitação iniciando busca de leito para a inter... |
| 06/07/2018 17:08  | Central de Regulação de (FORTALEZA) Solicitou Leito para Internação. (IJF INSTIT... |
| 06/07/2018 16:34  | Estabelecimento Solicitou Internação/Transferência (UPA 24 HORAS MARACANAÚ (MARA... |
| 06/07/2018 17:05  | Operador de central de regulação FORTALEZA alterou clínica. De 33-CLINICO - CLIN... |
| 06/07/2018 17:38  | Estabelecimento Executor Confirmou Reserva de Leito. (IJF INSTITUTO DR JOSE FROT... |
| 06/07/2018 17:38  | autorizada a transferencia do paciente...                                           |
| Primeira Anterior | 1 de 1 Próxima Última                                                               |

Voltar

**Caso deseje incluir uma ocorrência na solicitação você pode:**

Incluir ocorrência

**Caso deseje consultar uma ocorrência você deverá clicar na ocorrência.**



EVALDO LOPES TAVARES  
5570349 DOB: 16-Dec-1963  
07-Aug-2018 11:09:09

Age: 054Y M

D

UJF  
TR EDUARDO Series #: Image #: 2  
200.8 mA 25.10 mAs 76 kVp 125 m  
UDExp: 16.00  $\mu$ Gy CDExp: 11.71  $\mu$ Gy  
DEI: 1.53 [0.53 - 1.60]



Clavicle\_antero-posterior\_Standard\_MEDIUM ADULT\_Factory1 Processed: 07-Aug-2018 11:09:11  
antero-posterior  
Fit to Film

WW: 3179 WC: 4079 Zoom=122%



O LOPES TAVARES

49 DOB: 16-Dec-1963

Age: 054Y M

g-201811:09:21

IJF

TR EDUARDO Series #: Image #: 3  
200.8 mA 25.10 mAs 76 kVp 125 ms

UExp: 19.31  $\mu$ Gy CDExp: 14.14  $\mu$ Gy  
DEI: 1.85 [0.53 - 1.60]

D

-antero-posterior\_Standard\_MEDIUM ADULT\_Factory1 Processed: 07-Aug-2018 11:09:23  
posterior  
Im

WW: 3054 WC: 4115 Zoom=119%

fls. 21





## SOLICITAÇÃO DE EXAMES

|                                                                                                                   |                                       |                                                 |                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Nome: <u>Evaldo Lopes Tavares</u>                                                                                 |                                       | Nº AIH/RAE: <u>5570349</u>                      |                                                                    |
| Paciente Externo?<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                    | Unid. Internação/ENF/LEITO            | Idade: <u>54</u>                                | Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. |
| JUSTIFICATIVA                                                                                                     |                                       |                                                 |                                                                    |
| <u>DN: J6122 1963</u>                                                                                             |                                       |                                                 |                                                                    |
| EXAMES RADIOLÓGICOS                                                                                               |                                       |                                                 |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Crânio                                                                                   | <input type="checkbox"/> Face         | <input type="checkbox"/> Coluna Cervical __AP/P | <input checked="" type="checkbox"/> Clavícula <u>2</u> AP          |
| <input type="checkbox"/> Tórax __AP/P                                                                             | <input type="checkbox"/> Ombro __AP/P | <input type="checkbox"/> Braço __AP/P           | <input type="checkbox"/> Antebraço __AP/P                          |
| <input type="checkbox"/> Punho __AP/P                                                                             | <input type="checkbox"/> Mão __AP/OBL | <input type="checkbox"/> Bacia AP               | <input type="checkbox"/> Quadril AP/AXIAL                          |
| <input type="checkbox"/> Escanometria dos MMII                                                                    | <input type="checkbox"/> Perna __AP/P | <input type="checkbox"/> Joelho __AP/P          | <input type="checkbox"/> Tornozelo __AP/P                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                                           |
| EXAMES LABORATORIAIS                                                                                              |                                       |                                                 |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Hemograma                                                                                | <input type="checkbox"/> Glicemia     | <input type="checkbox"/> Uréia                  | <input type="checkbox"/> Creatinina                                |
| <input type="checkbox"/> Cloro                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sódio        | <input type="checkbox"/> Plaquetas              | <input type="checkbox"/> Cálcio                                    |
| <input type="checkbox"/> PTTA                                                                                     | <input type="checkbox"/> Lipase       | <input type="checkbox"/> Amilase                | <input type="checkbox"/> Colinesterase                             |
| <input type="checkbox"/>                                                                                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                                           |
| ULTRA-SONOGRAFIA                                                                                                  |                                       |                                                 |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Fast                                                                                     | <input type="checkbox"/> Abdome Total | <input type="checkbox"/> Tórax                  | <input type="checkbox"/> MSD                                       |
|                                                                                                                   |                                       |                                                 | <input type="checkbox"/> MSE                                       |
|                                                                                                                   |                                       |                                                 | <input type="checkbox"/> MID                                       |
|                                                                                                                   |                                       |                                                 | <input type="checkbox"/> MIE                                       |
| OUTROS EXAMES                                                                                                     |                                       |                                                 |                                                                    |
| <p><i>Dra. Andréia Victória</i><br/>Ortopedia e Traumatologia<br/>Médica Residente</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> |                                       |                                                 |                                                                    |
| Assinatura e Carimbo do Solicitante:                                                                              |                                       | Data <u>07/08/18</u>                            | Hora: h minutos                                                    |

REGISTRADO E-SUS

Data 07/08/18

Hora: 11:08

Resp. [Assinatura]



Associação de santo antônio  
**CASA DA VOVÓ MARIETA**

Rua : 106, cs 31, Conjunto Timbo Maracanaú –ce

**DECLARAÇÃO**

Declaro, para os devidos fins, que o senhor (a)

Evaldo Lopes Tavares

Está realizando tratamento fisioterápico na Associação

De Santo Antonio – **CASA DA VOVÓ MARIETA**, a partir do dia

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_. o paciente realizará 10 sessões, nos  
dias \_\_\_\_\_

OBS:

*Paciente já realizou as sessões de  
fisioterapia no período da tarde.*

Dr. José Vieira S. Neto  
Fisioterapeuta  
208663F

Maracanaú, 27 de Agosto 2018



## SINISTRO 3180457730 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** EVALDO LOPES TAVARES

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

**BENEFICIÁRIO** EVALDO LOPES TAVARES

**CPF/CNPJ:** 29962510325

### Posição em 12-11-2018 15:48:38

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [clique aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 12/11/2018        | R\$ 1.687,50         | R\$ 0,00         | R\$ 1.687,50 |