

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 15

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	RAIMUNDO RIBEIRO DA SILVA
Nacionalidade	BRASILEIRO (A)
Natural	SAO BENEDITO-CE
Estado Civil	NÃO INFORMADO (A)
RG nº	2002010233773 SSPCE 21/06/2012
CPF nº	169.748.403-49
Profissão	PEDREIRO
Endereço	RUA DIAMANTE (CJ HAB NOVO BARROSO) ,221
Complemento	CS 03
Bairro	PASSARE
CEP	60.868-190
Município/UF	FORTALEZA-CE
Telefones	(85)98997-3053 OI (85)99968-6568 TIM

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE, Tel.: (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069 / (85) 3022-0470. E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao@hotmail.com.

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

Fortaleza/CE, terça-feira, 20 de junho de 2017.

Raimundo Ribeiro da Silva

Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069

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

DECLARAÇÃO

DECLARANTE	RAIMUNDO RIBEIRO DA SILVA
Nacionalidade	BRASILEIRO (A)
Natural	SAO BENEDITO-CE
Estado Civil	NÃO INFORMADO (A)
RG nº	2002010233773 SSPCE 21/06/2012
CPF nº	169.748.403-49
Profissão	PEDREIRO
Endereço	RUA DIAMANTE (CJ HAB NOVO BARROSO) ,221
Complemento	CS 03
Bairro	PASSARE
CEP	60.868-190
Município/UF	FORTALEZA-CE
Telefones	(85)98997-3053 OI (85)99968-6568 TIM

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

Fortaleza/CE, terça-feira, 20 de junho de 2017.


DECLARANTE

EU, RAIMUNDO RIBEIRO DA SILVA, BRASILEIRO (A), NÃO INFORMADO (A), PEDREIRO, PORTADOR DO RG Nº 2002010233773 SSPCE 21/06/2012, INSCRITO NO CPF SOB Nº 169.748.403-49, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NA RUA DIAMANTE (CJ HAB NOVO BARROSO), 221, CS 03, PASSARE, 60.868-190, FORTALEZA-CE, Telefone(s) (85)98997-3053 OI (85)99968-6568 TIM,

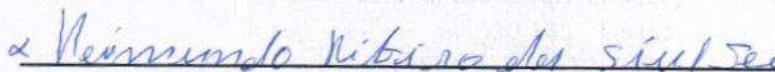
DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELO SR. NAZARENO GOMES DE SOUSA, BRASILEIRO, CASADO, AUTÔNOMO, PORTADOR DO RG Nº 8912005003649 SSPCE, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 314.320.693-49 E PELA SRA. SORAYA CRISTINA GOMES BARBOSA, BRASILEIRA, CASADA, AUTÔNOMA, PORTADORA DO RG Nº 4.340.774-0 SSPPR, INSCRITA NO CPF SOB O Nº 590.270.379-49, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA SÃO PAULO – Nº 32 – 6º ANDAR – SALA 609 – BAIRRO CENTRO – CEP: 60.030-100 – FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PRESENTE PROCESSO ADMINISTRATIVO, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, ISENTO o escritório SABOYA & BRANDÃO – ADVOGADOS ASSOCIADOS, representado através dos advogados BRUNO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o Nº 22.013, THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito no OAB-CE sob o Nº 24.156, e MARCELO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE 26.103, todos com endereço profissional a Rua São Paulo, 32 2º Andar sala 204 Bairro Centro, CEP – 60.030-100 Fortaleza-CE, DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL, CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE TANGE A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS DOCUMENTOS E/OU DADOS) E VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.

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

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

FORTALEZA/CE, terça-feira, 20 de junho de 2017.



DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 2002010233773 DATA DE EXPIRAÇÃO 21/06/2012

NOME RAIMUNDO RIBEIRO DA SILVA

FRANCISCA RIBEIRO DA SILVA

NATURALIDADE SÃO BENEDITO - CE DATA DE NASCIMENTO 11/11/1955

CCC: 01000000

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 2 2DA TERMO: 7749-FOLHA: 514

LIVRO: E-14 FORTALEZA - CE

CPF 169.748.403-49

2 VIA

ASSINATURA DO DETENTOR

P.: 1

LEI Nº 7.116 DE 29-08-66

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

fls. 18

Polígono Direto

RAIMUNDO RIBEIRO DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 169.748.403-49

Nome RAIMUNDO RIBEIRO DA SILVA

Nascimento 11/11/1955

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Coelce
agora é CCE

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 473887201

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.138 de

25 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 11 01210 57 082600

Medidor

Poste

Nome RAIMUNDO RIBEIRO DA SILVA

2008259

0000 0

Endereço Postal

Esta é a segunda via de

ABR/2017

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conoscoN° DO CLIENTE
7646128 DV 9VENCIMENTO
25/04/2017TOTAL A PAGAR (R\$)
41,26

End. da Unidade Consumidora RU DIAMANTE 00221 CS 3 PASSARE FORTALEZA 60868190

RG / CPF / CNPJ 169.748.403-49

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

3885

3826

1

59

0

59

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

ENERGIA
CONSUMO

59

0,69947

41,26

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leitura

17/04/2017

17/05/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

74AE.C5EC.A867.6789.4177.9C00.40CA.17FD

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
41,26 27% 11,14

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	17,74
TRANSMISSÃO	0,44
DISTRIBUIÇÃO	6,18
ENCARGOS SETORIAIS	3,10
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	13,80

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

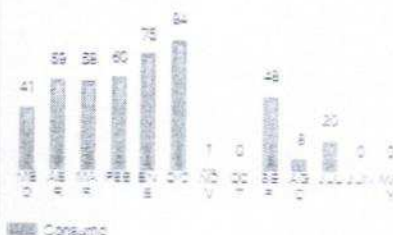
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 13,45

Conjunto MONDUBIM

Mês FEV/ 2017

	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)	3,17	6,35	12,70	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,77			0,00		

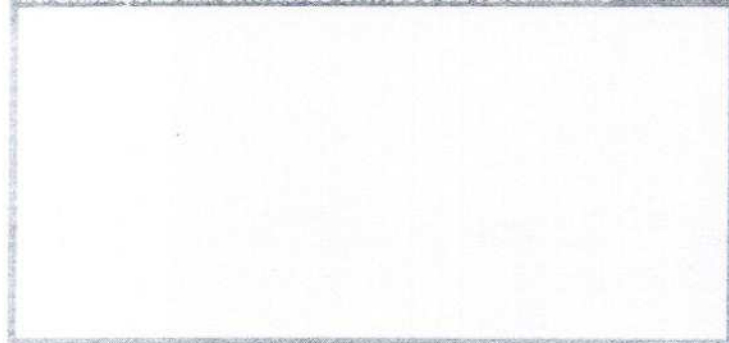
HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
		0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



N° do Cliente:

7646128-9

N° da Nota Fiscal: 473887201

Total a Pagar (R\$): 41,26

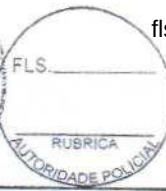
Data de Emissão:

12/05/2017

Referência: ABR/2017

N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2449 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/05/2017 14:56:18**
Data / Hora da Ocorrência: **13/09/2016 15:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA PRINCESA ISABEL**
Complemento: **COM RUA GUILHERME ROCHA**
Bairro: **CENTRO** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO BECO DA POEIRA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RAIMUNDO RIBEIRO DA SILVA**
Nascimento: **11/11/1955** CPF:
CTPS: **7311400006** Orgão Emissor: **MT** UF:
Filiação: **FRANCISCA RIBEIRO DA SILVA**

Endereço: **RUA DIAMANTE, 221 CS 03**
Bairro: **PASSARE** CEP: **60.868-190**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9968-6568**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA UM CICLOMOTOR MARCA SHINERAY 46CC, ANO 2010, CHASSI LXYXCBL05A020145, COR VERMELHA, DE RAZÃO SOCIAL JOAQUIM DA SILVA DOS SANTOS; QUE TRAFEGAVA PELA RUA PRINCESA ISABEL SENTIDO/PRAIA; QUE UM ÔNIBUS DA EMPRESA VEGA VINHA NA RUA GUILHERME ROCHA E COLIDIU COM SEU CICLOMOTOR, ÔNIBUS DE (PLACAS NÃO ANOTADAS); QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECERAM NO LOCAL ATÉ SER SOCORRIDO; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA SENDO LEVADO PARA O FROTEIRO DO ANTONIO BEZERRA PARA ATENDIMENTO. 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 :

MARIA DO SOCORRO FURTADO SILVA - MAT.: 133997

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Raimundo Ribeiro da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA, prestou atendimento ao Sr. **Raimundo Ribeiro da Silva**, no dia **13/09/2016**, às **15h45min**, na **Rua Guilherme Rocha c/ Rua Princesa Isabel**, no **Bairro Centro**, vítima de acidente de trânsito. Paciente atendido no local e removido para o **Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura**.

Documento requerido por meio do Processo nº **P503910/2016**.

Fortaleza, 30 de dezembro de 2016

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza

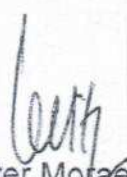
Rita Lima
Ouvidora do SAMU 192 Regional Fortaleza

ENTREGA DE PRONTUÁRIO MÉDICO

Conforme solicitação, através do processo nº **P503910/2016**, cujo requerente é o Sr. **Raimundo Ribeiro da Silva**, portador do CPF: **169.748.403-49**. Estamos entregando cópia do Prontuário de Atendimento, realizado pelo SAMU 192 Regional Fortaleza, no dia **13/09/2016**.

Fortaleza, 30 de dezembro de 2016.

Atenciosamente,



Dr. Cristiano Walter Moraes Rôla Júnior
Gerente do SAMU 192 Regional Fortaleza.

Nome do solicitante: _____

Assinatura: _____

CPF: _____ Data do recebimento: ____/____/____



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

VEÍCULO: 83 PONTO DE APOIO: 6B5 Nº DA OCORRÊNCIA: 0591
 DATA: 13/09/18 TURNO: NT EQUIPE: Regina x 6 Gilbert
 NOME: Ramundo Ribeiro da Silva IDADE: 60a SEXO: M
 ENDEREÇO: Seilherme Rocha e Princesa Isabel
 REFERÊNCIA: BAIRRO: Centro
 H: 15:45 QUS: 15:50 QUR: 16:10 QUY: 16:30 QUU: 16:51
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão moto/ônibus.

RESPOSTA AO CHAMADO EXPANSÃO TORÁCICA PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☐ RESPONSIVO ☐ PRESENTE ☐ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO ☐ AUSENTE ☐ AUSENTE

A ☐ PÉRVEAS ☐ OBSTRUIDAS POR: _____

B **PADRÃO RESPIRATORIO** **INSPEÇÃO** **PALPAÇÃO/PERCUSSÃO** **AUSCULTA**
☐ EUPNEICO ☐ NORMAL ☐ NORMAL ☐ NORMAL
☐ TAQUIPNEICO ☐ ALTERADA: _____ ☐ ALTERADA: _____ ☐ ALTERADA: _____
☐ BRADIPNEICO _____
☐ AGÔNICA/AUSENTE _____

C **PULSO** **PELE** **ENCHIMENTO CAPILAR** **SANGRAMENTO EXTERNO**
☐ NORMOCÁRDICO ☐ CHEIO ☐ CORADA ☐ SUDOREICA
☐ TAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME ☐ PÁLIDA ☐ SECA
☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL ☐ CIANÓTICA ☐ QUENTE
☐ FRIA
☐ ≤ 2 seg ☐ SIM
☐ > 2 seg ☐ NÃO
 LOCAL: _____

D **ESCALA DE COMA DE GLASSOW - ADULTO E PEDIÁTRICA (R)**
ABERTURA OCULAR **RESPOSTA VERBAL** **RESPOSTA MOTORA**
 ESPONTÂNEA ☐ 4 ORIENTADO (A)/SORRI (P) ☐ 5 OBEDECE A COMANDOS ☐ 6
 À VOZ ☐ 3 CONFUSO (A)/CHORO CONSOLÁVEL (P) ☐ 4 LOCALIZA A DOR ☐ 5
 À DOR ☐ 2 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A)/INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3 MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4
 NENHUMA ☐ 1 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A)/GEMENTE (P) ☐ 2 FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
 NENHUMA ☐ 1 EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
 NENHUMA ☐ 1 NENHUMA ☐ 1
 TOTAL: 15
 PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS:

E **EXPOSIÇÃO**

FC: 80 PA: 140 x 90 FR: 16 GLIC: — OXIM: 97% TEMP: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/07/2018 às 12:55, sob o número 01496461520188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0149646-15.2018.8.06.0001 e código 3A106B6.

Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS NOME DO PACIENTE RAIMUNDO RIBEIRO DA SILVA SOBRENOME NOME MÃE FRANCISCA RIBEIRO DA SILVA ENDEREÇO RUA CORAÇÃO DE JESUS 1020 JARDIM CASTELÃO PASSARÉ CONTATO (85)9		N° DO PRONTUÁRIO 82158 SEXO M N° DO RG 84636 RAÇA/COR PARDO CEP NI CIDADE CE
DATA DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE DATA COLISÃO MOTO CARRO DOR E EDEMA NO TORNOZELO D LOCAL NI		OCORRÊNCIA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO MOTIVO ACIDENTE DE MOTO SINAIS VITAIS SAT O2 NI% RESPONSÁVEL PELO ACIDENTE MARIA GOMES DE CASTRO ÁREA ATENDIMENTO ATENDIMENTO MÉDICO
PESO NI KG TEMPERATURA NI °C COEFICIENTE VERDE	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI ALERGIAS NI	PULSO NI GLICEMIA NI DATA DO ATENDIMENTO 13/09/2016
LOCAL DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO TRAUMA ANAMNESE		

*Fratura perna D + colo femur
INTERVENÇÃO P/ CIRURGIA*

HISTÓRICO SOLICITADO ☒ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRÂNIO ☐ RAIO-X ☐ OUTROS	COD PROCEDIMENTO PRESCRIÇÃO MÉDICA APRAZAMENTO OBSERVAÇÕES
--	---

*RX perna + tornante 3 RIN
(0301060100)*

*Dr. Roberto Amorim de Lencas
CRM 52357-07/2006
Tubulário*

TIPO DE ALTA/SAÍDA ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ÓBITO: ☐ ATE 48 HORAS ☐ APOS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL HORA DO ATENDIMENTO	ASSINATURA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
---	--

Atestado por MARIA GOMES DE CASTRO em 13/09/2016 às 16:36:48
 Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no Código Penal.

Prefeitura de
Fortaleza
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
FRUTINHA ANTONIO BEZERRA
Mirlene
Mirlene Menezes Marques Soares
Mat. 43300-01
Coordenadora SAME - HOEAM
CONFERE COM ORIGINAL

RAIMUNDO RIBEIRO DA SILVA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/07/2018 às 12:55, sob o número 01496461520188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0149646-15.2018.8.06.0001 e código 3A106B6.



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 06/03/2017 16:26:0

Por: EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 20/09/2016 15:48:02

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
INS: 898005135211278	NOME: RAIMUNDO RIBEIRO DA SILVA			Registro: 5467900	
CPF:	RG:	D. NASC: 11/11/1956	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: FRANCISCA RIBEIRO DA SILVA			NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO		
RUA DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: CORACAO DE JESUS	Nº: 1070	BAIRRO: PASSARE	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60862222	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: amb. f antonio bezerra		PARENTESCO:	TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
TIPO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta					
EXATAS: acidente de moto na sexta , vindo do frontinha antonio bezerra, para tratamento cirurgico					
OBSERVAÇÕES: tratamento cirurgico					
SINAIS VITAIS					
CAUSAL DA OCORRÊNCIA: Outros	Escala de Dor: Leve	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Exames:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA ATENDIMENTO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
CAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO :5467900

NOME: RAIMUNDO RIBEIRO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO:11/11/1955

PAI: N.C

MÃE: FRANCISCA RIBEIRO DA SILVA

DATA DE ATENDIMENTO:20/09/2016

DATA DE SAÍDA: 23/11/2016

MOTIVO: O PACIENTE RAIMUNDO RIBEIRO DA SILVA, 61 ANOS, DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA DO IJF, EM 20/09/2016, COM FRATURA DE COLO FEMORAL ESQUERDO E DO PILÃO TIBIAL DIREITO, DECORRENTES DE ACIDENTE DE MOTO, SEM CAPACETE.

FOI INTERNADO E COLOCADA FIXAÇÃO TRANSESQUELÉTICA, PERMANECEU AGUARDANDO CIRURGIA.

EM 06/10/2016, FOI SUBMETIDO À OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DE TORNOZELO DIREITO (PLATÔ TIBIAL).

EVOLUIU ESTÁVEL, AGUARDANDO NOVO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

EM 21/11/2016, FOI SUBMETIDO À ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL ESQUERDO.

SEM APRESENTAR INTERCORRÊNCIAS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR, EM 23/11/2016.

LAUDO DIGITADO EM 02/03/2017 (JOÃO ANANIAS/C)"

Dr João Ananias Vasconcelos Neto

MÉDICO
CREMEL 3636

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE/NUAME / IJF

**INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA**

24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Atestado - Serviço de Traumatologia-

Ortopedia

Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Servico de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	RAIMUNDO RIBEIRO DA SILVA		
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	20 09 2016	DATA DA ALTA:	23/11/2016
BE/PRONT:	5467900	CIDADE DE ORIGEM:	FORTALEZA
IDADE:	60		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE FEMUR - COLO ESQ (OPERADA) + FRATURA DE TORNOZELO DIR (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:	1-RETORNAR EM 3 SEMANAS AO AMBULATÓRIO DE DR LUIZ HOLANDA E DR ROBSON 2-TOMAR MEDICAÇÕES CONFORME ORIENTADO 3-SEGUIR ORIENTAÇÕES 4-TROCA DE CURATIVO A CADA 4 DIAS		
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	ROBSON ALVES		
RESIDENTE DO LEITO:	JOAO PAULO		

Ass: <i>Dr. João Paulo Ribeiro Araújo</i> <i>Médico Residente Ortopedia</i> <i>CREMEC 15434</i>	Retornar dia: ____ / ____ / ____ Hora: ____ para Dr. ____
Data : <u>23 / 11 / 16</u>	Dispensa do trabalho por : <u>90 (NOVENTA) DIAS</u>
Imprimir	

No. HOSPGESTOR: 29412

LEITO:

NOME: RAIMUNDO RIBEIRO DA SILVA

DATA DE INTERNACAO: 20/ 09/ 2016

DATA DA ALTA: 23/11/2016

BE/PRONT: 5467900

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

NASCIMENTO: 11111956

IDADE: 60

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE FEMUR - COLO ESQ (OPERADA) + FRATURA DE TORNOZELO DIR (OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS- 1-RETORNAR EM 3 SEMANAS AO AMBULATÓRIO DE DR LUIZ
 OPERATORIOS: HOLANDA E DR ROBSON 2-TOMAR MEDICAÇÕES CONFORME
 ORIENTADO 3-SEGUIR ORIENTAÇÕES 4-TROCA DE CURATIVO A
 CADA 4 DIAS

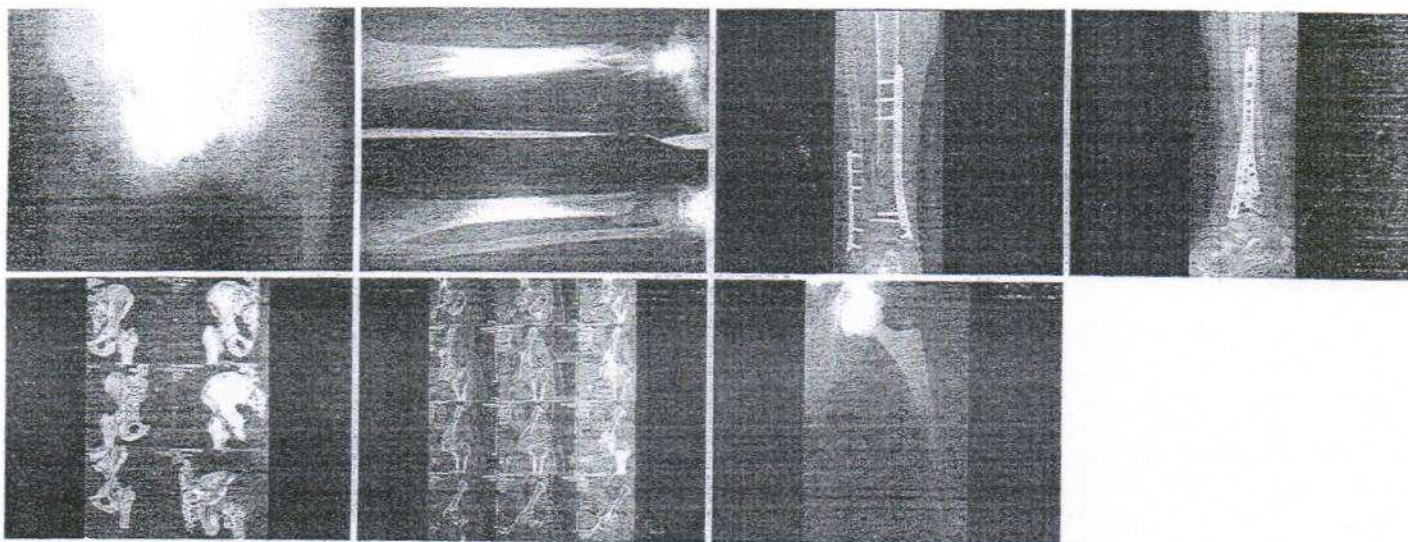
TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: ROBSON ALVES

RESIDENTE DO LEITO: JOAO PAULO



Mapa de Cirurgias

MAPA DO DIA 06/10/2016 - Quinta-Feira

54	9	A SEGUIR 999	LUIZ HOLANDA	RESIDENTE INDEFINIDO	+ CX BASICA TO PARA MMI + GONVAS + KIT BASICO: CX OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS E SACABOCADO + PLACA BLOQUEADA PARA PLA O TIBIAL + TREPANO PNEUMATICO MACON	INTENSIFICADOR DE IMAGEM + EXTENSOR DE MESA	REALIZADA
----	---	--------------	--------------	----------------------	---	---	-----------

FRATURA DE TORNOZELO DIR BE:5467900

 Marcado por:
 HALINE MAGALHAE em:
 10-10-2016 12:36:54
MAPA DO DIA 21/11/2016 - Segunda-Feira

54	11	13.30	1322	ROBSON ALVES	LEONARDO COLARES	CX CANULADOS - CX DHS/DCS - + CX PROTESE PARCIAL/TOTAL DO QUADRIL - MEDSIINTESE (<=65 ANOS)	MARCADA
----	----	-------	------	--------------	------------------	---	---------

FRATURA DE FEMUR - COLO ESQ BE:5467900

 Marcado por:
 HALINE MAGALHAE em:
 18-11-2016 15:44:17

RECEITUÁRIO

Nome: Raimundo Ribeiro BE/Prontuário: _____

Soluto

1) Triângulo de Abolucos

Data: 23 / 11 / 16

Assinatura e Carimbo do Médico
Dr. João Paulo Pinheiro Araújo
Med. Cirurgia e Ortopedia
CREMEOP 1044

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

NA 000.883 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Nome: _____

PÓS –OPERATÓRIO DE PRÓTESE DE QUADRIL

1 – A atenção maior no período pós-operatório de prótese de quadril é EVITAR as seguintes complicações: DESLOCAMENTO DA PRÓTESE, INFECÇÃO E TROMBOSE VENOSA.

2 – Para evitar deslocamento da prótese (também chamada luxação):

- Não pode cruzar as pernas
- Não pode sentar em locais mais baixos que a altura dos joelhos
- Não pode sentar com o tronco para frente (limite de segurança é flexão do quadril até 90 graus)
- Não deitar para o mesmo lado onde foi implantada a prótese
- Se for necessário deitar de lado, que seja em bloco (virados de forma conjunta o tronco e as coxas, com um travesseiro simples entre os joelhos)
- Usar um triângulo de abdução (espuma) com velcros juntandos os joelhos (marca melhor é Salvapé – adquirido em qualquer comércio de material ortopédico)
- Não pode pegar objetos no chão
- Não pode usar as mãos para calçar o sapato no mesmo lado onde foi operado
- No momento de ir ao banheiro, use cadeira higiênica para evitar sentar muito baixo

3 – Para evitar infecção:

- Faça curativo todos os dias, lavando com um pouco de soro, e aplicando sobre o local um pouco de povidine (PVPI) sobre a ferida e cubra logo em seguida
- Se você tiver qualquer local do corpo com infecção, informe ao seu médico, pois precisará tratar logo com antibióticos
- Se for realizar procedimentos invasivos ou dentários, converse com seu médico antes, para usar antibióticos para evitar infecção na prótese

4 – Para evitar trombose:

- Procure realizar exercícios de flexão plantar e dorsal (movimentar os tornozelos para que o pé faça o mesmo movimento que acontece durante a aceleração de um carro). São 20 repetições por hora que estiver acordado

- Procure realizar exercícios de extensão dos joelhos (contrair os músculos da frente da coxa) 10 repetições a cada hora que estiver acordado

- Contraia os glúteos (músculos das nádegas) um contra o outro, 10 repetições a cada hora que estiver acordado

- Use Enoxaparina (marca referência é o Clexane) 40 mg uma vez ao dia, por via subcutânea, ou caso não consiga adquirir o Clexane, você pode usar a Aspirina Prevent, 1 comprimido pela manhã e outra a noite; Tanto a injeção ou o comprimido, devem ser usados por 35 dias após a cirurgia. **NÃO USE OS DOIS REMÉDIOS.. Apenas um.**

- Se possível, use meia elástica suave compressão 7/8, Kendall em ambas as pernas, por pelo menos 18 horas por dia, por 40 dias

- Autorizado para andar com carga progressiva usando muletas canadenses ou andador, com peso sobre o membro operado de acordo com a dor durante a atividade



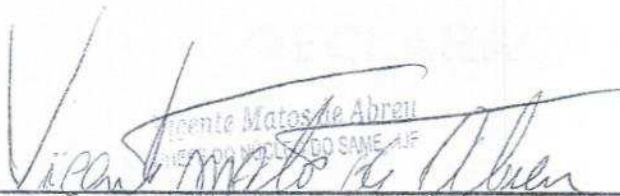
**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) Paciente: **RAIMUNDO RIBEIRO DA SILVA** documento de identidade Nº 2002010233773 Prontuário Médico Nº 5467900 encontra-se internado neste Hospital desde 20/09/2016/ leito – 1120 para tratamento de saúde.

Fortaleza, 18 de Outubro 2016


Vicente Matos de Abreu
MÉDICO DO SAMU - JF

Responsável pela informação.

INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA

Rua: Barão do Rio Branco, 1816 - Centro.

Fortaleza-Ceará - Telefones: (085)3255-5000/3255-514



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: RAIMUNDO RIBEIRO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170294096
Vitima: RAIMUNDO RIBEIRO DA SILVA
Data do Acidente: 13/09/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: NAZARENO GOMES DE SOUSA

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro número **3170294096**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12018919

