



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	CARLOS MASSENA DE SOUSA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	TAUÁ/CEARÁ
Estado Civil	CASADO (A)	RG/CTPS nº	20002028158803 SSPDC/CE
Profissão	AGRICULTOR (A)	CPF nº	019.932.393-32
Endereço	RUA JOSÉ VALDEAR RÊGO, 214		
Bairro	RABECA	CEP	63.660-000
Município/UF	TAUÁ/CEARÁ	FONE	88-99607-9154

OUTORGADO: **PAULO FELIPE SABOIA DINO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 24.665 com endereço profissional na Rua Eng. Antônio Ferreira Antero, nº 401, Água Fria, CEP nº 60.821-765, Fortaleza/CE, Fone/Fax: (85) 3273-4861.

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.

TAUÁ – Estado do Ceará, 1 de abril de 2019.

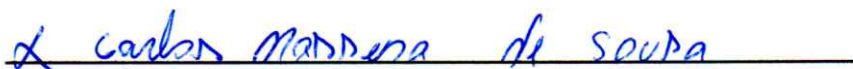
CARLOS MASSENA DE SOUSA

DECLARAÇÃO

DECLARANTE	CARLOS MASSENA DE SOUSA		
Nacionalidade	BRASILEIRO (A)	Natural	TAUÁ/CEARÁ
Estado Civil	CASADO (A)	RG/CTPS nº	2002028158803 SSPDC/CE
Profissão	AGRICULTOR (A)	CPF nº	019.932.393-32
Endereço	RUA JOSÉ VALDEMAR RÊGO, 214		
Bairro	RABECA	CEP	63.660-000
Município/UF	TAUÁ/CEARÁ	FONE	88.99607-9154

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 minha família, nos termos do Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, Art. 98 do CPC/15 e em conformidade com os dispositivos insertos na Lei nº 1.060/50.

Tauá – Estado do Ceará, 1 de abril de 2019.



CARLOS MASSENA DE SOUSA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 096933907  NOME CARLOS MASSENA DE SOUSA DOC. EMISSÃO / ORG. EMISSOR 2002028158803 SSPDC CE CPF 019.932.393-32 DIA NASCIMENTO 26/01/1982 FUNÇÃO ANTONIO LUIS DE SOUSA LUIZINETE DIMAS DE MASSENA PERMISSÃO A Nº REGISTRO 05192411985 VALIDADE 08/04/2020 1ª HABILITAÇÃO 27/04/2011		
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO; <i>Carlos Massena de Sousa</i> ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL CEARA, CE DIA EMISSÃO 15/04/2015 <i>[Signature]</i> ASSINATURA DO EMISSOR 29581582289 CE146979680 DETRAN-CE (CEARA)		



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 565606136

Companhia Energética do Ceará

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

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

MAR/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

8921973

DV 2

VENCIMENTO

21/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

92,98

End. da Unidade Consumidora RU JOSE VALDEMAR REGO 00214 00214 RABECA TAUÁ 63660000

RG / CPF / CNPJ 019.932.393-32

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
1439	1282	1	157	0	157

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade × Tarifa = Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

13/03/2019

Prev. Próxima
Leitura

10/04/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8AA6.98CE.FC41.5DA4.7C23.A35C.B226.D86D

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
70,64	27%	28,85

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA

1,25

ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079

9,78

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

11,31

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

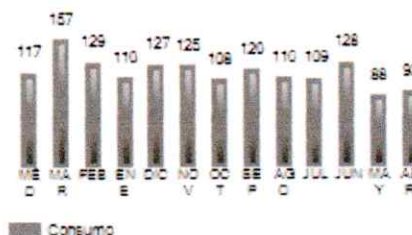
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 13,55

Conjunto TAUÁ

Mês JAN/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			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 (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

8921973-2

N° da Nota Fiscal: 565606136

Total a Pagar (R\$): 92,98

Data de Emissão:

01/04/2019

Referência: MAR/2019

N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA REGIONAL DE TAUA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 3602 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
 Data / Hora da Comunicação: **26/11/2017 08:36:38**
 Data / Hora da Ocorrência: **01/10/2017 23:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **RODOVIA ESTADUAL CE 187**
 Complemento: **ZONA URBANA**
 Bairro: **NOVA ALDEOTA** Município: **TAUA/CE**
 Ponto de Referência: **PIZZARIA GONZAGÃO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CARLOS MASSENA DE SOUSA**
 Nascimento: **26/01/1982** CPF: **019.932.393-32**
 CNH: **096933907** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
 Filiação: **LUZINETE DIMAS DE MASSENA**
ANTONIO LUIS DE SOUSA
 Endereço: **RUA JOSE VALDEMAR REGO**
 Bairro: **RABECA**
 Município: **TAUA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYH2457** UF: **CE** Município: **TAUA** Chassi:
9C2JC30708R737328 Renavam: **989211916** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação:
2008 Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA**
 Proprietário: **CARLOS MASSENA DE SOUSA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa a vítima que no dia, hora e local acima citados, quando pilotava a motocicleta acima caracterizada, de sua propriedade, quando perdeu o controle da moto em uma curva, caindo ao chão, sofrendo Glasgow 12 + escoriações. Acrescenta que foi socorrido por uma equipe do SAMU para o Hospital desta cidade, testemunhas do acidente as pessoas Maria do Socorro A. Rodrigues e Maria Erinalva C. Moraes. E nada mais disse. As informações ora prestadas são de inteira responsabilidade do noticiante
 Obs.: o(a) noticiante ficou ciente das penalidades do artigo 299, do C.P.B.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARCOS ESTEVÃO PATRÍCIO OLIVEIRA - MAT.: 133193-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X Carlos Massena de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANTONIO GISELIAN GRACIANO DE LIMA - MAT.: 198333-1-3

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 028275		Atendimento 0004		Nome do Paciente CARLOS MASSENA DE SOUSA			CNS 898002767705452		Guia de Autorização		
Documento(s) Identidade: 2002028158803							Estado Civil Casado(a)		Sexo Masculino		
Data de Nascimento 26/01/1982			Local TAUA/CE			Idade 35 Ano(s)					
Pai ANTONIO LUIS DE SOUSA					Mãe LUZINETE DIMAS DE MASSENA						
Endereço RUA MARIA RAIMUNDA , 162				Bairro RABECA		CEP 63660-000		Município TAUA		UF CE	Telefone
Profissão AGRICULTOR			Empresa			Cônjuge					
Responsável CLAUDENES MASSENA DE SOUSA			CPF do Responsável		Endereço RUA MARIA RAIMUNDA . 162			Município TAUA		UF	

DADOS DO ATENDIMENTO

DADOS DO ATENDIMENTO				
Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
01/10/2017	23:07	SUS		
Profissional do Atendimento			Nº Conselho	Tipo Atendimento
Indicador de Acidente			Funcionário	
Observação			JONH CHRISTYAN DA SILVA XAVIER	

Sala	Data/Hora Liberação 02/10/17 às 06:50 hs.	Tipo de Saída ☐ Alta ☐ Internação ☐ Óbito ☒ Transferência
------	--	---

Sinais Vitais					
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)
					130/80

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

Força desenvolvida, a 12 km de velocidade

→ two of the same:

De exome: Peente d'ueilgato, respuest
en estremo olo6wro. fluzgaen 12.
60.975.737/0071-
SOCIETATE COMITAT
são CARLO

Set: 92nd. RC 67

CONFERE COM
O ORIGINAL

① Don't give fluids - 1500ml ev 20 g/s 500 (20/30)

② Renc. 12/12/24 22/30

② Rancidness due to auto-oxidation of oil or fat. O_2 or O_3 22/30

③ ~~Erreichte~~ Erreichte - B.A.D. - El. 1.1.1

3) O_2 okolo zlfenu sin. sol. Tomografie

④ Sum in the
Derechutsum be — EN 6169 05.00

⑤ Dengue fever has — EN 6/6/05/00

Carimbo e Assinatura do Médico

Medico
CREMEC 3320

09-10-17

$$PA = 150 \times 100 \text{ mmHg}$$
$$T = 36^\circ\text{C}$$

Tec. Beatriz x su enete x
Fernanda

Clayden M. L. Sorensen

Assinatura Paciente/Responsável

Responsável: CLAUDENES MASSENA DE S



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 07/11/2017 16:1:52

Por:EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 02/10/2017 11:33:44

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 706404123523781	NOME: CARLOS MASSENA DE SOUSA	Registro: 5530640
CPF: 01993239332	RG: 20020281588	D. NASC: 26/01/1982
ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: LUZINETE DIMAS DE MASSENA	NOME DO PAI: ANTONIO LUIS DE SOUSA	
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: JOSE VALDEMAR REGO	Nº: 179
BAIRRO: RABECA	COMPLEMENTO: FUNDOS	TELEFONE CONTATO: 33152425
MUNICÍPIO: TAUÁ	UF: CE	CEP: 63660000

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME:	PARENTESCO:	TELEFONE:
-------	-------------	-----------

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:
------------------	-------------------	---------------------	------------------

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta

QUEIXAS: AC DE MOTO ENCONTRADO INCONSCIENTE + DESORIENTADO+ESCORIAÇÕES NA FACE

OBSERVAÇÕES: TCE/ALTERAÇÃO DE CONSCIENCIA

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica

Escala de Dor: Leve

PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:

Exame Físico:

Conduta:

SERVIÇO DE PROTOCOLO - 131
RAE TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 07/11/2017
MATRICULA 13826
Eduardo Moreira
SERVIDOR

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:



HOSPITAL BATISTA MEMORIAL - HBM
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PÁGINA: 1 / 1
DATA: 04/10/2017
HORA: 14:57:20

46733

Prontuário 178567	Atendimento 24669	Reserva/Guia *12600071265*
Data 04/10/2017 Hora 14:55		
Paciente CARLOS MASSENA DE SOUSA [CPF:] Endereço JOSE VALDEMAR Bairro RABECA Nome da Mãe LUZINETE DIMAS DE MASSENA Responsável CARLOS MASSENA DE SOUSA Bairro RABECA	Sexo Est. Civil M Solteiro Num. Complemento 179 Cidade TAUA	Dt Nasc. 26/01/1982 Telefone 88-99610-8037 R.G. 2002028158803 Código CNS 706404123523781 Profissão UF CE Endereço JOSE VALDEMAR Cidade TAUA Cep 83660000 Telefone 88-99610-8037

Médico Atendente 258350 ARLINDO NOGUEIRA SOBRINHO [CRM: 7605] [CPF: 80727000497] Procedimento 0303040084 Sector 012401 RECEPCAO (INTERNAMENTO HOSPITALAR) 50 SUS Convênio 012401 RECEPCAO (INTERNAMENTO HOSPITALAR) 50 SUS Modificação POSTO: 010216 - POSTO III ENFERMARIA: 016113 - ENFERMARIA 312 LEITO: 24 / 312-15 Data mín. para alta - 04/10/2017 Data máx. para alta - 06/10/2017 Atendente - DAIANA PEREIRA	Médico Acompanhante 258350 ARLINDO NOGUEIRA SOB [CRM: 7605] [CPF: 80727000497] Cid S068 OUTR TRAUM INTRACRANIANOS Origem PACIENTES DO IJF
--	---

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [] Sim [] Não Data admissão 04/10/2017 Data alta 06 / 10 / 17

Internação anterior..? [] Sim [] Não Hora admissão 14:55 Hora alta 09 : 00 : 00

Alta....: Curado.....: [] Melhorado.....: [] Inalterado.....: [] Clínica.: Médica.....: []

Plorado.....: [] A pedido.....: [] Indisciplina.....: [] Cirúrgica.....: []

Transferido....: [] Falecimento....: [] Evasão.....: [] Obstétrica....: []

Diagnóstico:

Internação.: NE

Definitivo...: NE

Histórico:

Plc odontol e qd e NE. Plac usha lue

ECCIS. Sa dent mtr

Alta - 1 Perm - 2 Transf - 3 Óbito - 4	Ralo X: [] Simples [] C/Contraste	Uti Entrada ____/____/____ Saída ____/____/____ Caract. Trat. ____	Assinatura do Médico Arlindo Nogueira Sobrinho CRM 7605 NEUROCIRURGIA
---	--	---	--

Motivo

[] Sangue.: [] Rh.: [] [] A [] B [] C [] D [] E [] F [] G

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO QUE TODOS OS DADOS ACIMA MENCIONADOS FORAM FORNECIDOS E CONFERIDOS POR MIM, COM BASE EM DOCUMENTOS LEGAIS, E QUE SÃO TOTALMENTE VERÍDICOS.

Antonio Claudio de Sousa
Assinatura do Paciente

RG

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL
CNPJ: 07.207.800/0001-34

conferido
07/11/17

Colorenao 46733
04/10/17

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por PAULO FELIPE SABOIA DINO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 09/04/2019 às 22:35, sob o número 01236533320198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0123653-33.2019.8.06.0001 e código 46A38DE



HOSPITAL BATISTA MEMORIAL - HBM
Rua Professor Dias da Rocha, nº 1530 - Aldeota
Fone: (085) 3261 2999 - Fortaleza-CE

TERMO DE RESPONSABILIDADE CIRURGIA DE RISCO

Eu, A MESMA, RG: 2002028158803 SSP CE, CPF:
Sousa DOCUMENTO: _____

, Responsável pelo paciente: Carlos Massena De

Declaro que fui esclarecido(a) a respeito dos riscos da morbidade e mortalidade da Cirurgia de: _____
a que serel submetido(a).

Estou de Pleno acordo com a intervenção cirúrgica proposta pela equipe médica. Aceito os riscos da cirurgia, da anestesia, da transfusão de sangue e seus derivados, bem como o uso de medicamentos e autorizo a referida intervenção.

OBS: _____

Responsável: A MESMA

Endereço: RUA JOSE VALDEMAR, 179, RABECA

CPF:

RG: 2002028158803 SSP CE

Testemunha: _____

Endereço: _____

CPF: _____

RG: _____

Fortaleza(CE), FORTALEZA, 04 de OUTUBRO de 20

Paciente/Responsável: _____

Antonio Claudio de Sousa

TERMO_RESP_DIVIDA_HBM

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL
CNPJ: 07.093.051/0001-34

TERMO DE CONHECIMENTO

EU Antonio Claudio de Sousa

CPF. _____ RG. 2001005097206 Estou ciente que o Hospital

Batista Memorial não cobra de pacientes ou familiares qualquer valor financeiro de honorários médicos referentes aos internamento ou procedimento hospitalares oriundos do

Sistema Único de Saúde

ASS. DO PACIENTE

Antonio Claudio de Sousa
ASS. DO RESPONSÁVEL

Fortaleza, _____ / _____ / _____

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL
CNPJ: 07.263.866/0001-34

transf p/ HBM

Visual Hospub - INSTITUTO DR. JOSE FROTA - PRESCRIÇÃO MÉDICA**Identificação do Paciente**Prontuario: **5530640** Nome do Paciente: Data de Nascimento: Sexo:Profissional: **ANTONIO GOMES FILHO**Atividade: **NEUROCIRURGIA**Data Registro: **04/10/2017****09:16:41****Descrição:**

Carlos Messena de Sousa

1 - DIETA BRANDA

2 - SF 2000ML EV 28GTS/MIN;

500 500 500 500

3 - PROFENID 100MG + 100ML SF EV DE 12-12 horas;

38 06

4 - ANTAK 50MG EV 2XDIA

17 05

5 - HIDANTAL 2ML=18ML SF EV 3XDIA

14 22 06

6 - DIPIRONA 2ML EV SOS

7- TRAMAL 100MG + 100ML SF EV ATÉ DE 12-12 HORAS SE DOR MUITO FORTE;

Data da Impressão: 04/10/2017 09:16:46

Antonio Gomes
Neurocirurgia
CRM 2859ANTONIO GOMES FILHO - C.R.M./C.R.O.:2859
Carimbo e Assinatura do Médico

NOME: <i>Carlos Moraes de Sousa</i>		DATA: <i>04.10.17</i>	LEITO: <i>363</i>	CONV-SUS	PRONT:
APRAZAMENTO DE ENFERMAGEM					
01	DIETA				
02	Fenitoina 100 mg vo 8/8 h	<i>20</i>	<i>20</i>		<i>24</i>
03	Antak 150mg vo 12/12h	<i>18</i>	<i>24</i>		<i>22</i>
04	Tylenol 30mg vo 6/6 h	<i>18</i>	<i>24</i>		<i>22</i>
05	Dipirona 40gts 6/6 h SN	<i>18</i>	<i>24</i>		<i>22</i>
06	Curativo com colagenase				
07	Cateter de O2 se NECESSARIO				
08	Plamet 2ml ev 8/8 se VOMITO				
09	SSVV 4 CCGG				
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Adilson Nogueira Silva
CRM 7605
NEUROCIRURGIA

Eugênio Tolentino
28/10/18

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

18/PS 29/10/13

fls. 20

NOME DO PACIENTE:	Carlos Mares de Sousa		ENFERMARIA/LEITO	315	CONVÊNIO:	SUS	Nº PRONTUÁRIO	178567
DATA	MANHÃ	TARDE	NOTURNO					
04/10	em 15:40, CMS, 35 anos, 29-45, pautado no o, pct. admitido nesta Hs. clínico de TCE unidade hospitalar, por sua Lur. Admgen. remissão do ISE, para 1º. apresentando tratamento clínico de rebaix. de am TCE, com Dr. Salimdo. Nul. de acau- Visto consequente, anexo 1. medicação, ex mente orientado, verbal. Anexo 2. diureti grande dor de cabeça com 12cmHg, 90-4 ausc. sup. no abd. 120x80 mmHg ambiente, aceita dieta. 1136,41. segue os + medicação prescrita. Ausc. de en- VO, alebril, normoten VO, com ALP em MSE em HIV em curso, Na. ga HAS + DM. Salimdo medicamentosa. Eli- minações urinares e microscópicos presen- tes no momento, de- que os cuidados da equipe de enfe- magem. PA: 140x80 mmHg T: 36,8°C P: 72 bpm R: 19 rpm Ass: Admgen. Lur. Adm- Eng. 18/4948 COREN: 184948							
				MUDANÇA DE DECÚBITO				
				M -				
				T -				
				N -				
				CURATIVO				
				Característica da Ferida:				
				a - () Incisão cirúrgica () limpa e seca				
				() Hiperemiada				
				b - () Úlcera () estágio I () estágio II				
				() estágio III () estágio IV				
				c - () Exudato seroso				
				() Exudato serosanguinolento				
				() Exudato sanguinolento				
				() Exudato purulento				
				d - () Tecido de granulação				
				() Tecido necrótico () Fibrina				
				Ass:				
				COREN:				

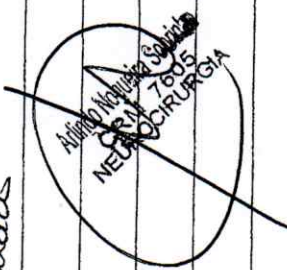
NOME: Carlos Moreno da Silva		DATA: 05/10/17	LEITO: 315	CONV:SUS	PRONT:
APRAZAMENTO DE ENFERMAGEM					
01	DIETA <i>la</i>	SND			
02	Fenitoina 100 mg vo 8/8 h	22 14			
03	Antak 150mg vo 12/12h	18 06			
04	Tylen 30mg vo 6/6 h	18 24 06 12			
05	Dipirona 40gts 6/6 h SN	SN			
06	Curativo com colagenase	SN			
07	Cateter de O2 se NECESSARIO	SN			
08	Plamet 2ml ev 8/8 se VOMITO	SN			
09	SSVV+ CCGG				
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Antônio H. Costa
Clínica Médica
CRM 45770

Adriano Moreira Sobrinho
CRM 7805
NEUROLOGIA

Tallia Bates
Enfermeira
COREN 453567

[illegible]

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
NOME:		DATA:		LEITO:	CONV:SUS	PRONT:	APRAZAMENTO DE ENFERMAGEM												
PRESCRIÇÃO MÉDICA																			
DIETA <i>la</i>																			
Fenitoina 100 mg vo 8/8 h																			
Antak 150mg vo 12/12h																			
Tylex 30mg vo 6/6 h																			
Dipirona 40gts 6/6 h SN																			
Curativo com colagenase																			
Cateter de O2 se NECESSARIO																			
Plamet 2ml ev 8/8 se VOMITO																			
SSVV+ CCGG																			
AIA Hiperfusão e enfase																			
																			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: <i>Doutor Felipe Saboia DINO</i>		ENFERMARIA/LEITO <i>315</i>		CONVÊNIO: <i>Sus</i>	Nº PRONTUÁRIO
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM					
DATA	MANHÃ	TARDE	NOTURNO		
06/10	<i>ad. Pequena</i>			M -	GLICEMIA CAPILAR
10/10	<i>em alto risco</i>			T -	
17/10	<i>melhorado</i>			N -	
	<i>Glândula de D. DINO</i>			M -	HIGIENE ORAL
	<i>10.000.000</i>			T -	
				N -	
				M -	MUDANÇA DE DECÚBITO
				T -	
				N -	
					CURATIVO
					Característica da Ferida:
					a - () Incisão cirúrgica () limpa e seca
					() Hiperemiada
					b - () Úlcera () estágio I () estágio II
					() estágio III () estágio IV
					c - () Exudato seroso
					() Exudato serosanguinolento
					() Exudato sanguinolento
					() Exudato purulento
					d - () Tecido de granulação
					() Tecido necrótico () Fibrina
					Ass:
					COREN:

DATA	HORA	• EVOLUÇÃO •
04/10/17		Re admitido c gl e re Ela c cula sua ECC15 Ed de vau . fco lupo pnd d
05/10/17		Re h eld re cula Aula det d vho ECC15 cd nulas
06/10/17		Re eld h eld ECC15. cd hse 12/14/17 c, onlaco

NOME: Carlos Monsera de Souza

APTO./LEITO: _____

CONV.: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por PAULO FELIPE SABBIA DINO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 09/04/2019 às 21:35 sob o número 012365333203203. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0123653-33.2019-8 e código 46A38DE.



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

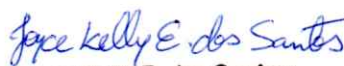


CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao Sr. **CARLOS MASSENA DE SOUSA**, portador do RG 2002028158803 inscrito no CPF 019.932.393-32, no dia 1º/10/2017, às 22h08, no município de Tauá/CE, na CE em direção a Santa Tereza, vítima de acidente com motocicleta, sendo o encaminhado para o **Hospital Dr. Alberto Feitosa Lima**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 09 de Novembro de 2017


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA


Joyce Kelly E. dos Santos
Enfermeira Coren - 408.221
 **SAMU 192 - Ceará**
Coord. Serviços

SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - Ce
Fone: (85) 3433 7434



CONSULTÓRIO OFTALMOLÓGICO
Dr. PAULO VICTOR F. SALES
CREMEC: 14057

Corlles Mossena de Sousa

LAUDO OFTALMOLÓGICO

Paciente vítima de TCE por acidente de moto com lesão cranial em olho direito.

• BIOMICROSCÓPIA:

- OD: Conjuntiva calma, córnea transparente, lácrim. Reflexo fotométrico normal.

- OE: Idem.

• ACUIDADE VISUAL: - OD: 20/40 (PL -0,75 80°)
- OE: 20/20 (PL)

• TONOMETRIA: - OD: 12 mmHg - OE: 11 mmHg.

• FUNDO DE OLHO: - OD: Nervo óptico algo palido, vasos em órbita sem alterações.
- OE: Nervo óptico corado, vasos em órbita norm.

• CONCLUSÃO: Paciente com comprometimento relativo de acuidade visual sem prognóstico de melhora.

• CID 10: H54.5

TAUÁ-CE 05.11.2018

Laboratório de
Análises Clínicas

LACEI

AV. ODILON AGUIAR, 243
FONE: (88) 3437-1573
CENTRO - TAUÁ / CE
CEP: 6366-000

Dr. Paulo Victor F. Sales
OFTALMOLOGISTA
CRM 14057 RQE 8421



RECEITUÁRIO

Paciente: _____

Lauro Medeiros

*Residente Carlos Menezes
de Sousa, 36 anos, possui doença
crônica: T-90. Espinha de TCE*

*Modificado em 01/10/17, apresentando
perda do contato e incontinência
imediate ao trauma, sendo feita
TAC de crânio que mostrou contusão
Hemorrágica em lobo parietal direito,
sendo feito Tratamento Conservador,
prescrito Morfina 25mg e Vertix
assiste para tratar de cefaleia pós trauma
frequente e tosse pós trauma.*

Data

09/11/19

Médico (a)

*Gutenberg Rocha
Neurologia
CREMEC 12253 CREMEPE 14229*

SBAC
Associação Brasileira de Análises Clínicas

SBPC-ML
Sociedade Brasileira de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial

Tel. (88) 3437-1573 (88) 9.9705-0505
Avenida Odilon Aguiar, 243 CEP: 63.660-000 - Centro - Tauá-CE
CNPJ: 07.318.125/0001-03 - I.M: 452758 - CNES: 5690633

Carlos Maffei de Sousa

Receituário

Nome: Carlos Maffei de Sousa

Louco Médico

Pct vítima de Acidente de Moto no dia 01/10/17. Segurado de TCE. Mordido apresentando perda de consciência e Hemorragia intracraniana imediata do Tronco, Realizado TAC de crânio evidenciando Hemorragia no lobo Parietal direito. Foi realizado Tratamento conservador. Pct refere limitações de força e Dor no membro superior direito + cefaleia, Tontura Pós-trauma e esquecimento em fatos prévios. Comprometimento relativo visual em Prognóstico de Melhora. Alto Médico.

05/12/18

Data: 05/12/18

Dr. Idelvan Alves A. Junior

Médico
CRM-CE 18236
Médico CRM

Sua saúde em primeiro lugar.



MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ

Av. Padre Antônio Tomás, 2056 - Aldeota - CEP 60140-160 Fortaleza - Ceará

Fone: (85) 4005-2999 - Fax: (85) 4005-2945

Pronto Atendimento

Clínica Médica 24h
Buco-Maxilo-Facial 24h
Clínica de Imagens
Tomografia, Ultra-som
Raios X

Internamentos

Clínicos & Cirúrgicos

Cir. Buco-maxilo-facial
Cirurgia Cardíaca
Cirurgia Geral
Cir. Neurológica
Cir. Pediátrica
Cirurgia Plástica
Cir. Proctológica
Cirurgia Ortopédica
Cirurgia Urológica
Cirurgia Vascular
Cirurgia Médica
Ginecologia
Obstetrícia

Rim Centro (Hemodiálise)
Litotripsia Extra-Corpórea
Fisioterapia

Akte p. o y del me

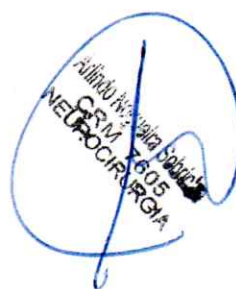
Carla Momen e sua filha

até o mês de maio de 09 a

06.10.17 e DE (8069).

7

06.10.17



Entidade de Utilidade Pública, Lei 3111/65 e Federal, decreto 1575/77

111546/07

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



Laboratório de Análises Clínicas e Especialidades Médicas dos Inhamuns

Avenida Odilon Aguiar, 243 - Centro - Tauá/CE
CNPJ: 07.318.125/0001-03

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogaria
2ª Via orientação ao Paciente

Gutenberg Rocha
Neurologia
CREMEC 12253 CREMEPE 14228

Carimbo do Médico

Paciente:

Carlos Moreira de Sousa

Endereço:

Prescrição:

Paracetamol 500mg - 02ca
Em 1 dose a cada 6h
14/10
Verificar
taxa renal
a cada 6h

Data:

09.11.18

Gutenberg Rocha
Neurologia
CREMEC 12253 CREMEPE 14228

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident: _____ Org. Emissor: _____
Endereço: _____
Fone: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____ Data: ____/____/____

GRÁFICA MIL COPY FONE:(88) 99854-0002

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180578688

Vítima: CARLOS MASSENA DE SOUSA

Data do Acidente: 01/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLAUCO FASSHEBER URBANO MELO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CARLOS MASSENA DE SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequelas definitivas, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você