

P R O C U R A Ç Ã O

OUTORGANTE:

Carlos Alberto Marques da Silva, CPF: 033.746.493-60, RG
2004014093964, residente ao Sítio Lama Brava, Pedra Branca - Ce
CEP: 63.630-000

OUTORGADO: PAULO RICARDO MARINHO TIMBÓ, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 15.285, com escritório na Av. Antônio Sales, 1516, sala 04, Dionísio Torres, CEP: 60.135-101, em Fortaleza-CE.

PODERES: O Outorgante confere ao Outorgado amplos e ilimitados poderes, com a cláusula "AD JUDICIA" e "AD NEGOCIA" para o fôro em geral, especialmente para, onde com esta ou certidão desta se apresentar, defender o Outorgante e seus interesses, propondo cobrança Administrativa e /ou judicial de Seguro DPVAT, podendo interpor Ação Judicial de Cobrança de Seguro DPVAT, recorrer, peticionar, indicar e nomear prepostos e/ou Procuradores, receber intimações (inclusive para audiências), transigir, passar recibos e dar quitação, fazer acordos, levantar numerários depositados em juízo, receber, endossar e depositar cheques, receber e/ou efetuar pagamentos, assinar documentos, tudo que se fizer necessário para o fiel cumprimento de suas obrigações, podendo inclusive, substabelecer com ou sem reservas de poderes; por tais serviços, Outorgante pagará ao Outorgado o equivalente a 20% da quantia total recebida na cobrança (administrativa e/ou judicial) do seguro DPVAT, independentemente dos honorários advocatícios sucumbenciais arbitrados em juízo. A presente procuração é passada de forma irrevogável e irretratável.

Pedra Branca, 10 de Junho de 2013

Carlos Alberto Marques da Silva

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
O PARTELENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
433999482

PROIBIDO PLASTIFICAR
433999482

RENOME
CARLOS ALBERTO MARQUES DA SILVA

DOCUMENTAÇÃO ORA BRASCHAF
2004014093964 SSP/CE

CPF
033.745.493-60

DATA NASCIMENTO
16/04/1967

FILIAÇÃO
JOAO BENEDITO DA SILVA

MARIA CIRLENE MARQUES
DA SILVA

PERMISSÃO
B
ACC
B
CATHAB
AB

Nº REGISTRO
01146194205

VALIDADE
16/04/2013

EMISSÃO
29/12/2005

OBSERVAÇÕES

Carlos Alberto Marques da Silva

LOCAL
PITANGUEIRAS, SP

DATA EMISSÃO
16/04/2010

67554613194
89215456236

ASSINATURA DO RENOME

DETRAN-SP (SAO PAULO)



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Carlos Alberto Marques da Silva

DECLARA, com fundamento no artigo 1º da Lei nº 7.115/83, sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, para todos os efeitos legais, as informações e declarações constantes no processo judicial e, também, ser pobre na acepção jurídica do termo (na forma da lei), enquadrando-se na concessão prevista na Lei nº 1060/50 e posteriores alterações, pois sua 'situação econômica' não lhe permite pagar as 'custas' e demais 'despesas' do processo e os honorários de advogado 'expert' sem prejuízo do sustento próprio ou da família.

Pedra Branca, 10 de Junho de 2013.

Carlos Alberto Marques da Silva

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 523 - 276 / 2012

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS

Data / Hora da Comunicação: 22/03/2012 10:29:43

Data / Hora da Ocorrência : 19/01/2010 22:00:43

Endereço da Ocorrência:

CENTRO PEDRA BRANCA /CE

Ponto de Referência: ENFRETE A PRAÇA DA MATRIZ

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: CARLOS ALBERTO MARQUES DA SILVA

Nascimento : 16/04/1987

RG: 2004014093964 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 03374649360

Filiação: JOÃO BENEDITO DA SILVA

MARIA CIRLENE MARQUES DA SILVA

Endereço: SIT CANA BRAVA

63630000

PEDRA BRANCA CE BRASIL

Telefone:

Histórico

QUE a vítima ocupava a garupa da motocicleta de marca HONDA/CG FAN ESI, PLACA EOP 0825, COR VERMELHA, ANO/MOD 2010/2010, CHASSI 9C2KC1550AR216348, licenciado em nome de Emerson dos Santos Lima, na ocasião conduzido por Mauricio Nunes; QUE dia e local supracitado outra motocicleta colidiu com a vítima, sendo socorrido para o Hospital local, depois transferido para o Hospital Regional Doutor Pontes Neto, em Quixeramobim CE, com Fratura de Rádio Distal em antebraço esquerdo, sendo submetido a tratamento cirúrgico; QUE são testemunhas dos fatos as pessoas de Antonia Michely Nunes Silva, RG: 2007005052740 SSP/CE e Antonio Vieira da Silva, RG: 28168-80 SSP/CE. Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PEDRA BRANCA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 198314-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Carla A. M. Silva*

VISTO DO DELEGADO(A):

Dr. Carlos Teixeira Teófilo
Delegado Mat. 198314-1-2



Nome do Paciente		C. P.	
curbs		Alberto Mayus	
EMERGÊNCIA	IDADE	COR	SEXO
	22	4	M
RESIDÊNCIA	ESTADO CIVIL	NACIONALIDADE	NATURAL
	solteiro	B	PR
OCORRÊNCIA Nº		TELEFONE	
CÓDIGO PROCED.	ATENDIMENTO	DATA	HORA
		19/10/10	23:07
QUEIXA PRINCIPAL E RESUMO DA DOENÇA			
DADOS CLÍNICOS		DIAGNÓSTICO	
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	
140/80		AUXILIAR RETAL	
TRATAMENTO		EXAMES COMPLEMENTARES	
① Voltar em 15 dias ② Imobilizar Dr. [assinatura]		23:00 23:20	
MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO		DESTINO DADO AO PACIENTE	
		☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐ TRANSFERIDO PARA: ☐ ÓBITO ÀS _____ HORAS, APÓS CHEGADA ☐ ÓBITO EM TRATAMENTO ☐ LICENÇA _____ DIAS	
OUTROS PROCEDIMENTOS		DIAGNÓSTICO DEFINIDO	
ASSINATURA DO PACIENTE		ASSINATURA DO MÉDICO	

R.G. 2004014093364

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SUS - SECRETARIA DE SAÚDE

SUMÁRIO DE INTERNAMENTO / ANAMNESE

IDENTIFICAÇÃO: Carlos Alberto Macquies da Silva Nº REG: 97.838
 [B] [P] [M] RELIGIÃO: Católica ESTADO CIVIL: [B] [C] [V] [D] IDADE: 22 SEXO: [M] [F]
 NASC: 16-4-1987 LOCAL NASC: Pedra Branca NACIONALIDADE: Brasileira
 ILIO NESTE MUNICÍPIO: 3 dia FONE: _____
 ILIO PROCEDÊNCIA: Pedra Branca FONE: _____
 ASSÃO OU CARGO: Assistente LOCAL DE TRABALHO: _____ VENCTº _____
 DO PAI: João Benedito da Silva
 DA MÃE: Maria Pires Macquies da Silva
 A RESPONSÁVEL: Michelle Nunes Silva Campesina FONE: _____
 EVE INTERNADO NESTE HOSPITAL? [S] [N] ANO: _____ MÊS: _____

Frederico de Mota

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

DIAGNÓSTICO DE ADMISSÃO

Dr. Paulo Ricardo Marinho Timbo

MÉDICO QUE AUTORIZOU A ADMISSÃO

Dr. Paulo Ricardo Marinho Timbo
 CRM 228.776-954-93

DATA: 23/04/10 (ao 21:30h)

CLÍNICA: [M] [P] [O] [CIR] [GO]

DIAGNÓSTICO NA ALTA:

CID: _____ Cód.: _____

DATA: 23/04/10 DIAS HOSPITALIZAÇÃO: _____

TIPO DE ALTA

INICIATIVA MÉDICA ☐ TRANSFERÊNCIA ☐

A PEDIDO ☐ ABANDONO ☐ ÓBITO ☐

RESULTADO DO TRATAMENTO

CURADO ☐

MELHORADO ☐

INALTERADO ☐

PIORADO ☐

Dr. Paulo Ricardo Marinho Timbo
 Direção e Responsabilidade
 Assinatura

Identificação do estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES		
Hosp. Reg. Dr. Pontes Neto			
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO		
Carlos Alberto Marques da Silva	97 838		
7 - CARTÃO DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DO NASCIMENTO		
	16/04/1987		
9 - SEXO	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		
Mas.: ☒ 1 Fem.: ☐ 3	Maria Cirlene Marques da Silva		
11 - TELEFONE DE CONTATO	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		
	Sítio Lagoinha		
13 - MUNICÍPIO RESIDÊNCIA	14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		
Petrolina Brejo	95		
15 - UF	16 - CEP		
PE	53630000		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Queda da paciente - apresentando dor e incontinência no antebraço E.			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
frat. cuneiforme			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Exame clínico + Rx			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
frat. - fratura distal	5505		
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
frat. cuneiforme fr. - fratura distal	04.0802.04.40		
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DE INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTOS	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
cc	usa	() CNS () CPF	1603776954-1911
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	32 - ASS.: E CASS.: Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	
Spencer	21/04/07		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - Cód. ORGÃO EMISSOR		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
() CNS () CPF			

UNIDADE:

FOLHA DE OPERAÇÃO

Larbor Alberto Marinho da Silva		Nº REG.
DATA OPERAÇÃO 22/10	ENF.	LEITO
OPERADOR Dr. Gustavo	1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA Dr. Larbor	TIPO/ANESTESIA Bloqueio de plexo	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO fratura do osso da perna		
TIPO DE OPERAÇÃO fratura do osso da perna		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA		
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO		
ACIDENTE DURANTE OPERAÇÃO		
DESCRição DA OPERAÇÃO:		
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉC. - LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA		
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOVISCERAS		
1) paciente em mesa de aumento 2) Bloqueio de plexo 3) fratura, artroscopia e campo estéril 4) fratura - contusão 5) Redução fratura do osso da perna e + fixação 6) com o 2º grau de fratura 2-10 7) no controle 8) curativo e fratura fechada		

RELATÓRIO DE ANESTESIA

NOME: Caspos Alberto M de Lira

Operação: Tuor. Cx. Fret. Intubim D

Anestesia: Blo. Queto

Pré-Anestésicos:

Anestésicos:

Xilocaína 12 g/100 ml
Fentolam 1 ml
Jf 500 ml

Duração da Anestesia: 50"

Início: 13,06h

Término: 13,20h

Antonio Helder Souza
 MÉDICO - CREMEO 1250
 CPF 018.828.823-00

CRM RJ

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
 SUS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
 FONE: (89) 3441.4009 - e-mail: hospitalregional@universinet.pa.br - Quixeramobim-CE

Nome: Dr. Carlos Alberto M. Borges do Silva

RG: 97.838

Admissão: 01/01/10

Idade: 36 Anos

Sexo: M

Profissão: Enfermeiro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Acetato de Paracetamol 1000mg
1 comprimido a cada 6 horas
até 10 dias

APRAZAMENTO

03/05

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente vítima de queda de moto, a
presentando dor
na região da
lombos e náuseas
na região da
abdome.
Rx e ECG, exames de
proliferados. Exa-
minada, diagnóstico
da lesão na coluna
vertebral.
Admitido em
Unidade de
Enfermeira
COLEN-CE 1931119

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Paciente vítima de queda de moto, a
presentando dor
na região da
lombos e náuseas
na região da
abdome.
Rx e ECG, exames de
proliferados. Exa-
minada, diagnóstico
da lesão na coluna
vertebral.
Admitido em
Unidade de
Enfermeira
COLEN-CE 1931119

HORA	P.A.	T	GLICEMIA
06:00			
12:00			
18:00			
24:00			

[illegible]

							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (PRÓPRIO PUNHO)

NOME COMPLETO DA VITIMA:

Albino Magres da Silva

DATA DO ACIDENTE:

18-01-10

DATA DA INTERNAÇÃO:

21-01-2010

TRATAMENTO CIRURGICO OU CONSERVADOR REALIZADO NO PACIENTE:

Redução cirúrgica com Ransid
Intenção

PERIODO DE PERMANENCIA HOSPITALAR:

2 diasAPÓS A ALTA HOSPITALAR, QUAIS OS OUTROS TRATAMENTO REALIZADO
NO PACIENTE: EX: TROCA DE GESSO; RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE,
FISIOTERAPIA, ETC.Retirado material de síntese
Fisioterapia

DATA DA ALTA DEFINITIVA:

01/02/12

LOCAL

DATA

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO

Albino Magres da Silva
ASSINATURA DA VITIMA

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

fls. 26

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VITIMA:

Carlos Alberto Marques dos Santos

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

19-01-10

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

19-01-10

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

Pedro Bruno Barros MARINHO 9272-2

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

fratura punho (E)

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Redução cirúrgica com
Fios de titânio

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?
CASO POSITIVO DESCREVER:

☐ SIM ☒ NÃO

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º Paralisia do punho (E) 240%
- 2º Perda da função irreversível e permanente do punho (E)
- 3º Perda da força muscular
- 4º
- 5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE

28-02-2012 A 28-02-2012 E

QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Pedro Bruno

LOCAL

28, 02, 2012

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

Pedro Bruno

LOCAL

28, 02, 2012

DATA

Carlos Alberto Marques dos Santos

ASSINATURA DA VITIMA

do Sino.