

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE, brasileiro, casado, operador de maquinas, portador da cédula de identidade de nº 20078286870 SSP/CE e CPF de nº. 019.109.543-57, residente e domiciliado na Avenida Dr. Antônio de Paulo Pessoa, 508, bairro Sinhá Saboia, Sobral/CE.

OUTORGADA : LUCIANA GONÇALVES SILVA, brasileira, solteira, maior, advogada, CPF: 877.388.723-49 inscrita na OAB/CE de nº 27.103, com escritório Jurídico localizado na Rua Padre José/Praça Bezerril Fontenele, s/nº, centro, Viçosa do Ceará/ CE, CEP: 62300-000.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes, inclusive, os poderes o foro em geral com a cláusula ad judicia et extra, para, em conjunto ou separadamente, realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento desde mandato, especialmente para: **AJUIZAR AÇÃO DE COBRANÇA EM FACE DA SEGURADORA DE SEGUROS DPVAT**, inclusive, nesse mister, podendo promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, junto a repartição publica e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual ou municipal, autarquia ou entidade paraestatal, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho desde mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga a Advogada acima descrita, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre a qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, nos termos do art. 105, do CPC de 2015. Ademais, os mencionados poderes específicos outorgados poderão ser substabelecidos.

Viçosa do Ceará/CE, 03 de Julho de 2018.



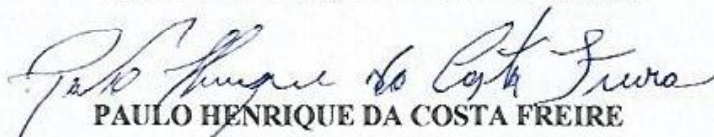
DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE**, brasileiro, casado, operador de maquinas, portador da cédula de identidade de nº 20078286870 SSP/CE e CPF de nº. 019.109.543-57, residente e domiciliado na Avenida Dr. Antônio de Paulo Pessoa, 508, bairro Sinhá Saboia, Sobral/CE, declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Viçosa do Ceará-CE, 06 de Novembro de 2018.


PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE: 20078286870 SSP CE

CPF: 019.109.543-57 DATA NASCIMENTO: 26/08/1985

FUNÇÃO: ANTONIO EDUAR FREIRE
SONIA MARIA DA COSTA

PERMISSÃO: ☒ ACC: ☒ CALHAR: ☒

Nº REGISTRO: 04275998605 VALIDEZ: 09/07/2020 1ª HABILITAÇÃO: 05/01/2009

OBSERVAÇÕES:
EXERCE ATIV REMUNERADA;

Paulo Henrique da Costa Freire
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: SOBRAL, CE DATA EMISSÃO: 05/08/2015

Luciana Gonçalves Silva
ASSINATURA DO EMISSOR

75534500715
CE148433804

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1091088222

PROIBIDO PLASTIFICAR
1091088222

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL



BOLETIM DE Ocorrência Nº 581 - 41 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/01/2018 14:51:40**
Data / Hora da Ocorrência: **14/09/2017 02:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA SENTIDO FORQUILHA SOBRAL**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **FORQUILHA/CE**
Ponto de Referência: **PROX. A CACIBINHA**

Noticiante(s)

Nome: **PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE**
Nascimento: **26/08/1985** CPF:
RG: **20078286870** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **SONIA MARIA DA COSTA**
ANTONIO EDMAR FREIRE
Endereço: **AVENIDA ANTONIO DE PAULO PESSOA, 508**
Bairro: **SINHÁ SABÓIA** CEP:
Município: **SOBRAL/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OHY3565** Uf: **CE** Município: **SOBRAL** Chassi:
9C2JC4110CR322208 Renavam: **473375346** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **FRANCISCO HENRIQUE FARIAS DE SOUSA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O noticiante devidamente qualificado informa que: estava pilotando a moto de placa OHY-3565/CE, dados do veículo acima; Que estava normalmente na via e que um outro motoqueiro se assustou e bateu na lateral da moto do noticiante, momento este que um animal invadiu a pista e colidiu também com o noticiante; Que caiu no chão, tonto e ficou desacordado; Que não sabe informar a placa e nem dados do outro motoqueiro; que foi atendido por populares e levado para o Hospital Santa Casa de Sobral e que teve fratura no braço esquerdo; Que fez cirurgia e que ainda vai fazer fisioterapia no referido membro. E, nada mais disse.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANTONIO CARLOS GOMES VASCONCELOS - MAT.: 300091-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

ALEX BRUNO PINTO MATTOS - MAT.: 30084810

DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

88 - 9444 - 7246

Pág. 1 de 1

Impresso em: 03/01/2018 15:09:31



7444 1246 *

SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIAL

ATENDIMENTO: ADULTO ☒PEDIÁTRICO ☐CIRÚRGICO ☐

ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AmareloHORA DA CLASSIFICAÇÃO: 07:20hPROCEDÊNCIA: Sobral☐ PROCUROU PSF: SIM ☐

CAUSAS:

- ☐ ENCAMINHADO
☐ NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
☐ NÃO TINHA MÉDICO
☐ POSTO ESTAVA FECHADO
☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

NÃO ☐ CAUSAS:

- ☐ NÃO É EFICIENTE
☐ É LONGE DE CASA
☐ NUNCA TEM MÉDICO
☐ TEM PLANO DE SAÚDE
☐ SAMU
☐ CARRO
☐ DEAMBULANDO
☒ OUTRAS AMBULANCIAS
☐ MOTO, BICICLETA...

☒ TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:☐ UBS

HDA DO ACOLHIMENTO:

Pete, 22a, super calçado moto - moto, super elásticoPA: 1 PULSO: 1 FR: 1 TEMP: 1 PESO: 1

TIPO DE ACIDENTE:

- ☐ Acidente c/ objetos corto-contusos ☐ Acidente por arma de fogo ☐ Afogamento de 1
☐ Choque elétrico ☐ Queda. De onde? 1
☐ Ingestão acidental: ☐ Corpo estranho ☐ Produto químicos farmacêuticos
☐ Queimaduras: ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ 3º Grau Por: ☐ Água ☐ Óleo ☐ Álcool ☐ Elétrico
☒ Atropelamento: ☐ Carro ☒ Moto ☐ Bicicleta ☐ Outros
☐ Carro ☐ com cinto ☐ sem cinto ☒ Moto: ☒ com capacete ☐ sem capacete
☐ Mordedura de animais: ☐ Doméstico ☐ Selvagem ☐ Ofídico
☐ OUTROS

LOCAL DO ACIDENTE: Quilombo da Mata



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 557704521

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
JAN/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
3674968 DV **0**

VENCIMENTO
15/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
74,11

Rota 09 032000 10 06500 Medidor Poste
Nome PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE 23650870 0000 B63S
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora AV DR ANTONIO DE PAULO PESSOA 00508 00508 COHAB II
SOBRAL

RG / CPF / CNPJ 019.109.543-57 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

FP 11182 11089 1 93 0 93

DESCRIÇÃO DA CONTA

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	93	0,72504	67,42

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
14/01/2019	13/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FA1F.2834.8B52.1E47.C589.6647.5DD2.7B35

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
67,42	27%	18,20

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	25,04
TRANSMISSÃO	2,67
DISTRIBUIÇÃO	14,27
ENCARGOS SETORIAIS	3,82
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	21,62

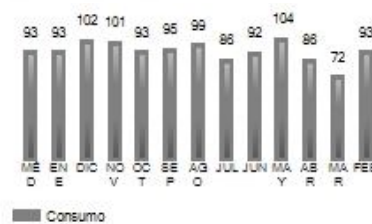
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 24,18
Conjunto

Mês NOV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			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)
		0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

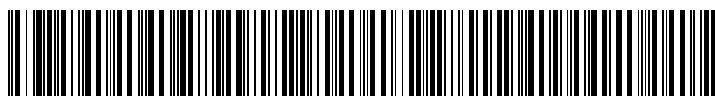
"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE
SEU NUMERO DO CLIENTE SEM O DIGITO VERIFICADOR."
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor
Da dengue, zika e chikungunya. Ministerio da saude. Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 3,42 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,91% e COFINS:4,17%
(Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03)

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 3674968-0 N° da Nota Fiscal: 557704521 Total a Pagar (R\$): 74,11
Data de Emissão: 26/01/2019 Referência: JAN/2019 N° de Controle: 0003674968 00120 4332 2 61

83870000000-1 74110031000-3 00036749680-1 01204332215-1



Rio de Janeiro, 02 de Março de 2018

Carta nº: 12456750

A/C: PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE

Nº Sinistro: 3180049216
Vítima: PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE
Data do Acidente: 14/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CELIO GEOVANI MARQUES LINO

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE

Valor: R\$ 6.412,50

Banco: 104

Agência: 000000554

Conta: 00000257043-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	6.412,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

TIPO DE TRAUMA

- ☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO: _____

CONDUTA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CPE 200.049.113-5 / CRM 11.111-1
Ass. Médico

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS _____

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

☐ COM MEDICAÇÃO

☐ SEM MEDICAÇÃO

☐ ALTA COMPLEXIDADE

☐ INTERNAÇÃO

☐ CLÍNICO

☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☐ INTERNADO: ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ ALTA
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

ALTA DO PACIENTE

SU3

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

v2017003

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
2 - CNES
2552086
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
4 - CNES
2552086
5 - NOME DO ESTABELECIMENTO BENEFICENTE
5 - NOME DO ESTABELECIMENTO BENEFICENTE
SAO CAMILO - HOSPITAL MAT - SAO VICENTE DE PAULO

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE
7 - NOME DO PACIENTE
8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO
Masc ☒ 1 Fm ☐ 2
10 - RAÇA/COR
11 - ETNIA
12 - TELEFONE DE CONTATO
13 - NOME DA MÃE
14 - TELEFONE DE CONTATO
15 - NOME DO RESPONSÁVEL
16 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
18 - UF
19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

- () ACIDENTE DE TRÂNSITO
() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - LÍQUOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO VICENTE DE PAULO
HOSPITAL MAT. SÃO VICENTE DE PAULO
FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

4201/001

DADOS DO PACIENTE

Nome: PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE
Prontuário/Atendimento: 236351/0004
Idade: 32 Ano(s)
Nascimento: 26/08/1985 Local: SOBRAL País Nacionalidade: Brasil
Sexo: Masculino Raça/Cor: Parda Etnia: Estado Civil: Casado(a) Religião:
Documento: CPF: 010.896.4057 N°: S/N Bairro: BARRENTO
Endereço: FAZENDA SÃO TOMÉ Empresa: CNS: 70 2801 125 5598-65
Fone: (68)9944-1111 Profissão: AGRICULTOR Município: ITAPIPOCA-CE CEP: 62500-000
Responsável: PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE CPF do Responsável: Fone Responsável:
Endereço Responsável: Mãe: ANTONIA MARIA DA COSTA
Cônjuge: ANTONIA LIDIANA DUARTE FREIRE
Pai: ANTONIO EDVAR FREIRE

DADOS DA INTERNAÇÃO

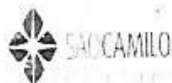
Data/Hora: 22/09/2017 10:33 Quarto/Leto: 062-0002 Aposento: ENFERMARIA Matricula:
Convênio: 5111 Clínica: CIRURGICA Autorização:
Médico: JOSE HENRIQUE CAMPOS DE OLIVEIRA, JUNIOR Setor: EMERGENCIA ADULTO
CID Principal: 551.9 Ferimento do antebraço, parte não especificado CID Complementar: X58.8 Exposição a outros fatores especificados - outros locais, especificados
OBS: ações: CRM: 4920
Usuário: SAMARA DOS SANTOS ALVES Procedimento SUS: Sisprenatal:
Data Saída: Hora: Condição da Saída: Usuário Saída:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

ITAPIPOCA, 22 de setembro de 2017

Assinatura do paciente
Responsável pela impressão: SAMARA DOS SANTOS ALVES


Assinatura do responsável



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

Impressão: 22/09/2017 17:59

Página 1

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 236351	Atendimento 0001	Nome do Paciente PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE	CNS 702801125559865	Guia de Autorização
Documento(s) CPF 019.109.543-57			Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 26/08/1985	Local SOBRAL/CE			Idade 32 Ano(s)
Pai ANTONIO EDVAR FREIRE		Mãe SONIA MARIA DA COSTA		
Endereço FAZENDA SAO TOME, S/N	Bairro BARRENTO	CEP 62500-000	Município ITAPIPOCA	UF CE
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Cônjuge ANTONIA LIDIANA DUARTE FREIRE		Telefone 88994449246
Responsável PAULO HENRIQUE DA COSTA FREI	CPF do Responsável	Endereço FAZENDA SAO TOME, S/N	Município ITAPIPOCA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 22/09/2017	Hora 17:36	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ADRIANO DE ALMADA FERREIRA			CRM/UF 12320/CE	Tipo Atendimento CONSULTA
Indicador de Acidente Trânsito			Funcionário LARISSA SOUSA SALES	
Observação				

Data	Data/Hora Liberação	às	hs	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
inair	ais			
Peso (kg) 77.000	Altura (cm)	T (°C) 36,2	P (bpm)	R (mpm)
				PA (mmHg) 119 X 76

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 22/09/2017 17:59

Responsável pela Classificação: LARISSA SOUSA SALES

Relatório:

Paciente, vítima de queda de moto após colisão com outra moto, apresenta trauma em membro superior esquerdo, apresenta tontura, amnésia temporária após o acidente. No momento encontra-se orientado e lucido. Nega alergia medicamentosa, hipertensão e diabetes.

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

Adriano de Almada Ferreira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 12320

ADRIANO DE ALMADA FERREIRA - CRM: 12320

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: PAULO HENRIQUE DA COSTA



SAOCAMILO
Hospital Maternidade
de São Paulo

www.saocamilohospital.com.br

FOLHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA

Hospital SAOCAMILO Clínica Ortopedia Enf. 1 Sala 1 Leito 1

Paciente Paulo Henrique Matrícula 123456

Diagnóstico fratura distal do rádio e ulna esquerda

Moléstias Secundárias

Queixa e Duração

História da Moléstia Atual

Antecedentes Individuais

Antecedentes Hereditários

Habitos

Interrogatório sobre Aparelho

Alta curado ☐ Alta melhorado ☐ Alta estado inalterado ☐ Alta piorada ☐

Só p/ diagnóstico ☐ Transferido ☐ Alta a pedido ☐ Alta por abandono ☐

Alta tratam. terminado ☐

Dr. José Hernani C. O. Jr.
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE 4920 TEOT - 5088
CPF: 378.930.503-06

23/07
Data

[Assinatura]
Assinatura

Formulário 3611 2/43



SÃO CAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

RELATÓRIO DE OPERAÇÕES

Nome do Paciente Paulo Henrique dos Santos
Categoria 505 Idade 32 Sexo M Enf. Leito
Data da Cirurgia 23/04/17 Cirurgião Dr. Hernani
Auxiliar Circulante
Diagnóstico Pré-operatório: fratura distal e flexão do 1º
Cirurgia osteotomia e placa e parafusos
Diagnóstico Pós-operatório: fratura distal e flexão
corrigida

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Ver dorsal
Anestesia + analgesia
incisão dorsal no sítio
fratura e placa e parafusos
Reduzido a linha e pontos
e pontos e fio;
phi fluro

Dr. José Hernani C. O. Jr.
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE 4926 TEOT 5088
CPF: 378.930.503-06

[Assinatura]

Cópia a Fim - 10/04/17

Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01 - Fazendinha - Itapipoca - CE - CEP.: 62.500-000
CNPJ: 60.975.737/0013-95 - PABX: (88) 3631-5100 - Site Oficial: www.saocamiloitapipoca.org.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

FRANCISCO HENRIQUE FARIAS DE SOUSA

DOC. IDENTIFIC. / CATEGORIA DE VEÍCULO
2042031053723 RSP CE

CPF 040.633.153-71 DATA NASCIMENTO 11/11/1985

RELAÇÃO
JOSE MARIA DE SOUSA
ELIETE VIRGINIA FARIAS DE SOUSA

PERMISSÃO
ADIC. AD. CATIGA

Nº REGISTRO 05208501407 VALOR 11/02/2021 1ª EMISSÃO 18/05/2011

Observações
HAB. MOTOTAXISTA;
EXERC. ATIV. REMUNERADA;

Assinatura do Portador

LOCAL
BOQUEIRÃO, CE DATA EMISSÃO 01/03/2016

Assinatura do Emissor 28961866140
CE152057013

DETRAN-CE (GERA)

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1276734847

PROVIDO PLASTIFICAR
1276734847

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

Nº 013567936475

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA 01 00473328240000000000 2017

FRANCISCO HEITOR DOS SANTOS DE SOU
SOUZA

04063515373

04063515373

PAR/MICULINADANAPAL100

20/000/12400

1

V

A

FAIXA I PVA

PARCELAMENTO / COPIAS

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

11/07/2017

01404

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013567936475 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O 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 11/07/2017

01 04063515373

04063515373

04063515373

04063515373

04063515373

04063515373

04063515373

04063515373

04063515373

04063515373

04063515373

04063515373

04063515373

04063515373

04063515373

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, _____,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____,

Órgão _____, portador do CPF nº _____, com

domicílio na cidade de _____, no Estado de

_____, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

_____, nº _____,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima _____, cujo o condutor era

_____.

Veículo:

Modelo: _____

Ano: _____

Placa: _____

Chassi: _____

Data do Acidente: _____

Local e Data: _____

X _____
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: _____, brasileiro(a),
estado civil _____, profissão _____, CI RG nº _____
CPF/MF nº _____, residente e domiciliado(a)
à Rua _____, Cidade de
_____, Estado _____, CEP: _____
telefone _____.

OUTORGADO: _____
CPF sob o nº _____, e
RG sob o número _____, com endereço cito à
_____, na cidade de
_____, Estado do _____.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgante para:
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por
escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o
andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Luciana Gonçalves Silva
04 JAN 2012

_____ de _____ de 20____

Luciana Gonçalves Silva

OUTORGANTE