

PROCURAÇÃO

Outorgante(s):

Nome: <u>TIAGO SOARES DO NASCIMENTO</u>	
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>CASADO</u>
RG: <u>2008010444838</u> Órgão Emissor: <u>SJP-CE</u> Data da Emissão:	
CPF: <u>053.886.483-46</u>	Profissão: <u>AUXILIAR DE PRODUÇÃO</u>
Endereço: <u>RUA VERA CERZ, 187</u>	
Bairro: <u>PIRAMBU</u>	Cidade/UF: <u>FORTALEZA/CE</u> CEP: <u>60.311-260</u>

Outorgado (s):

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A e ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6994, ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE.

Poderes:

Os da cláusula ad judícia e et extra e os especiais para promover o processo do Seguro Obrigatório DPVAT, contra quem de direito, podendo para tanto, transigir, desistir, acordar, discordar, conciliar, requerer e receber alvará judicial, passar recibo, dar quitação, enfim praticar todos os atos necessários, inclusive substabelecer.

Fortaleza, 08 de maio de 2019.

x Tiago Soares do Nascimento

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante: <u>TIAGO SOARES DO NASCIMENTO</u>		
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>CASADO</u>	
RG: <u>2008010444838</u>	Órgão Emissor: <u>SSP-CE</u>	Data da Emissão:
CPF: <u>053.886.483-46</u>	Profissão: <u>ADJUNTO DE PRODUÇÃO</u>	
Endereço: <u>RUA VERA CRUZ, 187</u>		
Bairro: <u>PIRAMBU</u>	Cidade/UF: <u>FORTALEZA/CE</u>	CEP: <u>60311-260</u>

DECLARA, com a presente, sob as penas da Lei, para fins de prova junto ao Juízo competente, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide, que não possui condições financeiras para arcar com o ônus processual, estando nas exatas condições da Lei nº. 1.060/50, carecendo, pois, dos auspícios da GRATUIDADE DE JUSTIÇA para promover Ação de Indenização e/ou Cobrança.

Fortaleza, 08 de maio de 2019.

Tiago Soares do Nascimento

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA,

brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A, e **ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6.994 ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE, declaramos para os devidos fins de direito, que não estamos cobrando honorários advocatícios antecipadamente do(a) autor(a), ressaltando os honorários de sucumbências.

Fortaleza, 08 de maio de 2019.

Ciente:

Tiago Soares do Nascimento

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO
CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO

TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
2008010444838 SSP CE

CPF
053.886.483-46

DATA NASCIMENTO
28/07/1992

PLACAO
MARINEIDE SOARES DO NASCIMENTO

PERMISSAO
PERMISSAO

ACC
ACC

CEHAB
A

Nº REGISTRO
07008005309

VALIDADE
22/02/2019

1ª HABILITACAO
22/02/2018

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

Tiago Soares do Nascimento
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSAO
23/02/2018

1008 VASCOILUS PONTE
ASSINATURA DO EMISSOR

08410108185
CE161871321

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1633165472

PROIBIDO PLASTIFICAR
1633165472



Nº de inscrição:
001345974

DADOS DO CLIENTE

Nome: **KARINE CAVALCANTE DE OLIVEIRA SOUSA**

End. Ver. Pai: **RU VER. CRUZ, 187, PIRAMBU**

Cidade: **FORTALEZA** CEP: **60311-260**

Cidade: **FORTALEZA** CEP: **60311-260**

Local: **001** Serv: **038** Queda: **0120** Total: **0176** Conto: **0000**

Subs: **00** Faturado: **00**

FORMAS DE PAGAMENTO

Residencial: **001** Comercial: **000** Industrial: **000** Ponto: **000**

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen	Média Semestral (m)
AGUA	A11F312931	768	777	9	8

DATAS

Leitura Atual: **17/08/2018** Enquadro: **17/08/2018** Lacre Água: **3248227**

Leitura Anterior: **17/07/2018** Próxima Leitura: **17/09/2018** Lacre Espelho: **234834**

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 06/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Redução de Cloro
Exigidas	533	533	126	533	533
Atendidas	567	567	565	564	564
Em conformidade	561	560	541	550	564

MENSAGENS - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 9 m3 | META: 10 m3.

Constatamos debito de R\$ 69,62. Caso pago, desconsiderar.

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	24,40			
ESGOTO	19,52	Jun/18	7	5
		Jul/18	6	4

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSIDIO		Valor (R\$)
Descrição	Valor (R\$)	Descrição		
PIS	0,42	VALOR DO SERVIÇO		68,30
COFINS	2,09	VALOR DO SUBSIDIO		24,38
		VALOR TOTAL A PAGAR		43,92

MÊS/ANO: 08/2018 **VENCIMENTO: 06/09/2018** **TOTAL A PAGAR (R\$): 43,92**

ONDE PAGAR SUA FATURA

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

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

Entidades Reguladoras: ACPOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 275 0195. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 0195.



0800 275 0195



0800 275 0195




DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: TIAGO SORRES DO NASCIMENTO		
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: CASADO	
RG: 2008010444838	Órgão Emissor: SSP-CE	Data da Emissão:
CPF: 053.886.483-46	Profissão: AUXILIAR DE PRODUÇÃO	
Endereço: RUA VERA CRUZ, 187		
Bairro: PIRAMIM	Cidade/UF: FORTALEZA / CE	CEP: 60.311-260

Declara para devidos fins de direito e a quem possa interessar que reside no endereço acima declarado, porém não possui comprovante de residência em seu nome.

Fortaleza, 08 de maio de 2019

TIAGO SORRES DO NASCIMENTO

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declarante: <u>TIAGO SOARES DO NASCIMENTO</u>		
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>CASADO</u>	
RG: <u>2008010444838</u>	Órgão Emissor: <u>SSP-CE</u>	Data da Emissão:
CPF: <u>053.886.483-46</u>	Profissão: <u>AUXILIAR DE PRODUÇÃO</u>	
Endereço: <u>RUA VERA CRUZ, 187</u>		
Bairro: <u>PIRAMBU</u>	Cidade/UF: <u>FORTALEZA / CE</u>	CEP: <u>60.311-260</u>

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que assumo de forma plena, única e integral, a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, isento o escritório José Brito Advogados representado através dos Advogados José Orisvaldo Brito da Silva, inscrito na OAB/CE 21.292 A e Ana Cláudia Maia Alencar, inscrita na OAB/CE 6994, com endereço na Avenida Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota, 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."

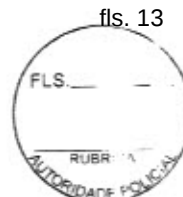
Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade do mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza, 08 de maio de 2019.

** Tiago Soares do Nascimento*



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2018126132

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4302 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/10/2018 09:57:21**
Data / Hora da Ocorrência: **20/05/2018 15:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS**
Complemento:
Bairro: **CRISTO REDENTOR** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **TIAGO SOARES DO NASCIMENTO**
Nascimento: **28/07/1992** CPF: **053.886.483-46** UF: **CE**
CNH: **07008005309** Orgão Emissor: **DETRAN**
Filiação: **MARINEIDE SOARES DO NASCIMENTO**
Endereço: **RUA VERA CRUZ, 187**
Bairro: **PIRAMBU**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.311-260**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98956-1955**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OZA5118** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KC1670FR525625 Renavam: **1063772319** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 START** Ano Fabricação:
2015 Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA**
Proprietário: **FRANCISCO ROBEVAGNER NASCIMENTO LEAO** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OZA-5118-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS; QUE UMA OUTRA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADA, AVANÇOU A PREFERENCIAL, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU DO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO. E NADA MAIS DISSE.///
OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Tiago Soares do Nascimento

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Tiago Soares do Nascimento** - C.P.F. **053.886.483-46**, no dia **20/05/2018**, às **16h11min**, na **Rua Nossa Senhora das Graças**, no **Bairro Cristo Redentor**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P346879/2018**.

Fortaleza, 13 de setembro de 2018.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1
Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza

Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

P-346879/18



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



Prefeitura da
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: UST 96 PONTO DE APOIO: HMF Nº DA OCORRÊNCIA: 01798

DATA: 20/05/18 TURNO: MT EQUIPE: Odaleia e Soares

NOME: THIAGO SOARES DO NASCIMENTO IDADE: 24 SEXO: M

ENDEREÇO: Rua Senhores das Unhas 1192

REFERÊNCIA: Apt. 101 - Fátima Floriano Mercê BAIRRO: Centro Reston

QTY: 16:04 QUS: 16:11 QUR: 16:30 QUY: 16:50 QUU: 17:30

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão moto x moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

☐ RESPONSIVO
☒ NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA

☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

A

☒ PERVEAS

☐ OBSTRUÍDAS

POR:

B

PADRÃO RESPIRATÓRIO

☐ EUPNEICO
☒ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:

PALPAÇÃO/PERCUSSÃO

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:

AUSCULTA

☐ NORMAL
☒ ALTERADA:

C

PULSO

☐ NORMOCÁRDICO
☒ TAQUICÁRDICO
☐ BRADICÁRDICO

☒ CHEIO
☐ FILIFORME
☐ IMPALPÁVEL

PELE:

☐ CORADA
☒ SUDOREICA
☐ PÁLIDA
☐ SECA
☐ CIANÓTICA
☐ QUENTE
☐ FRIA

ENCHIMENTO CAPILAR

☒ ≤ 2 seg
☐ > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO

☒ SIM
☐ NÃO

LOCAL: RADIAL

D

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR

ESPONTÂNEA ☐ 4
À VOZ ☐ 3
À DOR ☒ 2
NENHUMA ☐ 1

TOTAL: 2

RESPOSTA VERBAL

ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☐ 5
CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL (P) ☐ 4
PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☒ 3
SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2
NENHUMA ☐ 1

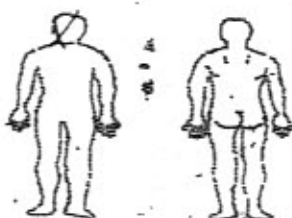
RESPOSTA MOTORA

OBEDECE A COMANDOS ☐ 6
LOCALIZA A DOR ☐ 5
MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4
FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
NENHUMA ☐ 1

PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☒ ALTERADAS:

E

ADULTO



LESÕES

TCE MODERADO + HEMATOMA PERIORBITAL DA DIREITA

Dr. Elisabeth

PEDIÁTRICO



SAMPLA

FC: 104 PA: X FR: GLIC: OXIM: 94 TEMP: 36,5

HEMATÓCITOS E NO DESLOCAMENTO ALCOÓLICAS, URG. DE BEBIDAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHEGAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS./CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente, após colisão moto x moto, não portava capacete
concentra-se no levantamento do motor. FCA 9 / Chumbeiro
reservatório à direita. Adm 500ml de Ringer. Apresenta hem
tórax intenso durante o deslocamento, está estabilizado e clare
o na manobra de IZF.

ASS./COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: IDF CENTRO

BOLETIM EMERG:

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ OUTRO:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: ☒ SIM ☐ NÃO

ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:

ESPOSA

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

TERMO DE RECUSA

EU, _____, RG/CPF _____

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA, PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO

PELO SAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 11/09/2018 10:33:36

Por: EDUARDO MORAES

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL								DATA/HORA: 20/05/2018 14:33:36	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE									
CNS	700001128399304		NOME	TIAGO SOARES DO NASCIMENTO				Registro	5238650
CPF			RG	2008010444838		D. NASC	28/07/1992	ESTADO CIVIL	
			SEXO	M		RAÇA/COR			
NOME DA MÃE: MARINEIDE SOARES DO NASCIMENTO					NOME DO PAI: N.C				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua			ENDEREÇO DO PACIENTE: rua augustina				Nº: 64	BAIRRO: cristóvão redentor	
COMPLEMENTO		TELEFONE:		MUNICÍPIO: FORTALEZA			UF: CE	CEP: 6000000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL									
NOME: KARINE			PARENTESCO: ESPOSA				TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO									
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:			CÓDIGO DO CNAEN:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO									
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas									
QUEIXAS: Vítima de colisão moto x moto com história de hematêmese. Apresenta rebaixamento de sensório. Sat: 94% em ar ambiente.									
OBSERVAÇÕES:									
SINAIS VITAIS									
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública			Escala de Dor: Forte			PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO									
ATENDIMENTO MÉDICO									
Anamnese:									
Exame Físico:									
Condição:									
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO									
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:									
ENCAMINHAMENTO 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: 5238650

NOME: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

DATA DE NASCIMENTO: 28/07/1992

PAI:N.C

MÃE: MARINEIDE SOARES DO NASCIMENTO

DATA DE ATENDIMENTO:20/05/2018

DATA SAÍDA: 29/06/2018

MOTIVO:PACIENTE ADMITIDO NO IJF, EM 20/05/2018, COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO TCE. (GLASGOW 12); FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR DIREITO, FRATURA FRONTAL, LE FORT II E OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ.

ADMITIDO COM HEMATOMA PERIORBITAL DIREITO, GLASGOW 12, SONOLENTO, ORIENTADO.

TC DE CRÂNIO EVIDENCIOU HEMATOMA EXTRADURAL AGUDO LAMINAR E MÚLTIPLAS FRATURAS DE FACE.

SEGUIU ESTÁVEL NA EMERGÊNCIA E TC DE CRÂNIO 04 DIAS PÓS-TRAUMA EVIDENCIOU PNEUMOENCEFALO.

EM 28/06/2018, FOI SUBMETIDO À OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR. OPERADO POR DR. JOSÉ MARIA.

RECEBEU ALTA HOSPITALAR EM 29/06/2018

LAUDO MÉDICO DIGITADO EM 31/07/2018 (JOAQUIM/C).

Joachim José

**MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE/NUAME-IJF**

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL

IJF- INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

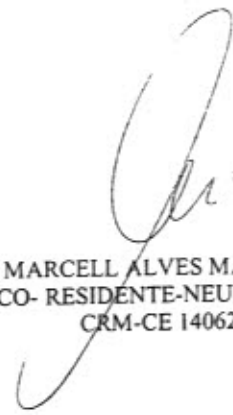
Rua Barão do Rio Branco 1816 centro Fortaleza-Ce
CEP: 60025-061; PABX: (85) 3255-5000.

Fortaleza, 08 de junho de 2018

TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente supracitado, 25 anos, com história de queda de moto no dia 20/05/2018. TC de Crânio evidenciou TCE + Fraturas de ossos da face. Devido quadro atual foi optado por conduta conservadora, porém aguarda procedimento cirúrgico da Buco-maxilo-facial devendo permanecer aos cuidados da referida especialidade, com tempo indeterminado de permanência. Portanto, o paciente não possui capacidade de desempenhar suas obrigações laborais no momento.


MARCELL ALVES MACÊDO
MÉDICO- RESIDENTE-NEUROCIRURGIA
CRM-CE 14062

Marcell Alves Macêdo
Neurocirurgia - IJF
CRM-CE 14062



Dr. Amândio Pereira de Sena Filho
CREMEC 1279
Neurologista

ATESTADO MÉDICO

ATESTO, PARA OS DE-
VIDOS FLVS, QUE O SR. TIACE
SOFRE DE NAUSEA

RG=211201644832- SSP-CE; SEGUN-
DO A ANAMNESE E EXAMES
MÉDICOS, SOFREU TRAUMATISMO
CRANIO-ENCEFÁLICO E FACIAL, COM

FRATURA FACIAL, FRATURA ORBITO-
ZIGOMÁTICA E CASSAS PARASIAIS DE
TUMOR, COM HEMATOMA EXTRA-
DURAL TUMORAL. ATUALMENTE
APRESENTA ASSIMETRIA FACIAL,
PTÓSE OCULAR DIREITA EXTERNA
COM VERTÍGEM. DIAGNÓSTICO - C.O.D.

RG=506.9+512.7+5153.2+6520.

Rua Dr. João Moreira, 327 - Centro (Ao lado da Santa Casa)
Fone: (85) 3454.1449 / 3458.1592 / 3045.1593

Dr. Amândio Pereira de Sena Filho
CREMEC 1279
Neurologista

SINISTRO 3180543084 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

CPF/CNPJ: 05388648346

Posição em 13-12-2018 10:33:11

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
13/12/2018	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00