

Nº DO CLIENTE
1571822-0
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 483193077

Data de Emissão 27/06/2017

Rota 19 25070 16 040500 - 7

Nome FRANCISCA SOUSA DE HOLANDA

End. Postal RU MANOEL ROBERTO 00721

SAO JOSE - MORADA NOVA - 62940000

Medidor 3042839

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

RG/CPF/CNPJ 941422543-91

Nome do Responsável

Posto 0000 0000

Fator de Potência 0,00

CGF

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jun/2017	27/06/2017	27/07/2017

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto MORADA NOVA

Mês Abr/2017

Padrão Individual 21,27

Padrão Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC 5,19	10,38	20,77	0,42	0,00	0,00
FIC 0,23	5,47	12,95	1,00	0,00	0,00
DMIC 2,94			0,42		

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

D9E8.E061.FEEB.6074.106E.5D95.4C47.6EB2

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
18279	18183	1,00	96	0,00	96	0,1751 0,30110	5,26 19,87

27/06/17 26/05/17 32 DIAS 96

VALOR (R\$) 25,13

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	25,13
MULTA MORATORIA REF 05/2017	0,54
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	5,92
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,61
SEGURO RESIDENCIAL 24H - PRATIL 0800-600-0560	6,53

VENCIMENTO 04/07/2017

TOTAL A PAGAR (R\$) 39,73

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	11,60
Transmissão	1,16
Distribuição	7,88
Encargos Setoriais	2,78
Tributos (PIS-COFINS)	3,37
TOTAL	26,74

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

102	96	100	104	113	98	106	109	97	101	100	97	107
MÊS Jun Jul Ago Set Out Nov Dez Jan Fev Mar Abr Mai Jun												

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 41,49

Compensado kg (CO₂) 0,00

Consciência Ecológica(%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

DEBITOS ANTERIORES

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Nome: <i>Laio Brenno Rebelo</i>		Nacionalidade: Brasileira
CPF: <i>064.789.513-75</i>	RG: <i>2007682736-4</i>	Profissão: ☒ Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: <i>Rua Manoel Roberto</i>		Nº <i>723</i>
Bairro: <i>São José</i>	Cidade: <i>M. Nova</i>	Estado Civil: ☒ Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
CEP: <i>62.940-000</i>	Estado: CE	
Telefone: <i>9355-6672</i>		

DECLARO conforme artigo 1º, da Lei 7115/83, que não possuo comprovante de endereço em meu nome e resido no endereço acima mencionado.

DECLARO também ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

M. Nova (CE), *28* de *agosto* de 20 *17*.

x Laio Brenno Rebelo

DECLARANTE

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Nome: <u>Cassio Brenno Rebelo</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
CPF: <u>064.789.513-75</u>	RG: <u>2007682716-4</u>	Profissão: ☒ Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: <u>Rua Manoel Roberto</u>		Nº: <u>721</u>
Estado Civil: ☒ Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado		Estado: <u>CE</u>
Bairro: <u>800 Jose</u>	Cidade: <u>M. Novo</u>	
CEP: <u>62.940-000</u>	Telefone:	

OUTORGADO:

RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 017.809.013-13, inscrito na OAB-CE sob o Nº 23.814, e, **FILipe BEZERRA CATUNDA CAMPELO**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/CE 27.565, ambos podendo ser intimados em Morada Nova- CE, na Rua José de Fontes Nº 90-A, têm entre si, justo e contratado, o que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o Outorgante nomeia, constitui e habilita o (s) Outorgado (s) a praticar (em) todos os atos do processo, conforme disposto na primeira parte do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

CLÁUSULA ESPECÍFICA:

Por esta cláusula específica, O Outorgante habilita o (s) Outorgado (s) a transigir (em), desistir (em), renunciar (em) ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar (em) compromisso, receber (em) e dar (em) quitação no presente feito, realizarem levantamentos e saques de Alvará Judicial, conforme parte final do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

Morada Nova (CE), 28 de agosto de 2017.
Cassio Brenno Rebelo
 Outorgante

* Art. 105. A procuração geral para o foro, outorgada por instrumento público ou particular assinado pela parte, habilita o advogado a praticar todos os atos do processo, exceto receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, que devem constar de cláusula específica.

filipe.bezerra@hotmail.com
 rodolfo.dio@hotmaill.com
 Tel.: (88) 9922-2189
 Tel.: (88) 9669-5233

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA E DE RESPONSABILIDADE

Nome: <u>Caio Brenno Dabelo</u>		Nacionalidade: Brasileira
CPF: <u>064.789.513-75</u>	RG: <u>2007682716-4</u>	Profissão: ☒ Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: <u>Rua Manoel Roberto</u>	Nº: <u>721</u>	Estado Civil: ☒ Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
Bairro: <u>São José</u>	Cidade: <u>M. Nave</u>	Estado: CE
CEP: <u>62.940-000</u>	Telefone:	

Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com às custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Declaro ainda, para todos os fins a que esta se destinar, que fui devidamente esclarecido pelos Advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia", acerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente ação judicial, assumindo, assim, de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste, isentando expressamente os advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia" de qualquer ato inverídico ou omissos que possa interferir no resultado deste procedimento.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

M. Nave (CE), 28 de agosto de 20 17.

Caio Brenno Dabelo

DECLARANTE

filipe.bezerra@hotmail.com
rodolfofdsf@hotmail.com
Tel.: (88) 9922-2189
Tel.: (88) 9661-5233

No. HOSPGESTOR: 19752

LEITO:

NOME: CAIO BRENNO RABELO

DATA DE INTERNACAO: 05/ 09/ 2014

BE/PRONT: 5320293

NASCIMENTO: 09071993

DATA DA ALTA: 02/10/2014

CIDADE DE ORIGEM: MORADA NOVA

IDADE: 21

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE TIBIA - DIAFISE DIR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-OPERATORIOS:

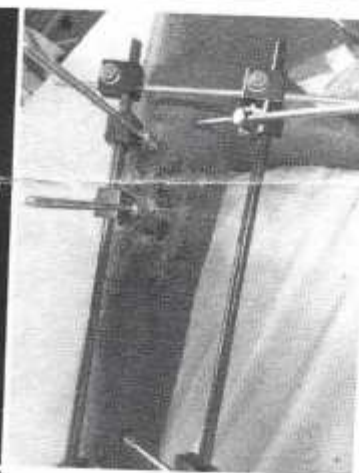
TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA: SANGELO

STAFF DO LEITO: SALES

RESIDENTE DO LEITO: GABRIEL XIMENES



Mapa de Cirurgias

Des. Int.	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material
-----------	------	-------	-----------	-----------	----------

Observação

Status da
marcação

**INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA**

24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Ortopedia

Atestado - Serviço de Traumatologia-

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:	CAIO BRENNO RABELO		
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	05 09 2014	DATA DA ALTA:	02/10/2014
BE/PRONT:	5320293	CIDADE DE ORIGEM:	MORADA NOVA
IDADE:	21		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE TIBIA - DIAFISE DIR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:			
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:	SANGELO		
STAFF DO LEITO:	SALES		
RESIDENTE DO LEITO:	GABRIEL XIMENES		

Ass: 	Retomar dia: <u>02/10/14</u> Hora: _____ para Dr. <u>SALVO</u>
Data: <u>02/10/14</u>	Dispensa do trabalho por: <u>30 (TRINTA) dias</u>
Imprimir	

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web

SOLICITAÇÃO DE EXAME RADIOLÓGICO

Nome: <u>LAO</u>		Unid. Internação: <u>Rou</u>		Idade: <u>09/07/93</u>		Nº AIH/ RAE:	
Paciente Externo? ☒ Sim ☐ Não						Sexo: ☐ Masc ☐ Fem	
Motivo da Solicitação:							
Solicito: Raio-x de [] Braço ___ AP/L [] Antebraço ___ AP/L [] Cotovelo ___ AP/L [] Mão ___ AP/P [] Punho ___ AP/P [] Bacia AP [] Coxa ___ AP/L [] Perna ___ AP/P [] Joelho ___ AP/P [] Pé ___ AP/L [] Tornozelo ___ AP/P []							
Assinatura e Carimbo do Solicitante				Data: <u>28/01/98</u> Hora: ___ h ___ minutos			
Eduardo de A. Caratti Médico Residente Ortopedia / Traumatologia CREMEC - 11.458				AMBULATORIO DE EGRESSOS - NF REGISTRADO NO E-SUS DATA: <u>28/01/98</u> HORA: ___:___:___ H Recepcionista: <u>[assinatura]</u>			
Laudos:				Hora: ___ h ___ minutos			

Assinatura e Carimbo do Médico Emissor do Laudo:

As películas radiológicas foram entregues ao paciente?

☐ Sim (recomendável)

☐ Não

fls. 18

01 / JUL / 08 - Formato A5 (148X210) - 2 VIAS: 1ª via retida no SERVIÇO e 2ª Anexada ao laudo

Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 12/02/2015 8:13:27

Por: ESTENIA D. FERREIRA DA R. MELO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 12/02/2015 08:12:59	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 161830697290000	NOME: CAIO BRENNO RABELO		Registro: 5320293		
CPF:	RG:	D. NASC.: 09/07/1993	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RACIA/COR: Parda
NOME DA MÃE: FRANCISCA SOUSA DE HOLANDA			NOME DO PAI: -NI		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: MANOEL ROBERTO		Nº:	BARRIO: GIRILANDIA	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICIPIO: MORADA NOVA	UF: CE	CEP: 62940-000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: CAIO BRENNO RABELO		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:					
QUEIXAS:					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA:	Escala de Dor:		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO:		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: ORTOPEDIA/TRAUMATOL.					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

SOLICITAÇÃO DE EXAME RADIOLOGICO



Nome: <u>Carla</u>		Unid. Internação: <u>Bras</u>		Nº AIH/ RAE: <u>5320293</u>	
Paciente Externo? ☐ Sim ☐ Não		Idade: <u>09-07-1993</u>		Sexo: ☐ Masc ☐ Fem	
Motivo da Solicitação:					
Solicito: Raio-x de [] Braço ___ AP/L [] Antebraço ___ AP/L [] Cotovelo ___ AP/L [] Mão ___ AP/P [] Punho ___ AP/P [] Bacia AP [] Coxa ___ AP/L [] Perna ___ AP/P [] Joelho ___ AP/P [] Pé ___ AP/L [] Tornozelo ___ AP/P [] [] [] [] [] []					
Assinatura e Carimbo do Solicitante:		Data: <u>21/02/15</u>		Hora: h minutos	
Laudo:		Dr. Marcelo Guerra Matias Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CREMEO 14096			
		AMBULATORIO DE EGRESSOS - UF REGISTRADO NO E-SUS DATA: <u>12/02/15</u> HORA: <u>11:20</u> H Recepcionista: <u>Maria Lima</u>			
Assinatura e Carimbo do Médico Emitente do Laudo:		Data: <u>1</u>		Hora: h minutos	
As películas radiológicas foram entregues ao paciente? ☐ Sim (recomendável) ☐ Não					



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5320293

NOME: CAIO BRENNO RABELO

DATA DE NASCIMENTO: 09/07/1993

PAI: N.C.

MÃE: FRANCISCA SOUSA DE HOLANDA

DATA DE ATENDIMENTO: 05/09/2014

DATA SAÍDA: 02/10/2014

MOTIVO: O PACIENTE CAIO BRENNO RABELO, 21 ANOS, DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA DO IJF, EM 05/09/2014, VÍTIMA DE TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA, DECORRENTE DE ACIDENTE DE MOTO.

FOI SUBMETIDO À LIMPEZA CIRÚRGICA + FIXAÇÃO EXTERNA DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA, EM 06.09.2014. EVOLUIU ESTÁVEL, ACORDADO, SEM INTERCORRÊNCIAS. PERMANECERU INTERNADO, AGUARDANDO CIRURGIA DEFINITIVA EM PERNA DIREITA.

EM 02.10.2014 – RECEBEU ALTA HOSPITALAR.

LAUDO MÉDICO DIGITADO EM 10/09/2015 (ANANIAS/P).

Dr. João Ananias Vasconcelos Neto
MÉDICO
CREMEC 3638

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL



(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3150375308 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** CAIO BRENNO RABELO**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** CAPEMISA Seguradora de Vida e Prev.S/A-Filial Fortaleza CE**BENEFICIÁRIO** CAIO BRENNO RABELO**CPF/CNPJ:** 06478951375**Posição em 28-08-2017 15:29:01**

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
08/09/2015	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)





ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 504 - 3700 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **07/11/2014 09:43:08**
Data / Hora da Ocorrência : **05/09/2014 16:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R CEL. MANOEL HONORATO**

CENTRO MORADA NOVA /CE
Ponto de Referência: **SAAE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CAIO BRENNO RABELO**
Nascimento : **09/07/1993**
RG: **20076827164** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF:
Filiação: **N.C**
FRANCISCA SOUSA DE HOLANDA
Endereço: **R MANOEL ROBERTO 721**
GIRILANDIA
MORADA NOVA CE BRASIL Telefone: **88.98638150**

Histórico

O noticiante informa que no dia 05/09/2014, por volta das 16:30 horas, sofreu um acidente de trânsito, tipo colisão, quando trafegava na motocicleta abaixo descrita:

Dados Veículo
RENAVAM: 913661708
Número Chassi: 9C6KE094070014159
Placa: HXW7902
Marca/Modelo: YAMAHA/XTZ 125K
Ano de Fabricação: 2007
Ano do Modelo: 2007
Cor: AZUL
Tipo Veículo: MOTOCICLETA
Quantidade de Passageiros: 2
Potência: 0
Cilindradas: 124
Categoria: PARTICULAR
Espécie PASSAGEIRO
Combustível: GASOLINA
Tipo Carroceria: NAO APLICAVEL
Número de Eixos:
Número Motor: E386E-014187
Data Licenciamento : 25/11/2011
Quantidade Multas: 4
Quantidade Restrições: 2

Caio

Caio Brenno Rabelo



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 504 - 3700 / 2014

Débito licenciamento : SIM

IPVA em Débito: Sim

Roubado: Não

Restrições:

1.DEBITO DE IPVA

2.DEBITO DE IPVA

Dados do Proprietário

Proprietário: JOSE FRANCINILSON DE SOUSA CHAVES

CPF/CNPJ Proprietário: 01527761339

Endereço: SÍTIO MACACOS 0

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: QUIXERE

CEP: 62920000

QUE no referido dia, seguia para o bairro Girilândia, guiando a motocicleta acima, quando em dado momento, um automóvel, placa não anotada, saiu da outra mão da via, restando por colher o noticiante; QUE foi socorrido por populares para a Fundação São Lucas de Morada Nova/CE; QUE o noticiante sofreu fratura exposta no membro inferior direito, escoriações em membro inferior esquerdo e membro superior esquerdo; QUE foi transferido para o IFJ de Fortaleza, onde passou por procedimento cirúrgico; QUE não é portador de CNH; QUE manifesta o desejo de receber o SEGURO DPVAT; QUE não tem interesse em representar criminalmente contra o causador do acidente. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

"ESCRIVÃO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Caio Brenno Rabelo

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

JOANILSON NOGUEIRA QUEIROZ DE ALBUQUERQUE - MAT.: 404570-1-1

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

CAIO BRUNO ROSA

vítima de acidente de trânsito, em 05/09/14, sofreu:

Fratura exposta dos ossos do peroneo
C10- S82.2

e submeteu-se a tratamento(s):

Ampliação cirúrgica e fixação
externa

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Ampliação muscular
cirúrgica, dor
Dificuldade de locomoção
Falta de um membro
Dificuldade de locomoção
Bloqueio parcial da função
do peroneo. Insuficiência
do membro.

Dr. Mardônio Salmito Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411 /



FUNDAÇÃO SÃO LUCAS

SANTA CASA DE MORADA NOVA

Av. Manoel Castro, 237 – Centro – CEP: 62.940-000

C.G.C. 07.677.263 / 0001 – 89 / E-MAIL : santacasamnova@bol.com.br

Fones : 3422.1411/ 3422.2230

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que dando busca em nossos arquivos encontramos o registro do seguinte teor: no dia 05/09/2014, às 17:00 horas, deu entrada no setor de Urgência/Emergência da Fundação São Lucas – Santa Casa de Morada Nova, o Sr. **CAIO BRENO RABELO** apresentando: **FRATURA EXPOSTA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO. ESCORIAÇÕES MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.**

Morada Nova, 13 de Outubro de 2014.



07.677.263/0001-89

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE MORADA NOVAAV. MANOEL CASTRO 23
CENTRO CEP 62.940-000

MORADA NOVA - CE

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE MORADA NOVA
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
REGISTRO DE OCORRÊNCIA

PACIENTE: PAIO BRUNO RABELO DN 09/10/61/93
 ENDEREÇO: MANOEL ROBERTO (GAILAND)
 DIA: 05/09/17 HORA: 17:00 HS
 LOCAL DA OCORRÊNCIA: X X

DESCRIÇÃO DA LESÃO E DO PROCEDIMENTO ADOTADO:

FRATURA EXPOSTA NO M.I.D.
ESCALA P.O.S. M.I.E. M.S.E.

TACAS FEITO p/ FORTALECER.

PLANTONISTA: DR. ASSIS TÉC. ENF: ELIZABETH S.

