

| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>ESTADO DA BAHIA<br/>SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA<br/>INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO PEDRO MELLO</p> <p>NÃO PLASTIFICAR</p>   <p><i>Zeniuton Silva de Araujo</i></p> <p>ASSINATURA DO TITULAR</p> |  | <p>20.718.762-29</p> <p>DATA DE EMISSÃO: 07-03-2012</p> <p>NOME: ZENIUTON SILVA DE ARAUJO</p> <p>FRANCISCO JOAQUIM DE ARAUJO</p> <p>HELENA SILVA FEITOSA DE ARAUJO</p> <p>NACIONALIDADE: JATI CE</p> <p>DATA DE NASCIMENTO: 14-12-1974</p> <p>C.NAS. CM JUAZEIRO DO NORTE CE DS<br/>PADRE CÍCERO LV 09 FL 145 RT 9537<br/>501.969.523-87</p> <p><i>Isailda M. de Oliveira</i></p> |  |
| CARTEIRA DE IDENTIDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | LEI Nº 7.116 DE 29/08/83                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |

**PROCURAÇÃO**  
**“AD JUDICIA ET EXTRA”**

**OUTORGANTE:**

|                                                              |                                  |                    |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------|
| <b>NOME:</b><br>Zenilton Silva de Araújo                     |                                  |                    |
| <b>NACIONALIDADE:</b><br>Brasileiro                          | <b>ESTADO CIVIL:</b><br>Casado   |                    |
| <b>PROFISSÃO:</b><br>Autônomo                                | <b>C.P.F.:</b><br>501.969.523-87 |                    |
| <b>ENDEREÇO COM CEP:</b><br>Rodovia Br-222 - cep. 61.616-000 |                                  |                    |
| <b>BAIRRO:</b><br>Genipabu                                   | <b>CIDADE:</b><br>Caucaia        | <b>U.F.:</b><br>ce |

**OUTORGADO:** JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.130, com endereço para intimações e notificações, nesta urbe, na Rua Paulo Gomes da Silva, nº 226, bairro Parque Soledade, CEP 61.603-070, Caucaia/CE, onde recebe intimações de estilo (art. 106 do NCPC).

**PODERES:** Por este instrumento o(a) Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui o Outorgado acima identificado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula “Ad Judicia Et Extra”, para agir, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, promover requerimentos administrativos, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga ainda ao Advogado acima descrito, os poderes para, em nome do(a) Outorgante, receber citação judicial ou administrativa, receber intimações, prestar depoimento pessoal, reconhecer a procedência do pedido, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, receber valores, inclusive, em cheques decorrentes de condenação judicial, renunciar a quaisquer valores superiores ao teto dos Juizados Especiais em razão de eventual ajuizamento no procedimento especial (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, além de outros não expressamente constantes nesse mandato (art. 105 do NCPC).

Os poderes nesta procuração descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

**DECLARAÇÃO:** O(a)s outorgantes(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do art. 5º, da Lei nº 1.060 de 1950 e art. 98 e ss. do NCPC.

Fortaleza - ce, 10 de junho de 2019

Zenilton Silva de Araújo  
**OUTORGANTE**



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

**Impresso nº 201964412****BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 789 / 2019****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **28/01/2019 09:38:07**  
Data / Hora da Ocorrência: **28/07/2018 06:40:00**  
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA 2225 KM 22**  
Complemento:  
Bairro: **BUQUEIRÃO** Município: **CAUCAIA/CE**  
Ponto de Referência: **SEFAZ**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ZENIUTON SILVA DE ARAÚJO**  
Nascimento: **14/12/1974** CPF: **501.969.523-87** UF: **CE**  
RG: **2071876229** Orgão Emissor: **SSPDC**  
Filiação: **HELENA SILVA FEITOSA DE ARAÚJO**  
**FRANCISCO JOAQUIM DE ARAÚJO**  
Endereço: **RUA PRINCIPAL MURIBECA**  
Bairro: **GENIPABU** CEP: **61.600-000**  
Município: **CAUCAIA/CE** Telefone: **8910-1570**  
País: **BRASIL**

**Dados do(s) Veículo(s)**

- 1) Placa: **HXV6993** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BWKA05Z374137570** Renavam: **917984234** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **VW/FOX 1.0** Ano Fabricação: **2007** Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRATA** Proprietário: **PEDRO RODRIGUES PAIVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**
- 2) Placa: **HYU1003** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi: **9C2KC08108R128566** Renavam: **961695412** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **CICERA OLIVEIRA PINHEIRO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

diz o declarante que no dia e hora acima mencionado pilotava a moto acima descrita quando foi trancado por veículo de placas HXV6993 entrou em sua frente de maneira brusca e colidiu na moto do declarante; Que o declarante caiu ao solo e na queda queda a sua perna esquerda na altura da Tíbia. Que o declarante foi levado para o hospital Municipal de Caucaia onde recebeu tratamento médico.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1**

DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

Consolidado em: 28/01/2019 09:46:52

Pág. 1 de 2

Impresso em: 28/01/2019 09:46:52

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ADENILSON LUIZ DE AZEVEDO e Tribunal de Justiça do Estado de Ceará, protocolado em 15/07/2019 às 10:34, sob o número 01520682620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0152068-26.2019.8.06.0001 e código 4CBC97A.



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA



**Impresso nº 201964412**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 789 / 2019**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** X Zenilton Silva de Araujo

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

X **LUCAS XIMENES DE CASTRO - MAT.: 3011812-X**

REINTEGRADO AO  
SERVIÇO POSTAL EM:  
\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO ENTREGADOR:  
\_\_\_\_\_

**DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO**  
Carrefour Soluções Financeiras  
Caixa Postal 80405  
Cep: 04301-970

☐ 01 - MUDOU-SE  
☐ 02 - ENDEREÇO INSUFICIENTE  
☐ 03 - NÃO EXISTE N.º INDICADO  
☐ 04 - FALTECIDO  
☐ 05 - DESCONHECIDO  
☐ 06 - RECUSADO

☐ 07 - AUSENTE  
☐ 08 - NÃO PROCURADO  
☐ 09 - OBJETO DANIFICADO  
☐ 10 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE  
☐ 11 - FALTA COMPLEMENTO (COLETTV/GU)  
☐ 12 - CAIXA POSTAL CANCELADA



soluções

CTCE FORTALEZA CE PL4  
ZENILTON ARAUJO  
RODOVIA BR 222 7 KM 17  
GENIPABU  
61616-000 CAUCAIA-CE



7210190783739291000294482430020119

73929 - 00000017991  
DATA DE POSTAGEM: 02/01/2019



**O MELHOR NEGÓCIO DE SEMPRE  
AGORA COM PRAZO PARA PAGAR**



**A FATURA DO SEU CARTÃO ATACADÃO  
CHEGOU**



**CENTRAL DE RELACIONAMENTO CARTÃO ATACADÃO**  
De Segunda a Sábado, das 8h às 21h (horário de Brasília)  
Regiões Metropolitanas 4004-8899  
Demais Localidades 0800 722 8472

SAC Cartão Atacadão (cancelamento e reclamações): todos os dias, 24 horas. Telefones 0800 704 0184 e 0800 704 0236 (exclusivo para clientes portadores de deficiência auditiva e/ou de fala) Ouvidoria: De segunda a sexta-feira, exceto feriados, das 08:30h às 17:30h, horário de Brasília. Telefone 0800 208 2088 (é necessário registrar nº - de protocolo via SAC)

O Cartão Atacadão cobra tarifa de anuidade. Consulte tabela vigente. O cumprimento de qualquer oferta está vinculado à regularidade e pontualidade do pagamento da fatura. Condições válidas somente para pagamento com o Cartão Atacadão. Consulte as condições de descontos, prazos de pagamentos e parcelamentos nas lojas Atacadão ou nos stands credenciados ao Banco CSF S.A.



## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de prova, na forma e sob as penas da lei que eu Zenilton Silva de Araújo, inscrito(a) no CPF número 501.969.523-87, Registro Geral de número 2071876229, resido em propriedade localizada na Rodovia Br 222, na cidade de Paucares, no estado de Ceará, onde moro desde \_\_\_\_\_, e recebo correspondências.

Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Fortaleza - ce, 10 de junho de 2019.

Zenilton Silva de Araújo  
DECLARANTE

**DECLARAÇÃO**  
**(LEI Nº 1.060/50)**

|                                       |                                       |                 |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------|
| NOME: <u>Zenilton Silva de Araújo</u> |                                       |                 |
| NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>      | ESTADO CIVIL: <u>Casado</u>           |                 |
| PROFISSÃO: <u>Autônomo</u>            | DATA DE NASCIMENTO: <u>14/12/1974</u> |                 |
| C.P.F.: <u>501.969.523-87</u>         | R.G.: <u>2071876229</u>               |                 |
| ENDEREÇO: <u>Rodovia Br-222</u>       |                                       |                 |
| BAIRRO: <u>Genipabu</u>               | CIDADE: <u>Caucaia</u>                | U.F.: <u>ce</u> |
| C.E.P.: <u>61.616-000</u>             | FONE:                                 |                 |

A pessoa acima qualificada, declara para os devidos fins de direito e sob as penas da Lei que não possui condições financeiras de arcar com as custas processuais, sob pena de prejuízo da manutenção própria e da própria família, nos termos do art. 5º, LXXIV, e na Lei nº 1.060/50 e alterações supervenientes.

Fortaleza - ce, 10 de junho de 2019.

Zenilton Silva de Araújo

**Declarante**



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 pré hospitalar ao Sr. **ZENIUTON SILVA DE ARAÚJO**, portador do RG n.º 20.718.762-29, SSP-BA, inscrito no CPF sob o n.º 501.969.523-87, no dia 28/07/2018 às 07h20, no município de Caucaia/CE, na Rodovia BR 222, KM 22, Bairro Bouqueirão, próximo a SEFAZ, vítima de acidente, colisão entre carro e motocicleta, sendo removido para o **AGR – Hospital Municipal Dr. Abelardo Gadelha Da Rocha**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 17 de janeiro de 2019.



**Maria das Graças Torres**  
**ASSESSORIA EXECUTIVA**

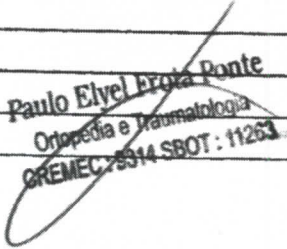




GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA  
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR  
REGISTRO HOSPITALAR

fls. 18

Nº 31346

|                                                                                                                                                                                                                   |                           |                                 |                |                         |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------|----------------|-------------------------|---------------|
| NOME: <u>Lenilton Silva de Araújo</u>                                                                                                                                                                             |                           |                                 |                |                         |               |
| DATA DE NASCIMENTO: <u>14.12.74</u>                                                                                                                                                                               | IDADE: <u>43</u>          | COR:                            | SEXO: <u>M</u> | ESTADO CIVIL:           | NATURALIDADE: |
| Nº IDENTIDADE: <u>2071876229</u>                                                                                                                                                                                  |                           | Nº CPF                          |                | CERT. NASCIMENTO Nº     |               |
| PAIS: <u>Francisco Joaquim de Araújo, Helena Silva Farias de Araújo</u>                                                                                                                                           |                           |                                 |                |                         |               |
| ENDEREÇO DO PACIENTE: <u>BR 222 Km 17</u>                                                                                                                                                                         |                           |                                 |                |                         | Nº            |
| BAIRRO: <u>Genipabu</u>                                                                                                                                                                                           | MUNICÍPIO: <u>Caucaia</u> |                                 |                | FONE: <u>88460353</u>   |               |
| NOME DO RESPONSÁVEL: <u>Francisco Dias</u>                                                                                                                                                                        |                           |                                 |                | FONE:                   |               |
| ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL: <u>(o mesmo)</u>                                                                                                                                                                         |                           |                                 |                |                         |               |
| DATA DE ADMISSÃO: <u>28/07/18</u>                                                                                                                                                                                 |                           | HORA DE EMISSÃO: <u>08:08</u> h |                | FUNCIONÁRIO: <u>Rtg</u> |               |
| MÉDICO ASSISTENTE:                                                                                                                                                                                                |                           |                                 |                |                         |               |
| HISTÓRICO CLÍNICO: <u>Ann: "Acid + moto" (P.C.)</u>                                                                                                                                                               |                           |                                 |                |                         |               |
| EXAME FÍSICO: <u>TA pelh (E)</u>                                                                                                                                                                                  |                           |                                 |                |                         |               |
| <u>do + de + deam</u>                                                                                                                                                                                             |                           |                                 |                |                         |               |
| DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: <u>do fr + pla + Lp (E)</u>                                                                                                                                                                 |                           |                                 |                |                         |               |
| EXAMES COMPLEMENTARES: <u>do: 0 fr + de</u>                                                                                                                                                                       |                           |                                 |                |                         |               |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:                                                                                                                                                                                           |                           |                                 |                |                         |               |
| <div style="text-align: center;"><br/>Paulo Elvel Frota Ponte<br/>Ortopedia e Traumatologia<br/>CREMEC: 5314 SBOT: 11263</div> |                           |                                 |                |                         |               |
| ASSINATURA                                                                                                                                                                                                        |                           |                                 |                |                         |               |

FICHA DE INTERNAÇÃO 12900022792

===[ ADMISSÃO ]==

Número 201821005111 Data 16/08/2018 Hora 12:14 Convênio SUS Classificação  
Caráter de Atendimento URGENCIA SISREG AIN  
Origem do Paciente Clínica/Especialidade  
RESIDÊNCIA CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMATOLÓGICA  
Médico Solicitante Médico Responsável  
13841 - JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NETO 13841 - JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NETO  
Procedimento Solicitado 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL Dias 3  
===[ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ]==

Nome ZENIUTON SILVA DE ARAUJO Sexo MASCULINO  
Nascimento 14/12/1974 Idade 43 Anos Raça/Cor PARDA Estado Civil CASADO(A) Religião CATÓLICO(A)  
Mãe HELENA SILVA FEITOSA DE ARAUJO Pai FRANCISCO JOAQUIM DE ARAUJO  
Conjuge Responsável JOSIVAL SOUZA DA SILVA Prontuário 99118  
CICERA DE OLIVEIRA PINHEIRO Documento Informado RG: 2071876229  
CNS 898001985392811 Registro 201800360007058 Município de Naturalidade JATI/CE  
País BRASIL CEP 63275-000  
Município de Residência JATI/CE Logradouro SITIO MAE DA AGUA  
Número SN Bairro ZONA RURAL  
Fone Móvel 182/9882.19618 Fone Fixo Ponto de Referência  
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO) OUTRA / TRABALHADOR VOLANTE DA AGRICULTURA

===[ CONTATO/ACOMODAÇÃO ]==

Em caso de urgência avisar O RESPONSÁVEL  
Tipo de Acomodação Clínica Acomodação/Leito AP107/02  
APARTAMENTO CLÍNICA OBSTÉTRICA Posto de Enfermagem POSTO FEMININO  
Atendente: raimunda Data: 16/08/2018 Hora: 12:17:55 Tempo: 00:03:09  
===[ TERMO DE RESPONSABILIDADE ]==

JOSIVAL SOUZA DA SILVA, abaixo assinado, responsável pelo paciente ZENIUTON SILVA DE ARAUJO, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) INSTITUTO MADRE TERESA DE APOIO A VIDA IMTAVI, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

BREJO SANTO(CE), 16 de agosto de 2018

RESPONSÁVEL *Josival Souza da Silva*

TESTEMUNHAS

VALIDO SOMENTE COM O  
SELO DE AUTENTICIDADE  
DELO DE AUTENTICIDADE  
CARTÃO MATIAS 2º OFÍCIO  
Brejo Santo-CE - F. 3631-0144

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica por ser uma reprodução fiel e original que me foi apresentada, com o qual conferi (Art. 7º V, Lei 8.935/94).

Brejo Santo-CE, 15 de agosto de 2019

*Chelimpau*  
( ) Maria Brasil Sampaio - 2ª Tabelião Pública  
( ) Engracia Leite Brasil Sampaio - Substituta  
( ) Cicero Wilson de Melo - Escrevente  
( ) Maria Wiliany de Almeida Siqueira - Escrevente  
( ) Mariana Costa de Almeida Siqueira - Escrevente





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.

fls. 20

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

## Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IGBE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS

X) CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

Dr. Vanderlan Fachine  
Médico Auditor  
CRM 6242

CPF: 472553073-53

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

230800975355

Nº 142





INSTITUTO MADRE TERESA DE APOIO A VIDA  
HOSPITAL GERAL DE BREJO SANTO - CE  
AV PREFEITO JOAO INACIO DE LUCENA, 1255.  
BREJO SANTO - CE, 63.260-000

**NOME DO PACIENTE:** SINAM EXT-ZENIUTON SILVA DE ARAUJO-43 ANOS - **ID:** 0000039729

**DATA DE NASCIMENTO:** 14/12/1974 - **SEXO:** MASCULINO

**Exame(s) Realizado(s):** TIBIA/FIBULA E em 18/09/2018 12:46:32 - **Solicitante:** null

**PERNA E:**

Controle de osteossíntese com placa e parafusos no terço proximal da tíbia esquerda.

Há formação de calo ósseo e observa-se fusão óssea adiantada.

Dr Celso Henrique Pante - CRMRS 8186  
Leitor OIT  
Médico Radiologista

\*DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE POR Dr. Celso Henrique Pante - CRM: 8186-RS.

LAUDO RADIOLOGICO CRIADO EM 18/09/2018 15:07:59 (HORARIO DE BRASILIA).

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição acima mencionada. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca a disposição do médico para quaisquer esclarecimentos necessários.

INSTITUTO MADRE TERESA DE APOIO A VIDA IMTAVI  
AV PREFEITO JOAO INACIO DE LUCENA, 1255 - CENTRO - BREJO SANTO(CE)  
CNPJ: 06.272.659/0001-83 CNES: 248064-6

# LAUDO MÉDICO DE INTERNAÇÃO

=== [ PACIENTE ] ===

Nome

ZENIUTON SILVA DE ARAUJO

Sexo

MASCULINO

Nascimento Idade

14/12/1974 43 Anos

Religião

CATÓLICO(A)

Acompanhante Internação Anterior

\* [ X ] Sim [ ] Não [ X ]

=== [ ADMISSÃO ] ===

Número

201821005111

Data

16/08/2018

Hora

12:14

Convênio/Plano

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/UNICO

=== [ HISTÓRIA CLÍNICA + EXAME FÍSICO ] ===

*Lib. Com Atividade de*  
*Plano Amb. Com Dente*  
*NECESSITA DE Cuidado*

=== [ DIAGNÓSTICO INICIAL ] ===

*Am. Plavio*

CID10

=== [ SUMÁRIO DE EVOLUÇÃO ] ===

ALTA CONDIÇÃO

- ☐ Curado  
☐ Melhorado  
☐ Estacionário  
☐ Piorado  
☐ Em tratamento  
☐ Não tratado

TIPO DE ALTA

- ☐ Decisão Médica  
☐ A pedido  
☐ Transferência  
☐ Para Diagnóstico  
☐ Para tratamento AMB  
☐ Transitória

TIPO DE ÓBITO

- ☐ Operatório  
☐ Pós-Operatório  
☐ Imediato (12 Horas)  
☐ Mediato (1 Semana)  
☐ Tardio (Após 1 Semana)  
☐ Tratamento Clínico  
☐ Sem tratamento \*

\* Causa:

=== [ DIAGNÓSTICO DEFINITIVO ] ===

*Am. Plavio*

=== [ TRATAMENTO REALIZADO ] ===

☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Outros

=== [ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ] ===

VALIDO SOMENTE COM O  
SELO DE AUTENTICIDADE  
CARTÃO MATIAS 2º OFÍCIO  
Brejo Santo-CE - F. 35310144

CID10  
AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica por ser  
uma reprodução fiel e original que me foi apresentado  
com o qual conferi (Art. 7º V, Lei 8.935/94).

Brejo Santo-CE, de 16/08/2019

*15/08/2019*

Maria Brasil Sampaio - 2ª Tabelião Pública

Engracia Leite Brasil Sampaio - Substituta

Cicero Wilson de Melo - Escrevente

Maria Wilany de Almeida Siqueira - Escrevente

Demilene Farias de Almeida Siqueira - Escrevente



CENTRO DE IMAGEM

**LORENA AMARAL****Paciente: ZENIUTON SILVA DE ARAUJO****Data de Nasc: 14/12/1974****Médico: DR. MARCUS VINICIUS ESMERALDO MELO****Formulário: 189855****Data: 15/01/2019****RAIO-X JOELHO ESQUERDO**

- Osteopenia difusa.
- Placa e parafusos metálicos de fixação na tibia proximal.
- Redução do espaço articular tíbio-femoral medial.

  
**DR. ALAMO GRANJA COSTA**  
RADIOLOGISTA - CRM 7387

## SINISTRO 3190090307 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** ZENILTON SILVA DE ARAUJO

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

**BENEFICIÁRIO** ZENILTON SILVA DE ARAUJO

**CPF/CNPJ:** 50196952387

### Posição em 12-07-2019 16:51:17

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 12/02/2019        | R\$ 1.687,50         | R\$ 0,00         | R\$ 1.687,50 |
| 12/07/2019        | R\$ 843,75           | R\$ 0,00         | R\$ 843,75   |