

**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"**



**OUTORGANTE:**

|                                      |                                         |                                                    |                        |
|--------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------|
| Nome: <u>Antônio Barbosa de Lima</u> |                                         | Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>                   |                        |
| Estado Civil: <u>Casado</u>          | Profissão: <u>Agricultor</u>            | Carteira de Identidade: <u>2019004109-3 SSP-ce</u> |                        |
| CPF nº: <u>153.793.358-29</u>        | Residência: <u>Povoado Curnal Velho</u> |                                                    |                        |
| Bairro: <u>Zona Rural</u>            | Cidade: <u>Crateús</u>                  | Estado/UF: <u>Ceará</u>                            | CEP: <u>63.700-000</u> |

**OUTORGADO:** ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 998-A, Centro, município de Crateús/CE, CEP nº 63.702-885; Celular/WhatsApp: (88) 99619-6396.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, inclusive pedido de Alvará Judicial, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias medicas**, em nome do(a) outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Crateús - Ce., 20 de Maio de 2019



Impressão Digital do(a) Outorgante

Antônio Daniel Rodrigues da Silva

Nome: Antônio Daniel Rodrigues da Silva

RG: 2006005277990 e CPF nº. 035.975.943-28

Assinatura a rogo pelo(a) outorgante

Danilo Gomes Artur

Nome: Danilo Gomes Artur

RG: 336987699 e CPF nº. 873.649.133-00

Assinatura da Testemunha

Julio Cezar Mourão dos Santos

Nome: Julio Cezar Mourão dos Santos

RG: 2004015055373 e CPF nº. 013.414.933-50

Assinatura da Testemunha

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

NOME: **ANTONIO DANIEL RODRIGUES DA SILVA**

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF:  
 2006005277990 SSP CE

CPF: 035.975.943-28 DATA NASCIMENTO: 23/12/1988

FUNÇÃO:  
 MANOEL BARBOSA DA SILVA  
 ANTONIA EDILVA RODRIGUES DA SILVA

PERFILADO: ACC: CATIA: AD:

Nº REGISTRO: 04278092822 VALIDADE: 05/06/2023 1ª HABILITAÇÃO: 18/01/2008

OBSERVAÇÕES:

FEAR:

ASSINATURA DO PORTADOR: *Antonio Daniel Rodrigues da Silva*

LOCAL: CRATEUS, CE DATA EMISSÃO: 13/07/2018

ASSINATURA DO EMISSOR: *[Assinatura]* 46982448671 CB165329106

CEARA

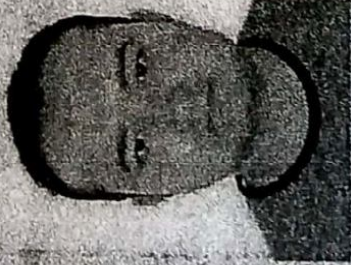
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1655746539

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1655746539

SECRETARIA  
 DE VARA  
 Fls. 10

SECRETARIA  
DE VARA  
Fls. 10

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO



1655746539  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
VÁLIDA EM TODO

NOME  
ANTONIO DANIEL RODRIGUES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
2006005277990 SSP GE

CPF  
035.975.943-28 DATA NASCIMENTO  
23/12/1988

FILIAÇÃO  
MANOEL BARBOSA DA  
SILVA  
ANTONIELA EDILVA  
RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO  
ACC  
CAT. NAS  
AD

Nº REGISTRO  
04278092822

VALIDADE  
05/06/2023

1ª HABILITACAO  
18/01/2008

OBSERVAÇÕES

FEAR:

LOCAL  
CRATEUS, CE

ASSINATURA DO PORTADOR  
*Antonio Daniel Rodrigues da Silva*

DATA EMISSAO  
13/07/2018

ASSINATURA DO EMISSOR  
*Por Valdeir Costa*  
POR VALDEIR COSTA

46982448671  
CE165329106

CEARA

PROIBIDO PLASTIFICAR

1655746539

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2019004109 - 3 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/01/2019

NOME ANTONINO BARBOSA DE LIMA  
FILIAÇÃO FRANCISCO BARBOSA LIMA  
MARIA DE JESUS CHAVES

NATURALIDADE CRATEÚS - CE

DATA DE NASCIMENTO 28/07/1950

DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 2257 FOLHA: 101/101  
LIVRO: 8-11 CRATEÚS - CE  
CPF 153.793.358-29

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR  
LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

P.: 36

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

Não Assina

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



**ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613**  
**ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA**

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce  
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: [deranysantos@hotmail.com](mailto:deranysantos@hotmail.com)



## DECLARAÇÃO

|                                                |                                      |                                     |
|------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Declarante:<br><u>Antonino Barbosa de Lima</u> |                                      | Nacionalidade:<br><u>Brasileiro</u> |
| Residência:<br><u>Povoado Curral Velho</u>     |                                      | Profissão:<br><u>Agricultor</u>     |
| CPF nº:<br><u>153.793.358-29</u>               | RG nº:<br><u>2019004109-3 SSP-ce</u> | Estado Civil:<br><u>Casado</u>      |
| Bairro:<br><u>Zona Rural</u>                   | Cidade:<br><u>Crateús</u>            | Estado/UF:<br><u>Ceará</u>          |
| CEP:<br><u>63.700-000</u>                      | Telefone:                            |                                     |

**DECLARO** para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com 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.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Crateús - Ce., 20 de Maio de 2019.



Declarante



**ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613**  
**ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA**

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce  
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: [deranysantos@hotmail.com](mailto:deranysantos@hotmail.com)



## DECLARAÇÃO

|                                                |                                     |                                     |
|------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Declarante:<br><i>Antonino Barbosa de Lima</i> |                                     | Nacionalidade:<br><i>Brasileiro</i> |
| Residência:<br><i>Pousado Curral Velho</i>     |                                     | Profissão:<br><i>Agricultor</i>     |
| CPF nº:<br><i>153.793.358-29</i>               | RG nº:<br><i>2019004109-3 SSPce</i> | Estado Civil:<br><i>Casado</i>      |
| Bairro:<br><i>Zona Rural</i>                   | Cidade:<br><i>Crateús</i>           | Estado/UF:<br><i>Ceará</i>          |
| CEP:<br><i>63.700-000</i>                      | Telefone:                           |                                     |

**DECLARO** que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

*Crateús* - *ce*, *20* de *maio* de *2019*.



(declarante)

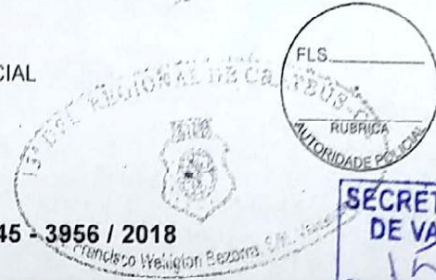




**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Impresso nº 2018193599

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3956 / 2018



SECRETARIA  
DE VARA  
Fls. 15

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **31/10/2018 12:42:45**  
Data / Hora da Ocorrência: **11/08/2018 18:20:00**  
Endereço da Ocorrência: **BR 404 - PRÓXIMO A FAZENDA ROMA**  
Complemento:  
Bairro:  
Município: **IPAPORANGA/CE**  
Ponto de Referência:

### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONINO BARBOSA DE LIMA**  
Nascimento: **28/07/1950** CPF: **153.793.358-29**  
RG: **25.946.768-6** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA DE JESUS CHAVES**  
**FRANCISCO BARBOSA DE LIMA**  
Endereço: **VILA CURRAL VELHO**  
Bairro: **ZONA RURAL**  
Município: **CRATEUS/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99491-8624**

### Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUZA BEZERRA**  
Nascimento: **14/12/1969** CPF: **125.986.888-56**  
RG: **2003014109765** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **FRANCISCA SIMIAO DE MENZES**  
**OSVALDO BEZERRA DE MENEZES**  
Endereço: **VILA CURRAL VELHO**  
Bairro: **DISTRITO DE CRATEÚS** CEP:  
Município: **CRATEUS/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99287-7361**

### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXB7160** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:  
**9C2JC2500XR176755** Renavam: **730233243** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN** Ano Fabricação:  
**1999** Ano Modelo: **1999** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AZUL**  
Proprietário: **ANTONINO BARBOSA DE LIMA** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

### Histórico

Informa o declarante que pilotava a motocicleta de PLACA: HXB7160/CE HONDA/CG 125 TITAN, na BR 404 próximo a fazenda Roma, levando como passageiro a pessoa de nome: ANTONINO BARBOSA LIMA, a uma velocidade média de 50km/h; Que a pessoa de ANTONINO BARBOSA repentinamente veio a cair da motocicleta, não sabendo explicar o motivo; Que ligou para o Corpo de Bombeiros desta urbe para prestar socorro a vítima; Que a vítima foi levada para o HOSPITAL SÃO LUCAS onde foi atendido e feito exames preliminares; Que apresentava múltiplas escoriações e provável fratura de

Danilo da Silva  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL  
MAT. 301186-2/6

Renê Gomes Mesquita  
DELEGADO DE POLÍCIA  
MAT. Nº 301244-4/4

+ Francisco

+ Antonio



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



Impresso nº 2018193599

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3956 / 2018

punho esquerdo, dados apresentados no guia de atendimento hospitalar; Que ficou internado dois dias e após recebeu alta. Que afirma ter passado por cirurgia dias depois ao acidente, pelo fato de no momento a diabetes estar alta e não ser possível realizar a cirurgia. Que ainda passa por tratamento. Que apresenta como testemunha dos fatos relatados nesta Delegacia de Polícia Civil e no Boletim de Ocorrência, a pessoa de nome: ANTONIO LEONARDO LIMA, CPF: 054.063.483-08 E RG: 2007505324-6, afirmando ter presenciado os fatos relacionados ao acidente, como recuperação e tratamentos realizados para recuperação das lesões sofridas pela vítima.

OBS. As informações contidas neste boletim de ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da lei. (Art.339 e 340 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Daniilo da Silva Paiva  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL  
MAT.: 30118626

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

2 Fco das Chagas de Souza Bezerra

VISTO DO DELEGADO(A) :

RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944

René Gomes Mesquita  
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL  
MAT.: 30124944

X ANTONIO LEONARDO LIMA.



ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DA CIDADANIA  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
GRUPO DE SOCORRO DE URGÊNCIA  
REGISTRO DE SOCORRO



SECRETARIA  
DE VARA  
Fls. 17

ESTACÃO: Crato  
DATA: 11/09/2018 Nº DA ASS.:  
NOME: ANTONINO BARBOSA DE LIMA  
IDADE: 68 ANOS SEXO: F ( ) M (X)  
LOCAL DA OCORRÊNCIA: BR 404, Km 4  
BAIRRO: Zona Rural

HORA DA OCORRÊNCIA: 18:38  
CHEGADA AO LOCAL: 18:38  
SAÍDA DO LOCAL: 18:50  
CHEGADA AO HOSPITAL: 19:00

TIPO DE OCORRÊNCIA:

01. (X) ACIDENTE DE TRÂNSITO  
02. ( ) AGRESSÃO  
03. ( ) DESABAMENTO  
04. ( ) INTOXICAÇÃO  
05. ( ) AFOGAMENTO  
06. ( ) QUEIMADURA  
07. ( ) CHOQUE ELÉTRICO  
08. ( ) QUEDA  
09. ( ) MAL SÚBITO  
10. ( ) EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA  
11. ( ) JÁ REMOVIDO  
12. ( ) FALSO AVISO

RAZÃO DO ATENDIMENTO: Queda de Moto

DOENÇAS ANTERIORES:

MEDICAMENTOS:

ALERGIAS:

| COR           |            | PELE       |                 | RESPIRAÇÃO |  |
|---------------|------------|------------|-----------------|------------|--|
| CIANÓTICO ( ) | QUENTE ( ) | SECA ( )   | SUPERFICIAL ( ) |            |  |
| PÁLIDO ( )    | FRIA ( )   | ÚMIDA ( )  | DIFÍCIL ( )     |            |  |
| CONGESTO ( )  | NORMAL (X) | NORMAL (X) | NORMAL (X)      |            |  |
| NORMAL (X)    |            |            | AUSENTE ( )     |            |  |

| PULSO RADIAL |               | ENCHIMENTO CAPILAR |              | SANGRAMENTO |  |
|--------------|---------------|--------------------|--------------|-------------|--|
| FORTE ( )    | IRREGULAR ( ) | NORMAL (X)         | AUSENTE (X)  |             |  |
| FRACO ( )    | AUSENTE ( )   | RETARDADO ( )      | MÍNIMO (X)   |             |  |
| REGULAR (X)  |               | AUSENTE ( )        | MODERADO ( ) |             |  |
|              |               |                    | INTENSO ( )  |             |  |

| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL |                   | FALA |  | PUPILAS |  |
|------------------------------|-------------------|------|--|---------|--|
| ALERTA (X)                   | NORMAL (X)        |      |  |         |  |
| RESPONDE A COMANDO ( )       | CONFUSA ( )       |      |  |         |  |
| RESPONDE A DOR ( )           | ININTELIGÍVEL ( ) |      |  |         |  |
| SEM RESPOSTA ( )             | NENHUMA ( )       |      |  |         |  |

SINAIS VITAIS: HORA: / /  
PA: /  
PULSO: /  
FR: /

NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRINCIPAIS: FERIDA PROVAVEL DE RADIO E VENA

DO: ANTEBRACO DIREITO - ESCORDEMOS NOS MEMBROS SUPERIORES E TORAX

OBSERVAÇÕES: Certifico que a presente cópia confere com o original respectivo. Dou fe.  
12 SET 2018  
Crato

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

( ) ASPIRAÇÃO  
( ) OXIGÊNIO  
( ) ASSIST. VENTILATÓRIO  
( ) RCP  
( ) ASSIST. OBSTÉTRICA  
( ) CURATIVO  
( ) BANDAGEM  
(X) IMOBILIZAÇÕES DE MEMBROS  
( ) FÉRULA DE TRAÇÃO  
( ) LÍQUIDO EV.

CONDIÇÕES DE CHEGADA AO HOSPITAL:

( ) MELHORADO  
( ) PIORADO  
(X) INALTERADO

HOSPITAL DE DESTINO: H.R.S.L.

( ) PRANCHA LONGA  
( ) PRANCHA CURTA  
( ) COLAR CERVICAL  
(X) OUTRO

OBITO

( ) ANTES DO SOCORRO  
( ) ANTES DO TRANSPORTE  
( ) NO TRANSPORTE

ST. AGOSTINHO, CRATO, 11/09/2018



SACAMILLO

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL SAO LUAS

Impressão: 11/08/2018 19:55

Página 1

v2018002

SECRETARIA  
DE VARA

Fls.

Guia de Autorização

Guia de atendimento - EMERGENCIA

## DADOS DO PACIENTE

Prontuário 001547  
Atendimento 0003  
Nome do Paciente ANTONINO BARBOSA DE LIMA  
Documento(s) Identidade: 259467686  
Data de Nascimento 28/07/1950  
Local CRATEUS/CE

CNS 706102877012630

Estado Civil  
OutroSexo  
MasculinoIdade  
68 Ano(s)

Pai FRANCISCO BARBOSA LIMA  
Mãe MARIA DE JESUS CHAVES  
Endereço CAMPO CURRAL VELHO, SN  
Bairro ZONA RURAL  
CEP 63700-000  
Município CRATEUS  
UF CE  
Telefone 88 92299981  
Profissão AGRICULTOR  
Empresa  
Cônjugue  
Responsável ANTONIA NUNES VIEIRA  
CPF do Responsável  
Endereço CAMPO CURRAL VELHO, SN  
Município CRATEUS  
UF CE

## DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 11/08/2018  
Hora 19:09  
Convênio SUS  
Matrícula  
CID  
Profissional do Atendimento MANOEL RAFAEL DE SOUZA  
CRM/UF 15455/CE  
Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO  
Função de Acidente  
Funcionário WILMA SABOIA LOIOLA  
Observação

Sala  
Data/Hora Liberação  
às hs.  
Tipo de Saída  
( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito

## Sinais Vitais

Peso (kg) Altura (cm) T (°C) 36,5 P (bpm) 98 R (mpm) 21 PA (mmHg) 130 X 80 Oximetria (%) 96 Glicemia (mg/dL)

## Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 11/08/2018 19:51

Responsável pela Classificação: ANTONIO WELIGTON DA

## Relatório:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO APRESENTANDO MULTIPLAS ESCORIAÇÕES E QUEIXA DE ALGIA COM DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO

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

11/08/2018 19:55:00h Responsável: MANOEL RAFAEL DE SOUZA CRM-CE 15455

PACIENTE IDOSO. HIPERTENSO E DIABÉTICO, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO. SIC, APRESNTANDO ESCORIAÇÕES PELO CORPO E PROVAVEL FRATURA DE PUNHO ESQUERDO. PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, EM REGULAR ESTADO GERAL. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.

## RX DE PUNHO DIREITO

OTOPROFENO 100MG, 01AMP + 100ML, SF 0,9%, EV

DCLADRON 4MG, 01AMP + AD, EV

LIMPEZA E CURATIVO

OBSERVAÇÃO

Dr. Manoel Rafael de Souza

CRM-PI 5027 / CRM-CE 15455

- RX com FRATURAS DISTAL DE RÁDIO

- SOLICITA EXAME COM TOMOGRAFIA -  
GISTA.

MANOEL RAFAEL DE SOUZA - CRM - 15455

+ ANTONIO CERNANHO DA  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: ANTONIA NUNES VIEIRA

Luiz Fernando Gonçalves Barbosa  
CORENCE 172

217  
João Francisco Pereira de Souza  
Téc. de Engr.agem  
CORENICE: 847.618

Scanned by CamScanner

Resumo/Sumário de alta



Pé

Paciente: ANTONINO BARBOSA DE LIMA

Data de Nascimento: 28/07/1950

Idade: 68 Ano(s)

Setor: CLINICA CIRURGICA

Profissional Resp.: JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Diagnóstico Principal:

Data: 11/09/2018

Nome da Mãe: MARIA DE JESUS CHAVES

Convênio: SUS

Aposento: ENFERMARIA

Prontuário: 06

Data da Internação: 03/09/

Leito: 009 -

CRM:

Hora: 07:05

Motivo da Internação:

FRATURA COMINUTIVA DO PUNHO

Conduta / Tratamento Realizado:

REDUÇÃO INCRUENTA COM FIXAÇÃO EXTERNA

Exames Realizados:

RX DE CONTROLE

Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

Jamil S. Jorquera  
CRM-CE 6945  
Ort. Traumatologia

Assinatura Paciente/Responsável



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

|                                       |                               |                                              |                        |                       |                         |
|---------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------|------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Prontuário<br>001547                  | Atendimento<br>0008           | Nome do Paciente<br>ANTONINO BARBOSA DE LIMA | CNS<br>706102877012630 | Estado Civil<br>Outro | Sexo<br>Masculino       |
| Documento(s)<br>Identidade: 259467686 | Local<br>CRATEUS/CE           | Mãe<br>MARIA DE JESUS CHAVES                 | Idade<br>68 Ano(s)     | UF<br>CE              | Telefone<br>88 92299981 |
| Data de Nascimento<br>28/07/1950      | Pai<br>FRANCISCO BARBOSA LIMA | Bairro<br>ZONA RURAL                         | CEP<br>63700-000       | Município<br>CRATEUS  |                         |
| Profissão<br>AGRICULTOR               | Empresa                       | Cônjuge                                      |                        |                       |                         |
| Responsável<br>ANTONIA NUNES VIEIRA   | CPF do Responsável            | Endereço<br>CAMPO CURRAL VELHO, SN           | Município<br>CRATEUS   | UF<br>CE              |                         |

DADOS DO ATENDIMENTO

|                                                      |                               |                                                  |           |                                                    |
|------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------|
| Data Atendimento<br>03/09/2018                       | Hora<br>07:24                 | Convênio<br>SUS                                  | Matrícula | CID                                                |
| Profissional do Atendimento<br>JIL SANCHES JORQUEIRA | CRM/UF<br>6945/CE             | Tipo Atendimento<br>CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO |           |                                                    |
| Observação                                           | Função<br>WILMA SABOIA LOIOLA |                                                  |           |                                                    |
| Sala                                                 | Data/Hora Liberação           | às                                               | hs.       | Tipo de Saída<br>( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito |
| Sinais Vitais                                        | Peso (kg)<br>72,000           | Altura (cm)                                      | T (°C)    | P (bpm)<br>84                                      |
|                                                      |                               |                                                  |           | R (mpm)<br>22                                      |
|                                                      |                               |                                                  |           | PA (mmHg)<br>110 X 70                              |
|                                                      |                               |                                                  |           | Oximetria (%)<br>97                                |
|                                                      |                               |                                                  |           | Glicemia (mg/dL)                                   |

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 03/09/2018 08:11

Responsável pela Classificação: ANA LINHARES PINTO

Relatório:

PACIENTE RETORNOU PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO

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

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

X Anio *[assinatura]*  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: ANTONIA NUNES VIEIRA

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÂO CAMILO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SECRETARIA

DE VARA

Fls. 22

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.S.L.

2 - DDES

24811073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.S.L.

4 - DDES

24811073

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Antônio Barbosa de Lima

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1547

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/07/1950

9 - SEXO

Masc.

Fem.

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Márcia de Jesus Chaves

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Bairro Velho

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Gatúis

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

05

16 - CEP

63700 000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com dor e inchaço no  
punho esquerdo e inchaço  
no punho

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

EF

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

Paciente com dor e inchaço no punho

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

S525

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408020131

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Jamil S. J. J.

CRM 6845

Ort. Traumatologia

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03/09/18

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

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

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

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 DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Gilvan Melo Marques

Médico Assistente/CRM 10786



| DATA  | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM.                                                                                             | Fls. 29 | Assinatura legível<br>e nº COREN                             |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------|
| 11/09 | paciente recebe alta com melhora, guiso de alta, receituário médico e resumo de alta.<br><br>x ANTONIO CORVARO LIMA. |         | Palmira dos Santos Pedroza<br>ENFERMEIRA<br>CONCRETE 1224166 |

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SpO<sub>2</sub> = Saturação Periférica; DT = Dreno de Tórax; DS = Dreno de Sucção; SNG = Sonda Nasogástrica; SNE = Sonda Nasoentérica; CVC = Cateter Venoso Central; CH = Cateter para Hemodiálise; TOT = Tubo Orotraqueal; SVD = Sonda Vesical de Demora.

Fabiana Coelho Pedroza  
R. FARMACIA  
C/ALVAREZ 1224-166

Scanned by CamScanner

Hospit

Paciente: ANTONINO BARBOSA DE LIMA  
Prontuário: 001547 Convênio: SUS  
Data Nascimento: 28/07/1950  
Nome da Mãe: MARIA DE JESUS CHAVES  
Município: CRATEUS-CE

# !SCRIÇÃO CIRÚRGICA

ADMINISTRAÇÃO

DATA 09/09/18

PACIENTE

LEITO

## INTERVENÇÃO

|                     |              |                            |
|---------------------|--------------|----------------------------|
| CIRURGIA            | PROPOSTA     |                            |
|                     | REALIZADA    | Osteossíntese de punho "D" |
| CIRURGIÃO           | Dr Samil     | CRM                        |
| AUXILIARES          | 1º           | CRM                        |
|                     | 2º           | CRM                        |
|                     | 3º           | CRM                        |
|                     | 4º           | CRM                        |
| ANESTESIOLOGISTA    | Dr. Johannes | CRM                        |
| TIPO DE ANESTESIA   | Bloqueio     |                            |
| PATOLOGISTA         | -            |                            |
| INSTRUMENTADOR(A)   | Royla        |                            |
| CIRCULANTE          | Caroline     |                            |
| ACHADOS OPERATÓRIOS |              |                            |

*[Handwritten surgical notes in cursive script, mostly illegible due to bleed-through and handwriting style. The notes appear to describe the surgical procedure and findings.]*

Jamil S. Jorgensen  
CRM 6945  
Odontólogo

Scanned by CamScanner

## RESUMO DE TRATAMENTO



1. NOME DO PACIENTE: ANTONINO BARBOSA DE LIMA

2. LOCAL: CRATEDIS

3. DATA DO ACIDENTE: 11.08.2018

4. PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO:  
Sofreu FRATURA GRAVE  
DO PUNHO DIREITO.

5. O PACIENTE FEZ TRATAMENTO DE: CIRURGIA, RX  
ANALGESICO ANTI-SEPTICO, REDUÇÃO  
DA FRATURA, OSTEOSINTESE COM PLACA  
DE FIXAÇÃO E PARAFUSOS

6. A VITIMA EVOLUIU REFERINDO: RIGIDEZ ARTICULAR,  
ATROFIA MUSCULAR, PERDA TOTAL DA  
FORÇA, APRESENÇA DE FORMIDÁVEL DOR  
INCAPACIDADE TOTAL LABORAL COM O  
MEMBRO SUPERIOR DIREITO. TEM  
PERDA TOTAL DA FUNÇÃO.

7. O PACIENTE EM ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS  
APRESENTA UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE: MEMBRO SUPe-  
RIOR DIREITO GRAVE. PERDA TOTAL  
DA FUNÇÃO 100%.

OBS: A apresentação deste resumo não é obrigatório, apenas para facilitar a análise do acidente.

DATA: 07/02/2019

Francisco E. Martins  
MÉDICO  
CRM - 6253

ASSINATURA E CARIMBO

+ AND ASSIAN

## SINISTRO 3190283472 - Resultado de consulta por beneficiário



VÍTIMA ANTONINO BARBOSA DE LIMA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO ANTONINO BARBOSA DE LIMA

CPF/CNPJ: 15379335829

Posição em 08-07-2019 10:48:30

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 16/05/2019        | R\$ 2.531,25         | R\$ 0,00         | R\$ 2.531,25 |

Registrado no livro de tombo  
nº 03, sob nº de ordem  
129, às fls. 11

**CONCLUSÃO**

Aos 22.07.19 faço estes  
autos conclusos ao MM Juiz de Direito  
Crateús, \_\_\_\_\_

Director(a) da Secretaria