



29/01/2020

Número: **3001852-86.2019.8.06.0167**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **Juizado Especial Cível e Criminal de Sobral**

Última distribuição : **18/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Indenização por Dano Material**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA (AUTOR)		BRUNO HENRIQUE VAZ CARVALHO (ADVOGADO) FELIPE FONTELES DE SOUSA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
17929 939	18/10/2019 09:56	PROCURAÇÃO	Procuração



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S)

Francisco Guaraní Carlos Barbosa, Brasileiro, auxiliar de pintor,
residente e domiciliado na rua dona maria Tomazina nº 9
campo dos velhos, Sobral-CE, RG- 98.03.1043667 e CPF 614.934.
143-72.

OUTORGADO(S)

BRUNO HENRIQUE VAZ CARVALHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE 19.341 e **FELIPE FONTELES DE SOUSA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE 33649, ambos com escritório profissional na Rua Dr. Figueiredo Rodrigues, 540, Centro, Sobral-CE.

OBJETO:

Representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos judiciais em qualquer Juízo, instância e Tribunal.

PODERES:

Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad iudicia et extra*, para o foro em geral na forma do Art. 105 do NCPC, especialmente para propor
podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo sustabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS:

A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, inclusive requerer a individualização dos honorários contratuais no montante de 30% do valor da condenação final, além de pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015. Aproveita o ato para se declarar pobre na forma da Lei.

Sobral-CE, 04 de Setembro de 2019.

Francisco Guaraní Carlos Barbosa

OUTORGANTE



Número: **3001852-86.2019.8.06.0167**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **Juizado Especial Cível e Criminal de Sobral**

Última distribuição : **18/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Indenização por Dano Material**

Segredo de justiça? **NÃO**


Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA (AUTOR)		BRUNO HENRIQUE VAZ CARVALHO (ADVOGADO) FELIPE FONTELES DE SOUSA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
17929 942	18/10/2019 09:56	INDENIZAÇÃO PARA RECEBIMENTO DO AUXILIO.certo-1-15	Documento de Comprovação

SINISTRO 3190077716 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Sabemi

Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

 **BENEFICIÁRIO FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA****CPF/CNPJ:** 61493414372**Posição em 31-05-2019 11:11:28**

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data de Pagamento

15/02/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50
31/05/2019	R\$ 168,75	R\$ 0,00	R\$ 168,75

DRA. ANA OLÍVIA SARAIVA

DR. HERNANI CAMPOS

FISIOTERAPIA
CREFITO 2133011

Dr. Hernani Campos de Oliveira Júnior
Ortopedia e Traumatologia
Cremec: 4920

CIRURGIA EM TRAUMA E ORTOPEDIA
CRM-CE 4920 TEOT - 5088
CPF: 378.930.503-06

LAUDO MÉDICO

RELATO QUE FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA
SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO OCORRIDO NO DIA 25/6/2018
COM FRATURA FECHADA DE OSSOS DA PERNA E, E FOI
TRATADO COM PLACA E PARAFUSO, ATUALMENTE
CONSOLIDADO PORÉM COM LIMITAÇÃO TOTAL DA FLEXÃO
DO PÉ E, LIMITAÇÃO TOTAL DA FLEXÃO PLANTAR DO PÉ E,
LIMITAÇÃO DA SUPINAÇÃO E PRONAÇÃO DO PÉ E, E ESTAR DE
ALTA DEFINITIVO DO TRATAMENTO ORTOPEDICO

SOBRAL 28 DE FEVEREIRO DE 2019


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



MULTIMED

DR. EDSON LOPES DR. HERNANI CAMPOS DRA. ANA OLÍVIA SARAIVA

Ed. Cameron Tower, Sala 904

Av. Mário Augusto Pinto, 330 - D. Esplanada - Sobral/CE - CEP: 62.051-240
9 9811.0624 (TIAO) • 9 9231.5122 (CLARO) • 9 8103.4346 (VIVO)



Declaro para os devidos fins, que o Sr. Francisco Guarani Carlos Barbosa, sofreu acidente de moto ocorrido dia 25/06/18, onde foi submetido a uma cirurgia que ocorreu dia 23/07/18, com diagnóstico de fratura fechada da diáfise da tíbia em MSE, atualmente consolidada.

Admitido para o atendimento de fisioterapia em 06/11/18 até a data presente.

Ao exame físico apresentou: presença de edema, limitação total de flexão plantar do pé e limitação da supinação e pronação do pé E, associado a quadro algico.

Objetivo proposto: redução do quadro algico, aumentar e melhorar amplitude de movimento, prevenir contratura de tecido e deformidades, ganhar mobilidade e evitar aderência cicatricial, diminuição do edema.

O referido paciente evolui com sequelas persistindo no quadro algico e clínico, descrito acima, sendo →

INTA

É a minha
Faculdade

Rua Dr. João do Monte, 299 - Centro, CE - Fone: (88) 3613-3116

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



Impresso nº 2018227692

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 581 - 2384 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 14/11/2018 14:40:53
Data / Hora da Ocorrência: 25/06/2018 11:00:00
Endereço da Ocorrência: AVENIDA MONSENHOR ALOÍSIO PINTO
Complemento:
Bairro: DOM EXPEDITO
Município: SOBRAL/CE

Notificante(s)

Nome: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA
CPF: 98031043667
RG: 98031043667
Orgão Emissor: SSP
Filiação: MARIA DE LOURDES CARLOS BARBOSA
Endereço: RUA CEL DIOGO GOMES, 917
Bairro: CENTRO
Município: SOBRAL/CE
País: BRASIL
Telefone: 3614-4673
CEP: 62.100-000

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NUM6339 UF: CE Município: SOBRAL Chassi: 9CJ2C4110BR403767 Renavam: 279730721 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Ano 2011 Combustível: GASOLINA Cor: PRETA Proprietário: PAULO ROBERTO DE LIMA BEZERRA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Relata o noticiante que estava indo em direção ao seu trabalho, pilotando a moto de placa NUM-6339, quando ao passar em frente ao posto de combustível que fica em frente ao shopping percebeu que o chão estava molhado de óleo que havia sido derramado por uma cagamba; Que tentou desviar do óleo, e em razão disso a moto derrapou, vindo a derrubá-lo; Que ainda tentou levantar, mas percebeu que havia quebrado a perna; Que foi socorrido pelo SAMU, ocorrência nº 0012, onde consta como natureza da ocorrência "queda de moto"; que foi levado à Santa Casa de Misericórdia de Sobral, onde no protocolo de atendimento consta: "paciente com fratura de tíbia com desvio"; que registra a ocorrência com o fim de solicitar o seguro DPVAT. E nada mais disse.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ALYSSON DYEGO PORTELA DANTAS - MAT.: 30118839

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Assinatura





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL



Impresso nº 2018227692

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 581 - 2384 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

RICARDO JOSÉ RITTER DE MAGALHÃES - MAT.: 30120078



Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antônio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88) 3112-0400

Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74

CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 08.322.282-0

Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Francisco Guarani Carlos Barbosa necessita de 90 dias de Licença para tratamento de saúde.

C.I.D.: S822 - Fratura Da Diafise Da Tibia

Dr. Sérgio L. C. Ibrapiré Sobral, 22/07/2018

Médico Residente
Traumatologia e Ortopedia
CRM - 18580

Assinatura do Médico e Carimbo



Prefeitura
de Sobral



SAMU
192


DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente abaixo, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. Seguem os dados da ocorrência:

Número da Ocorrência	0012
Data da Ocorrência	25/06/2018
Nome do Paciente	Francisco Guarani Carlos Barbosa
Data de Nascimento	18/08/1979
RG	98031043667 SSP CE
CPF	614.934.143-72
Natureza da Ocorrência	Queda de moto
Endereço da Ocorrência	Av. Mons. Aloísio Pinto, Dom Expedito, Sobral - Ce.

Sobral, 03 de agosto de 2018.

1


Rita de Cássia Costa Pereira
Coordenadora de Enfermagem
Gerente
Coren: 93527

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DO SAMU SOBRAL

SAMU C 080.45 C 216.55 C 201.20 C 221.35 C 231.45 AR

1 DATA 25.06.13 2 ENDERECO 10. Rua...

3 REFERENCIA

7 NOME

8. C. EXTERNAS

8.1 Atropelamento

8.2 Capotamento

8.3 Colisão

8.4 Queda de Bicicleta

8.5 Queda de moto

8.6 Queda

8.7 Agressão Física

8.8 Intoxicação

8.9 F. Lacerção-contusão

8.10 FAF

8.11 FAF

8.12 Tent. Suicídio

8.13 Choque Elétrico

8.14 Queimadura

8.15 Alogamento

8.16 Outros

9. C. CLÍNICAS

9.1 Dor Intensa

9.2 Dor Súbita

9.3 Convulsão

9.4 AVC

9.5 Vômitos

9.6 Hipertensão

18. SINAIS / SINTOMAS / QUEIXAS

18.1 Anúria

18.2 Amnésia

18.3 Agitação

18.4 Bradicardia

18.5 Choro

18.6 Cianose

18.7 Cetelêia

18.8 Dispneia

18.9 Dor

18.10 Hálito etílico

18.11

18.12

18.13

18.14

18.15

18.16

18.17

18.18

18.19

18.20

18.21

18.22

18.23

18.24

18.25

18.26

19. PROCEDIMENTO REALIZADO

19.1 Aterioterapia / Oxigenoterapia

19.2 Cardiotomografia

19.3 Cateterismo Nasogástrico

19.4 Cateterismo Vesical

19.5 Colocação de cânula Orofaríngea (Guedel)

19.6 Curativo Simples

19.7 Desobstrução das Vias Aéreas

19.8 Aspiração Oro / Nasal Traqueal

19.9 Manobra de Heimlich

19.10 Manobra de Jaw Thrust

19.11 Manobra de Onin Lift

19.12 Desfibrilação

19.13 Eletrocardiograma (ECG)

19.14

19.15

19.16

19.17

19.18

19.19

19.20

19.21

19.22

19.23

19.24

19.25

19.26

20. HISTÓRIA "AMPLA"

20.1 Alergia

20.2 Medicamentos

20.3 Doenças

20.4 Última refeição

20.5

20.6

20.7

20.8

20.9

20.10

20.11

20.12

20.13

20.14

20.15

20.16

20.17

20.18

20.19

20.20

20.21

20.22

20.23

20.24

20.25

20.26

21. MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS

21.1 Droga

21.2 Quantidade

21.3 Via

21.4 1. EV

21.5 2. EV

21.6 3. EV

21.7 4. EV

21.8 5. EV

21.9 6. EV

21.10 7. EV

21.11 8. EV

21.12 9. EV

21.13 10. EV

21.14 11. EV

21.15 12. EV

21.16 13. EV

21.17 14. EV

21.18 15. EV

21.19 16. EV

21.20 17. EV

21.21 18. EV

21.22 19. EV

21.23 20. EV

21.24 21. EV

21.25 22. EV

21.26 23. EV

22. SOLUÇÕES INFUNDIDAS

22.1 Solução

22.2 Volume

22.3

22.4

22.5

22.6

22.7

22.8

22.9

22.10

22.11

22.12

22.13

22.14

22.15

22.16

22.17

22.18

22.19

22.20

22.21

22.22

22.23

22.24

22.25

22.26

23. OBITO

23.1 Óbito no local

23.2 Óbito durante o transporte

23.3

23.4

23.5

23.6

23.7

23.8

23.9

23.10

23.11

23.12

23.13

23.14

23.15

23.16

23.17

23.18

23.19

23.20

23.21

23.22

23.23

23.24

23.25

23.26

24. DESTINO

24.1 Liberado

24.2 Óbito

24.3 Recusa

24.4 Hospital

24.5 SIM

24.6 NÃO

24.7

24.8

24.9

24.10

24.11

24.12

24.13

24.14

24.15

24.16

24.17

24.18

24.19

24.20

24.21

24.22

24.23

24.24

24.25

24.26

25. OBSERVAÇÕES

25.1

25.2

25.3

25.4

25.5

25.6

25.7

25.8

25.9

25.10

25.11

25.12

25.13

25.14

25.15

25.16

25.17

25.18

25.19

25.20

25.21

25.22

25.23

25.24

25.25

25.26

26. OBSERVAÇÕES

26.1

26.2

26.3

26.4

26.5

26.6

26.7

26.8

26.9

26.10

26.11

26.12

26.13

26.14

26.15

26.16

26.17

26.18

26.19

26.20

26.21

26.22

26.23

26.24

26.25

26.26

27. PRINCIPAIS LESÕES

27.1 Laceração

27.2 Abrasão

27.3 Hematoma

27.4 Contusão

27.5 Deformidade

27.6 Fratura Aberta

27.7 FAF

27.8 Deformidade

27.9 Anomalia

27.10 Dor

27.11 Queimadura

27.12

27.13

27.14

27.15

QADZRL

Etiqueta Atendimento

-DE- DEF: 67 1437

Sinais Vitais do Paciente:

Eu, Y, () Paciente (☒) Responsável
(Grau de Parentesco) _____, RG Nº _____, declaro que:

3º) Li, concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, as quais informei ao profissional de saúde o qual realizou meu acolhimento onde afirmo a veracidade das mesmas.

Sobral/CE, _____ de _____ de _____ às _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

 Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
p.p. 102
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

TIPO DE TRAUMA

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

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO: _____

Ferimento de tórax fechado
 sem deficit
 sem sinais de S. Compartmental

CONDUTA:

Observação para observação

DIAGNÓSTICO:

ferimento de tórax

Ass Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

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

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

- ☐ COM MEDICAÇÃO
☐ SEM MEDICAÇÃO

- ☐ ALTA COMPLEXIDADE
☐ INTERNAÇÃO

- ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

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

ALTA DO PACIENTE

Data: ____/____/____

Hora: _____

Santa Casa de M. de Sobral
 SAME
 CONFERE COM O ORIGINAL
 Maria Cleide da Silva
 COORDENADORA

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
Sistema de Internação Hospitalar
Anamnese de Internação Hospitalar

DADOS DO PACIENTE

Matrícula..... 4251
Paciente..... FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA
Sexo..... MASCULINO
Dt. Nasco..... 16/6/1976
Mãe..... MARIA DE LOURDES CARLOS BARBOSA
..... FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA
E.Civil..... SOLTEIRO
Endereço..... RUA CORONEL DIOGO GOMES Nº..... 870
Bairro..... CENTRO
Cidade..... SOBRAL
Fone..... 994313896
CPF..... 61493414372
Idade..... 38a 11m 5d
Cor..... PARDA
CNS..... 704209287160584
CEP..... 62010-153
UF..... CE

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome.....
Endereço.....
Documento.....
Fone.....

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento..... 5255895
Data..... 22/07/2018
Procedimento..... 0408060500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
Medico..... FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA
Unidade Int..... UI CIRURGIA GERAL - SAO JOSE
Leito..... LEITO 2-2 - SAO JOSE
Convênio..... SUS - SIH
Plano..... 1
Carteira.....
N. Guia.....
Atendente..... RAIMUNDO COSTA
Hora..... 10:53 Permanência..... 4 Dias

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

Atendimento..... 5255895
Data..... 22/07/2018
Procedimento..... 0408060500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
Medico..... FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA
Unidade Int..... UI CIRURGIA GERAL - SAO JOSE
Leito..... LEITO 2-2 - SAO JOSE
Convênio..... SUS - SIH
Plano..... 1
Carteira.....
N. Guia.....
Atendente..... RAIMUNDO COSTA
Hora..... 10:53 Permanência..... 4 Dias
Hora Alta: 14:20
Data Alta: 20/07/2018
Nome.....
Endereço.....
Documento.....
Fone.....
Procedimento de Internação.....
Assinatura de Internação.....



Sistema - Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

330564

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES
30211114

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES
30211114

Identificação do Paciente

ATEND.: 5255995 DE ATEND.: 22/7/2016 - 10:53
PATR.: 4201 NASCIMENTO: 18/8/1979
NOME: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA
MAE: MARIA DE LOURDES CARLOS BARBOSA
CPF: 61493414372 CNES: 704209287160584 SUSFACIL:
ENDER.: RUA CORONEL DIOGO GOMES 870
BAIRRO: CENTRO - SOBRAL - CE - CEP: 62010153

5 - SEXO

79

11

3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

12 - TELEFONE DE CONTATO
DDD: 919 0141032345

14 - TELEFONE DE CONTATO
DDD: 819 91443431916

Rua Coronel Diogo Gomes nº

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Sobral

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2312908

18 - UF

CE

19 - CEP

62010150

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com febre de 40°C com
dores

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Neumonia tratada com
antibiótico

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

análise + exame
arterial

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

febre de 40°C

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

estudo de caso

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

(X) CPF

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

912751951703168

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

THALES ALCANJO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/06/2018

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

Dr. Thales Alcanjo
CRM-CE 10111-TEOT.13543

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

43 - CNAE EMPRESA

41 - SÉRIE

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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



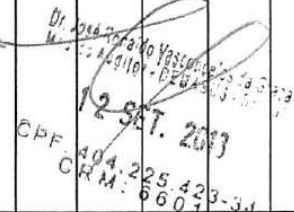
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. José Roberto Vasconcelos da Silva
CRM-CE 10111-TEOT.13543

29 JUN. 2018

CRM-CE 225.423-34
CRM: 6601

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE LUIS EUFRASIO FARIAS NETO EPP AV DOM JOSE TUPINAMBA DA FROTA, 661 - ALTO DO CRISTO 62020-720 SOBRAL - CE		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 1 000.006.742 SÉRIE 1 FOLHA 1/1		 CHAVE DE ACESSO 2318 0707 8276 6400 0178 5500 1000 0067 4212 0180 7277 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora								
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 123180045710006 27/07/2018 09:02:30										
INSCRIÇÃO ESTADUAL 06.192.431-8		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.		CNPJ 07.827.664/0001-78								
DESTINATÁRIO / REMETENTE												
NOME / RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL				CNPJ / CPF 07.818.313/0001-09								
ENDEREÇO RUA ANTONIO CRISOSTOMO MELO, 919				DATA DA EMISSÃO 27/07/2018								
MUNICÍPIO SOBRAL				DATA DA SAÍDA 27/07/2018								
UF CE				HORA DA SAÍDA 09:05:00								
CÁLCULO DO IMPOSTO												
BASE CÁLC ICMS 0,00		VALOR ICMS 0,00		TOTAL DOS PRODUTOS 380,36								
VALOR FRETE 0,00		VALOR SEGURO 0,00		TOTAL DA NOTA 235,88								
VALOR DESCONTO 144,48		OUTRAS DESP 0,00		VALOR APROX TRIB 122,49								
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS												
NOME / RAZÃO SOCIAL 0-EMITENTE				CNPJ / CPF								
FRETE POR CONTA				PLACA DO VEIC								
ENDEREÇO				MUNICÍPIO								
QUANTIDADE				PESO BRUTO								
ESPECIE				PESO LÍQUIDO								
MARCA				NUMERAÇÃO								
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS												
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ ICMS	V.APROX TRIBUTOS
206	PLACA A/C ESTREITA 4.5 X 12 FUIROS	90211020	0500	5403	UN	1	235,88	235,88	0,00	0,00	0	75,95
44	PARAFUSO CORTICAL 4.5 X 46 MM -PONTA "ST"	90211020	0500	5403	UN	1	18,06	18,06	0,00	0,00	0	5,82
38	PARAFUSO CORTICAL 4.5 X 34 MM PONTA ST	90211020	0500	5403	UN	4	18,06	72,24	0,00	0,00	0	23,26
41	PARAFUSO CORTICAL 4.5 X 40 MM PONTA ST	90211020	0500	5403	UN	1	18,06	18,06	0,00	0,00	0	5,82
39	PARAFUSO CORTICAL 4.5 X 36 MM PONTA ST	90211020	0500	5403	UN	1	18,06	18,06	0,00	0,00	0	5,82
36	PARAFUSO CORTICAL 4.5 X 30 MM -PONTA "ST"	90211020	0500	5403	UN	1	18,06	18,06	0,00	0,00	0	5,82
												
DADOS ADICIONAIS						RESERVADO AO FISCO						
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PACT: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA MAT: 4251 DATA: 23-07-18 DR: CHAGAS CONV: SUS 0702030902 0408050500 *INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE INTERESSE DO FISCO: PAF Requisito XI Item 1c: 7A9F4B6C4405355EFFB6F73B83FEFE7E												

UmNfe | NF-e Open Source | www.unnfe.com.br

Gerado em 27/07/2018 às 09:02 pelo UmDANFE 3.5.7 Free | www.unidanfe.com.br

 RECEBEMOS DE LUIS EUFRASIO FARIAS NETO EPP OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO.
 EMISSÃO: 27/07/2018 VALOR TOTAL: 235,88 DESTINATÁRIO: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL - RUA ANTONIO CRISOSTOMO MELO, CENTRO,
 62010-550-SOBRAL-CE

DATA DO RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

 NF-e
 000.006.742
 SÉRIE 1



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Francisco Guarani Carlos Barbosa
Tratamento para: 5822 - Fratura Da Diafise Da Tibia

— Cirurgia: RED. CIRURGICA DA DIAFISE DA TIBIA C/ FIX. Data: 23.7.18

— Antibioticoterapia: CEFALOTINA

Recomendações:

- (X) Não Pisar
- (X) Não Sustentar Peso
- (X) Manter membro elevado (a 45°)
- (X) Crioterapia (Gelo) 3x ao dia
- (X) Retirar pontos após 14 dias
- (X) Fisioterapia precoce
- (X) Atentar à data de retorno (15 dias)
- (X) Fazer uso medicação prescrita
- (X) Trocar curativo diariamente

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

Marcar retorno ao ambulatório de Ortopedia após 15 dias, com Radiografia do dia, com o Dr(a). FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA, para acompanhamento complementar.

Obs.: Antes de sair do Hospital, marcar o retorno na Sala de Gesso

Data: 25/07/2018

Dr. Sérgio L. C. Inapina
Médico Residente
Traumatologia e Ortopedia
CRM: 35880

Assinatura e Carimbo

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 339025	Sala : 0004	SALA 04	Atendimento : 5255995
Paciente : 4251	FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA		Carteira :
Convênio Atend. : 1	SUS - SIH		Idade : 38 Anos 5 Dias 11 Horas
Leito : 246	LEITO 2-2 - SAO JOSE		
Dt. Início : 23/07/2018 08:59	Dt. Fim : 23/07/2018 10:58		
Cid Pré-Operatório : S822	FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA		
Cid Pós-Operatório : S822	FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA		

Procedimentos

Procedimento: 0408050500	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
Convênio: 001	SUS - SIH
Anestesia: 05	BLOQUEIO RAQUI

Equipe Médica

ANESTESISTA	10922	JANDERSON ALVES GIFONI
CIRURGIAO	6011	FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA
1. AUXILIAR	12196	THIAGO MONT'ALVERNE LOPES PARENTE

Descrição

Descrição Cirúrgica :

- POSICIONAMENTO DO PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL
- ISQUÊMIA COM FAIXA DE SMACH NO MEMBRO INFERIOR DIREITA
- ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIA COM CAMPOS CIRÚRGICOS PRIMÁRIOS
- FIXAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
- INCISÃO ANTERO-LATERAL CENTRADA NO FOCO DA FRATURA
- DIÉRESE POR PLANOS ATÉ VISUALIZAÇÃO DA FRATURA
- REDUÇÃO ANATÔMICA DA FRATURA DA TIBIA
- FIXAÇÃO COM 01 PLACA RETA DE A/C E 05 PARAFUSOS CORTICAIS
- RETIRADA DA FAIXA DE SMARCH
- HEMOSTASIA RIGOROSA E DEFINITIVA
- SUTURA MINIMA DA PELE
- CURATIVOS ACOLCHOADO

OBSERVAÇÕES:

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

Dr. Thiago Mont'Alverne L. Parente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12196 - CPF 041.343.503-87

Dr. Francisco das Chagas Pereira
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 6011

DR(A) : FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA
CRM : 6011



Número: **3001852-86.2019.8.06.0167**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **Juizado Especial Cível e Criminal de Sobral**

Última distribuição : **18/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Indenização por Dano Material**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA (AUTOR)		BRUNO HENRIQUE VAZ CARVALHO (ADVOGADO) FELIPE FONTELES DE SOUSA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
17929 950	18/10/2019 09:56	ANEXO LEI 11.945	Documento de Comprovação

ANEXO

(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).

(Produção de efeitos).

(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

Danos Corporais Totais	Repercussão na Integridade do Patrimônio Físico		da Perda Percentual
	Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores		
	Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés		
	Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior		
	Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral		
	Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica		
	Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital		
	Danos Corporais Segmentares (Parciais)		
	Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores		
	Percentuais das Perdas	Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores			
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés			
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar			
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo			
		50	
		25	



Número: **3001852-86.2019.8.06.0167**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **Juizado Especial Cível e Criminal de Sobral**

Última distribuição : **18/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Indenização por Dano Material**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA (AUTOR)		BRUNO HENRIQUE VAZ CARVALHO (ADVOGADO) FELIPE FONTELES DE SOUSA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
17929 941	18/10/2019 09:56	COMPROVANTE DE RESIDENCIA	Documento de Comprovação

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

Caso deseje apresentar alguma reclamação, sugestão, elogio ou denúncia, conte com a Ouvidoria-Geral.
Ligue 135 ou encaminhe e-mail através do Fale Conosco, localizado no PrevNet (www.previdencia.gov.br)



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



001224



FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA
RUA CORONEL DIOGO GOMES 870 CASA
CENTRO
SOBRAL - CE
62010.970



5013196987401650000000917230290119

REMETENTE

009311

INSS
AG DA PREVIDENCIA SOCIAL SOBRAL
AV LUCIA SABOIA 131
CENTRO
SOBRAL - CE
62010.830

☐ MUDOU-SE

☐ RECUSADO

☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO
PORTEIRO/SÍNDICO

☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE

☐ NÃO PROCURADO

☐ OUTROS

☐ NÃO EXISTE O NÚMERO
INDICADO

☐ AUSENTE

☐ DESCONHECIDO

☐ FALECIDO

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:/...../.....

EM:/...../.....

RESPONSÁVEL

VISTO

Impresso pela Dataprev

FORM: ATU2

1470296

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 160
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

eneel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 578819931

Rota 11.32000 06 031700 - 3 Data de Emissão 17/06/2019

Nome MARIA DE FATIMA DE LIMA BEZERRA

End. Postal RU DR RUI DO CEARA 23
ALTO DO CRISTO - SOBRAL - 62010000

Medidor 7155136

Poste 0000 C18N

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 006635873-60

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Jun/2019
Data da Apresentação 17/06/2019
Previsão Próxima Leitura 19/07/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto Sobre 1
Mês Abr/2019 EUSD 45,24
DICRI= 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 146,96
Alíquota 27,00%
Valor do Imposto 39,67

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DC74,1706,255E.FE00,6F05,66EA,7EA9,1A04

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,07	10,15	20,30	0,00	0,00	0,00
FIC	3,17	6,35	12,70	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,86			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF 39534	39443	1,00	191	0,00	191	0,76546	146,96
17/06/19	17/06/19		31 DIAS		191		146,96

DESCRIÇÃO

	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	146,96
MULTA MORATORIA REF 05/2019	3,01
JUROS DO MES	0,90
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	8,24
SEGURO 3 + 1 - ESPECIAL I - 0800 600 0560	14,07

VENCIMENTO

25/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

173,18

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	136,67
Transmissão	4,49
Distribuição	33,29
Encargos Setoriais	7,55
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	44,96
TOTAL	146,96

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

207	191	195	189	210	208	216	213	210	230	215	203
MED	Jun	Ma	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido 24,97 Compensado 24,97 Consciência Ecológica (% CO₂) 100

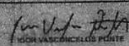
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor Da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 5,29 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,64% e COFINS:2,96% (Art. 9 Rev. 102/2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03)

Bandeira Verde em Jun/2019, sem custo para os consumidores. Informações: www.aneel.gov.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS TRANSPORTES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES	
CARTILHA NACIONAL DE HABILITACÃO	
PAULO ROBERTO DE LIMA BEZERRA	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 2006031102050 SSP CE
	CPF 049.103.673-65
	DATA NASCIMENTO 11/07/1990
	FIILIAÇÃO RAIMUNDO NONATO MAGALHAES BEZERRA MARIA DE FATIMA DE LIMA BEZERRA
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1409701251	PERMISSÃO N
	ACC N
PROIBIDO PLASTIFICAR 1409701251	VALIDADE 26/12/2021
	1ª HABILITACÃO 23/02/2012
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO	
Assinatura do Portador: Paulo Roberto de Lima Bezerra	
LOCAL JOBRAL, CE	DATA EMISSÃO 06/01/2017
Assinatura do Emissor: 	53161811550 CE157330958
CEARA	



Número: **3001852-86.2019.8.06.0167**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **Juizado Especial Cível e Criminal de Sobral**

Última distribuição : **18/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Indenização por Dano Material**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA (AUTOR)		BRUNO HENRIQUE VAZ CARVALHO (ADVOGADO) FELIPE FONTELES DE SOUSA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
17929 940	18/10/2019 09:56	CNH (RG.CPF)	Documento de Identificação

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
98031043667 SSP CE

CPF
614.934.143-72 DATA NASCIMENTO
18/08/1979

FILIAÇÃO
FRANCISCO DE ASSIS
BARBOSA
MARIA DE LOURDES
CARLOS BARBOSA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
A

Nº REGISTRO
06391874359 VALIDADE
14/10/2019 1ª HABILITAÇÃO
16/06/2015

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Assinatura do Portador
Francisco Guarani Carlos Barbosa

LOCAL
SOBRAL, CE DATA EMISSÃO
14/07/2016

Assinatura do Emissor
Igor Vasconcelos Ponte
60551878814
CE154397830

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1225886741

PROIBIDO PLASTIFICAR
1225886741

Confere com o original
Jorge Fontes de Souza
OAB/CE 33649