

# PROCURAÇÃO

## Outorgante(s):

|                                            |                                                               |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Nome: <u>DEVILSON LUCAS SOUSA DO CARMO</u> |                                                               |
| Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>           | Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>                                 |
| RG: <u>2004007032076</u>                   | Órgão Emissor: <u>SSP/RS</u> Data da Emissão: <u>13.01.15</u> |
| CPF: <u>079.789.573-65</u>                 | Profissão: <u>MECÂNICO</u>                                    |
| Endereço: <u>RUA B, Nº 201</u>             |                                                               |
| Bairro: <u>VILA VELHA</u>                  | Cidade/UF: <u>FORTALEZA/CE</u> CEP: <u>60.349-020</u>         |

## Outorgado (s):

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

## Poderes:

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

Fortaleza, 08 de Janeiro de 2020.

DEVILSON Lucas Sousa Do Carmo

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

|                                                  |                                |                                  |
|--------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Declarante: <u>DENILSON LUCAS SOUSA DO CARMO</u> |                                |                                  |
| Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>                 | Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>  |                                  |
| RG: <u>2004007032076</u>                         | Órgão Emissor: <u>SSPDS/LE</u> | Data da Emissão: <u>13.01.15</u> |
| CPF: <u>079.789.573-65</u>                       | Profissão: <u>MECÂNICO</u>     |                                  |
| Endereço: <u>RUA B, Nº 201</u>                   |                                |                                  |
| Bairro: <u>VILA VELHA</u>                        | Cidade/UF: <u>FORTALEZA/LE</u> | CEP: <u>60.349-020</u>           |

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

Fortaleza, 08 de JANEIRO de 2020.  
DENILSON LUCAS SOUSA DO CARMO

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

Fortaleza, 08 de JANEIRO de 2020.

Ciente:  
DENILSON LUCAS SOUSA DO CARMO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA - PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

POLEGAR DIREITO

*Denilson Lucas Sousa do Carmo*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL 2004007032076

DATA DE EXEDIÇÃO 13/05/2015

fls. 9

NOME

DENILSON LUCAS SOUSA DO CARMO

FILIAÇÃO

JOSÉ ERLANDO MARTINS DO CARMO

MÁRCIA CARVALHO DE SOUSA

NATURALIDADE

FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO 31/05/1998

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO CARTÓRIO: ANT BEZERRA TERMO: 0217058

FOLHA: 097 LIVRO: A00196 FORTALEZA - CE

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

16 DE 29/08/00

MINISTERIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**

Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

079.789.573-65

Nome

DENILSON LUCAS SOUSA DO CARMO

Nascimento

31/05/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CODIGO DE CONTROLE

1E0C.C64A.E81C.E6AD

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada no Internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

10:45:45 de 20/03/2015 hora e data de Bloqueio digitalizador 00

## DADOS DO CLIENTE

Nome: **ANTONIO CARNEIRO DA SILVA**End. Leitura: **RUA B VILA VELHA, 201, VILA VELHA**Cidade: **FORTALEZA**

End. Entrega:

CEP: **60349-020**

Cidade:

Local: **001**Setor: **054**Subsetor: **00**Quadra: **0024**Subquadra: **00**Lote: **0126**CEP: **0000**Comp: **0000**

## ECONOMIAS

Residencial: **001**Comercial: **000**Industrial: **000**Pública: **000**

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

| Serviço | Medidor    | Leitura Anterior | Leitura Atual | Volume (m³) | Média Semestral (m³) |
|---------|------------|------------------|---------------|-------------|----------------------|
| AGUA    | A19N124685 | 21               | 30            | 9           | 7                    |

## DATAS

Leitura Atual: **10/10/2019**Leitura Anterior: **11/09/2019**Emissão: **10/10/2019**Próxima Leitura: **12/11/2019**Lacre Água: **3683116**Lacre Esgoto: **35545**QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: **08/2019**

| Nº de Amostras  | Cloro | Turbidez | Cor | Coliformes Totais | Escherichia Coli |
|-----------------|-------|----------|-----|-------------------|------------------|
| Exigidas        | 526   | 526      | 125 | 526               | 526              |
| Analisadas      | 541   | 541      | 541 | 541               | 541              |
| Em conformidade | 541   | 540      | 537 | 531               | 541              |

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

**MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 13 m³ | META: 10 m³.****Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.****RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE**

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

AGUA  
ESGOTO

Valor (R\$)

28,30  
22,64

## HISTÓRICO DE VOLUME

| Mês/Ano | Água (m³) | Esgoto (m³) |
|---------|-----------|-------------|
| out/18  | 11        | 8           |
| nov/18  | 12        | 9           |
| dez/18  | 10        | 8           |
| jan/19  | 8         | 7           |
| fev/19  | 10        | 8           |
| mar/19  | 9         | 7           |
| abr/19  | 7         | 7           |
| mai/19  | 8         | 7           |
| jun/19  | 6         | 7           |
| jul/19  | 6         | 7           |
| ago/19  | 8         | 7           |
| set/19  | 8         | 7           |

## TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição  
PIS  
COFINSValor (R\$)  
0,48  
2,43

## SUBSÍDIO

VALOR DO SERVIÇO  
VALOR DO SUBSÍDIO  
VALOR TOTAL A PAGARValor (R\$)  
73,98  
23,04  
50,94MÊS/ANO  
10/2019VENCIMENTO  
04/11/2019TOTAL A PAGAR (R\$)  
50,94

## ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itau, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil.  
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

I: 357015054287138 L: 0274 H: 10:37:05 R: 056 P: 001

Central de Atendimento  
**Cagece**  
0800 275 0195

**Cagece**  
MOBILE

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.  
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br).  
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.

consumidor.gov.br  
E seu E Mail Participe

155  
Ouvidoria do Estado



## Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE  
Inscrição: **008186146**Código de Responsável: **357015054287138 - 0274**Local: **001**Setor: **054**Subsetor: **00**Quadra: **0024**Subquadra: **00**Lote: **0126**Mês/Ano: **10/2019**Comp: **0000**Cidade: **FORTALEZA**Vencimento: **04/11/2019**Total (R\$): **50,94**

82690000000 9 50940009300 1 00818614601 8 00071622015 7



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

|                                                                   |                                         |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Declarante: DENILSON LUCAS SOUSA DO CARMO                         |                                         |
| Nacionalidade: BRASILEIRA                                         | Estado Civil: SOLTEIRO                  |
| RG: 2004007032076 Órgão Emissor: SSP/SC Data da Emissão: 13.01.15 |                                         |
| CPF: 079.789.573-65                                               | Profissão: MECÂNICO                     |
| Endereço: RUA B, Nº 201                                           |                                         |
| Bairro: VILA VELHA                                                | Cidade/UF: FORTALEZA/CE CEP: 60.349-020 |

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

Fortaleza, 08 de JANEIRO de 2020

DENILSON LUCAS SOUSA DO CARMO

## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

|                                                  |                                 |                                  |
|--------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Declarante: <u>DENILSON LUCAS SOUSA DO CARMO</u> |                                 |                                  |
| Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>                 | Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>   |                                  |
| RG: <u>2004007032076</u>                         | Órgão Emissor: <u>SSPDS/CE</u>  | Data da Emissão: <u>13.01.15</u> |
| CPF: <u>079.789.573-65</u>                       | Profissão: <u>MECÂNICO</u>      |                                  |
| Endereço: <u>RUA B, Nº 201</u>                   |                                 |                                  |
| Bairro: <u>VILA VELHA</u>                        | Cidade/UF: <u>FORTALEZA /CE</u> | CEP: <u>60.349-020</u>           |

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

Desta forma, isento o escritório José Brito Advogados representado através dos Advogados José Orisvaldo Brito da Silva, inscrito na OAB/CE 21.292 A e Ana Cláudia Maia Alencar, inscrita na OAB/CE 6994, com endereço na Avenida Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota, Fortaleza /CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e/ou administrativa, no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

"As informações contidas no processo indenizatório DPVAT são de responsabilidade do beneficiário, sendo o mesmo informado que a comunicação de fato não ocorrido ou inexistente é crime punível na forma da lei – Art. 339 e 340 do CPB."

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

Fortaleza, 08 de JANEIRO de 2020.

DENILSON LUCAS SOUSA DO CARMO



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
Impresso nº 2019782767

fls. 13



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3667 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **31/10/2019 10:28:33**  
Data / Hora da Ocorrência: **30/07/2019 09:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV CORONEL DE CARVALHO, JARDIM  
GUANABARA - FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **DENILSON LUCAS SOUSA DO CARMO**  
Nascimento: **31/05/1998** CPF: **079.789.573-65**  
RG: **2004007032076** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MARCIA CARVALHO DE SOUSA**  
**JOSE ERLANDO MARTINS DO CARMO**  
Endereço: **RUA B (CJ VILA VELHA I), 201**  
Bairro: **VILA VELHA**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.349-020**  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98610-2227**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **PMN3592** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:  
**9C2KC2200KR048810** Renavam: **1184361980** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 FAN** Ano Fabricação:  
**2019** Ano Modelo: **2019** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA**  
Proprietário: **DENILSON LUCAS SOUSA DO CARMO** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE QUEM  
PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PMN-3592-CE ERA JOSE ROCHA DA  
SILVA FILHO, HABILITADO, CNH:05705937080 DETRAN CE, CAT. HAB. AB,  
MAS NAO FICOU LESIONADO E A VITIMA NA SITUAÇÃO DE GARUPEIRO  
(DENILSON LUCAS SOUSA DO CARMO); QUE TRAFEGAVA PELA AV. CORONEL  
DE CARVALHO; QUE UM OUTRO VEICULO CAMINHAO DE PLACAS NÃO  
ANOTADAS, AVANÇOU A PREFERENCIAL, E O PILOTO AO PERCEBER TAL  
MANOBRA ACIONOU OS FREIOS DA MOTO, VINDO A PERDER O CONTROLE  
DA MOTO E ACONTECEU A QUEDA DA MOTO NA VIA ; QUE A VITIMA FOI AO  
SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO  
LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA  
ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO. E NADA MAIS DISSE.///  
OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.  
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 31/10/2019 10:50:39

Pág. 1 de 2

Impresso em: 31/10/2019 10:50:51



## DECLARAÇÃO

**192**

REGIONAL FORTALEZA

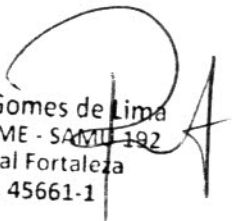
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Denilson Lucas Sousa do Carmo** - C.P.F. - **079.789.573-65**, no dia **30/07/2019**, às **09h25min**, na **Avenida Coronel de Carvalho**, no **Bairro Jardim Guanabara**, vítima de acidente de trânsito.

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

Documento requerido por meio do Processo nº **P886224/2019**.

Fortaleza, 04 de Outubro de 2019.

Atenciosamente,

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

**Roberto Gomes de Lima**  
Coordenação - SAME  
SAMU 192 Regional Fortaleza

  
Marcelo César Campos Cabral  
SAME-SAMU 192  
Regional Fortaleza  
Mat. 45690-1

**Marcelo César Campos Cabral**  
Responsável - Protocolo  
SAMU 192 Regional Fortaleza

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente vítima de colisão carro/moto, portava capacete, nega incóme, nega náusea, nega alergia + doença de base. Apresenta escoriação no M50, contusões nos arcos costais @ + área, abrasão no peito @, fraturas expostas no MIE + sangramento. Segue consciente, orientado, responsivo, eufórico. Passado ATW (com venenos) orientado remoção ao IJF - centro.

ASS. / COREN: *Bianca*

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA 638 402

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☒ UNIDADE DE SAÚDE: *IJF - centro*

BOLETIM EMERG:

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ OUTRO:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

☒ SIM

☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

*Dr. Italo*  
Cardiologia (Prática Médica)  
CRM-MG - 12719

EM: *30, 07, 17* às *17* hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU, \_\_\_\_\_ RG / CPF \_\_\_\_\_

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:

**Registro de Atendimento Emergencial**

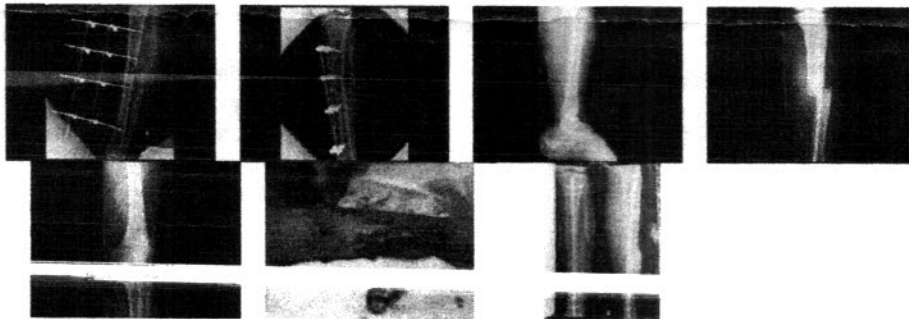
Por: MÂRCIA REJANE PEREIRA DE MORAIS

| REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL                                                                     |                                     |                                              |                                    |                                            |                   | DATA/HORA: 30/07/2019 09:47:41 |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                                                                               |                                     |                                              |                                    |                                            |                   |                                |  |
| CNS: 709209201210635                                                                                    | NOME: DENILSON LUCAS SOUSA DO CARMO |                                              |                                    |                                            | Registro: 5573034 |                                |  |
| CPF: 07978957365                                                                                        | RG: 2004007032076                   | D. NASC: 31/05/1998                          | ESTADO CIVIL:                      | SEXO: M                                    | RAÇA/COR: Parda   |                                |  |
| NOME DA MÃE: MARCIA CARVALHO DE SOUSA                                                                   |                                     |                                              |                                    | NOME DO PAI: JOSE ERLANDO MARTINS DO CARMO |                   |                                |  |
| TIPO DE LOGRADOURO: Rua                                                                                 | ENDEREÇO DO PACIENTE: B             |                                              | Nº: 201                            | BAIRRO: VILA VELHA I                       |                   |                                |  |
| COMPLEMENTO:                                                                                            | TELEFONE: 33152425, 988338060       | MUNICÍPIO: FORTALEZA                         |                                    | UF: CE                                     | CEP: 60347780     |                                |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL                                                                            |                                     |                                              |                                    |                                            |                   |                                |  |
| NOME: SAMU USB 14 COND VAGNER                                                                           |                                     |                                              |                                    | PARENTESCO:                                |                   | TELEFONE:                      |  |
| ACIDENTE DE TRABALHO                                                                                    |                                     |                                              |                                    |                                            |                   |                                |  |
| TIPO DE VÍNCULO:                                                                                        | CBO DO EMPREGADO:                   | CNPJ DO EMPREGADOR:                          |                                    | COSICO DO CNAER:                           |                   |                                |  |
| ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO                                                                    |                                     |                                              |                                    |                                            |                   |                                |  |
| MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete            |                                     |                                              |                                    |                                            |                   |                                |  |
| QUEIXAS: COLISAO MOTO/CARRO COM CAPACETE COM FERIMENTO NO FLANCO + SANGRAMENTO + FRATURA EXPOSTA DO MIE |                                     |                                              |                                    |                                            |                   |                                |  |
| OBSERVAÇÕES: PROBLEMAS EM EXTREMDADES/FRATURA EXPOSTA                                                   |                                     |                                              |                                    |                                            |                   |                                |  |
| SINAIS VITAIS                                                                                           |                                     |                                              |                                    |                                            |                   |                                |  |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica                                                                       | Escala de Dor: Moderado             |                                              | PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO |                                            |                   |                                |  |
| ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:                                                                           |                                     |                                              |                                    |                                            |                   |                                |  |
| ATENDIMENTO MÉDICO                                                                                      |                                     |                                              |                                    |                                            |                   |                                |  |
| Anamnese:                                                                                               |                                     |                                              |                                    |                                            |                   |                                |  |
| Exame Físico:                                                                                           |                                     |                                              |                                    |                                            |                   |                                |  |
| Conduta:                                                                                                |                                     |                                              |                                    |                                            |                   |                                |  |
| TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:                                                                       |                                     |                                              |                                    |                                            |                   |                                |  |
| EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS:                                                                       |                                     |                                              |                                    |                                            |                   |                                |  |
| ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:                                                                             |                                     |                                              |                                    |                                            |                   |                                |  |
| DATA E HORA DO ATENDIMENTO:                                                                             |                                     | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: |                                    |                                            |                   |                                |  |

SERVIÇO DE PROTOCOLO - INI  
FUE TIRADA  
PELO SISTEMA E-SUS  
DATA 31 / 10 / 2019  
MATRÍCULA 51022  
FACIO YOUNG  
SERVIDOR(A)

## Resumo de alta

NOME: DENILSON LUCAS SOUSA DO CARMO  
 LEITO: 1238  
 DATA DE INTERNAÇÃO: 30/ 07/2019  
 DATA DA ALTA: 26/08/2019  
 BE/PRONT: 5573034  
 CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA  
 IDADE: 21  
 DIAGNOSTICOS: Fratura da perna, parte não especificada (OPERADA)  
 CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESÃO: 21 ANOS, FRATURA EXPOSTA TIBIA ESQUERDA COM APOSIÇÃO FIXADOR EXTERNO + LE COM LESÃO GRAU V DO BACO E ESPLENECTOMIA NA EMERGENCIA. CIRURGIA DR VALMIR 23/08. MARCAR RETORNO DR VALMIR 15 DIAS - RETORNAR ANTES SE INTERCORRENCIAS - RETIRAR PONTOS EM 10 DIAS PSF - TROCAR CURATIVO A CADA 2 DIAS - LIBERO PISAR - DEAMBULAR COM 2 MULETAS.  
 STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:  
 STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO  
 RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO



## Mapa de Cirurgias

| Int.                                 | # | Hora  | Leito | Staff            | Residentes | Material                                                                                                                     | Observação | Status da cirurgia |
|--------------------------------------|---|-------|-------|------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------|
| MAPA DO DIA 23/08/2019 - Sexta-Feira |   |       |       |                  |            |                                                                                                                              |            |                    |
| 27                                   | 1 | 13:30 | 1238  | VALMIR FERNANDES |            | CX BASICA TO PARA MMII + HASTE DE TIBIA + KIT BASICO: CX OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS<br><br>PNEUMATICO MACONCX GRANDES FRAG |            | REALIZADA          |

FRATURA DA PERNA, PARTE NÃO ESPECIFICADA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

Dr. Diego Freitas Felix  
 Ortopedia e Traumatologia  
 Médico Residente  
 cr: 19808

Ass.: \_\_\_\_\_ Retornar dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ para  
 Dr. \_\_\_\_\_

26/08/19

**SINISTRO 3190621481 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** DENILSON LUCAS SOUSA DO CARMO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev  
Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** DENILSON LUCAS SOUSA DO CARMO**CPF/CNPJ:** 07978957365**Posição em 19-12-2019 13:26:33**

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  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 13/11/2019        | R\$ 6.075,00         | R\$ 0,00         | R\$ 6.075,00 |