

SABOYA & BRANDÃO

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	MICHAEL AVELINO PEREIRA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	FORTALEZA/CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG n°	97001007672
Profissão	AUTONOMO	CPF n°	663.850.403-72
Endereço	RUA ROSA LEITE OLIVEIRA, 249		
Bairro	JARDIM IRACEMA	CEP	60.341-545
Município/UF	FORTALEZA/CE		
Telefone	(85) 99235-94-92		

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, casado, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua Carlos Ribeiro Pamplona – nº 100 – 1º Andar – Sala 101 – Bairro Edson Queiroz – CEP: 60.811-695 – Fortaleza/CE, Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030 / (85) 98853-0069. E-mails: saboyaebrandao@hotmail.com / brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao_@hotmail.com

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judícia" e "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como realizar endosso em cheque nominal emitido em nome do outorgante, destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 20 de janeiro de 2020.

> 
OUTORGANTE

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

OUTORGANTE	MICHAEL AVELINO PEREIRA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	FORTALEZA/CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG n°	97001007672
Profissão	AUTONOMO	CPF n°	663.850.403-72
Endereço	RUA ROSA LEITE OLIVEIRA, 249		
Bairro	JARDIM IRACEMA	CEP	60.341-545
Município/UF	FORTALEZA/CE		
Telefone	(85) 99235-94-92		

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com às custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, CF/88, Art. 98 e ss. do CPC, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, 20 de janeiro de 2020.

➤ Michael Avelino Pereira

DECLARANTE

REPÚBLICA DE PORTUGAL MINISTÉRIO DAS CIDADÃES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME MICHAEL AVELINO PEREIRA	
	DOC. IDENTIFIC. / ORIG. EMISSÃO DE 97001007672 SSP CE
	CNP 663.650.403-72 DATA NASCIMENTO 12/03/1982
PRIMAÇÃO JEOVA MENEZES PEREIRA	
MARIA DO SOCORRO AVELINO	
PRIMAÇÃO NO	RCC NO
CAT. AVE NO	
Nº REGISTRO 0562078444	VALIDADE 17/05/2021
	1ª HABILITAÇÃO 17/10/2012
OBSERVAÇÕES EXERCE ATIV. REMUNERADA:	
<i>Michael Avelino Pereira</i> Assinatura do Portador	
SOCAL FORTEALEZA, CE	DATA EMISSÃO 10/06/2016
<i>1m Vef - 2m</i> 1m Vef - 2m	
88097051746 CE153515473	
DETRAN - CE (CE/TRA)	

DADOS DO CLIENTE

Nome: SILVIA AVELINO SILVA

End. Lote: RU ROSA LEITE OLIVEIRA, 249, JARDIM IRACEMA

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60341-545

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001 Setor: 042 Quadra: 0023 Lote: 0146 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^{m³}	Média Semestral (m³)
ÁGUA	A0BF412713	743	752	9	9

DATAS

Leitura Atual: 16/05/2019 | End. Sem: 16/05/2019 | Leitura Anterior: 16/04/2019 | Próxima Leitura: 15/06/2019 | Lacre Água: 8627845 | Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 03/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	526	526	125	526	526
Analisadas	537	537	537	537	537
Em conformidade	536	522	441	508	537

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 8 m³ | META: 10 m³.

Considere pago se debitado na sua conta do banco BCO REAL.

Constatamos debito de R\$ 96,47. Caso pago, desconsiderar.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano | Água (m³) | Esgoto (m³)

ÁGUA	28,30	mai/18	7	5
ESGOTO	22,64	jun/18	7	5
MULTA DE 2%	0,89	jul/18	9	7
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,88	ago/18	9	7
		set/18	12	9
		out/18	8	6
		nov/18	13	10
		dez/18	9	7
		jan/19	12	9
		fev/19	9	7
		mar/19	9	7
		abr/19	8	4

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	0,50	VALOR DO SERVIÇO	75,75
COFINS	2,52	VALOR DO SUBSÍDIO	23,04
		VALOR TOTAL A PAGAR	52,71

MÊS/ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

05/2019

06/06/2019

52,71

ONDE PAGAR SUA FATURA

I:356615075721409 L:0294 H:09:29:53 R:043 P:001

Seu boleto pode ser pago em qualquer agência bancária ou no site www.cagece.com.br.
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta em sua página. Para saber mais, consulte sua agência.

Cagece
0800 275 0195

Cagece
Móvel

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece,

conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACROR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e

Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 283 1.19. Demais

localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do

Ceará; 0800 275 0195. Ouvidoria estadual: 156. Site da ARCE: 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 ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1916,

de 8h às 12h e 13h às 17h.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CDD RENAVAM 269370323 RNTTC 0000000000 EXERCÍCIO 2014

MARIO LIMA DE FREITAS JUNIOR

FORTALEZA/CE

CPF/CNPJ 02475185309

PLACA NUS1767

PLACA ANT/UF *****/CE

CHASSI 9C2JC4110AR092278

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB 2010 ANO MOD 2010

CAP/POT/CIL 2P/0CV/124CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA *****

VENC. COTA UNICA **/**/**

VENC. COTAS 1ª *****

FAIXA I.P.V.A. ***

PARCELAMENTO/COTAS *****

2ª *****

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 286.75

IOF (R\$) 1.11

PRÊMIO TOTAL (R\$) 292.01

DATA DE PAGAMENTO 24/03/2015

FORTALEZA

Igor Pontes

12/05/2015

TADO DO CEARÁ - CARTÓRIO OSSIAN ARARIPE
FORTALEZA - CARTÓRIO DO QUINTO OFÍCIO DE NOTAS PROTESTO DE TÍTULOS
OFICIAL TITULAR: SAMUEL VILAR DE ALENCAR ARARIPE - CNPJ: 06.573.636/0001-61
Rua Major Facundo, N° 873 - Centro - CEP: 60.025-100 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3231.9974 / 3253.2902 / 3251.1606 - E-mail: cartorioararipe.com.br

--- AUTENTICAÇÃO Nº 167809 ---
Autentico a presente cópia reprográfica do documento que me foi apresentado nestas notas pela parte interessada. Ocy Fe. Fortaleza, 19 de julho de 2019.
Emolumentos: R\$ 2,66 Em. tax. de verdade.
SELO 3 - AUTENTICAÇÃO

() - Antonia Jozimélia D. Oliveira () - Márcia G. de Lima () - Mary Souza P. Falcão
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
MOTOCICLO DE VIA TERRESTRE OU POR CARGA A PESSOA
TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT 19

GEN 011959313945 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2014

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO 7
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 01 CDD RENAVAM 269370323 RNTTC 0000000000 EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 12/05/2015

CPF/CNPJ 02475185309 PLACA NUS1767

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB 2010 ANO MOD 2010

CHASSI 9C2JC4110AR092278

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 129.04 DENATRAM (R\$) 14.34 CUSTO DO SEGURO 143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 1.11 TOTAL SER PAGO SEGURO 292.01

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 24/03/2015

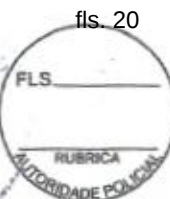
DESPACHANTE

MOTOR: JC41E12092278 008.0001-04
www.seguradoralider.com.br

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 12/02/2020 às 12:56, sob o número 02107581420208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0210758-14.2020.8.06.0001 e código 5F2DDE2.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019487795



fls. 20

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2394 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/07/2019 15:40:46**
Data / Hora da Ocorrência: **14/04/2019 20:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA SARGENTO HERMINIO SAMPAIO**
Complemento:
Bairro: **PRESIDENTE KENNEDY** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MICHAEL AVELINO PEREIRA**
Nascimento: **12/03/1982** CPF: **663.850.403-72**
RG: **97001007672** Orgão Emissor: **SSPCE** UF:
Filiação: **MARIA DO SOCORRO AVELINO**
JEOVÁ MENEZES PEREIRA
Endereço: **RUA ROSA LEITE OLIVEIRA, 249**
Bairro: **JARDIM IRACEMA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.341-545**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99235-9492**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NUS1767** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC4110AR092278 Renavam: **269370323** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **MARIO LIMA DE FREITAS JUNIOR** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

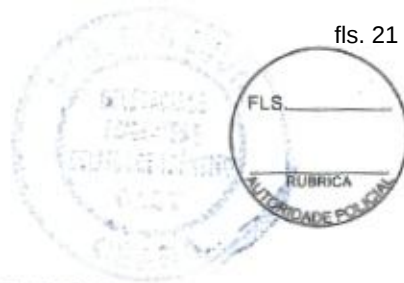
QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA NUS-1767 NA AV. SARGENTO HERMÍNIO SAMPAIO QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE TRANSITAVA NO SENTIDO CONTRARIO AO DA VITIMA ENTROU NA CONTRAMÃO DA VIA E COLIDIU COM A MOTO QUE A VITIMA PILOTAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. A VITIMA INFORMA QUE PASSOU QUASE TRÊS MESES INTERNADO NA UNIDADE 12 DO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DO PLATO TIBIAL, QUE AFIRMA TER IDO QUATRO VEZES PARA O CENTRO CIRÚRGICO MAS FORA CANCELADA AS CIRURGIAS, E QUE FORA INFORMADO PELOS MÉDICOS QUE HAVIA PASSADO MUITO TEMPO E OSSOS CALCIFICARAM SE CONSOLIDANDO. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019487795



fls. 21

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2394 / 2019

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7



P. 760985/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 09 PONTO DE APOIO: UCC Nº DA OCORRÊNCIA: 0810
 DATA: 14/04/19 TURNO: BN EQUIPE: ISAÍAS + ALGER.
 NOME: MICHAEL DUELO PEREIRA IDADE: 37 SEXO: M
 ENDEREÇO: AV. SGT. HERMINIO Nº 3400
 REFERÊNCIA: Rio Mira BAIRRO: P. Kennedy
 QTY: 20:47 QUS: 21:00 QUY: 21:25 QUU:
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão carro x moto.

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

- ☐ RESPONSIVO
☐ NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA

- ☐ PRESENTE
☐ AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

- ☐ PRESENTE
☐ AUSENTE

☐ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS

POR:

Via

B
Respiração

PADRÃO RESPIRATÓRIO

- ☐ EUPNEICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

- ☐ NORMAL
☐ ALTERADA:

PALPAÇÃO / PERCUSSÃO

- ☐ NORMAL
☐ ALTERADA:

AUSCULTA

- ☐ NORMAL
☐ ALTERADA:

C
Circulação

PULSO

- ☐ NORMOCÁRDICO ☐ CHEIO
☐ TRAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME
☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL

PELE

- ☐ CORADA ☐ SUDOREICA
☐ PÁLIDA ☐ SECA
☐ CIANÓTICA ☐ QUENTE
☐ FRIA

ENCHIMENTO CAPILAR

- ☐ ≤ 2 seg
☐ > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO

- ☐ SIM
☐ NÃO

LOCAL:

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR

- ESPONTÂNEA ☐ 4
 À VOZ ☐ 3
 À DOR ☐ 2
 NENHUMA ☐ 1

TOTAL:

15

RESPOSTA VERBAL

- ORIENTADO (A) / SORRI (P)
 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL
 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P)
 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P)
 NENHUMA

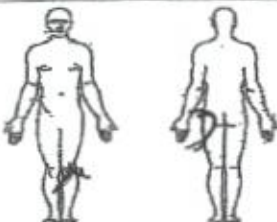
RESPOSTA MOTORA

- OBEDECE A COMANDOS ☐ 6
 LOCALIZA A DOR ☐ 5
 MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4
 FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
 EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
 NENHUMA ☐ 1

PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

E
Exposição

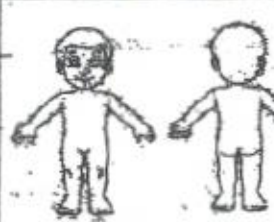
ADULTO



LESÕES

DEFORMIDADE DE QUADRIL
 À ESQ. + JOELHO ESQ.
 + LACERAÇÃO NO SUPERCU-
 lis gin-1

PEDIÁTRICO



SAMPLA

FC: 77 PA: 130/70 FR: 18 GUC: OXIM.: 99% TEMP:

APC. VIS. DE COLISÃO MOTOCARRO, CONJUNTO A
 MOTO E O EQUIPADO PRESENTANDO DEFORMIDADE DE
 DEFORMIDADE À ESQ. + ENTALHA EM JOELHO ESQ. NO M
 MENTO CONJUNTO, ORIENTADO.



DECLARAÇÃO



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Michael Avelino Pereira** - C.P.F. - **663.850.403-72**, no dia **14/04/2019**, às **21h**, na **Avenida Sargento Hermínio Sampaio**, no **Bairro Presidente Kennedy**, 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 **P760985/2019**.

Fortaleza, 10 de Julho de 2019.

Atenciosamente,


Marcelo César Campos Cabral
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 40990-1

Marcelo César Campos Cabral
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

Dias Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação
75	1	07:30	1223	YURY FARIAS		CAIXA DE PEQUENOS FRAGMENTOS BLOQUEADOS 3.5(BIOIMPLANTES), CAIXA DE PLACA PARA PLATO TIBIAL (BIOIMPLANTES), PARAFUSO CANULADO 4.5, PARAFUSO CANULADO 7.0, CAIXA DE PEQUENOS FRAGMENTOS CONVENCIONAIS, CAIXA DE GRANDES FRAGMENTOS CONVENCIONAIS.	INTENSIFICADOR DE IMAGENS + MESA RADIOTRANSPARANTE BE:5612187	SUSPENSA

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

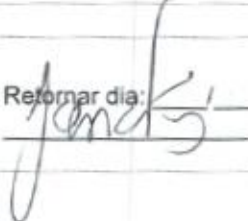
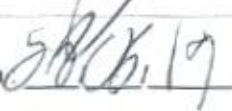
Marcado por: VICTOR AMON NUNES em 19-06-2019 18:14:2

MAPA DO DIA 27/06/2019 - Quinta-Feira

75	1	13:00	1215	YURY FARIAS		SACABOCADO	MANIPULAÇÃO SOB SEDACAO	MARCADA
----	---	-------	------	-------------	--	------------	-------------------------	---------

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

Marcado por: CARLOS HEITOR PEREIRA BRANDAO em 26-06-2019 8:44:00

Ass.: 	Retornar dia:  Hora: _____ para Dr.
Data: 	

Dias Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação
75	1	07:30	1223	YURY FARIAS		CAIXA DE PEQUENOS FRAGMENTOS BLOQUEADOS 3.5(BIOIMPLANTES), CAIXA DE PLACA PARA PLATO TIBIAL (BIOIMPLANTES), PARAFUSO CANULADO 4.5, PARAFUSO CANULADO 7.0, CAIXA DE PEQUENOS FRAGMENTOS CONVENCIONAIS, CAIXA DE GRANDES FRAGMENTOS CONVENCIONAIS.	INTENSIFICADOR DE IMAGENS + MESA RADIOTRANSPARANTE BE:5612187	SUSPENSA

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

Marcado
por:
VICTOR
AMON
NUN em
19-06-
2019
18:14:2

MAPA DO DIA 27/06/2019 - Quinta-Feira

75	1	13:00	1215	YURY FARIAS	SACABOCADO	MANIPULAÇÃO SOB SEDACAO	MARCADA
----	---	-------	------	-------------	------------	-------------------------	---------

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

Marcado
por:
CARLO
HEITOR
D em:
26-06-
2019
8:44:00

Ass.: 	Retornar dia: <u>27/06/19</u> Hora: _____ para Dr.
Data: <u>26/06/19</u>	

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**Nome: CRM: UF: Endereço: Cidade: UF:

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Endereço: Prescrição:

1)XARELTO(10MG)_____01CX

TOMAR 01 CP/DIA POR 21 DIAS.

2)NOVALGINA(1G)_____01CX

TOMAR 01 CP DE 6/6H SE DOR.

Assinatura e Carimbo: 

- Data: 28-06-2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADORNome: Ident.: Org. Emissor: End.: Cidade: UF: Telefone: **IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____



Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:

MICHAEL AVELINO PEREIRA

LEITO:

DATA DE INTERNACAO:

14/04/2019

DATA DA ALTA:

28/06/2019

BE/PRONT:

5612187

CIDADE DE ORIGEM:

FORTALEZA

IDADE:

37

DIAGNOSTICOS:

Fratura da extremidade proximal da tibia (CONSERVADOR)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTO NO DIA 14/04/19, COM FRATURA EXPOSTA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO E PATELA. REALIZADA MOBILIZACAO DE JOELHO DIA 27/06 C/ DR. JONATAS EM CENTRO CIRURGICO SOB ANESTESIA COM VISUALIZACAO DIRETA SOB FLUOROSCOPIA SENDO EVIDENCIADA CONSOLIDACAO DE FRATURA, SENDO OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR COM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. CD: NAO PISAR, FISIOTERAPIA PRECOCE, MOBILIZACAO ATIVA DE JOELHO, RETORNAR C/ 15 DIAS P/ AMBULATORIO DO DR. JONATAS, TOMAR MEDICACAO PRESCRITA.

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO:

STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO:

RESIDENTE INDEFINIDO



RECEITUÁRIO

Paciente:

Michael Suelho P

BE / Prontuário:

Seelicko

- Fisioterapia motora - 3 sessões
- Genho de SD M de joelho G;
- Analgésico;
- Realiztko
- Just: pat. de pulatô telial

Data:

28/06/17

Ass./Carimbo do Médico

Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:

MICHAEL AVELINO PEREIRA

LEITO:

DATA DE INTERNACAO:

14/04/2019

DATA DA ALTA:

28/06/2019

BE/PRONT:

5612187

CIDADE DE ORIGEM:

FORTALEZA

IDADE:

37

DIAGNOSTICOS:

Fratura da extremidade proximal da tibia (CONSERVADOR)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTO NO DIA 14/04/19, COM FRATURA EXPOSTA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO E PATELA. REALIZADA MOBILIZACAO DE JOELHO DIA 27/06 C/ DR. JONATAS EM CENTRO CIRURGICO SOB ANESTESIA COM VISUALIZACAO DIRETA SOB FLUOROSCOPIA SENDO EVIDENCIADA CONSOLIDACAO DE FRATURA, SENDO OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR COM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. CD: NAO PISAR, FISIOTERAPIA PRECOCE, MOBILIZACAO ATIVA DE JOELHO, RETORNAR C/ 15 DIAS P/ AMBULATORIO DO DR. JONATAS, TOMAR MEDICACAO PRESCRITA.

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO:

STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO:

RESIDENTE INDEFINIDO

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome:

CRM: UF:

Endereço:

Cidade: UF:

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

1)XARELTO(10MG)_____01CX
TOMAR 01 CP/DIA POR 21 DIAS.
2)NOVALGINA(1G)_____01CX
TOMAR 01 CP DE 6/6H SE DOR.

Assinatura e Carimbo:

- Data: 28-06-2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.: Órg. Emissor:

End.:

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA:

Resumo de alta

NOME:

MICHAEL AVELINO PEREIRA

LEITO:

DATA DE INTERNACAO:

14/ 04/2019

DATA DA ALTA:

28/06/2019

BE/PRONT:

5612187

CIDADE DE ORIGEM:

FORTALEZA

IDADE:

37

DIAGNOSTICOS:

Fratura da extremidade proximal da tibia (CONSERVADOR)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTO NO DIA 14/04/19, COM FRATURA EXPOSTA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO E PATELA. REALIZADA MOBILIZACAO DE JOELHO DIA 27/06 C/ DR. JONATAS EM CENTRO CIRURGICO SOB ANESTESIA COM VISUALIZACAO DIRETA SOB FLUOROSCOPIA SENDO EVIDENCIADA CONSOLIDACAO DE FRATURA, SENDO OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR COM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. CD: NAO PISAR, FISIOTERAPIA PRECOCE, MOBILIZACAO ATIVA DE JOELHO, RETORNAR C/ 15 DIAS P/ AMBULATORIO DO DR. JONATAS, TOMAR MEDICACAO PRESCRITA.

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO:

STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO:

RESIDENTE INDEFINIDO

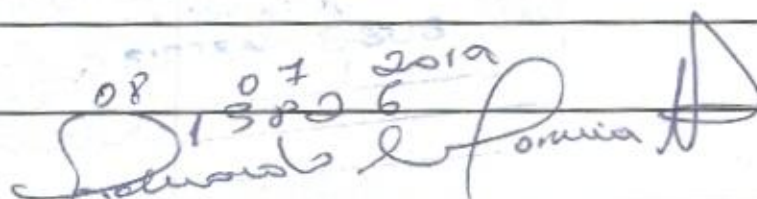




Mapa de Cirurgias

Dias									
Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação	
MAPA DO DIA 23/05/2019 - Quinta-Feira									

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 14/04/2019 21:48:15	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700600415035960	NOME: MICHAEL AVELINO PEREIRA				Registro: 5612187		
CPF: 68385040372	RG: 97001007672	D. NASC: 12/03/1982	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Amarela		
NOME DA MÃE: MARIA DO SOCORRO AVELINO				NOME DO PAI: JEOVA MENEZES PEREIRA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: CAMPO BOM			Nº: 65	BAIRRO: FLORESTA		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: , 987702710	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 60340490		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: JARDEL - SAMU USB 09, COND. ALVARO		PARENTESCO: IRMAO			TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete							
QUEIXAS: VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, APRESENTANDO LACERAÇÃO SUTURÁVEL EM SUPERCÍLIO DIREITO, DEFORMIDADE EM QUADRIL A ESQUERDA, CREPTAÇÃO EM JOELHO ESQUERDO.							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Forte		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

Prefeitura de
Fortaleza**IJF**

HOSPITAL DE JESUS

ATESTADO MÉDICO

NOME: MICHAEL AVELINO PEREIRA

Atesto para os devidos fins que o paciente supracitado encontra-se internado neste hospital – IJF, setor traumatologia, unidade 12, leito 23– devido à fratura exposta de platô tibial à esquerda e patela esquerda.

Paciente vítima de acidente de moto no dia 14/04/19, submetido a tratamento cirúrgico provisório no dia do trauma com fixador externo transarticular à esquerda.

Em aguardo para tratamento cirúrgico definitivo.

Sem previsão de alta.

Cid-10: **S821**

Fortaleza, 24/04/19

Dr. Gutierrez Victor de Abreu
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
CRM 16787



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

▶ Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061 Fortaleza, Ceará, Brasil
85 3255-5000

PARA: MICHAEL AVELINO PEREIRA

HD: FRATURA DE PLATO TIBIAL CONSOLIDADA

1) FISIOTERAPIA MOTORA DE JOELHO SEM CARGA
20 SESSOES

OBJETIVOS:

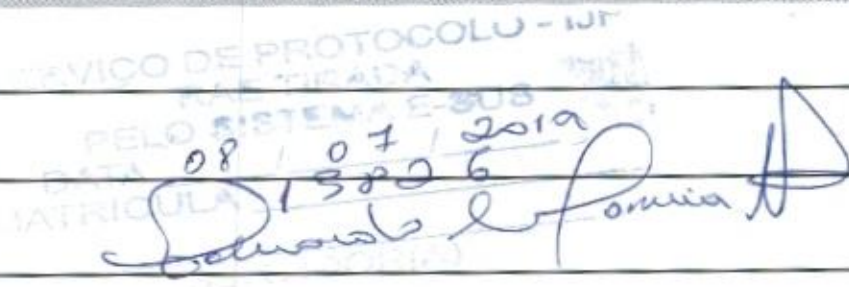
- ANALGESIA
- GANHO DE ADM
- FORTALECIMENTO ISOMETRICO

CID:S82.1

12.07.2019


Jonas Brito A Neto
Trauma Ortopedico
Artroscopia/Cirurgia de Joelho
CRM 13510 / RQE 7310

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 14/04/2019 21:48:15	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700600415035960	NOME: MICHAEL AVELINO PEREIRA				Registro: 5612187		
CPF: 66385040372	RG: 97001007672	D. NASC: 12/03/1982	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Amarela		
NOME DA MÃE: MARIA DO SOCORRO AVELINO			NOME DO PAI: JEOVA MENEZES PEREIRA				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: CAMPO BOM		Nº: 65	BAIRRO: FLORESTA			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: , 987702710	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60340490			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: JARDEL - SAMU USB 06, COND. ALVARO		PARENTESCO: IRMAO		TELEFONE:			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:				
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete							
QUEIXAS: VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, APRESENTANDO LACERAÇÃO SUTURÁVEL EM SUPERCÍLIO DIREITO, DEFORMIDADE EM QUADRIL A ESQUERDA, CREPITAÇÃO EM JOELHO ESQUERDO.							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Forte	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190555891

Vítima: MICHAEL AVELINO PEREIRA

Data do Acidente: 14/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MICHAEL AVELINO PEREIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: MICHAEL AVELINO PEREIRA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000000747-1

Conta: 0000020250-9

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

