

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Isaac Samm de Castro Severino, brasileiro, solteiro,
Autônomo, portador do Rg: 20080591307, SSP/CE,
CPF: 042.567.073-80, com domicílio e residência
na rua 515, Nº 15, Conjunto Ceac II na cidade
de Fortaleza, CEP: 60531-320. Estado do Ceará.

OUTORGADO: Nomeia e constitui como bastante procurador para defender seus direitos fundamentais e interesses jurídicos, Dr. **FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811 e a Dra. **SARAH BASTOS DE ALENCAR**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE 33.781, ambos com escritório profissional na Avenida Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, na Cidade de Fortaleza, no Estado Ceará, recebendo a comunicação de quaisquer atos processuais neste endereço.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere aos OUTORGADOS plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para *receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica*, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Fortaleza, 09 de Maio de 2019.

Isaac Samm de C. Severino

OUTORGANTE

Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP: 60.170-002, Fortaleza-CE /
 E-mail: wsdpvat.juridico@gmail.com | (85) 98786-0818 (85) 988882031

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 7.115/83, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, 09 de Março de 2019.

Isaac Sommar de C. Severino

Assinatura do declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		CE	
Nome: ISAAC SAMM DE CASTRO SEVERINO			
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1633082276	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 20080591307 SSP CE		
	CPF 072.567.073-80	DATA NASCIMENTO 11/09/1998	
	FILIAÇÃO ANTONIO SEVERINO MARIA DO SOCORRO DE CASTRO VIEIRA SEVERINO		
	PERMISSÃO	ACC	CAT. HAB. AB
	Nº REGISTRO 06795844417	VALIDADE 21/09/2021	1ª HABILITAÇÃO 15/02/2017
OBSERVAÇÕES A :			
Assinatura do Portador: Isaac Samm de C. Severino			
PROIBIDO PLASTIFICAR 1633082276	LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 16/02/2018	
	Assinatura do Emissor: [Assinatura] RODR VASCONCELOS PONTES	39184181676 CE163767068	
	CEARÁ		

TIM S.A.
Av. Tristão Gonçalves, 1461/1477
Centro - Fortaleza - CE
CNPJ: 02.421.421/0008-98 - I.E.: 62877542
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

Página 1 de 2

R\$ 51,28

VENCIMENTO
15/10/2019

EMIÇÃO: 01/10/2019
POSTAGEM: 07/10/2019
FATURA: 3998922872

CLIENTE: 1.62459713

CPF/CNPJ: 07256707380

ACESSO: 85 99745-8205

DÉBITO AUTOMÁTICO: 0000009115687703011

IMPORTANTE PARA ISAAC

RESUMO DA SUA CONTA DE 25/AGO A 24/SET

Serviços TIM S.A.	VALOR
☒ TIM Controle B Plus	R\$ 49,99
☒ OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 1,29

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
TIM Controle B Plus: 85997458205 (088/PÓS/SMP)	-	-	1	-	-	64,99
TIM Music	-	-	1	-	-	Incluído
TIM Banca Jornais	-	-	1	-	-	Incluído
Desconto Serviços VAS TIM Controle	-	-	1/2	-	-	-5,20
Desconto Franquia TIM Controle	-	-	1/2	-	-	-9,80
Total de Mensalidades						49,99

OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS

Todos os créditos ou débitos lançados em sua fatura	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
JUROS: (VENC 15/07/19, PAGO EM 12/09/19)	-	-	1	-	-	0,64

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST: R\$ 0,22	Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA) Incluídos no(s) Plano(s) Franquia(s) R\$ 42,59 SVA R\$ 22,40 Desconto(s) Franquia(s) R\$ -9,80 Desconto(s) SVA R\$ -5,20
ICMS	30%	R\$ 32,79	R\$ 9,84	FUNTEL: R\$ 0,11	
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,65%				
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	4,65%				
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	9,25%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012
As contribuições ao FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganha um bônus de Internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE
ISAAC SAMM DE CASTRO SEVERINO

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO 00000009115687703011	MÊS DE REFERÊNCIA OUT/2019	DATA DE EMISSÃO 01/10/2019	DATA DE VENCIMENTO 15/10/2019	VALOR R\$ 51,28
--	-------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	--------------------

VIA BANCO

84630000000 - 3 51280109011 - 3 00399892287 - 0 20115687703 - 1

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Nº de identificação do documento: 3998922872

ROSILEIA DUARTE DE CASTRO SANTOS - ME
 AGUANAMBI, 00252
 Telefone: (85) 3253-6900
 CNPJ 34.484.983/0001-09 IE 000.061.759.988 IM

EXTRATO Nº 8353 DO CUPOM FISCAL ELETRÔNICO - SAT

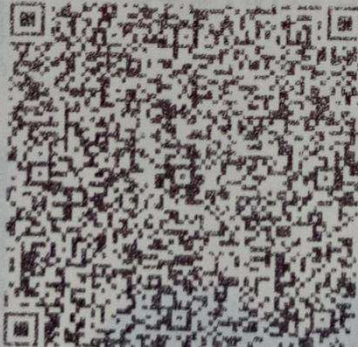
#	COD	DESC	QTD	UN	VL UN R\$	(VL TR R\$)	VL ITEM R\$
001	2917	TORAGESIC 10MG CPR 1X10 L01	1		37,70		37,70
UN X 37,70 (4,31)							
Desconto:						-5,66	
Valor Líquido:						32,04	
002	944346	TORAGESIC 10MG C/20CPR	1		71,64		71,64
UN X 71,64 (8,19)							
Desconto:						-10,75	
Valor Líquido:						60,89	
Subtotal R\$						109,34	
Desconto R\$						-16,44	
VALOR TOTAL R\$						92,90	
Dinheiro						92,90	

DADOS PARA ENTREGA
 DRAGISELE
 MAO ARAUJO, 120, 120, BR 116.
 OF

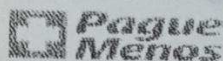
Para	economizou R\$	16,44
Venc	FAGNER BATALHA	
Núm	825	
Val	Valor devido dos tributos deste cupom R\$	12,50

(Conforme Lei Fed. 12.741/2012)

2319 1034 4849 8300 0109 5923 0057 2610 0835 3458 9223

No. Serie do SAT:
 230057261
 23/10/2019 - 17:09:20



EMPREENDEIMENTOS PAGUE MENOS S A
FARMACIAS PAGUE MENOS
AV LINEU MACHADO, 01110 - JOQUEI CLUBE
FORTALEZA-CE, CEP: 60520-102

CNPJ: 06.626.253/0940-32
I.E.: 000.065.469.127

Extrato Nº: 017739
CUPOM FISCAL ELETRÔNICO - SAT

# COD DESC QTD UN VL UN R\$	VL ITEM R\$
1 197033 TORAGESIC SL 10MG CDP/10	1 UN 37,70 37,70
Desconto sobre item	-9,40
2 22373 PROFENID 200MG RETARD CAPS/10	1 CX 47,29 47,29
Desconto sobre item	-11,79
Total bruto de itens	84,99
Total acréscimos/descontos sobre item	-21,19
Total R\$	63,80
Dinheiro	64,00
Troco R\$	0,20

OBSERVAÇÕES DO CONTRIBUINTE

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS
OLA ANTONIO,
VOCE E UM CLIENTE HAPVIDA.
NESSA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 21,19
LEMBRE-SE QUE SUAS COMPRAS SAO CONTABILIZADAS EM ATÉ 15
DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E SEUS BENEFÍCIOS EM PORTAL.
PAGUEMENOS.COM.BR/FIDELIDADE

CPF CLIENTE SEMPRE: 210.***.***-34
Operador: 75606 Vendedor: 51100
Trib aprox R\$:8,58 Fed e R\$:6,04 Est e R\$:0,00 Muni
Fonte: IBPT ca7gi3
Obrigado e Volte Sempre.
Loja : 0940 - PDV : 0007

SAT Nº: 230.109.483
14/10/2019 18:45:46

2319 1006 6262 5309 4032 5923 0109 4830 1773 9590 7749



FARMACIA ALINE
FARMACIA ALINE LTDA ME
R JOSE MENDONCA, 00765
Telefone: (85)3294.4988

CNPJ 41.296.161/0001-51 IE 000.068.859.007 IM

EXTRATO No. 74782 DO CUPOM FISCAL ELETRÔNICO - SAT

#	COD	DESC	QTD	UN	VL UN R\$	(VL TR R\$)*	VL ITEM R\$
001	2577	TIPOIA IMOBILIZ G	1	CX	X 27,00	27,00	27,00
(0,00)							

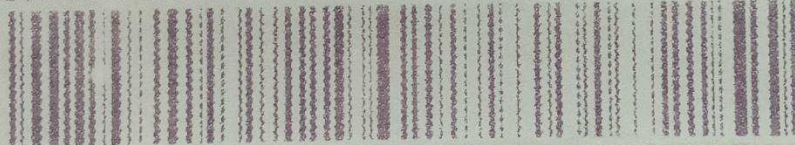
VALOR TOTAL R\$ 27,00

Dinheiro 27,00

Vendedor: 4 - UIRAPUAN

Núm. Controle: 4842

2319 1041 2961 6100 0151 5923 0006 8710 7478 2766 6802



No. Serie do SAT:
230006871
21/10/2019 - 08:39:46

*valor aprox. dos tributos do item



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019766052



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3603 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/10/2019 08:36:38**
Data / Hora da Ocorrência: **13/10/2019 13:20:00**
Endereço da Ocorrência: **R MARTINS NETO C/ , 930 RUA TOMAS RODRIGUES , ANTONIO BEZERRA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A UMA RESIDENCIA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ISAAC SAMM DE CASTRO SEVERINO**
Nascimento: **11/09/1998** CPF: **072.567.073-80** UF: **CE**
RG: **20080591307** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA DO SOCORRO DE CASTRO VIEIRA SEVERINO ANTONIO SEVERINO**
Endereço: **RUA 515, 75 2ª ETAPA**
Bairro: **CONJUNTO CEARA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.531-320**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POT9047** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0810KR113272** Renavam: **1179316476** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano Fabricação: **2018** Ano Modelo: **2019** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **ANTONIO SEVERINO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA POT-9047-CE E TINHA UMA GARUPA; QUE TRAFEGAVA PELA RUA TOMAS RODRIGUES, QUANDO AVANÇOU A PREFERENCIAL, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM UM OUTRO VEÍCULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SEU PAI E SUA MÃE, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL REGIONAL DA UNIMED FORTALEZA. 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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Isaac Samm de O. Severino*

VISTO DO DELEGADO(A) : *X*

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 25/10/2019 08:55:40

Pág. 1 de 2

Impresso em: 25/10/2019 08:55:40



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2019766052



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3603 / 2019

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



[Handwritten signature]

	Paciente: 71887815 - ISAAC SAMM DE CASTRO SEVERINO		Data Nasc.: 11/09/1998
	Nome Social:		
	Idade: 21 Anos 1 Mês 2 Dias	Sexo: Masculino	Atendimento: 6662462
	Carteira: 0630020056667140	Plano: MULTIPLAN - ENF	Convênio: UNIMED FORTALEZA
	Unidade:	Leito:	Data Doc.: 13/10/2019 16:31:02
	Data de Internação: 13/10/2019	Dias de Internação: 0	Data Impress.: 13/10/2019 16:31

BOLETIM DE EMERGÊNCIA
13/10/2019 16:31 16:31

QUEIXA PRINCIPAL

TRAUMA MAO ESQ E OMBRO ESQ

HDA

TRAUMA MAO ESQ E OMBRO ESQ


 CONFERE COM ORIGINAL

DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO

TRAUMA MAO ESQ E OMBRO ESQ


 Ana Kelly Elias Mesquita
 Aux. Adm. I - NAC
 Mat. 8284

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

TRAUMA MAO ESQ E OMBRO ESQ

CID: S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA

EM CASO DE FRATURA :

☐ EXPOSTA ☐ NÃO

COMORBIDADES

☐ ASMA ☐ AVC ☐ HIPOTIREOIDISMO ☐ PNEUMOPATIA ☐ DPOC ☐ HAS ☐ HIPERTIREOIDISMO
☐ IRC ☐ DIABETES ☐ TABAGISMO ☐ CANCER ☐ OBESIDADE ☐ DOENCA CONTAGIOSA
☐ CARDIOPATIA ☐ ETILISMO ☐ OUTROS ☐ NEGA COMORBIDADES

CONDUTA

☐ ENCAMINHAMENTO ☐ MEDICAÇÃO ☐ IMAGEM ☐ LABORATORIO ☐ ALTA ☐ INTERNAÇÃO

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil. MP-2.200-2/2001. Resolução CFM 1921/2007. Resolução CFO 01/2006. tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 024. ANTONIO EUSEBIO TEIXEIRA ROCHA-37692828415, AC VALIO RIBEIRO-37692828415, 23/10/2019 14:44 BRT 23/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).

COD.DOCUMENTO: 207	Versao : 31	CABEÇALHO: 5821	NOME : BOLETIM DE EMERGÊNCIA
---------------------------	--------------------	------------------------	-------------------------------------



HOSPITAL REGIONAL UNIMED
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por:M04774
Em: 13/10/2019 16:41

Prescrição.:5168819 Data:13/10/2019 - 16:41 DIAS INTERNADO:0 Dias - Usuário:M04774
Atendimento: 6662462 - Paciente: ISAAC SAMM DE CASTRO SEVERINO
Data Nascimento: Dt Nasc: 11/09/1998 (21a 1m 2d)
Médico.....: ANTONIO EUSEBIO TEIXEIRA ROCHA - CRM 4774
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

2ª VIA

**Classificação de Risco:AMARELO - URGENTE**

Alergias: ACIDO ACETIL SALICILICO

PRESCRICAO MEDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 RX MAO OU QUIRODACTILOS ; Exame: 3091739 Justificativa: TRAUMA MAO ESQ E OMBRO ESQ	1					

ANTONIO EUSEBIO TEIXEIRA ROCHA
CRM 4774

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP:2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 024.

ANTONIO EUSEBIO TEIXEIRA ROCHA:37692828415, AC VALID RFB V5, 37692828415, 13/10/2019 16:41 BRT 13/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).



UNIMED FORTALEZA - DIR. DE RECURSOS PRÓPRIOS - PABX (85)3277-7000

HOSPITAL REGIONAL UNIMED
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por:M04774
Em: 13/10/2019 16:44

Prescrição.:5168825 Data:13/10/2019 - 16:43 DIAS INTERNADO:0 Dias - Usuário:M04774
Atendimento: 6662462 - Paciente: ISAAC SAMM DE CASTRO SEVERINO
Data Nascimento: Dt Nasc: 11/09/1998 (21a 1m 2d)
Médico.....: ANTONIO EUSEBIO TEIXEIRA ROCHA - CRM 4774
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco:URG

2ª VIA



Classificação de Risco:AMARELO - URGENTE

Alergias: ACIDO ACETIL SALICILICO

PRESCRICAO MEDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4 RX OMOPLATA OU OMBRO-FUNCIONAL ; Exame: 3091742 Justificativa: TRAUMA MAO ESQ E OMBRO ESQ	1					

ANTONIO EUSEBIO TEIXEIRA ROCHA
CRM 4774

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 024.

ANTONIO EUSEBIO TEIXEIRA ROCHA:37692828415, AC VALID RFB v5, 37692828415, 13/10/2019 16:44 BRT 13/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).



	Paciente: 71887815 - ISAAC SAMM DE CASTRO SEVERINO	Data Nasc.: 11/09/1998
	Nome Social:	
	Idade: 21 Anos 1 Mês 7 Dias	Sexo: Masculino
	Carteira: 0630020056667140	Plano: MULTIPLAN - ENF
	Unidade: 6º NORTE	Leito: ENF605-1
	Data de Internação: 17/10/2019	Dias de Internação: 1
	Atendimento: 6670066	Convênio: UNIMED FORTALEZA
		Data Doc.: 18/10/2019 09:29:25
		Data Impress.: 18/10/2019 09:42

RECEITA

USO ORAL
NOVALGINA 1G -----01CX
TOMAR 01CP DE 6/6H

BIPROFENID 150MG-----01CX
TOMAR 01CP DE 12/12H

UTILIZAÇÃO DA TIPÓIA

Primeira a quarta semana de pós-operatório, você poderá retirar a tipóia para realizar atividades leves do dia a dia como: ler um livro, comer, utilizar um computador, tomar banho, etc
Após a quarta semana de cirurgia, você poderá retirar a tipóia para atividades moderada como: dormir sem a tipóia, segurar objetos de até dois quilos, etc.
dirigir com 45 dias.

CURATIVOS

Um dia após a sua cirurgia você deve lavar a ferida operatória no banho com água e sabonete neutro ou aseptol, secar com uma toalha limpa, fazer 30 minutos de gelo e depois cobrir os pontos com esparadrapo do tipo micropore ou curativos curatec.

ORIENTAÇÕES

Use remédios receitados mesmo quando não sentir dor. O uso contínuo por 7 a 14 dias trará bem-estar e evitará o retorno mais severo de dor/inflamação. Como a dor mais intensa ocorre à noite, use medicação logo antes de deitar.

Se o uso dos remédios causar desconforto gástrico ou outros sintomas, apenas suspenda-os e comunique seu médico.

Não apoiar a mão do lado operado ao levantar de cadeira, cama, sofá.

Prefira vestimentas com botões na frente. São mais fáceis para vestir.

RETORNO NO MEU CONSULTÓRIO DIA 29/10

DR CARLOS WINDSON

RUA GRACILIANO RAMOS Nº 278 FÁTIMA

TEL. 32733737

TERÇA-FEIRA DE 9 ÀS 13H

Carlos Windson C. Mota
Traumatologia Ortopedia
CRM 7799

CARLOS WINDSON CAVALCANTE MOTA CRM: 7799

18/10/2019 09:29:24

HOSPITAL REGIONAL UNIMED

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO EMERGENCIA HRU 2015

Data e hora retirada da senha: 2019-10-13 16:14:45

Nome Paciente:	ISAAC SAMM DE CASTRO SEVERINO
Cód. Paciente:	71887815
Data de Nascimento:	11/09/1998
Sexo:	Masculino
Idade:	21
Senha:	U0130
Convênio:	1 - UNIMED FORTALEZA
Atendimento:	6662462 
SAME:	71887815

Período: 2019-10-13 16:14:45 - 2019-10-13 16:23:53

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**Cor:  AMARELO

Alergia(s): - ACIDO ACETIL SALICILICO - SIC

Queixa Principal: VITIMA DE ACIDENTE MOTO/CARRO, TRAUMA EM MSE, NEGA TRAUMA TORACICO.

Fluxograma sintoma: TRAUMA-

Discriminador(es): - DOR DE FORTE INTENSIDADE? (ESCORE 7 A 9)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- RÉGUA DE DOR: 7
- FREQUENCIA CARDIACA: 98.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 129.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 90.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %
- TEMPERATURA(C): 37.50 GRAUS


CONFERE COM ORIGINAL

Alergias Atuais do Paciente

Substância Observação

- NIMESULIDA - .

- ACIDO ACETIL SALICILICO - ACIDO ACETIL SALICILICO


Ana Kelly Elias Mesquita
Aux. Adm. I - NAC
Mat. 6724

Acolhido(a) por: MARIA ALVES DE MOURA - COREN: 327191 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-10-23 14:46:17

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

ISAAC SUMM DE CARVALHO BRERINO

vítima de acidente de trânsito, em 13/10/2019, sofreu:

Fratura da clavícula ES
 Fratura da 5ª metacarpo ES
 CCV- 542.0 562.3

e submeteu-se a tratamento(s):

Clavícula, Redutor e fixação da
 clavícula com placa e parafusos e
 fixação com fio da 5ª metacarpo
 encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
 com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Cicatrizes no região clavícula ES
 Dor e desconforto por movimentos
 limitados o arco ombro de ombro
 Dificuldade de realizar manobras
 com cones e peso.

Bloqueio da flexão do 5º quadrante
 Dificuldade de manuseio de
 cones. Fonec diminuída do uso
 metacarpo do Redutor.
 OXO médico definitivo

13/01/2020

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

CREMEC 4411 /
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM - 4411



HOSPITAL REGIONAL UNIMED
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: M04774
Em: 13/10/2019 16:32

Prescrição.: 5168794 Data: 13/10/2019 - 16:31 DIAS INTERNADO: 0 Dias - Usuário: M04774
Atendimento: 6662462 - Paciente: ISAAC SAMM DE CASTRO SEVERINO
Data Nascimento: Dt Nasc: 11/09/1998 (21a 1m 2d)
Médico.....: ANTONIO EUSEBIO TEIXEIRA ROCHA - CRM 4774
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo...
Classificação de Risco: URG

2ª VIA



Classificação de Risco: AMARELO - URGENTE

Alergias: ACIDO ACETIL SALICILICO

PRESCRICAO MEDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX OMOPLATA OU OMBRO-FUNCIONAL ; Exame: 3091732 Justificativa: TRAUMA MAO ESQ E OMBRO ESQ	1					
2 RX PE OU PODODACTILOS ; Exame: 3091732 Justificativa: TRAUMA MAO ESQ E OMBRO ESQ	1					

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
CONFERE COM ORIGINAL

ANTONIO EUSEBIO TEIXEIRA ROCHA
CRM 4774

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
Ana Kelly das Mesquita
Aux. Adm. I - NAC
Mat. 8284

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1621/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 024.

ANTONIO EUSEBIO TEIXEIRA ROCHA: 37692828415, AC VALID RFB v5, 37692828415, 23/10/2019 14:44 BRT 23/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).



UNIMED FORTALEZA - DIR. DE RECURSOS PRÓPRIOS - PABX (85)3277-7000



HOSPITAL REGIONAL UNIMED
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: M04774
Em: 13/10/2019 16:44

Prescrição.: 5168825 Data: 13/10/2019 - 16:43 DIAS INTERNADO: 0 Dias - Usuário: M04774
Atendimento: 6662462 - Paciente: ISAAC SAMM DE CASTRO SEVERINO
Data Nascimento: Dt Nasc: 11/09/1998 (21a 1m 2d)
Médico: ANTONIO EUSEBIO TEIXEIRA ROCHA - CRM 4774
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco: URG

2ª VIA



Classificação de Risco: AMARELO - URGENTE

Alergias: ACIDO ACETIL SALICILICO

PRESCRICAO MEDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4 RX OMOPLATA OU OMBRO-FUNCIONAL ; Exame: 3091742 Justificativa: TRAUMA MAO ESQ E OMBRO ESQ	1					

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
CONFERE COM ORIGINAL

ANTONIO EUSEBIO TEIXEIRA ROCHA
CRM 4774

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
Ana Kelly Elias Mesquita
Aux. Adm. I - NAC
Mat. 8284

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 024.
ANTONIO EUSEBIO TEIXEIRA ROCHA: 37692828415, AC VALID RFB v5, 37692828415, 23/10/2019 14:44 BRT 23/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).



UNIMED FORTALEZA - DIR. DE RECURSOS PRÓPRIOS - PABX (85)3277-7000



HOSPITAL REGIONAL UNIMED
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: M04774
Em: 13/10/2019 17:06

Prescrição.: 5168893 Data: 13/10/2019 - 17:05 DIAS INTERNADO: 0 Dias - Usuário: M04774
Atendimento: 6662462 - Paciente: ISAAC SAMM DE CASTRO SEVERINO
Data Nascimento: Dt Nasc: 11/09/1998 (21a 1m 2d)
Médico.....: ANTONIO EUSEBIO TEIXEIRA ROCHA - CRM 4774
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: Ciclo... /
Diagnóstico:
Protocolo...
Classificação de Risco: URG

2ª VIA



Classificação de Risco: AMARELO - URGENTE

Alergias: ACIDO ACETIL SALICILICO

PRESCRICAO MEDICA

PROCEDIMENTOS MÉDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
5 TALA GESSADA - PUNHO ; Exame: 3091749	1					
6 IMOBILIZACAO NAO GESSADA (QUALQUER SEGMENTO) ; Exame: 3091749	1					

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
CONFERE COM ORIGINAL

ANTONIO EUSEBIO TEIXEIRA ROCHA
CRM 4774

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
Ana Kelly Elias Mesquita
Aux. Adm. I - NAC
Mat. 8284

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 024.
ANTONIO EUSEBIO TEIXEIRA ROCHA.37692828415, AC VALIO RFB v5, 37692828415, 23/10/2019 14:44 BRT 23/10/2019.



986418834 997458205

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200052229 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ISAAC SAMM DE CASTRO SEVERINO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO ISAAC SAMM DE CASTRO SEVERINO

CPF/CNPJ: 07256707380

Posição em 04-03-2020 11:50:03

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/03/2020	R\$ 3.206,25	R\$ 0,00	R\$ 3.206,25

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200032481 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ISAAC SAMM DE CASTRO SEVERINO

COBERTURA DAMS

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO ISAAC SAMM DE CASTRO SEVERINO

CPF/CNPJ: 07256707380

Posição em 24-01-2020 16:54:58

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
24/01/2020	R\$ 234,55	R\$ 0,00	R\$ 234,55

Rio de Janeiro, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200052229

Vítima: ISAAC SAMM DE CASTRO SEVERINO

Data do Acidente: 13/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ISAAC SAMM DE CASTRO SEVERINO

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\$ 3.206,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer
um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: ISAAC SAMM DE CASTRO SEVERINO

Valor: R\$ 3.206,25

Banco: 104

Agência: 000001469

Conta: 0000062144-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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.

