

Daniel Farias Porto
Advocacia

PROCURAÇÃO

"AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: SERGIO MURILLO RIBEIRO DA CUNHA
 RG: 2006097049565 SSP
 CPF: 448.731.663-49
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Estado Civil: CASADO
 Profissão: AUTÔNOMO
 Residente: R. SÃO JOSÉ DO SABIÁQUABA, Nº 60
 Cidade: FORT Estado: CE CEP: _____
 Telefone: _____ E-mail: _____

OUTORGADO: DR. DANIEL FARIAS PORTO, brasileiro, divorciado, advogado, OAB-CE nº 20344 e Dra. ALESSANDRA ERIKA MAIA BARRIOS, solteira, advogada, OAB - CE nº 21110, com escritório na cidade de Fortaleza/Ce, Avenida Santos Dumont, nº 304, Sala 402, Centro, CEP 60160-150 Fone: (85) 3047-8110 / 98933-4070

Pelo presente instrumento particular de PROCURAÇÃO, o outorgante nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado, para o fim especial de agir judicialmente em ação de seu interesse, a fim de defender seus direitos perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ou respondendo ação judicial de relacionada ao SEGURO DPVAT, em que o outorgante figure em qualquer dos polos, podendo responder, receber e levantar alvará judicial ou guia de retirada, reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim convier, praticando todos os atos necessários ao satisfatório desempenho deste mandato dando tudo por firme e aliado.

Fortaleza, 06 de MAIO de 2020

Sergio Murilo Ribeiro da Cunha
OUTORGANTE



Daniel Farias Porto
Advocacia

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: SERGIO MURILO ZIBERTO DA CUNHA
CPF: 448.731.663-49
ESTADO CIVIL: CASADO
PROFISSÃO: AUTÔNOMO

Declaro para os devidos fins que minha atual condição econômica não me permite demandar juízo sem prejuízo do meu sustento próprio e da minha família, pelo que rogo os benefícios da justiça gratuita previstos na Carta Constitucional de 1988, e mais precisamente, com fulcro no artigo 4º, caput da Lei 1.061/50 (estabelece normas para a concessão da assistência judiciária aos necessitados), consorciado com o artigo 1º da Lei 7.115 de 29 de agosto de 1983, indicando para o patrocínio de minha causa o advogado em PROCURAÇÃO.

Fortaleza – Ce, 06 de AGOSTO de 2020

X Sergio Murilo Ribeiro da Cunha
DECLARANTE



Daniel Farias Porto
Advocacia

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Sergio Murilo Ribeiro da Cunha declaro para os devidos fins de direito, ser responsável (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e juntos ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, em desfavor de qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, exonerando o **Dr. DANIEL FARIAS PORTO - OAB/CE 20.334** e **Dra. ALESSANDRA ERICA MAIA BARROS - OAB/CE 21.113**, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza-Ce 06 de Junho 2020

Sergio Murilo Ribeiro da Cunha
DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Sergio Murilo Ribeiro da Cunha
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA 2006097049565 1/8/2006

NOME SERGIO MURILO RIBEIRO DA CUNHA

FILIAÇÃO FRANCISCO RIBEIRO DA CUNHA E ANTONIA GONCALVES FILHA

NATURALIDADE RERUTABA-CE DATA DE NASCIMENTO 9/11/1970

DOC. EMISSÃO CERT. NASC. 6940 L A12 F 278V IPU CE

ID. ANT. 208173290

LEI Nº 7.118 DE 2004

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

448.731.663-49

Nome

SERGIO MURILO RIBEIRO DA CUNHA

Nascimento

09/11/1970

Cartão de uso pessoal e intransferível
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão
MAR/2008

 **CORREIOS**
www.correios.com.br

Esta é a sua conta de

PAGOS DO CLIENTE

Nome ELIZIANA SABINO DE LIMA

10/2019

Nº DO CLIENTE

09

Endereço RU SAO JOSE DO SABIAGUABA 0006A
60832-150 FORTALEZA SABIAGUABA

VENCIMENTO

23/10/2019

Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL-CONV.

TOTAL A PAGAR (R\$)

79,99

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 1559180-FAE-006 - FOM06J38

DATA EMISSÃO

09/10/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

BEGC-00F3AEEDB108.D006.C7D08.81D1.08D3

DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto Tarifário	Consumido Lectura Anterior	Lectura Atual	Consumo Mês (kWh)	Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HPF	2.481,20	2.738,20	96,00	1.00	96,00	96,00	0,79563	7,121

RESUMO DA CONTA

Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
96	0,79563	4,48
		71,21
		0,01
		3,08

CP - LUM PUBLIC UTILIT

Assessoria Banc. Arreata
Assessoria Banc. Verneha

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)

Ponto Tarifário	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1.00	96,00	96,00	0,79563	7,121

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh): Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emissor: Campanário, Consciência Ecológica
Emissor (CO₂) (kg CO₂) (kg CO₂)

0 100

ATENÇÃO

DEBITOS ANTERIORES:
Mês/Ano Valor R\$

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Período: Berl. Tarif.: Verneha : 11/09 - 30/09 Arreata: 01/10 - 09/10

Taxas:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
PIS/PASEP	75,00	0,000	0,00
COFINS	75,00	0,150	0,09
IDU/S	75,00	27,00	20,27

83860000000-0 79990031200-2 01409945807-1 00001399341-0

eng

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019391178



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1893 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/06/2019 13:14:38**
Data / Hora da Ocorrência: **24/01/2019 07:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA ODILON GUIMARÃES**
Complemento:
Bairro: **LAGOA REDONDA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **SERGIO MURILO RIBEIRO DA CUNHA**
Nascimento: **09/11/1970** CPF: **448.731.663-49**
RG: **2006097049565** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **ANTONIA GONCALVES FILHA**
FRANCISCO RIBEIRO DA CUNHA
Endereço: **RUA SÃO JOSE DO SABIAGUABA, 60**
Bairro: **SABIAGUABA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98952-3592**



Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **NQP0543** Uf: **CE** Município: **MARACANAU** Chassi: **9BFZK53A39B106484** Renavam: **139929118** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEI** Marca / Modelo: **FORD/KA FLEX** Ano Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2009** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRATA** Proprietário: **ORLEILSON FREITAS PINHEIRO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **PMD3912** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC2200GR131053** Renavam: **1084238311** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 FAN ESDI** Ano Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **SERGIO MURILO R DA CUNHA** 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 PMD-3912 NA AV. ODILON GUIMARÃES QUANDO UM CARRO DE PLACA NQP-0543 AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A MOTO, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 35. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 11/06/2019 13:23:06

Pág. 1 de 2

Impresso em: 11/06/2019 13:23:06



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2019391178



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1893 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

Bel. Evandro Alves de Souza
 Delegado de Polícia
 MAT. 14699

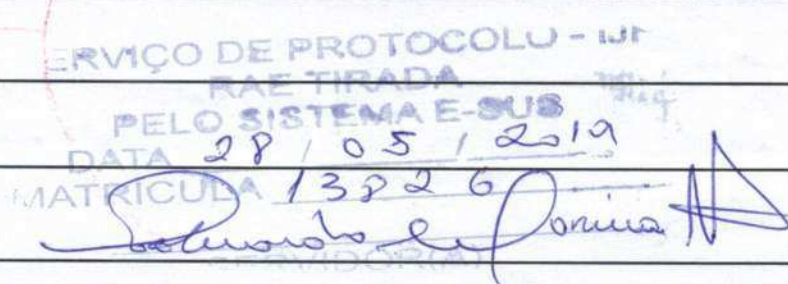
EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699



Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 28/05/2019 11:4:0

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 24/01/2019 08:48:03	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700305972068437	NOME: SERGIO MURILO RIBEIRO DA CUNHA				Registro: 5348841		
CPF: 44873166349	RG: 2006097049565	D. NASC: 09/11/1970	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: ANTONIA GONCALVES FILHA				NOME DO PAI: FRANCISCO RIBEIRO DA CUNHA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: SAO JOSE DE SABIAGUABA		Nº: 60	BAIRRO: SABIAGUABA			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 987646950,	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60820150			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SAMU USB 90 COND MARCOS		PARENTESCO: ESPOSA/ELISIANA		TELEFONE: 987646950			
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: LESAO SANGRANTE MID HÁ HORAS, ECG15-TRAZIDO PELO SAMU							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
 SERVIÇO DE PROTOCOLO - IJF RAE TIRADA PELO SISTEMA E-SUS DATA 28/05/2019 MATRICULA 13226							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 90	PONTO DE APOIO: chapa	Nº DA OCORRÊNCIA: 0138
DATA: 24/01/2019	TURNO: MT	EQUIPE: Tatiana Freitas + Barroso
NOME: Sergio Murilo Ribeiro da Cunha	IDADE: 48	SEXO: M
ENDEREÇO: Av. Geilon Guimarães 1357	BAIRRO: b. Redenção	
REFERÊNCIA:		
QTY: 07:40	QUS: 08:03	QUY: 08:45
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: colisão	QUU: 29:10	

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO	☒ PRESENTE	☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE

☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS

POR:



Respirator

PADRÃO RESPIRATORIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
☒ EUPNEICO	☐ NORMAL	☐ NORMAL	☐ NORMAL
☐ TAQUIPNEICO	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____
☐ BRADIPNEICO	_____	_____	_____
☐ AGÔNICA/ AUSENTE	_____	_____	_____

C Circulação	PULSO		PELE		ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	☒ NORMOCÁRDICO ☐ TRAQUICÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO	☒ CHEIO ☐ FILIFORME ☐ IMPALPÁVEL	☒ CORADA ☐ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA	☐ SUDOREICA ☐ SECA ☐ QUENTE ☐ FRIA	☐ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg	☐ SIM ☐ NÃO
LOCAL:						

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

ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
ESPONTÂNEA	☒ 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P)	☒ 5	OBEDECE A COMANDOS	☒ 5
À VOZ	☐ 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL	☐ 4	LOCALIZA A DOR	☐ 5
À DOR	☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P)	☐ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA	☐ 4
NENHUMA	☐ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P)	☐ 2	FLEXÃO ANORMAL	☐ 3
TOTAL:	15	NENHUMA	☐ 1	EXTENSÃO ANORMAL	☐ 2
PÚPILAS:		NENHUMA			
☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)					
☐ ALTERADAS					

	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
			

SAMPLA

FC: 89	PA: 20490	FR: 100	GUC: 100	OXIM: 98%	TEMP: 100
--------	-----------	---------	----------	-----------	-----------

Q17: DESLOCAMENTO; Q18: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; Q19: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; Q20: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; Q21: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TÁVORA



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente SERGIO MURILO RIBEIRO DA CUNHA foi tratado cirurgicamente de fratura da tíbia direita e necessita de 180 (cento e oitenta) dias de licença a partir de 25.01.19.

CID: S822.

FORTALEZA/CE, 30 de Janeiro de 2019

CARLOS.MACEDO
CRM/CE 5342

Dr. Carlos Macedo
Ortopedia
CREMEC 5342

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 03/2019

DATA: 06/03/20

Num AIH: 231910170962-8 ✓ Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 03/2019 Data de Emissão: 25/01/2019

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0204 Leito: 000

Doc autorizador: 708505329547275 Doc med resp: 107185222700006 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 107185222700006

CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 7003059000000

Paciente: SERGIO MURILO RIBEIRO DA CUNHA ✓ Prontuário: 2449478 ✓ Laudo:

Data Nasc.: 09/11/1970 Sexo: MASCULINO ✓ Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 20060979995

Responsável pac.: SERGIO MURILO RIBEIRO DA CUNHA Nome da Mae: ANTONIA GONCALVES FILHA

Endereço: SAO JOSE DE SABIAGUABA, 60 - SABIAGUABA Raça/Cor: PARDA

Município: 230440 - FORTALEZA UF: CE CEP: 60832-150 Telefone: (85)9877445

Procedimento solicitado: 04.08.05.050-0 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA Muda Pro: 03/2019

Procedimento realizado: 04.08.05.050-0 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Diag. principal: S822-FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA Diag. Secundário: V239-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM COLISÃO

Diag. complementar: ✓ Causa Obito:

Carater atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 25/01/2019 Data saída: 01/02/2019 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01: ✓

===[CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)]=====

CNPJ do Empregador: CNAER:

Vínculo com a previdência: - CBO:

===[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]=====

Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmp	Descrição
1 04.08.05.050-0	107185222700006	1 225270	107185222700006	3969800	1 012019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA TIBIA
2 04.08.05.050-0	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1 012019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA TIBIA
3 07.02.03.090-2	09069959000158	0	09069959000158	3969800	✓ 1 012019 PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5
4 08.02.01.001-6	✓	0	3969800	3969800	✓ 7 012019 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COMERCIANTE)
5 04.01.01.001-5	107185222700006	0 225270	107185222700006	3969800	✓ 4 012019 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
6 02.02.02.038-0	6913326	0	6913326	6913326	✓ 1 012019 HEMOGRAMA COMPLETO ✓
7 02.02.01.069-4	6913326	0	6913326	6913326	✓ 1 012019 DOSAGEM DE UREIA ✓
8 02.02.01.031-7	6913326	0	6913326	6913326	1 012019 DOSAGEM DE CREATININA ✓
9 02.02.01.063-5	6913326	0	6913326	6913326	✓ 1 012019 DOSAGEM DE SODIO ✓
10 02.02.01.060-0	6913326	0	6913326	6913326	✓ 1 012019 DOSAGEM DE POTASSIO ✓
11 02.02.02.013-4	6913326	0	6913326	6913326	✓ 1 012019 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA
12 02.02.02.014-2	6913326	0	6913326	6913326	1 012019 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DE FIBRINOLISE
13 02.04.06.016-8	3969800	0	3969800	3969800	✓ 1 012019 RADIOGRAFIA DE PERNA ✓

===[VALORES DA PRÉVIA]=====

Forma de Organização	+ - Serv. Hospitalar + - Serviço Profissional - - - - - + - - - - - +					
	+ - - - - Direto - - - - +		+ - - - - Direto - - - - +		+ - - - - Rateado - - - - +	
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS		129,60	0,00	0,00	0,00	0,00
04.08.05 MEMBROS INFERIORES		631,25	0,00	0,00	215,11	0,00
07.02.03 OPM EM ORTOPEDIA		✓ 235,88	0,00	0,00	0,00	0,00
08.02.01 DIARIAS		56,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Geral:	1.052,73	0,00	0,00	0,00	215,11	0,00

===[DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES]=====

Linha Nota Fiscal CNPJ Fornecedor Lote Série Registro ANVISA CNPJ Fabrica

3 27542 ✓ 09.069.959/0001-58 ✓

Número de Nascidos Número de Saídas N. Pré-Natal



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado de Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

fls. 25

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600101703
NÚMERO DA AIH: 2319101709628

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 700305972068437 - SERGIO MURILO RIBEIRO DA CUNHA

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 09/11/1970 - 48 anos

NOME DA MÃE: ANTONIA GONCALVES FILHA

NOME DO RESPONSÁVEL: FAMILIARES

ENDEREÇO: RUA SAO JOSE, Nº 60

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 987646950

BAIRRO: SABIAGUABA

CEP: 60820150

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S822 - Fratura da diáfise da tibia

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050500-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 210157963640009 - RICARDO EVANGELISTA MARROCOS DE ARAGAO

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 25/01/2019 - 12:13 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 30/01/2019 - 16:20

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 30/01/19

Nome do paciente:	Dorivaldo Ribeiro da Silva		
Nº Prontuário:			
Clínica:	Categoria:		
Cirurgião:	Leito:		
Anestesista:			
Tipo de Anestesia:			
1 Auxiliar:			
2 Auxiliar:			
3 Auxiliar:			
Instrumentadora:			
Circulante:			
Diagnóstico Pré-Operatório:			
Tipo de Operação/ Código:	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		
Diagnóstico Pós-Operatório:			
Relatório Imediato do Patologista:			
Exame Radiológico no ato:			
Acidente e Incidentes:			
Contagem de Compressas:			

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)	Minutos c/ Acréscimo	

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA:
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

Maria Magaly Marques Lima
CRM 2021
CPF: 045085213-04

Assinatura Anestesista

CRM 2021
CPF 045085213/04
MODELO 80



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
 DIRECAO DA EMERGENCIA - C.R.M./C.R.O.:10424
Coordenação de Regulação,
Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação
Estadual do SUS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

USUARIO: cleide.castro - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

Siga os passos abaixo:
 Seleção de situação
 Seleção da solicitação
 Visualização da solicitação
 Lista de ocorrência
 Inclusão de ocorrência
 Visualização de ocorrência
 Confirmação de cancelamento
 Registro de transferência
 Confirmação de transferência
 Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE	700305972068437 - SERGIO MURILO RIBEIRO DA CUNHA
NOME DA MÃE	ANTONIA GONCALVES FILHA
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	5348841
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	09/11/1970 - 48 anos
SEXO	MASCULINO
NOME DO RESPONSÁVEL	FAMILIARES
TELEFONE DO RESPONSÁVEL	(85) 987646950
ENDEREÇO	RUA SAO JOSE, Nº 60
BAIRRO	SABIAGUABA
ESTADO DE RESIDÊNCIA	CEARA
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	FORTALEZA
Plantonista	
MÉDICO	41689984368 - RICARDO EVANGELISTA MARROCOS DE ARAGAO
TELEFONE PARA CONTATO	(85) 32555000
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	PACIENTE SERÁ TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE APOIO : INSTITUTO PRÁXIS. AGUARDA REMOÇÃO.

Solicitação

NÚMERO	12600101703
SITUAÇÃO	SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO
CENTRAL DE REGULAÇÃO	23044021 - FORTALEZA
DATA - HORA	25/01/2019 - 12:13
PROFISSIONAL	41689984368 - RICARDO EVANGELISTA MARROCOS DE ARAGAO
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0408050500- - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
PROCEDIMENTO REALIZADO	
CLÍNICA	13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
CLÍNICA COMPLEMENTAR	
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	4 - URGÊNCIA
Justificativa da internação	25/01/2019 11:34
DIAGNÓSTICO INICIAL	S822 - Fratura da diáfise da tibia
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



Fortaleza 2

fls. 28

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

2 - CNES:

252914

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

INSTITUTO PRAXIS

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **SERGIO MURILO RIBEIRO DA CUNHA**

PRONTUÁRIO :

5348841

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:

700305972068437

8 - DATA NASCIMENTO:

09/11/1970

09-SEXO

() M () F

10-RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE/PAI:

ANTONIA GONCALVES FILHA

12 - TELEFONE:

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

N.I

14 - TELEFONE DE CONTATO:

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO):

SAO JOSE DE SABIAGUABA 60 SABIAGUABA

16 - MUNICÍPIO:

FORTALEZA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:

CE

19 - CEP:

60836000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM **FRATURA DE TIBIA**, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

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

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

FX. TIBIA

24 - CID 10

S822

25 - CID10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE TIBIA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

0408050500

29 - CLÍNICA:

TRAUMA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

EMERGENCIA

31 - DOCUMENTO:

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

34 - DATA SOLICITAÇÃO:

25/01/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - Nº DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

42 - CNPJ DA EMPRESA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

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:

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

() CNES () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

/ /

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

FICHA DE INTERNAÇÃO

==[ADMISSÃO]==

Número Data Hora Convênio Classificação
201921000439 25/01/2019 17:17 PRAXIS SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento SISREG AIH
ELETIVO

Origem do Paciente

IJF

Clínica/Especialidade

CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA

Médico Solicitante

Médico Responsável

5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO

5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO

Procedimento Solicitado

0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Dias
4

==[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome

SERGIO MURILO RIBEIRO DA CUNHA

Sexo

MASCULINO

Nascimento Idade Raça/Cor

09/11/1970 48 Anos PARDA

Estado Civil

SOLTEIRO(A)

Religião

NÃO INFORMADO

Mãe

ANTONIA GONCALVES FILHA

Pai

FRANCISCO RIBEIRO DA CUNHA

Conjuge

Responsável

ELIZIANA SABINO DE LIMA

Prontuário

2449478

CNS

Registro

700305972068437 201902570000383

Documento Informado

RG: 2006097049565 Emissão: 01/08/2006

País

BRASIL

Município de Naturalidade

RERIUTABA/CE

CEP

60832-150

Município de Residência

FORTALEZA/CE

Logradouro

RUA SAO JOSE DE SABIAGUABA

Número Complemento

60

Bairro

SABIAGUABA

Fone Móvel

Fone Fixo

Ponto de Referência

(85)9876.46950

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)

EMPREGADO FORMAL / PEDREIRO

==[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==

Em caso de urgência avisar

ELIZIANA

Acomodação/Leito

204/1

Tipo de Acomodação

ENFERMARIA

Clínica

CLÍNICA MÉDICA

Posto de Enfermagem

POSTO DE ENFERMAGEM 01

Atendente: helenia

Data: 25/01/2019 Hora: 17:32:11 Tempo: 00:14:30

==[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

ELIZIANA SABINO DE LIMA, abaixo assinado, responsável pelo paciente SERGIO MURILO RIBEIRO DA CUNHA, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 25 de janeiro de 2019

RESPONSÁVEL

Eliziana Sabino de Lima

TESTEMUNHAS

===[INTERNACIO

===== ACOMPA

2000年12月10日

RECEIVED 1966 MAY 10

1998年12月
 第14卷第4期

PORTUGAL, 10 de fevereiro de 1909

Representative

Assinatura

Nome Legível *Karoline Pontes*
COREN-CE 540726 - CNE

Assinatura/Carimbo

US 18-12-00 karoline.ponte

Data: 01/02/2019 Hora: 16:14:18



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Sergio Murilo Ribeiro da Cunha** - C.P.F. - **448.731.663-49**, no dia **24/01/2019**, às **08h03min**, na **Avenida Odilon Guimarães**, no **Bairro Lagoa Redonda**, 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 **P698125/2019**.

Fortaleza, 29 de Maio 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

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

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

Data: 26/07/19

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: <u>Leandro Ribeiro da Silva</u>							
Nº Prontuário: <u>100000</u>		Nº Controle: <u>100000</u>		Enf./		Leito:	
Cirurgião: <u>Dr. Carlos</u>		Tempo de Sala: <u>50 min</u>		Tempo de Oxigênio: <u>50 min</u>			
IDADE: <u>45</u>	PESO: <u>75</u>	ALTURA: <u>1.67m</u>	SEXO: <u>M</u>	TEMP: <u>36.5</u>	PULSO: <u>97</u>	RESP: <u>13</u>	PR. ART. MAX/MIN: <u>120/80</u>
TIPO SANGÜÍNEO: <u>B+</u>	HEMACIAS: <u>4.6</u>	HEMOGLOBINA: <u>9.9g/dl</u>	HEMATÓCRITO: <u>28.81</u>	GLICEMIA: <u>100</u>		UREIA: <u>10</u>	CRIATININA: <u>0.8</u>
Ap. Respiratório: <u>Normalmente</u>				Ap. Circulatório: <u>Normal</u>			
Ap. Digestivo: <u>Normal</u>				Ap. Urinário: <u>Normal</u>			
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Normal</u>				Risco: <u>01</u>			
Anestesias Anteriores: <u>Sim + 100000</u>							
Medicação Pré-Anestésica: <u>Dormide 300</u>		Aplicada às: <u>10h30</u>		Efeito: <u>Profundo</u>			
Agentes Anestésicos							
Líquidos							
CÓDIGO							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES POSICÃO: <u>Decubito Dorsal</u> AGENTES: <u>Dr. Carlos</u> TÉCNICA: <u>Intubação</u> OPERAÇÃO: <u>Prostatectomia</u> CIRURGIÕES: <u>Dr. Carlos</u> ANESTESISTAS: <u>Dr. Carlos</u> TEMPO DE ANESTESIA: Das: <u>10h30</u> hrs às: <u>11h35</u> hrs = <u>1h05</u> Anestesiista: <u>Dr. Carlos</u>							
INDUÇÃO Satisf.: <u>Excit</u> Tosse: <u>Lenta</u> Laringoespasm.: <u>Lenta</u> Núcleas: <u>Vômitos</u> Outros: <u>Outros</u>							
MANUTENÇÃO 1. <u>Manutenção com 100000</u> 2. <u>Dr. Carlos</u> 3. <u>Dr. Carlos</u> 4. <u>Dr. Carlos</u> 5. <u>Dr. Carlos</u> 6. <u>Dr. Carlos</u> 7. <u>Dr. Carlos</u>							
ANESTESIAS SATISFATORIAS SIM: <u>Sim</u> NÃO: <u>Não</u> DESPERTAR Reflexos na S.O: <u>Sim</u> Obstr.: <u>Co2</u> Excit.: <u>Núcleas</u> Vômitos: <u>Outros</u> Para o leito com cânula: <u>Sim</u> Condições: <u>Sim</u>							
Perda sanguínea aprox. <u>ml</u> Volume sanguíneo repouso <u>ml</u>							

MODELO 2.1

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190647295

Vítima: SERGIO MURILO RIBEIRO DA CUNHA

Data do Acidente: 24/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO JOSE OLIVEIRA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SERGIO MURILO RIBEIRO DA CUNHA

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: SERGIO MURILO RIBEIRO DA CUNHA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001977

Conta: 0000030388-4

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você