

SABOYA & BRANDÃO

ADVOGADOS ASSOCIADOS

RH 12.656,25

PEPROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	HIAGO SALES FERREIRA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	FORTALEZA/CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG n°	20150251658
Profissão	AUTONOMO	CPF n°	499.131.938-26
Endereço	RUA SANTO AGOSTINHO, N 847		
Bairro	CANINDEZINHO	CEP	60310-421
Município/UF	FORTALEZA/CE		
Telefone	(85) 98830 2616		

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 judicium" 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 ações competentes 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 endossos 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, 10 de abril de 2020.

> HIAGO SALES FERREIRA
OUTORGANTE

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

OUTORGANTE	HIAGO SALES FERREIRA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	FORTALEZA/CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG n°	20150251658
Profissão	AUTONOMO	CPF n°	499.131.938-26
Endereço	RUA SANTO AGOSTINHO, N 847		
Bairro	CANINDEZINHO	CEP	60310-421
Município/UF	FORTALEZA/CE		
Telefone	(85) 98830 2616		

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, 10 de abril de 2020

➤ HIAGO SALES FERREIRA

DECLARANTE

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, Thiago Sales Ferreira, BRASILEIRO(A)
(ESTADO CIVIL), (PROFISSÃO), PORTADOR DO RG Nº _____
INSCRITO NO CPF SOB O Nº _____, RESIDENTE EM
DOMICILIADO(A) NO _____, ENDEREÇO _____, DECLARO PARA

TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELOS DRS. **BRUNO PEREIRA BRANDÃO** **BRASILEIRO, SOLTEIRO**, 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, ATUALMENTE, COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, 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 SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS, REPRESENTADO ATRAVÉS DOS ADVOGADOS **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, **BRASILEIRO, SOLTEIRO**, 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 NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE, TEL.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030 / (85) 98853-0069, DE TODA 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) 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 DE MENCIONADO DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

FORTALEZA/CE 10, DE abril DE 2020.

> THIAGO SALES FERREIRA
DECLARANTE

TESTEMUNHA
CPF:

TESTEMUNHA
CPF:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INTERIOREIRA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
PARTIDÁRIO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1844756367

PROIBIDO PLASTIFICAR
1844756367

NOME
THIAGO SALES FERREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR DE
20150251658 SSP CE

CIV 499.131.939-26 DATA NASCIMENTO 24/05/2000

PERMISÃO
FRANCISCO EPALDO FERREIRA
MARIA FELIX SALES DO NASCIMENTO

PERMISÃO ACC CATEGORIA

AP. REGISTRO 07210754400 VALOR 06/08/2020 1ª EMISSÃO 07/08/2019

Observação:
SEM OBSERVAÇÃO;

THIAGO SALES FERREIRA

ASSINATURA DO POSSESSOR

LOCAL FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO 27/11/2019

01194114486
CE173655666

CEARA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE DO CEARÁ DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE DO CEARÁ		VALOR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 2015-025145 - 8 01/06/2015	
NOME THIAGO SALES FERREIRA		DATA DE NASCIMENTO 28/05/2000	
FILIAÇÃO FRANCISCO ERALDO FERREIRA		DATA DE NASCIMENTO 28/05/2000	
NOME MARIA FELIX SALES DO NASCIMENTO		DATA DE NASCIMENTO 28/05/2000	
LOCALIDADE PORTALEZA - CE		DATA DE NASCIMENTO 28/05/2000	
DOC. IDENT. CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO-PARAMARÁ TERMO 171103 FOLHA 59		DATA DE NASCIMENTO 28/05/2000	
LIVRO: A-207 PORTALEZA - CE		DATA DE NASCIMENTO 28/05/2000	
CPF 14.94.111.27		DATA DE NASCIMENTO 28/05/2000	
VIA 1		DATA DE NASCIMENTO 28/05/2000	

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 040698235

Rota F0J19U12 - 136200 Referência 11/2019

Nome MARIA FELIX SALES DO NASCIMENTO

Endereço RU STO AGOSTINHO, 00847, CANINDEZINHO, 00310-421, FORTALEZA

Classificação Residencial Pleno Emissão 27/11/2019

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL Medidor 2079794-FAE-006

Ligação Monofásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO **ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)**

34904002395074299941010000102

DATAS DE LEITURA P.F.: 20 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
07/11/2019	27/11/2019	27/12/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Ind. (kWh)	Consumo Fct. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	3.029	4.575	1.00	154	00	154	0,72844	112,18

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	12,27
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,05727	8,82
CONSUMO	0,72844	112,18
MULTA	-	0,94

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	121,00	27,00	32,66
PIS	121,00	0,04	0,04
COFINS	121,00	0,30	0,35

VENCIMENTO 05/12/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 134,21

CONSUMO CONSCIENTE **CPF/CNPJ** 555.087.583-72

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Componentes emissões
pelo consumo de energia elétrica

Emissão kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (NCO₂) 0,00%

00,12 0,00

AFFIRMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 08/11 - 27/11

Nº do Cliente: 40553899 Referência: 11/2019 V: [1.0.0.5]

Data de Emissão: 27/11/2019 Total a Pagar (R\$): 134,21 USB * 121-5260791.1

Nº da Nota Fiscal: 040698235 Nº de Controle: 100000770971

838900000013 34210031100 2 00077097107 5 00040553899 5

838900000013 34210031100 2 00077097107 5 00040553899 5

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - DE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA JAMI 01 986376948 0000000000 2019

WESLEY MACHADO TEIXEIRA
CAUCRIA/CE

61825347379 HYG8497

9C2KC08108R281239

ESPECIE TIPO: FAS/MOTOCICLO/MO APLIC. COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARKA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN K9

CAT/PG/CIL: 2008 2008

CATEGORIA: 2E/OCV/149CC

VEIC. COTA UNICA: 38

PREMIO TARIFARIO (R\$): 80.11

OF (R\$): 0.32

PREMIO TOTAL (R\$): 84.58

DATA DE PAGAMENTO: 03/09/2019

CAUCRIA

DATA: 27/11/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU. SEGURO DPVAT

CE Nº 015278102660 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

61825347379

HYG8497

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

www.segnaedotransfidel.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

34089265161

BIÊNIO 2019 DATA EMISSÃO 27/11/2019

VIA 01 61825347379 PLACA HYG8497

RENAVAM 986376949 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN K9

ANO FAB. 2008 COT. TRF 09 Nº CHASSI 9C2KC08108R281239

PRÊMIO TARIFÁRIO

PIS (R\$) 36.05 DENTRAN (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 OF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) 84.58

COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 03/09/2019

LOTE/DESEGURO/ALICIA/DPVAT

MOTOR: KC08E192592295080001-04



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019889172



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4248 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **05/12/2019 12:53:19**
Data / Hora da Ocorrência: **04/10/2019 21:10:00**
Endereço da Ocorrência: **AV CONTORNO NORTE C/ PENETRAÇÃO NORTE SUL, CONJUNTO ESPERANCA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **HIAGO SALES FERREIRA**
Nascimento: **24/05/2000** CPF: **499.131.938-26**
RG: **20150251658** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA FELIX SALES DO NASCIMENTO**
FRANCISCO ERALDO FERREIRA
Endereço: **RUA SANTO AGOSTINHO, 1000**
Bairro: **CANINDEZINHO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYG8497** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi: **9C2KC08108R281239** Renavam: **986376949** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **CINZA** Proprietário: **WESLEY MACHADO TEIXEIRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE, NA DATA DE 04 DE OUTUBRO DE 2019, POR VOLTA DAS 21:10H, TRAFEGAVA PELA AVENIDA CONTORNO NORTE, NA MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN KS, DE PLACA HYG8497, QUANDO UM CARRO, CUJA PLACA NÃO INFORMA, NO MOMENTO, INVADIU A CONTRAMÃO, VINDO A COLIDIR LATERALMENTE NA MOTOCICLETA DESTA; QUE O MOTORISTA COLISOR PERMANECIU COM O DECLARANTE, PRESTANDO-LHE AUXÍLIO (ACIONANDO O SAMU E PRESTANDO OUTRAS PROVIDÊNCIAS); QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E CONDUZIDA AO INSTITUTO JOSÉ FROTA; QUE SOFREU FRATURA DE FÊMUR. E NÃO MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

HIAGO SALES FERREIRA

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 898004123767348 Admissão: 04/10/2019 23:24
 Nome: HIAGO SALES FERREIRA
 Pront.: 5638667 Data Nasc.: 24/05/2000 Idade: 19 ano(s) 4 mes(es) e 21 dia(s) Tel.: 85 98830-2616
 Mãe: MARIA FELIX SALES DO NASCIMENTO
 Sexo: Masculino RG: Município: FORTALEZA
 CEP 60731-010 Bairro: CANINDEZINHO
 Endereço: R. SANTO AGOSTINHO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador JOCIELENE DE MESQUITA SILVEIRA Horário 04/10/2019 23:33
 Queixa: colisão moto/carro as 21:30hs, com capacete, desorientado, fratura colo femur esquerdo,
 Fluxograma: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO
 Discriminador: FRATURA FEMUR? DOR INTENSA
 Autoagressão: Não
 Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: VICTOR AMON NUNES FERNANDES CRM: 18564 Nº: 559339 Horário 05/10/2019 00:24
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
 Eixo: OBSERVAÇÃO 1
 Hipótese Diagnóstico: FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA
 Comorbidade:
 HDA/Exame Físico:
 PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTXCARRO COM TRAUMA EM OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 05/10/2019 03:37

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
04/10/201 23:33	ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO	FRATURA FEMUR? DOR INTENSA	AMARELO	JOCIELENE DE MESQUITA SILVEIRA

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RAIO-X RADIO AP/P (OSSOS LONGOS)	05/10/2019 00:27	Não	Cancelado

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
05/10/2019 02:32	VICTOR AMON NUNES	PACIENTE COM QUADRO DE LUXAÇÃO DO QUADRIL

100 DE PROTOCOLO - 131
 MAE TIRADA
 PELO SISTEMA E-SUS
 DATA 16/10/2019
 MATRICULA 13226

[Assinatura]
 [Assinatura]



Resumo de alta

NOME:

HIAGO SALES FERREIRA

LEITO:

1319

DATA DE INTERNACAO:

05/ 10/2019

DATA DA ALTA:

10/10/2019

BE/PRONT:

5638667

CIDADE DE ORIGEM:

FORTALEZA

IDADE:

19

DIAGNOSTICOS:

Luxação da articulação do quadril (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

PACIENTE, 19 ANOS, VITIMA COLISAO MOTO X CARRO DIA 05/10 COM LUXACAO DO QUADRIL ESQUERDO SUBMETIDO A REDUCAO INCRUENTA NA EMERGENCIA. RETORNAR COM 14 DIAS A EQUIPE DE QUADRIL. RETORNAR ANTES PELA EMERGENCIA SE INTERCORRENCIAS.

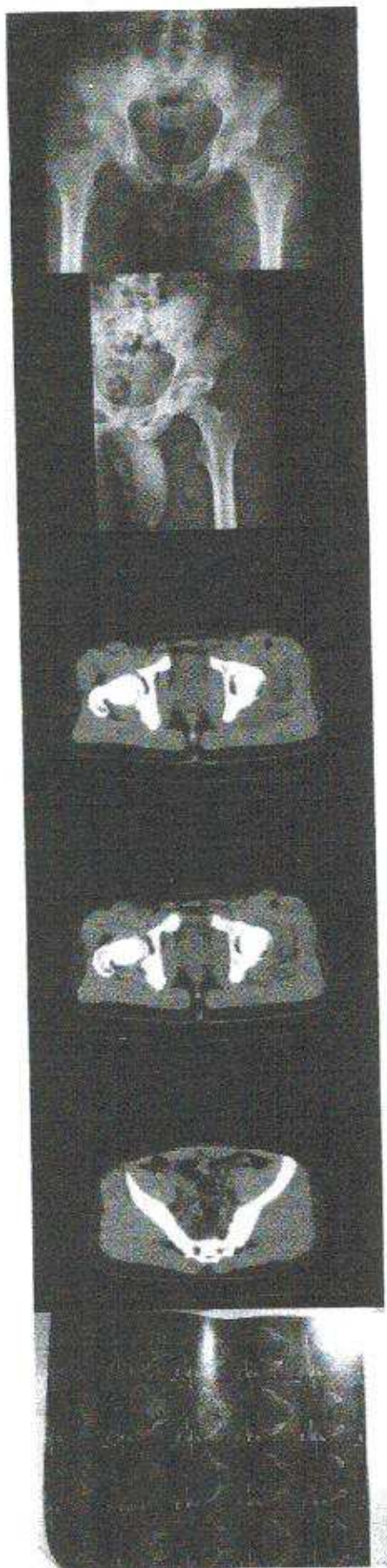
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO:

STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO:

RESIDENTE INDEFINIDO





Mapa de Cirurgias

Dias	Status da
Int.	marcação
#	Hora
Leito	Staff
Residentes	Material
Observação	

Ass.: João Vitor
Medico
CRM-EC-19437

Retornar dia: 14 / 10 / 2020 Hora: 14h
para Dr. Equipe do quadril

Data: 10 / 10 / 19



DECLARAÇÃO



192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Hiago Sales Ferreira** - C.P.F. - **499.131.938-26**, no dia **04/10/2019**, às **22h10min**, na **Avenida Contorno Norte com Avenida Penetração Norte Sul**, no **Bairro Conjunto Esperança**, 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 **P962361/2019**.

Fortaleza, 26 de Novembro 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

Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



P-962361/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USB 13	PONTO DE APOIO: phis	Nº DA OCORRÊNCIA: 1174
DATA: 04/10/2019	TURNO: noite	EQUIPE: Walden
NOME: THIAGO SALES FERREIRA	IDADE: 19	SEXO: MASC
ENDEREÇO: R. Cantano Nê 1544, condomínio 2019, sul	BAIRRO: Ledy Expresso	
REFERÊNCIA:		
QTY: 21 40	QUS: 22-10	QUY: 23-10
QUU: 23-10	QUU: 23-10	QUU: 23-10
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: exclusão moto/carro		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO	☐ PRESENTE	☐ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE
☒ PÉRVEAS	☐ OBSTRUÍDAS	POR: _____

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

PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
☒ NORMOCÁRDICO	☒ CORADA	☐ ≤ 2 seg	☐ SIM
☐ TRAQUICÁRDICO	☐ PÁLIDA	☒ > 2 seg	☐ NÃO
☐ BRADICÁRDICO	☐ CIANÓTICA		
☐ CHEIO	☐ SUDOREICA		
☐ FILIFORME	☐ SECA		
☐ IMPALPÁVEL	☐ QUENTE		
	☐ FRIA		
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 ☒ 6
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
PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)		NENHUMA ☐ 1
☐ ALTERADAS		

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO

SAMPLA

FC: 88	PA: 140/90	FR: 20	GLIC.: _____	OXIM.: 96	TEMP.: _____
Ass. por enfermeiro					

ASS. /CRM: -

ASS. /COREN:

ASS.

BOLETIM EMERG:

PACIENTE ACOMPANHADO: ☐ SIM ☐ NÃO
ASS. DO RESPONSÁVEL: _____

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

EM: / / às h(s)

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: 1/1

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

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: _____

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: THIAGO SALES FERREIRA**Idade:** 19 ano(s) 4 mes(es) e 17 dia(s)**Sexo:** Masculino**Pront.:** 5638667**Endereço:** R. SANTO AGOSTINHO**Bairro:** CANINDEZINHO**Num:** 1000**CEP:** 60731-010**UF:** CEARÁ**Cidade:** FORTALEZA**Localização****Clinica:** UNIDADE 13**Enfermaria:** 133**Leito:** 1319**Internação** 05/10/2019

17:11

Alta: * Não Informado * * Não Informado**Relatório****Tipo de Saída:** Alta**Cancelada**

Não

Resumo Clínico

PACIENTE, 19 ANOS, VITIMA COLISAO MOTO X CARRO DIA 05/10 COM LUXACAO DO QUADRIL ESQUERDO SUBMETIDO A REDUCAO INCRUENTA NA EMERGENCIA. RETORNAR COM 14 DIAS A EQUIPE DE QUADRIL. RETORNAR ANTES PELA EMERGENCIA SE INTERCORRENCIAS.

Exames Realizados

RX, TC, EXAMES LAB

Terapêutica Utilizada

PACIENTE, 19 ANOS, VITIMA COLISAO MOTO X CARRO DIA 05/10 COM LUXACAO DO QUADRIL ESQUERDO SUBMETIDO A REDUCAO INCRUENTA NA EMERGENCIA. RETORNAR COM 14 DIAS A EQUIPE DE QUADRIL. RETORNAR ANTES PELA EMERGENCIA SE INTERCORRENCIAS.

Sequelas Apresentadas**Diagnóstico**

S730 - LUXACAO DA ARTICULACAO DO QUADRIL

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S730	LUXACAO DA ARTICULACAO DO QUADRIL

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 10/10/2019**Observações Complementares**

* Não Informado *

Responsável**Médico:** JONATAS PONTES VASCONCELOS**Data:** 10/10/2019

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

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:

HIAGO SALES FERREIRA

LEITO:

1319

DATA DE INTERNACAO:

05/10/2019

DATA DA ALTA:

10/10/2019

BE/PRONT:

5638667

CIDADE DE ORIGEM:

FORTALEZA

IDADE:

19

DIAGNOSTICOS:

Luxação da articulação do quadril (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

PACIENTE, 19 ANOS, VITIMA COLISAO MOTO X CARRO DIA 05/10 COM LUXACAO DO QUADRIL ESQUERDO SUBMETIDO A REDUCAO INCRUENTA NA EMERGENCIA. RETORNAR COM 14 DIAS A EQUIPE DE QUADRIL. RETORNAR ANTES PELA EMERGENCIA SE INTERCORRENCIAS.

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO:

STAFF INDEFINIDO

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: HIAGO SALES FERREIRA		
Idade: 19 ano(s) 4 mes(es) e 17 dia(s)	Sexo: Masculino	Pront.: 5638667
Endereço: R. SANTO AGOSTINHO		Bairro: CANINDEZINHO
Num: 1000	CEP: 60731-010	UF: CEARÁ
		Cidade: FORTALEZA

Localização		
Clinica: UNIDADE 13	Enfermaria: 133	Leito: 1319
Internação: 05/10/2019	17:11	Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório	Cancelada
Tipo de Saída: Alta	Não

Resumo Clínico
PACIENTE, 19 ANOS, VITIMA COLISAO MOTO X CARRO DIA 05/10 COM LUXACAO DO QUADRIL ESQUERDO SUBMETIDO A REDUCAO INCRUENTA NA EMERGENCIA. RETORNAR COM 14 DIAS A EQUIPE DE QUADRIL. RETORNAR ANTES PELA EMERGENCIA SE INTERCORRENCIAS.

Exames Realizados
RX, TC, EXAMES LAB

Terapêutica Utilizada
PACIENTE, 19 ANOS, VITIMA COLISAO MOTO X CARRO DIA 05/10 COM LUXACAO DO QUADRIL ESQUERDO SUBMETIDO A REDUCAO INCRUENTA NA EMERGENCIA. RETORNAR COM 14 DIAS A EQUIPE DE QUADRIL. RETORNAR ANTES PELA EMERGENCIA SE INTERCORRENCIAS.

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico
S730 - LUXACAO DA ARTICULACAO DO QUADRIL

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S730	LUXACAO DA ARTICULACAO DO QUADRIL

Condições de Alta
Melhorado

Data Programada da Alta: 10/10/2019

Observações Complementares
* Não Informado *

Responsável
Médico: JONATAS PONTES VASCONCELOS
Data: 10/10/2019

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 13/07/2020 às 10:03, sob o número 02381355720208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0238135-57.2020.8.06.0001 e código 6D5602E.



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, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200026717

Vítima: HIAGO SALES FERREIRA

Data do Acidente: 04/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HIAGO SALES FERREIRA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =

R\$ 843,75

Recebedor: HIAGO SALES FERREIRA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001563

Conta: 00000136582-3

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