

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”

OUTORGANTE:

NOME: <u>João Batista Oliveira</u>		
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>	
PROFISSÃO: <u>agricultor</u>	C.P.F.: <u>391.689.913-58</u>	
ENDEREÇO COM CEP: <u>Rua Raimundo Galdeneiro Braga, 71.</u>		
BAIRRO: <u>São Pedro</u>	CIDADE: <u>Itapagé</u>	U.F.: <u>CE</u>

OUTORGADO: JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.130, com endereço para intimações e notificações, nesta urbe, na Rua Paulo Gomes da Silva, nº 226, bairro Parque Soledade, CEP 61.603-070, Caucaia/CE, onde recebe intimações de estilo (art. 106 do NCPC).

PODERES: Por este instrumento o(a) Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui o Outorgado acima identificado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula “Ad Judicia Et Extra”, para agir, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, promover requerimentos administrativos, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ainda ao Advogado acima descrito, os poderes para, em nome do(a) Outorgante, receber citação judicial ou administrativa, receber intimações, prestar depoimento pessoal, reconhecer a procedência do pedido, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, receber valores, inclusive, em cheques decorrentes de condenação judicial, renunciar a quaisquer valores superiores ao teto dos Juizados Especiais em razão de eventual ajuizamento no procedimento especial (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, além de outros não expressamente constantes nesse mandato (art. 105 do NCPC).

Os poderes nesta procuração descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgantes(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do art. 5º, da Lei nº 1.060 de 1950 e art. 98 e ss. do NCPC.

Itapagé, 01 de maio de 2020.

João Batista Oliveira

OUTORGANTE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007871473 - 1 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/05/2011

NOME JOAO BATISTA OLIVEIRA
FILIAÇÃO RAIMUNDO MONATO DA SILVA
RAIMUNDA OLIVEIRA DA SILVA
NATURALIDADE ITAPIPOCA - CE DATA DE NASCIMENTO 24/06/1952

DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - ITAPIPOCA - CE
CARTÓRIO: SEDE TERMO: 436 FOLHA: 16 LIVRO: B-06
CPF: 371.689.913-53

RG: ANT: 224506892 P.: 179

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS





Polegar Direito

João Batista Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAPEJE

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAPEJE

Impresso nº 2019596640

Pág. 2 de 2

Impresso em: 28/08/2019 10:02:46

RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL**BOLETIM DE Ocorrência Nº 465 - 1400 / 2019****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **28/08/2019 09:28:53**
 Data / Hora da Ocorrência: **22/06/2019 07:30:00**
 Endereço da Ocorrência:
 Complemento:
 Bairro: **PEDRA BRANCA** Município: **ITAPEJE/CE**
 Ponto de Referência: **CASA DO SENHOR RAIMUNDO FIDELIS**

Noticiante(s)

Nome: **JOÃO BATISTA OLIVEIRA**
 Nascimento: **24/06/1952** CPF:
 RG: **20078714731** Orgão Emissor: **SSP** UF:
 Filiação: **RAIMUNDA OLIVEIRA DA SILVA**
RAIMUNDO NONATO DA SILVA
 Endereço: **RUA RAIMUNDO GALDENCIO BRAGA, 71**
 Bairro: **PEDRA BRANCA** CEP:
 Município: **ITAPEJE/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9144-7184**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXM7431** Uf: **CE** Município: **ITAPEJE** Chassi:
9C2MD28001R022675 Renavam: **777302560** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/XR 200R** Ano Fabricação:
2001 Ano Modelo: **2001** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
 Proprietário: **JOAO BATISTA OLIVEIRA** Situação: **NÃO INFORMADO**
 Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

NARRA O NOTICIANTE QUE NA DATA, HORA E ENDEREÇOS ACIMA MENCIONADOS, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA SUPRA QUALIFICADA, QUANDO FOI COLIDIDO POR UM VEICULO NAO IDENTIFICADO; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL LOCAL FUSEC E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE CAUCAIA; QUE SOFREU FRATURA NO BRAÇO DIREITO E ESCORIAÇÕES PELO O CORPO; QUE ESTA AGUARDANDO PARA REALIZAR UMA CIRURGIA.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAPEJE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSIVAN DA ROCHA SILVA - MAT.: 30105214

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

João Batista Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A) :

THIAGO REZENDE TATAGIBA - MAT.: 30123532

Nº do Cliente

1243008

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

CompANHIA Energética do Ceará

Rua Padre Teófilo, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

Para atualizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº

000419009

Referência

08/2019

Rota

IJ001U03

Nome

JOAO BATISTA OLIVEIRA

Endereço

RUA RAIMUNDO GALDENCIO BRAGA, 00071, SAO PEDRO,

62600-000, ITAPEAJE

Classificação

Residencial Pleno

Modalidade Tarifária

B1 RESIDENCIAL

Ligação

Monofásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO

2FB60503EFA57060541E32697D45473

DATAS DE LEITURA

Anterior

08/07/2019

Atual

06/08/2019

Próxima prevista

02/09/2019

P.F.:

29 dias

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	34.760	34.654	1,00	106	00	106	0,80774	85,62

MED

FEV

JUL

JUN

MAR

ABR

MAR

FEV

JAN

DEZ

NOV

OUT

SET

AGO

126

125

124

123

122

121

120

119

118

117

116

115

114

113

112

111

110

109

108

107

106

105

104

103

102

101

100

99

98

97

96

95

94

93

92

91

90

89

88

87

86

85

84

83

82

81

80

79

78

77

76

75

74

73

72

71

70

69

68

67

66

65

64

63

62

61

60

59

58

57

56

55

54

53

52

51

50

49

48

47

46

45

44

43

42

41

40

39

38

37

36

35

34

33

32

31

30

29

28

27

26

25

24

23

22

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC

CONSUMO

JUROS MORATÓRIOS

ADICIONAL BAND. AMARELA

ADICIONAL BAND. VERMELHA

MIC

OB CRÉDITO CREFAZ 0800 0525051

TARIFA

0,80774

0,01783

0,01236

-

-

-

VALOR (R\$)

15,07

85,62

0,39

1,89

1,31

-0,04

113,42

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	88,82		
PIS	88,82	27,00	23,98
COFINS	88,82	1,35	1,17
		6,16	5,45

VENCIMENTO	13/08/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)	217,66
CONSUMO CONSCIENTE		CPF/CNPJ	371.689.913-53
EMISSÕES DE CO ₂ (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica. Emitido kg (CO ₂) Compensado kg (CO ₂) Consciência Ecológica (%CO ₂)		6,00%	
41,38 0,00			

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 09/07 - 31/07 Vermelha :

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de prova, na forma e sob as penas da lei que eu João Batista Oliveira

inscrito(a) no CPF número 371.689.913-53, Registro Geral de número 20078714731, resido em propriedade localizada na Rua Ramundo Galdencio Braga, 171, na cidade de Itapagé, no estado de Ceará, onde moro desde —, e recebo correspondências.

Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Itapagé - CE, 04 de maio de 2020.

João Batista Oliveira

DECLARANTE

DECLARAÇÃO
(LEI Nº 1.060/50)

NOME: <u>João Batista Oliveira</u>		
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>	
PROFISSÃO: <u>agricultor</u>	DATA DE NASCIMENTO:	
C.P.F.: <u>371.689.913-53</u>	R.G.: <u>90078714731</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua Raimundo Galdeiro Braga, 41.</u>		
BAIRRO: <u>São Pedro.</u>	CIDADE: <u>Itapari</u>	U.F.: <u>CE</u>
C.E.P.: <u>62600-000.</u>	FONE:	

A pessoa acima qualificada, declara para os devidos fins de direito e sob as penas da Lei que não possui condições financeiras de arcar com as custas processuais, sob pena de prejuízo da manutenção própria e da própria família, nos termos do art. 5º, LXXIV, e na Lei nº 1.060/50 e alterações supervenientes.

Itapari, 04 de maio de 2020

João Batista Oliveira

Declarante

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DIA / MÊS / ANO

REG

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2	2	0	6	1	9
---	---	---	---	---	---

1	2
---	---

NOME DO PACIENTE

IDADE

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

João Batista - Oliveira

64

M

24 06 19

PROFISSÃO

IDENTIDADE

PROCEDÊNCIA

FILIAÇÃO

Raimunda Oliveira do Silva

ENDEREÇO

BAIRRO

MUNICÍPIO

Quilombo São João 21

Pedra Branca

Itapajé

ANAMINESE DE ENFERMAGEM

DADOS CLÍNICOS

PESO _____ KG TEMPERATURA: _____ °C PRESSÃO ARTERIAL: _____ mmHg GLICEMIA: _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

paciente com angina pectoris
sem quadro hemodinâmico

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S.A.D.T. (EXAMES COMPLEMENTARES)

Rx de pulmão

prognóstico

DESTINO

RESIDÊNCIA ☐ TRANSFERÊNCIA ☐
RESIDÊNCIA ☐ RECUSOU INTER. ☐
LEITO OBSER. ☐ REFERÊNCIA ☐

CÓD. DO PROCEDIMENTO

Lemuel H. Gomes
Médico
CRM - 18172

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#8:20h — (22106119)

Pete deu entrada na emergência em cadeira de roda, vítima de atropelamento por Camioneta, apresenta queimadura no ombro esquerdo, realizou analgesia e transportado para Fontalez aguardando liberação de vaga pela Central de Leitos.

José Edino de Sousa Pinheiro
Enfermeiro
COREN-CE-579595



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

FOLHA DE EVOLUÇÃO

Nome: João Batista Oliveira Nº PRONTUÁRIO: 39452

DATA	ANOTAÇÕES	ASSINATURA CARIMBO
21/11/16	Infundido p/ p.o. - agudo	Dr. Rodrigo Linhares Ortopedia e Traumatologia CRM. 6730 TESTE 11925
23/06/19	# Fratura úmero proximal (D) ferida aberta e feivel CO: Coloco na artel de regulagem feivelto Pre-op	
26/06/19	Acessos ruins. Análises das CM. Visto o resultado das análises e exames de rinite ou glóbulos em função do estado atual. Acesso no O.R.	Dr. Bruno Botelho Ortopedia e Traumatologia CRM 9329/RQE 4498
28/06/19	# Fratura úmero proximal (D) Ferida aberta. Sem feivelto # CO: manobra de faciente e familiar sem feivelto. O aguentar logo em Hospital de de cidade CO: Foco Bacteriano - Referenciado Agência de referência	Dr. Rodrigo Linhares Ortopedia e Traumatologia CRM 6730 TESTE 11925

 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.
Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
Identificação do paciente	
5 - NOME DO PACIENTE	6 - NÚMERO DE PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO	10 - TELEFONE DE CONTATO
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CÓDIGO DO MUNICÍPIO
15 - UF	16 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	
21 - CID 10 PRINCIPAL	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO	29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	37 - Nº DO BILHETE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA
41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR	49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO	46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

FOLHA DE EVOLUÇÃO

Nome: João Batista Oliveira N° PRONTUÁRIO: 34616

DATA	ANOTAÇÕES	ASSINATURA CARIMBO
16/07/19	HD: Trat. útero proximal BEG al. fúrculo de dor. Bom perfuração de MMSS. OD: Internação p/ TCQ cirúrgico	
17/07	# PRE FRAQUA DNOX USADO; SOMEL, DOLISXS NOUOUSRO; TO: 1) CQADCO POTE NR CRL. 2) AADMESSA EN SOB.	Dr. Mauro Parabola Ortopedia e Traumatologia CREMEC 15.108
18/07/19	fratura do útero proximal GRAVEL, LOTE, BEG NEGA LESÕES ALGICAS CD. Acurandano transpericrú BETA CRL	Dr. Osvaldo Bitu Ortopedia e Traumatologia CREMEC 15.108
11:30h	RACIOTE PLATA MANAN ITAPAJE. INFORMO QUE O MISMO D-VERA Acurandano CRL NO MONITORIO DE ANIDON.	Dr. Marcos Aurélio S. Medeiros Ortopedia e Traumatologia CREMEC 12001
		Dr. Marcos Aurélio S. Medeiros Ortopedia e Traumatologia CREMEC 12001



SUS

Sistema Único da Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: REFEITORIA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 2 - CNES:
 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDY
CAUCAIA - CE
 4 - CNES:

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE: João Batista Oliveira
 6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 34616
 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 702608469333446
 8 - DATA DE NASCIMENTO: 24/06/51
 9 - SEXO: M ☒ 1 ☐ Fem. ☐ 3
 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Reimunda Oliveira da Silva
 11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: 996460906
 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): R. Sri Amunoz 190 Pacheco
 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Caucaia
 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: 730370 15 - UF: CE 16 - CEP: 61600040

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Trauma em ombro @ há + 26 dias

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: frat. úmero proximal 21 - CID 10 PRINCIPAL: 22 - CID 10 SECUNDÁRIO: 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TTO cirúrgico de fr. úmero proximal 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 030801011
 26 - CLÍNICA: 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 28 - DOCUMENTO: 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:
 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: DR. MAURO CAVAL CANTI 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 36 - CNPJ DA SEGURADORA: 37 - Nº DO BILHETE: 38 - SÉRIE:
 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 39 - CNPJ EMPRESA: 40 - CNAE DA EMPRESA: 41 - CBOR:
 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
 () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 2314061122-0
 45 - DOCUMENTO: 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 15/07/19 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO):

João Batista Oliveira



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 34696

NOME: João Batista Oliveira.					
DATA DE NASCIMENTO: 24.06.52	IDADE: 66 anos	COR:	SEXO: M	ESTADO CIVIL: Viúvo	NATURALIDADE: 2
Nº IDENTIDADE: 2007871473-1		Nº CPF: 371689913.53		CERT. NASCIMENTO Nº	
PAIS: Raimundo Honato da Silva / Raimunda Oliveira da Silva					
ENDEREÇO DO PACIENTE: R. São Antonio					Nº 990
BAIRRO: Pacheco	MUNICÍPIO: Olinda			FONE: 989559519	
NOME DO RESPONSÁVEL: O mesmo				FONE:	
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL: O mesmo					
DATA DE ADMISSÃO: 16/07/99		HORA DE EMISSÃO: 10:00		h FUNCIONÁRIO: J. Leite	
MÉDICO ASSISTENTE:					
HISTÓRICO CLÍNICO:					
EXAME FÍSICO:					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:					
EXAMES COMPLEMENTARES:					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:					
ASSINATURA					



Prefeitura Municipal de Caucaia
Secretaria Municipal da Saúde
Hospital Municipal Dr. Abelardo Gadelha da Rocha



FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 22/6/19	HORÁRIO: 30:4:58	PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS ()	AMBULÂNCIA ()
PACIENTE: DAD BATISTA OLIVEIRA			
NOME DA MÃE: SIMONDA OLIVEIRA DA SILVA			
DATA DE NASCIMENTO: 24/06/52	CARTÃO DO SUS:	ÍNDIO: () SIM () NÃO	TELEFONE: 99114528
IDADE: 66	SEXO: M (X) F ()	RG:	
ENDEREÇO: R. SIMONDO GALVÃO BRAGA N° 71			
BAIRRO: Rocha Branca	CIDADE: ITABOÉ	ESTADO: Ceará	FUNCIONÁRIO:

ACOLHIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL: Queda do moto.
CLÍNICO () CIRURGIÃO () TRAUMATOLOGISTA (X) PEDIATRIA ()

SINAIS VITAIS

ESCALA DE DOR ADULTO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SEM DOR		DOR LEVE			DOR MODERADA			PIOR DOR POSSÍVEL		
HORA:	PA:	TEMP:	SpO2:	F.C:	GLICEMIA:					

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE () AZUL ()

CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL:

ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNADO.

HORA: HISTÓRIA CLÍNICA:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

CONDUTA:

Dr. Rodrigo Linhares
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 8690 TEOT: 11925

EXAMES REALIZADOS:

LABORATORIAIS () RAIO-X () ULTRASSOM () ENDOSCOPIA () ECG () OUTROS: () () ()

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:

Dr. Rodrigo Linhares

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ADENILSON LUIZ DE AZEVEDO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 19/08/2020 às 11:43, sob o número 02462081820208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0246208-18.2020.8.06.0001 e código 715333B5.



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 84452

NOME: <u>João Batista Oliveira</u>					
DATA DE NASCIMENTO: <u>24.06.1952</u>	IDADE: <u>66 a</u>	COR: <u></u>	SEXO: <u>M</u>	ESTAD. CIVIL: <u>viúvo</u>	NATURALIDADE: <u>Itapipoca</u>
Nº IDENTIDADE: <u>20078+1473-1</u>		Nº CPF: <u></u>		CERT. NASCIMENTO Nº: <u></u>	
PAIS: <u>Raimundo Nonato de Silva</u>					
ENDEREÇO DO PACIENTE: <u>Rua Raimundo Gaudêncio Braga</u>					
BAIRRO: <u>Pedra Branca</u>	MUNICÍPIO: <u>Itapipoca</u>				Nº: <u>71</u>
NOME DO RESPONSÁVEL: <u>João Paulo Teixeira Oliveira</u>				FONE: <u></u>	
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL: <u>o mesmo</u>				FONE: <u></u>	
DATA DE ADMISSÃO: <u>22.06.19</u>		HORA DE EMISSÃO: <u>1659</u> h		FUNCIONÁRIO: <u>Helena</u>	
MÉDICO ASSISTENTE: <u></u>					
HISTÓRICO CLÍNICO: <u>Fratura do fêmur esquerdo</u>					
<u>4 pontos de fixação</u>					
EXAME FÍSICO: <u></u>					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: <u></u>					
EXAMES COMPLEMENTARES: <u></u>					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u></u>					
ASSINATURA					

Dr. Rodrigo Linhares
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 7030 TEOT: 11925



RELAÇÕES PÚBLICAS, GERENCIAMENTO DE REPUTAÇÃO E MARKETING

Bobbie Quinn

408

CLÍNICA: TRAUMATOLOGIA

25/06/2010	MEDICAÇÕES	AFRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
1) DIETA GERAL			
2) ULTRONDIA 2.12 ML AD EV 6/6H S/N			
3) CLONIDINA 0.3MG + 130MG S/O, 5% EV DE 12/12HS S/N			
4) BROMOPRIDA 2.18 ML AD EV 8/8H S/N			
5) OMEPRAZOL 20MG 1CP JEJUM			
6) OMO LAMINAR 10ML VO 12/12H SE CONSTIPAÇÃO			
7) TRILAM 100MG - SF 0,5% 100 ML EV 8/8H S/N			
8) SSV + CCGG			
<i>Dr. Roberney Nazareno</i> <i>CRM: 112.018/15198</i>		SN (03/24) SN OG SN SN SN SN	Obs 08:20hs PA = 130X90mmHg T = 36.1°C Obs 12:43hs PA = 130X90mmHg Obs 14:30hs PA = 130X90mmHg Obs 16:00hs PA = 130X90mmHg Obs 18:00hs PA = 130X90mmHg Obs 20:00hs PA = 130X90mmHg Obs 22:00hs PA = 130X90mmHg Obs 00:00hs PA = 130X90mmHg Obs 02:00hs PA = 130X90mmHg Obs 04:00hs PA = 130X90mmHg Obs 06:00hs PA = 130X90mmHg Obs 08:00hs PA = 130X90mmHg Obs 10:00hs PA = 130X90mmHg Obs 12:00hs PA = 130X90mmHg Obs 14:00hs PA = 130X90mmHg Obs 16:00hs PA = 130X90mmHg Obs 18:00hs PA = 130X90mmHg Obs 20:00hs PA = 130X90mmHg Obs 22:00hs PA = 130X90mmHg Obs 00:00hs PA = 130X90mmHg Obs 02:00hs PA = 130X90mmHg Obs 04:00hs PA = 130X90mmHg Obs 06:00hs PA = 130X90mmHg Obs 08:00hs PA = 130X90mmHg Obs 10:00hs PA = 130X90mmHg Obs 12:00hs PA = 130X90mmHg Obs 14:00hs PA = 130X90mmHg Obs 16:00hs PA = 130X90mmHg Obs 18:00hs PA = 130X90mmHg Obs 20:00hs PA = 130X90mmHg Obs 22:00hs PA = 130X90mmHg Obs 00:00hs PA = 130X90mmHg Obs 02:00hs PA = 130X90mmHg Obs 04:00hs PA = 130X90mmHg Obs 06:00hs PA = 130X90mmHg Obs 08:00hs PA = 130X90mmHg Obs 10:00hs PA = 130X90mmHg Obs 12:00hs PA = 130X90mmHg Obs 14:00hs PA = 130X90mmHg Obs 16:00hs PA = 130X90mmHg Obs 18:00hs PA = 130X90mmHg Obs 20:00hs PA = 130X90mmHg Obs 22:00hs PA = 130X90mmHg Obs 00:00hs PA = 130X90mmHg Obs 02:00hs PA = 130X90mmHg Obs 04:00hs PA = 130X90mmHg Obs 06:00hs PA = 130X90mmHg Obs 08:00hs PA = 130X90mmHg Obs 10:00hs PA = 130X90mmHg Obs 12:00hs PA = 130X90mmHg Obs 14:00hs PA = 130X90mmHg Obs 16:00hs PA = 130X90mmHg Obs 18:00hs PA = 130X90mmHg Obs 20:00hs PA = 130X90mmHg Obs 22:00hs PA = 130X90mmHg Obs 00:00hs PA = 130X90mmHg Obs 02:00hs PA = 130X90mmHg Obs 04:00hs PA = 130X90mmHg Obs 06:00hs PA = 130X90mmHg Obs 08:00hs PA = 130X90mmHg Obs 10:00hs PA = 130X90mmHg Obs 12:00hs PA = 130X90mmHg Obs 14:00hs PA = 130X90mmHg Obs 16:00hs PA = 130X90mmHg Obs 18:00hs PA = 130X90mmHg Obs 20:00hs PA = 130X90mmHg Obs 22:00hs PA = 130X90mmHg Obs 00:00hs PA = 130X90mmHg Obs 02:00hs PA = 130X90mmHg Obs 04:00hs PA = 130X90mmHg Obs 06:00hs PA = 130X90mmHg Obs 08:00hs PA = 130X90mmHg Obs 10:00hs PA = 130X90mmHg Obs 12:00hs PA = 130X90mmHg Obs 14:00hs PA = 130X90mmHg Obs 16:00hs PA = 130X90mmHg Obs 18:00hs PA = 130X90mmHg Obs 20:00hs PA = 130X90mmHg Obs 22:00hs PA = 130X90mmHg Obs 00:00hs PA = 130X90mmHg Obs 02:00hs PA = 130X90mmHg Obs 04:00hs PA = 130X90mmHg Obs 06:00hs PA = 130X90mmHg Obs 08:00hs PA = 130X90mmHg Obs 10:00hs PA = 130X90mmHg Obs 12:00hs PA = 130X90mmHg Obs 14:00hs PA = 130X90mmHg Obs 16:00hs PA = 130X90mmHg Obs 18:00hs PA = 130X90mmHg Obs 20:00hs PA = 130X90mmHg Obs 22:00hs PA = 130X90mmHg Obs 00:00hs PA = 130X90mmHg Obs 02:00hs PA = 130X90mmHg Obs 04:00hs PA = 130X90mmHg Obs 06:00hs PA = 130X90mmHg Obs 08:00hs PA = 130X90mmHg Obs 10:00hs PA = 130X90mmHg Obs 12:00hs PA = 130X90mmHg Obs 14:00hs PA = 130X90mmHg Obs 16:00hs PA = 130X90mmHg Obs 18:00hs PA = 130X90mmHg Obs 20:00hs PA = 130X90mmHg Obs 22:00hs PA = 130X90mmHg Obs 00:00hs PA = 130X90mmHg Obs 02:00hs PA = 130X90mmHg Obs 04:00hs PA = 130X90mmHg Obs 06:00hs PA = 130X90mmHg Obs 08:00hs PA = 130X90mmHg Obs 10:00hs PA = 130X90mmHg Obs 12:00hs PA = 130X90mmHg Obs 14:00hs PA = 130X90mmHg Obs 16:00hs PA = 130X90mmHg Obs 18:00hs PA = 130X90mmHg Obs 20:00hs PA = 130X90mmHg Obs 22:00hs PA = 130X90mmHg Obs 00:00hs PA = 130X90mmHg Obs 02:00hs PA = 130X90mmHg Obs 04:00hs PA = 130X90mmHg Obs 06:00hs PA = 130X90mmHg Obs 08:00hs PA = 130X90mmHg Obs 10:00hs PA = 130X90mmHg Obs 12:00hs PA = 130X90mmHg Obs 14:00hs PA = 130X90mmHg Obs 16:00hs PA = 130X90mmHg Obs 18:00hs PA = 130X90mmHg Obs 20:00hs PA = 130X90mmHg Obs 22:00hs PA = 130X90mmHg Obs 00:00hs PA = 130X90mmHg Obs 02:00hs PA = 130X90mmHg Obs 04:00hs PA = 130X90mmHg Obs 06:00hs PA = 130X90mmHg Obs 08:00hs PA = 130X90mmHg Obs 10:00hs PA = 130X90mmHg Obs 12:00hs PA = 130X90mmHg Obs 14:00hs PA = 130X90mmHg Obs 16:00hs PA = 130X90mmHg Obs 18:00hs PA = 130X90mmHg Obs 20:00hs PA = 130X90mmHg Obs 22:00hs PA = 130X90mmHg Obs 00:00hs PA = 130X90mmHg Obs 02:00

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664988

Vítima: JOAO BATISTA OLIVEIRA

Data do Acidente: 22/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO RODRIGUES BASTOS FILHO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOAO BATISTA OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

