

ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>Rafael Saraiva Sousa</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Operador de Manutenção</u>	Carteira de Identidade: <u>2004021095403</u>	
CPF nº: <u>025.123.123-21</u>	Residência: <u>Conjunto Varjota, S/Nº</u>		
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Araucária</u>	Estado/UF: <u>CE</u>	CEP: <u>62210-000</u>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURÃO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 103, Fátima I, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do(a) outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

CRATEÚS - CE., 31 de Julho de 2020.

x Rafael Saraiva Sousa
 (outorgante)



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranydosantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declarante: <u>Rafael Souza Silva</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>
Residência: <u>Conjunto Varigata S/Nº</u>		Profissão: <u>operador de máquina</u>
CPF nº: <u>025.123.123-21</u>	RG nº: <u>2004021095403</u>	Estado Civil: <u>solteiro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Amorinda</u>	Estado/UF: <u>CE</u>
CEP: <u>62210-000</u>	Telefone: _____	

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Crateús - CE, 31 de julho de 2020.

Rafael Souza Silva

Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
RAFAEL SARAIVA SOUSA

DOC. IDENTIDADE / CRO. EMISSOR UF
 2004021095403 SSP CE

CPF
 025.123.123-21 **DATA NASCIMENTO**
 16/01/1986

FILIAÇÃO
 JOAO DE DEUS PEREIRA
 DE SOUSA
 ALBERTISA SARAIVA DA
 SILVA SOUZA

PERMISSÃO **ACC** **CAT. HAB.**
 AB

Nº REGISTRO
 05147643824 **VALIDADE**
 14/10/2020 **1ª HABILITAÇÃO**
 02/02/2011

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO TITULAR
 RAFAEL SARAIVA SOUSA

LOCAL
 CRATEUS, CE **DATA EMISSÃO**
 22/10/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
 80545958775
 CE150194765

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1225944547

PROIBIR PLASTIFICAR
 1225944547



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declarante: <u>Royall Saraiva Souza</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>
Residência: <u>Conjunto Varista</u>		Profissão: <u>operador de Maquina</u>
CPF nº: <u>025.223.123-21</u>	RG nº: <u>2004021095403</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Amarinda</u>	Estado/UF: <u>Ce</u>
CEP: <u>62220-000</u>	Telefone:	

DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Crateús - Ce., 31 de Julho de 2020.

Royall Saraiva Souza
 (declarante)

Nº do Cliente: **6666486**

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

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

enel

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.106.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 054984943

Rota: AD008U01 - 45001
Nome: MARIA NATTIE BEZERRA DE SOUSA
Endereço: CJ VARJOTA, 00000, CENTRO, 62210-000, ARARÉNDIA

Referência: 03/2020

Classificação: Resid. Baixa Renda
Modalidade Tarifária: B1 RESIDENCIAL
Ligação: Monofásico

Emissão: 12/03/2020
Medidor: 2238893 - FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

Anterior	Atual	Próxima prevista
12/02/2020	12/03/2020	12/04/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FE	15.755	15.650	1.00	105	00	105	0,22357	23,65

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	21,88
PIS COMPL BX RENDA	0,29
COFINS COMPL BX RENDA	1,37
DESCONTO BAIXA RENDA	-25,91
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	25,91
JUROS MORATÓRIOS	0,50
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,18833
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,32357
CONSUMO DE 100 KWH ATE 220 KWH	0,48800

Tributo: Base (R\$): Aliquota (%): Valor (R\$):

ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	56,65	1,16	0,65
COFINS	56,65	5,30	3,00

VENCIMENTO: 20/03/2020

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica (%CO₂)

40,99 | 0,00 | 0

CPF/CNPJ: 054.067.593-88

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 13/02 - 12/03



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS
Impresso nº 2019719027

fls. 13



BOLETIM DE Ocorrência Nº 445 - 3340 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **09/10/2019 12:19:48**
Data / Hora da Ocorrência: **18/08/2019 17:40:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTR CE 189 - LOCALIDADE DE CAJA DOS QUADROS, ZONA RURAL - IPAPORANGA/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **RAFAEL SARAIVA SOUSA**
Nascimento: **16/01/1986** CPF: **025.123.123-21**
RG: **2004021095403** Orgão Emissor: **SSPCE** UF: **CE**
Filiação: **ALBETISA SARAIVA DA SILVA SOUSA**
JOAO DE DEUS PEREIRA DE SOUSA
Endereço: **RUA ARRUDA, 271** CEP:
Bairro: **CENTRO**
Município: **ARARENDA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99459-2692**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMX9626** Uf: **CE** Município: **ARARENDA** Chassi: **9C2KC1660FR042831** Renavam: **1046529916** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN EX** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **RAFAEL SARAIVA SOUSA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa a declarante que pilotava a MOTOCICLETA de PLACA: PMX9626, HONDA/CG 150 TITAN EX, na CE 189 - LOCALIDADE DE CAJA DOS QUADROS, IPAPORANGA/CE, a uma velocidade média de 80km/h e ao fazer uma conversão a direita, em uma curva um pouco acentuada, perdeu o controle da MOTOCICLETA supra e caiu ao solo; QUE foi socorrido por um popular de nome: ANTONIO EDIJAUMA LOPES SILVA, que trafegava na mesma via, e parou para prestar socorro; QUE foi para o hospital da localidade de ARARENDÁ e um dia após o acidente foi transferido para o HOSPITAL SÃO LUCAS, situado nesta urbe; QUE apresenta GUIA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR de nº 149888, relatando: "RELATO DE ACIDENTE DE MOTO, SOFREU TRAUMA EM PE ESQ E MÃO DIREITA"; QUE apresenta como testemunha do acidente supracitado a pessoa de nome: ANTONIO EDIJAUMA LOPES SILVA RG; 55.486.830-1 e CPF: 023.128.313-09, tendo sido testemunha ocular do acidente supracitado e afirmando ter prestado socorro a vítima e WELLYNGHTON ALVES DIAS, CPF: 055.905.013-50 E RG: 2007427592-0, que afirma ter presenciado o condutor e vítima caído solo após sofrer o acidente supracitado.

OBSERVAÇÃO: As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS
 Impresso nº 2019719027



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3340 / 2019

inteira responsabilidade do(a) noticiante, sendo a(o) mesmo(a) informado(a) que a comunicação de crime ou de contravenção não ocorrido ou fato inexistente, bem como imputar-lhe(s) a alguém, de que sabe ser inocente, é crime punível na forma da lei (Arts. 339 e 340, CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *✓* _____

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944

✓ Antonio Felipe da Silva

✓ Wellyghton Alves Dias.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 015038542941
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: CLAUDI OOD. RENAVAM: 1046529916 R.N.T.R.C.: 0000000000 EXERCÍCIO: 2019

RAFAEL SARAIVA SOUSA

ARARENDA/CE

CPF / CNPJ: 02512312321

PLACA: PMX9626

PLACA ANT. / UF: *****/CE

CHASSI: 9C2KC1660FR042831

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTIVEL: GASOL/ALCO

MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 TITAN EX

ANO FAB.: 2015 ANO MOD.: 2015

CAP / POT. / CIL: 2P/0CV/149CC

CATEGORIA: PARTIC

COR PREDOMINANTE: VERMELHA

IPVA: COTA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: 1º: 2º: 3º: FAIXA I.P.V.A.: PARCELAMENTO / COTAS: 1º: 2º: 3º:

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 80.11 IOF (R\$): 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$): 84.58 DATA DE PAGAMENTO: 05/09/2019

OBSERVAÇÕES

ARARENDA LOCAL

LOCAL

Igor Ponte
Secretário de Arrendamento



10/01/2020

EXPEDIDOR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 015038542941 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

02512312321

PMX9626

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

015038542941

56077036949

EXERCÍCIO: 2019

DATA EMISSÃO: 10/01/2020

VIA: 01 CPF / CNPJ: 02512312321

PLACA: PMX9626

RENAVAM: 1046529916

MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 TITAN EX

ANO FAB.: 2015

CAT. TARIF.: 09

CHASSI: 9C2KC1660FR042831

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): 36.05

DENATRAN (R\$): 4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$): 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$): 0.15

IOF (R\$): 0.32

PREMIO TOTAL (R\$): 84.58

PAGAMENTO: COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE PAGAMENTO: 05/09/2019

PROPRIETÁRIO: LOTE/DOCTO GILZADORA LILACRE DPVAT
MOTOR: KC16E6FU42831

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 26/10/2020 às 08:47, sob o número 005043354202008037. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 00504333-54.2020.8.06.0037 e código 7906FC6.

07:10

www.ararendade.gov.br

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

CNS: 404602692396120

Nº:

01

18/08/19

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Rafael Saraiva Sousa

Contato: ()

Est. Civil: _____ Sexo: M Data do Nasc. 16/04/86 Idade: 33a

Naturalidade: Ararendá Prof.: _____

Procedência: U

Residência: mestre prochado

Filiação: João de Deus Pereira de Sousa e Abaí

Cônjuge: Saraiva da Silva Sousa

2. QUEIXA PRINCIPAL:

3. HISTÓRIA ATUAL:

4. PESO _____ KG: _____ 5. P.A. e 6. TEMPERATURA: _____ DX: _____

7. EXAMES SOLICITADOS:

Dr. Júnior Fernandes
MÉDICO - CRM: 6029
PSF LSA / HMFML
Ararendá

X natie.
Ass. do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

DATA	PROCEDIMENTO	RUBRICA
18/08/19	Tremel 100g + 100g de su + 100g de su	07:30
	8/8L	15:30
	Pr per (E)	23:30
	Pr met (D)	07:30
	Profe mel 100g + 100g de su + 100g de su	18
	Dipirone 100g + 100g de su	12:18
	Dipirone 100g + 100g de su	00
	Obs: ver anexo	
	su + CME	
	As 18:00h - PA: 140/90 mmHg -	



A presente cópia fotostática confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.

Ararendá-CE, 18/08/2019

MANOEL CUSTINHO MOURÃO - Tabelado

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

ENFERMEIRA
COREN/CE: 458602

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 26/10/2020 às 08:47:59, sob o número 00504335420200060037. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050433-54.2020.8.06.0037 e código 7906FC6.



GOVERNO MUNICIPAL
ARARENDÁ
DE MÃOS DÁVILAS COM O Povo
WWW.ARARENDÁ.CE.GOV.BR

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARENDÁ

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ

FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em três vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2ª via ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem

RAIMUNDO ADRIANO MELO DA SILVA
Diretor Geral
Hosp. Mun. Francisco Mourão Lima
CPF: 053.835.587-00

Unidade de Origem: HMFUL

Distrito Sanitário: 15º

Município: Ararendá

Nome: Rafael Saraiva Sousa

Prontuário Nº _____

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 16/01/86 Ocupação: _____

Endereço: Monte Machado

Bairro: _____

Tel _____

Motivo do Encaminhamento:

Paciente vítima de acidente de moto (sic) apresentando
dobras extensas pelo corpo, edema e dor em MSD e MIB.

Resultado de Exames

Solicitado avaliação / consulta com traumatologista.

Consulta já Realizada.

Impressão Diagnóstica

Dr. Pedro Moacyr Bezerra

MÉDICO

CREMESP 17800

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Médico

Função

18.08.19

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____

Alta ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____

CID: _____

Secundário 1 _____

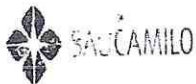
CID: _____

Secundário 2 _____

CID: _____

Proposta de Consulta para Seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

fls. 18
Impressão: 19/08/2019 10:54

Página 1

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 149888	Atendimento 0001	Nome do Paciente RAFAEL SARAIVA SOUSA	CNS 704602692596120	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 025.123.123-21			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 16/01/1986	Local ARARENDA/CE			Idade 33 Ano(s)
Pai JOAO DE DEUS PEREIRA DE SOUSA	Mãe ALBETISA SARAIVA DA SILVA SOUSA			
Endereço RUA PROFESSOR MESTRE MACHADO, SN	Bairro VARJOTA	CEP 62210-000	Município ARARENDA	UF CE
Profissão OPERADOR DE MAQUINA	Empresa	Cônjuge		Telefone 88 94423291
Responsável ALBETISA SARAIVA DA SILVA SO	CPF do Responsável	Endereço RUA PROFESSOR MESTRE MACHADO, SN	Município ARARENDA	UF

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 19/08/2019	Hora 10:01	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento FRANCISCO ELANILDO MARTINS			CRM/UF 6253/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente			Funcionário MARTA MOTA VENANCIO DO VALE	
Observação trouxo guia de referencia dia 19/08/2019				
Sala	Data/Hora Liberação 19/08/2019 10:54		Tipo de Saída Alta clínica	

Sinais Vitais

Peso (kg) 80,000	Altura (cm)	T (°C) 36	P (bpm) 73	R (mpm) 20	PA (mmHg) 153 X 109	Oximetria (%) 98	Glicemia (mg/dL)
---------------------	-------------	--------------	---------------	---------------	------------------------	---------------------	------------------

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 19/08/2019 09:50
Responsável pela Classificação: MARIA CARINA DANTAS
Relatório:
paciente vítima de acidente de moto (sci), apresentando escoriações em MMII, MMSS, com dor e edema em MSD na mão, e MSIE no pe.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

19/08/2019 10:54:15h Responsável: FRANCISCO ELANILDO MARTINS CRM-CE 6253

RELATO DE ACIDENTE DE MOTO

SOFREU TRAUMA EM PE ESQ E MAO DIREITA

RX DA MAO D AP/P
RX DO PE ESQ AP/P
RX DO PUNHO ESQ AP/P

Amplius da Jmcy

fratura mão (D)

semiluxação hallux (E)

Profundidade de lesão SF 92%

Dr. Elanildo Martins
CRM 6253
Médico

FRANCISCO ELANILDO MARTINS - CRM: 6253

Antônio Erismar Alves Siqueira
1075151-7E
Técnico em Enfermagem

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ALBETISA SARAIVA DA SILVA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 26/08/2020 às 08:47, sob o número 0050433-54.2020-8.06.0037 e código 7906EFC6. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050433-54.2020-8.06.0037 e código 7906EFC6.

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÁO CAMILO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 19

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HRSL

2 - CDES

241811073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRSL

4 - CDES

241811073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Rafael Darcina Dausa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

549888

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

16/01/1986

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Cibetira D. da Silva Dausa

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Praça mestre machado, SN - Varjota

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Araranda

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

CE 62210000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

haveria um pé ③ a luxação
de halux + fratura do punho/dito,
mão ②

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

pto sob anestesia

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

anestesia + exame físico + raio x do pé ③

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

luxação halux + fratura mão ② S929

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

014080002019

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

30241214123210

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Junior F. Fernandes

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/08/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Junior F. Fernandes
CRM 5029

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Dr. Carlos Roberto Marques

Médico Auditor CRM/DE 10242

Secretaria de Saúde

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS
RUA Ubaldino Souto Maior, 1052, CRATEUS/CE, CEP 63700-000

Resumo/Sumário de alta

Paciente: RAYANE SARAIVA SOUSA

Data de Nascimento: 10.01.1980

Idade: 40 Anos

Setor: CLÍNICA CIRURGICA

Profissional Resp.: JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Diagnóstico Principal: S93.3 Luxação de outras partes e das não especificadas do pé

Diagnóstico Secundário: S93.3 Luxação de outras partes e das não especificadas do pé

Data de Alta: 23/08/2019

Nome da Mãe: ALBETISA SARAIVA DA SILVA SOUSA

Convênio: SUS

Aposento: ENFERMARIA

Hora da Alta: 08:57

Prontuário: 149888

Data da Internação: 19/08/2019

Leito: 012 - 0001

CRM: 6945

Motivo da Internação:

LUXAÇÃO DO 1º PODODACTILO

Conduta / Tratamento Realizado:

REDUÇÃO CRUENTA COM FIXAÇÃO

Exames Realizados:

RX 1º PÉ

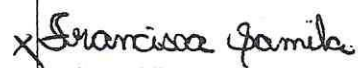
Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISÃO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

Jamil S. Jorquera
CRM 6945
Ort. Traumatologia

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945


Assinatura Paciente/Responsável

fls. 20
Impressão: 23/08/2019 08:57

Página: 1

0050433-54.2020.8.06.0037

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente
RAFAEL SARAIVA SOUSA
Data de Nascimento: 16/01/1986 Idade: 33 Ano(s)
Nome da Mãe: ALBETISA SARAIVA DA SILVA SOUSA
Aposentado: ENFERMARIA

Prontuário
149888/0001

Quarto Leito:
012/0001

6945

Dr. SALES JORQUEIRA

Sector
CLINICA CIRURGICA

Especialidade
CIRURGICA

Diagnóstico
S93.3 Luxação de outras partes e das não especificadas d S93.3 Luxação de outras partes e das não especificadas d

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 23/08/2019 09:26:38

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR POR MELHORA APOS REAVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA. ENTREGUE AVISO DE ALTA, RECEITAS E ATESTADO ORIENTADO QUANTO RETORNO. NORMOTENSO, NORMOCARDICO, ABFEBRIL, EUPNEICO, NORMOSATURANDO EM O2 AMBIENTE.

RESPONSÁVEL: MARIA SORAIA NEPOMUCENO BARBOSA - COREN-CE 1040498

Mª Soraia Nepomuceno Barbosa
Téc. de Enfermagem
COREN-CE: 1040498

Francisca Camila Saraiva Sousa

SINISTRO 3190604822 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RAFAEL SARAIVA SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA

LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO RAFAEL SARAIVA SOUSA

CPF/CNPJ: 02512312321

Posição em 26-10-2020 08:01:56

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) e registre uma solicitação para que possamos checar mais detalhes sobre seu caso. Em até 72 horas, entraremos em contato.

- Bem-vindo(a) ao atendimento da Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT. Em que posso ajudar?

- Bom dia senhor Rafael. Em que posso ajudar?

- SOBRE MEU PEDIDO
- DE INDENIZAÇÃO
- SINISTRO: 3190604822

- Por gentileza, para que eu possa pesquisar o seu processo, me informe inicialmente os seguintes dados: CPF do beneficiário, nome do beneficiário e nome da vítima.

- CPF: 02512312321
- nome vítima e beneficiario: RAFAEL SARAIVA SOUSA

- Agradeço pelas informações. Por favor, aguarde um momento enquanto faço a sua consulta.
- Obrigada por aguardar.
- Identifiquei o processo de Cobertura Invalidez.
Sinistro 3190604822.
Processo encontra-se cancelado.
- Vítima/proprietário Irregular.

Vencimento: 31/01/2019
Pagamento: 05/09/2019
Acidente: 18/08/2019

DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO
DO BILHETE DE SEGURO DPVAT

Para os devidos efeitos, declaramos que se encontra devidamente contabilizado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT do exercício de 2019 relativo ao veículo abaixo caracterizado:

BILHETE PAGO EM: 05/09/2019

DADOS DO BILHETE	
PLACA:	CE/PMX-9626
CHASSI Nº:	9C2KC1660FR042831
RENAVAM:	01046529916
CATEGORIA:	09
VALOR:	R\$ 84,58 (OITENTA E QUATRO REAIS E CINQUENTA E OITO CENTAVOS)

Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2020



Em caso de dúvidas, entre em contato com a Central de Atendimento, das 8h às 20h: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões).