

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Heriberto Alves dos Santos</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>autônomo</u>	Nacionalidade: <u>brasileiro</u>
RG: <u>5530441</u>	CPF: <u>247.498.313-00</u>	
Endereço: <u>Rua: Francisco de Assis da Silva 191</u>		
Cidade: <u>Fortaleza-Ce</u>	CEP: <u>60.813-650</u>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, CEP: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada sua bastante procuradora, 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 FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse e 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, junta e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiência e perícias médicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 15 de junho de 2019.

Heriberto Alves dos Santos
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Heriberto Alves dos Santos, residente e
domiciliado na Rua Francisco de Assis da Silva 191
bairro: -, na cidade de Fortaleza, portador(a) do
RG nº 5530441, inscrito(a) no CPF nº 847.498.393-00
estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu
próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que
declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que
assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com
esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 15 de fevereiro de 20 19.

x Heriberto Alves dos Santos
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a)
Sr(a) Heriberto Alves dos Santos Declara para os
devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA
DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais
precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs
nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos
fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal)
pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança
de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude
sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE
Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 15 de junho 2019

Heriberto Alves dos Santos

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 201824026

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4188 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/09/2018 12:48:37**
Data / Hora da Ocorrência: **13/05/2018 20:50:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA , 190**
Complemento: **SAO BENTO**
Bairro: **MESSEJANA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX A IGREJA UNIVERSAL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **HERIBERTO ALVES DOS SANTOS**
Nascimento: **02/01/1962** CPF: **247.498.343-00** UF: **CE**
CTPS: **5530441** Orgão Emissor: **MT**
Filiação: **EDNA ANTUNES DOS SANTOS**
SEVERINO ALVES DOS SANTOS
Endereço: **RUA FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA, 191 CASA-A-**
Bairro: **SRA. JOVELINA**
PAUPINA
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.873-650**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98767-3812**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCD8965** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC4110BR502772** Renavam: **340175400** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **FRANCISCO ALEXANDRE VIEIRA DO NASCIMENTO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OCD-8965-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA E AO PASSAR DENTRO DE UM BURACO NA VIA, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E ACONTECEU A QUEDA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO GENRO, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NA UPA DO EUSÉBIO E LOGO DEPOIS FOI TER ATENDIMENTO TAMBÉM NO FROTINHA DE MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.///
OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Heriberto Alves dos Santos



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 201824026

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4188 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9



RECEBEMOS

05 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
HERIBERTO ALVES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
5530441 CTPS CE

CNP
247.498.343-00 DATA NASCIMENTO
02/01/1962

FILIAÇÃO
SEVERINO ALVES DOS SANTOS
EDNA ANTUNES DOS SANTOS

PERMISSÃO
ACC CALHAB
AD

Nº BRASILEIRO
02172396275 VALIDADE
03/03/2020 1ª HABILITAÇÃO
23/04/1982

CONSERVAÇÃO
A :
EXERCE ATIV REMUNERADA;

ASSINATURA DO PORTADOR
Heriberto Alves dos Santos

LOCAL
FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO
05/03/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
Mar Vasc... 2/19
77559937558
CE141383968

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1084439914

PROIBIDO PLASTIFICAR
1084439914

RECEBEMOS
05 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Nº DO CLIENTE
4922585-5
Para apagar seu endimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 80135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.106.648-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 521754210
Rota 12 01220 20 307000 - 8 **Data de Emissão** 17/04/2018
Nome JUVENILDA VIEIRA DE LIMA
End. Postal RU FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA 00191 FD
PAUPINA - FORTALEZA - 60873650
Medidor 2550734 **Posto** 1000 R99E
Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 052256873-42 **CGF**
Nome do Responsável

DATAS
Mês de Referência: **ABR/2018**
Data da Apresentação: **17/04/2018**
Previsão Próxima Leitura: **17/05/2018**

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto: **Fev/2018**
Mês: **DICRI = 0,00 P**

ICMS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO					
Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Padrão Individual			Apuração Individual		
			Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
ISENTO			DIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
			FIC	0,00			0,00	
			DMIC					

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
1636.0433.4007.0022.6766.5630.801F.6E8

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Período	Let. Anterior	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Est.	Tarifa (R\$500Wh)	Valor (R\$) 2
17/04/18	16/03/18	32 DIAS		30		15,12

VALOR DO CONSUMO DO MÊS		VALOR (R\$) 12
CORRECAO MONETARIA DO MÊS		1,80
JUROS DO MÊS		3,15
TAXA DE RELIGACAO DE URGENCIA		37,26

20/05/2018
VENCIMENTO

57,33
TOTAL A PAGAR (R\$)

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)													
Transmissão	4,73	19	20	0	0	0	0	0	0	0	23	19	29	24	27
Distribuição	1,66	MED Abr Mar Fev Jan Dez Nov Out Set Ago Jul Jun Mai													
Encargos Setoriais	0,90														
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	0,90														
TOTAL	15,12														

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compendio de emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)

PARA CANCELAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUINDO O DÍGITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde, Gov. Federal

4922585-5
17/04/2018

57,33
57,33

RECEBEMOS
05 OUT 2018
Maria Gecineide F. N
Corretora de Seguros
CNPJ:21.487.736/0001



Prefeitura de
Fortaleza
Coord. de Enfermagem
HDEBO/COREN/CE-052571

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

fls. 22

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE HERIBERTO ALVES DOS SANTOS		Nº DO PRONTUÁRIO 5107991		Nº DO BE 7677	
CÁDUS		NASCIMENTO 02/01/1962(56 ANOS)		SEXO M	
NOME MAE EDNA ANTUNES DOS SANTOS		NOME RESPONSÁVEL NI		RACIA ARD	
ENDEREÇO RUA FRANCISCO DE ASSIS 191 JANGURUSSU		MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE	
CONTATO (85) 98767-3812		CEP 60.870-685			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/CAUSAS DO ACIDENTE					
OCORRÊNCIA					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
QUEIXA CLIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO ONDE SE FERIO. ENCONTRA-SE COM DOR NO OMBRO E OI ENCAMINHADO DA UPA DO EUZÉBIO. NEGA DM E RELATA QUE É HIPERTENSO E NÃO FAZ TRATAMENTO. APRESENTANDO ESCORIAÇÕES.				MOTIVO AValiação TRAUMATOLOGICA	
SINTOMAS DOR EM CLAVÍCULA E MMIL.				ESCALA DE DOR 5 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS					
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SAT O2 NI%	
TEMPERATURA NI °C		ALERGIAS NEGA		PULSO NI	
CLASSIFICAÇÃO		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA CELIA DO NASCIMENTO			
ÁREA ATENDIMENTO					
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA					
ATENDIMENTO MÉDICO					
ANAMNESE <i>Tremer durante o acidente pe durante o acidente Oito feridas Retornes 8 dias</i>					
DIAGNÓSTICO					
SADT SOLICITADO: ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIOS-X 30320927 ☐ OUTROS					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
MÉDICAMENTO profena 1 supm 24/15		APRAZAMENTO Dr. Miguel Ricardo B. Moraes Traumatologista CRM - CE 4299		OBSERVAÇÃO	
TIPO DE ALTA/SAÍDA					
☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS					
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESP	

Impresso por MARIA CELIA DO NASCIMENTO em 13/05/2018 23:50:58

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Penal.

CONFERE COM ORIGINAL
06/07/18
80670

04.885.197/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578
Messejana - CEP 60.864-810

Fortaleza

Ceará

Heriberto Alves dos Santos
HERIBERTO ALVES DOS SANTOS

RECEBEMOS

05 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/01/2019 às 11:22, sob o número 01027195420198060001, sob o número 01027195420198060001 e código 4298831. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 01027195420198060001 e código 4298831.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DISTITAL COMISSÃO BARRIO DE OURENA



REGISTRO EMERGÊNCIA

5107 991

MATRÍCULA NO HOSPITAL

PACIENTE: Heriberto Alves dos Santos

DATA OPERAÇÃO: 15/05/18 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

Dr. Valterino 1º AUXILIAR: Dr. Wendel Mendes

2º AUXILIAR: _____ 3º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____

ANESTESISTA: _____ TIPO DE ANESTESIA: _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Luxação acromioclavicular à E

TIPO DE OPERAÇÃO: Fixação cirúrgica de LAC II

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: e mesmo.

RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA: _____

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: _____

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: _____

CONFERE COM ORIGINAL
06/07/18
[Assinatura]

RECEBEMOS
05 OUT 2018
Maria Gusmeide F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ 21.487.736/0001-1
04.935.197/0012-95
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. José Maria Tomaz Coelho, 1578
Maceió - CEP 55.064-840

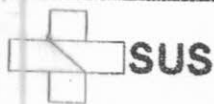
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCNICAS DE LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS

- 1) Pct em DV (^{mediana} mns de pava) + bloques pleu + nódulos
- 2) W + D + CA
- 3) Incisão no nível da art. axilar clavicul. +
disseção por planos + fixação da art. axilar clavicul.
c/ O2 em K 2.0.
- 4) Transfereência de lig. coracoacromial p/
clavicular por túnel
- 5) Sutura por planos + Rx de controle + dorsofixa

Dr. Wendel Alcântara Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 14753/TEOT: 16025

Gráf.HDEBO-SAME-Desc. Oper.-003



Ministério
da
Saúde

Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

6 - Nº PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masculino ☒ 1

Feminino ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

RECEBEMOS
05 OUT 2019

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CDBR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

☐ CNS ☐ CPF

46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

47 - DATA DO DOCUMENTO

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

HOSPITAL DISTRITAL EDILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tormaz Coelho, 1578
Mossoró - CEP: 60.864-810

Gráf. HDEBO-SAME-AIH-005

Fortaleza

Geos

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/01/2019 às 11:22, sob o número 01027195420198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0102719-54.2019.8.06.0001 e código 429B831.



Prefeitura de
Fortaleza
Coord. de Enfermagem
HDEBO/COREN/CE-052571

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

fls. 25

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE HERIBERTO ALVES DOS SANTOS		Nº DO PRONTUÁRIO 5107991		Nº DO BE 7677	
CADSUS		NASCIMENTO 02/01/1962(56 ANOS)		SEXO M	
NOME MAE EDNA ANTUNES DOS SANTOS		NOME RESPONSÁVEL NI		RACIA COR ARD	
ENDEREÇO RUA FRANCISCO DE ASSIS 191 JANGURUSSU		MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE	
CONTATO (85) 98767-3812		CEP 60.870-685			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE					
OCORRÊNCIA					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
QUEIXA CLIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO ONDE SE FERIU. ENCONTRA-SE COM DOR NO OMBRO E OI ENCAMINHADO DA UPA DO EUZÉBIO. NEGA DM E RELATA QUE É HIPERTENSO E NÃO FAZ TRATAMENTO. APRESENTANDO ESCORIAÇÕES.				MOTIVO AValiação TRAUMATOLOGICA	
SINTOMAS DOR EM CLAVÍCULA E MMIL.				ESCALA DE DOR 5 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS					
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SAT O2 NI%	
TEMPERATURA NI °C		ALERGIAS NEGA		PULSO NI	
CLASSIFICAÇÃO		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA CELIA DO NASCIMENTO			
ÁREA DE ATENDIMENTO 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA					
ATENDIMENTO MÉDICO					
ANAMNESE <i>Trauma clavícula SP e p pe clavícula SP e p Oito feridas Retornes 8 dias</i>					
DIAGNÓSTICO					
SOLICITAÇÃO () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIOS-X 30399227 () OUTROS					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
MÉDICAMENTO profena 1 supin 24/15				APRAZAMENTO Dr. Miguel Ricardo B. Moraes Traumatologista CRM - CE 4299	
OBSERVAÇÃO <i>227</i>					
TIPO DE ALTA/SAÍDA					
ALTA/SAÍDA () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS					
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO					

Impresso por MARIA CELIA DO NASCIMENTO em 13/05/2018 23:50:58

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

CONFERE COM ORIGINAL
06/07/18
[assinatura]

04.685.197/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578
Messejana - CEP: 60.864-810

Fortaleza

Ceará

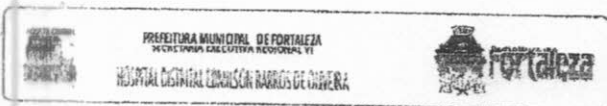
[assinatura]
HERIBERTO ALVES DOS SANTOS

RECEBEMOS

05 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-04

Este documento é cópia do original - assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/01/2019 às 11:22, sob o número 01027195420198060001 e código 4298831. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 01027195420198060001 e código 4298831.



REGISTRO EMERGÊNCIA
5107991

MATRÍCULA NO HOSPITAL

PACIENTE: Heriberto Alves dos Santos		
DATA OPERAÇÃO: 15/05/18	ENFERMARIA:	LEITO:
Dr. Valterius		1º AUXILIAR: Dr. Wendel Alcantara Mendes
2º AUXILIAR:	3º AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA:		TIPO DE ANESTESIA:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Luxação acromioclavicular à E		
TIPO DE OPERAÇÃO: Exo cirurgia de laca II		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: e mesmo.		
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA:		
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÊC LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS

- 1) Ref em D7 (mão de prava) + bloques plevo + sutura
- 2) LA + CA + CA
- 3) Fixação do nível da art acromioclavicular +
divulsa por planos + fixação da art acromioclavicular
com 02 fios K 2.0.
- 4) Transferência de lig coracoacromial p/
clavicular por túnel.
- 5) Sutura por planos e Rx de controle e drenagem

Dr. Wendel Alcantara Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 14753/TEOT: 16025

Gráf.HDEBO-SAME-Desc.Oper.-003

05 OUT 2018

Maria Gecineide F. N.
Corretora de Seguros
CNPJ: 21.487.736/000



Ministério
da
Saúde

Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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 - Nº PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino ☒ 1

Feminino ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD - 11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNIC

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 DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CDBR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

☐ CNS

☐ CPF

46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

47 - DATA DO DOCUMENTO

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

RECEBEMOS
05 OUT 2018

Maria Geacineide F. Nobre
Camara de Seguros E
CNPJ: 27.411.005

Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578
Macejens - CEP: 60.884-810

Gráf. HDEBO



UPA Eusébio



UPA EUSEBIO

Endereço: RUA IRMÃ AMBROSINA, 257, EUSEBIO, CEARA - CE, 61760000

Tel: 32605303

CNES: 7103255

Paciente HERIBERTO ALVES DOS SANTOS	BAE 59820	Data/Hora Entrada 13/05/2018 21:44:15	Data Baixa
Data de nascimento 02/01/1962	Idade 56	Sexo Masculino	CNS 701208018681318
Mãe EDNA ANTUNES DOS SANTOS	Telefone de Contato (85) 987673812		Prontuário 34734
Endereço FRANCISCO DE ASSIS, 191	Bairro CENTRO	Município EUSÉBIO	UF CE
Acidente	Motivo	Profissional ALINE VERAS CARNEIRO	Nº Cons. Regional 15316/CE
Data/Hora Classificação 13/05/2018 21:55:16	Data/Hora Prescrição 13/05/2018 22:04:53		
Convênio SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, HÁ CERCA DE 40 MIN, APRESENTANDO DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM OMBRO E E DOR EM PÉ E. INFORMA INGESTA ALCOOLICA, NEGA COMORBIDADES OU ALERGIAS.

Exame Físico

SINAL DA DRAGONA À ESQUERDA.

EXAME DE IMAGEM

RAIO X TORAX (PA) 1 INCIDENCIA

RAIO X ABDOMEN

MEDICAMENTO

DICLOFENACO DE SODIO 75 MG/ML, ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA INTRAMUSCULAR, IMEDIATO, (OBSERVAÇÕES: RX)

CID10

Código	Descrição
M25.5	Dor articular

Conduta

Em observação

HERIBERTO ALVES DOS SANTOS

Aline Veras Carneiro
Médica
CREMEC 15316

ALINE VERAS CARNEIRO
(: 15316/CE)

RECEBEMOS
05 OUT 2018

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-06

UPA - SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 21/08/18

SINISTRO 3180470472 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA HERIBERTO ALVES DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE COR. SEGUROS EIRELI

BENEFICIÁRIO HERIBERTO ALVES DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 24749834300

Posição em 14-01-2019 11:43:32

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
22/10/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50