



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <i>Wilton Amorim de Sousa</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: <i>casado</i>	Profissão: <i>motorista</i>	Carteira de Identidade: <i>2005010159209</i>	
CPF n°: <i>061.259.913-26</i>	Residência: <i>Rua VL STA Rita, 200</i>		
Bairro: <i>Bom Jardim</i>	Cidade: <i>Fortaleza</i>	Estado: CE	CEP: <i>60540-051</i>

OUTORGADA:

NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club – Fortaleza – CEP 60.440-160.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicia 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, 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 outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 23 de maio de 2017.

Wilton Amorim de Sousa
outorgante



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Wilton Amorim de Sousa, brasileiro(a),
casado, _____, portador da Carteira de Identidade/RG nº
205010159209-SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 061.259.913-26
 residente e domiciliado na cidade de Fortaleza, estado de
 Ceará, na Rua VL STA Rita, 200, nº 200,
Bom Jardim, 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.

Fortaleza (CE), 23 de maio de 2017.

Wilton Amorim de Sousa
 Declarante



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o Sr(a) Wilton Amorim de Sousa,
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 propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora
do consorcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora
representados.

Igualmente, DECLARA, ainda, estar ciente de sua Responsabilidade (civil e criminal),
pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo Judicial de
Cobrança de seguroDPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de
alterar a litude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a **Dra. NAJMA MARIA
SAID SILVA, OAB/CE Nº 28.394**, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza (CE), 23 de maio de 20 17.

Wilton Amorim de Sousa

Declarante.

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO

Eu, Wilton Amorim de Sousa,
 Brasileiro(a), Casado, portador da cédula de Identidade Nº
2005010159209 E CPF Nº 061.255.913-26,
 capaz, nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
VL STA Rita, 200, Bom Jardim

na Cidade de Fortaleza, Estado Ceará, CEP
60540-051, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais
 declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora
 conveniada DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de
 invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza, 23, de maio, de 2017.

Wilton Amorim de Sousa

DECLARANTE



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>Wilton Amorim de Sousa</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>VL STA Rita</u>		Profissão: <u>motorista</u>
CPF nº:RGn: <u>061.259.913-26 RG. 2005010159209</u>		Estado Civil: <u>Casado</u>
Bairro: <u>Bom Jardim</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: CE
CEP: <u>00540-051</u>	Telefone: <u>985330730 - 988705669</u>	

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o (a) acima qualificado (a) DECLARO(A), sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente:

Fortaleza-CE, 23 de maio de 2017

Wilton Amorim de Sousa

Assinatura

Lei Nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983

O PRESIDENTE DA REPUBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, hominímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único – O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em Processo Penal.

Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na Legislação aplicável.

Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.

Brasília, e, 29 de Agosto de 1983: 162º da Independência e 95º da República.

João Figueiredo / Ibrahim Arbi-Ackel / Hélio Beltrão

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Vitor Amorim de Sousa



Polegar Direito



VALIA EM TODO TERMINO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL 2005010159209 DATA DE EXPIRAÇÃO 07/03/2012

VITOR AMORIM DE SOUSA
EXIMILDO URSULINO DE SOUSA
SONIA MARIA DE AMORIM
FORTALEZA - CE

307 05/1993

CEP: NASCIMENTO - CARTÃO: ANT. DEFEITA TERMO: 165809 FOLHA: 287
LIVRO: A-141 FORTALEZA - CE
CPF: 061.259.913-26

2 VIA *Amorim* *Souza* P.: 1

Assinatura do titular

Coelce
agora é enel

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 479149134

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002Esta é a segunda via de
MAI/2017Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

1436913

DV 3

VENCIMENTO

10/07/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

162,28

DADOS DO CLIENTE

Rota 18 01250 22 048600

Medidor

Poste

Nome SONIA MARIA DE AMORIM

7028864

0277 582W

Endereço Postal

End. da Unidade VL STA RITA 00200 BOM JARDIM FORTALEZA 60000000
Consumidora

RG / CPF / CNPJ 832.430.543-20

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☐ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

30083

29885

1

198

0

198

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)ENERGIA
CONSUMO

198

0,74447

147,40

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leitura

26/05/2017

26/06/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

11E4.595B.122F.CD69.BBF7.41B8.72F7.27A8

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
147,40	27%	39,79

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	49,20
TRANSMISSÃO	4,92
DISTRIBUIÇÃO	33,42
ENCARGOS SETORIAIS	11,56
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	48,30

OUTROS PAGAMENTOS

DEV. IMPORTE FAT. A MAIOR S/ICMS

-3,00

DEV. DE ICMS COBRADO A MAIOR

-1,11

JUROS DO MES

1,72

DOACAO SANTA CASA FORT - TEL-85-3392-0301

2,00

MULTA MORATORIA

3,57

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP

11,70

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 8,93)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

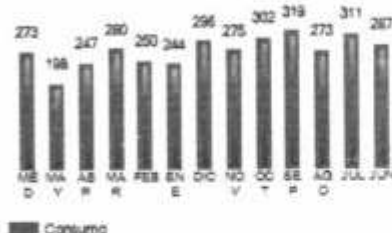
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 62,78

Conjunto JUREMA

Mês MAR/ 2017

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	0,63	1,01	0,00
FIC (un)	3,17	6,35	12,70	1,00	2,00	0,00
DMIC (h)	2,77			0,63		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

1436913-3

N° da Nota Fiscal: 479149134

Total a Pagar (R\$): 162,28

Data de Emissão:

30/05/2017

Referência: MAI/2017

N° de Controle: 0001436913 00513 4362 2 80

83880000001-1 62280031000-3 00014369130-9 05134362249-6

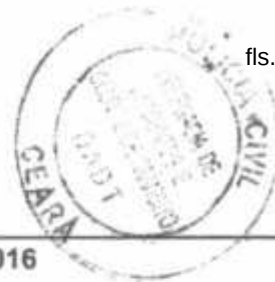


**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



fls. 22

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3909 / 2016**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **12/05/2016 17:26:44**Data / Hora da Ocorrência: **03/03/2016 17:19:00**Endereço da Ocorrência: **RUA URUCUTUBA**

Complemento:

Bairro: **BOM JARDIM**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **PROX. AO CEMITERIO****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **VICTOR AMORIM DE SOUSA**Nascimento: **30/05/1993** CPF:RG: **2005010159209**Orgão Emissor: **SSPDS**

UF:

Filiação: **SONIA MARIA DE AMORIM****RAIMUNDO URSULINO DE SOUSA**Endereço: **RUA SANTA RITA, 200 CASA**Bairro: **GRANJA LISBOA**CEP: **60.540-051**Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **98533-0730****Noticiante(s)**Nome: **SONIA MARIA DE AMORIM**Nascimento: **24/06/1970** CPF:RG: **97012012761**Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **ANTONIA BATISTA LIMA DE AMORIM****JOSE VEIMAR MOREIRA DE AMORIM**Endereço: **RUA SANTA RITA, 200**Bairro: **GRANJA LISBOA**CEP: **60.540-051**Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **98870-5669****Histórico**

AFIRMA A NOTICIANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE O SEU FILHO VICTOR AMORIM DE SOUSA(VITIMA)ERA O GARUPEIRO NA MOTO, QUE QUEM PILOTAVA A MOTOCICLETA ERA BRUNO AMORIM DE SOUSA, HABILITADO CNH 05562130461,DETRAN CEARÁ, CATEGORIA "AB",DA MARCA HONDA CG 150 TITAN KS, PLACA HYS1749/CE, COR AZUL,ANO 2005/2006 E LICENCIADO EM NOME DE THEAGO ROCHA CORREIA. QUE TRAFEGAVA PELA RUA URUCUTUBA QUANDO REPENTINAMENTE UM VEICULO QUE NÃO SABE INFORMAR A PLACA, QUE SEGUIA NO MESMO SENTIDO DA VIA,REALIZOU UM RETORNO E COLIDIU NA MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA.QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO.QUE A VÍTIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADO. QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O FROTINHA DE PARANGABA. QUE A VITIMA ENCONTRA-SE IMPOSSIBILITADO DE COMPARECER A ESTA ESPECIALIZADA. E NADA MAIS DISSE.//

OBS: - FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART.340 DO CPB;
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

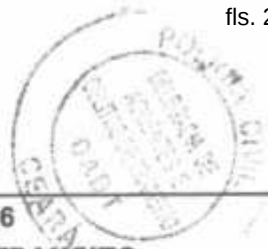
Sônia Maria de Amorim

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE Ocorrência N° 301 - 3909 / 2016****DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***+ Sônia Maria de Amorim***VISTO DO DELEGADO(A) :****CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5**



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 6022 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
 Data / Hora da Comunicação: **08/08/2016 16:04:31**
 Data / Hora da Ocorrência: **03/03/2016 17:19:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA URUCUTUBA**
 Complemento:
 Bairro: **BOM JARDIM** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência: **PROX. AO CEMITERIO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **VICTOR AMORIM DE SOUSA**
 Nascimento: **30/05/1993** CPF:
 RG: **2005010159209** Orgão Emissor: **SSPDS** UF:
 Filiação: **SONIA MARIA DE AMORIM**
RAIMUNDO URSULINO DE SOUSA
 Endereço: **RUA SANTA RITA, 200 CASA**
 Bairro: **GRANJA LISBOA** CEP: **60.540-051**
 Município: **FORTALEZA/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **98533-0730**

Noticiante(s)

Nome: **SONIA MARIA DE AMORIM**
 Nascimento: **24/06/1970** CPF:
 RG: **97012012761** Orgão Emissor: **SSP** UF:
 Filiação: **ANTONIA BATISTA LIMA DE AMORIM**
JOSE VEIMAR MOREIRA DE AMORIM
 Endereço: **RUA SANTA RITA, 200**
 Bairro: **GRANJA LISBOA** CEP: **60.540-051**
 Município: **FORTALEZA/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **98870-5669**

Histórico

QUE A NOTICIANTE COMPARECEU A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE
 RETIFICAR O B.O.No.301-3909/2016,QUE A MOTOCICLETA ENVOLVIDA NO
 SINISTRO ESTAVA LICENCIADA EM NOME DE THAYNARA PEREIRA DIAS.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 :

ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Sônia Maria de Amorim

VISTO DO DELEGADO(A) :

CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, e em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, requerimento nº 1096/2016, da Sra. **Sonia Maria de Amorim**, que consta em nossos registros, atendimento ao Sr. **Victor Amorim de Sousa**, no dia **03/03/2016**, às **17hs:19min**, na **Rua Urucutuba, Bairro Bom Jardim**, vítima de acidente de trânsito. Paciente atendido no local e removido para o **Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira**.

Fortaleza, 08 de abril de 2016.

Atenciosamente,

Alexandre Magno Balthazar
Núcleo de Informática SAMU 192 Regional Fortaleza

Marcia Rebouças
Assist. da Gerência SAMU 192 Regional Fortaleza



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA—SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
HDMJB — PROTINHA DE PARANGABA

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da Faculdade que lhe é conferida por Lei que o Sr. Victor Amorim de Sousa, esteve internado nesta Unidade Hospitalar no período de 03.03.16 à 15.03.16, sob registro de nº 215089, com diagnóstico de fratura exposta da fíbula direita ,sendo realizado tratamento cirúrgico.

Fortaleza, 21 de Março de 2016

Atenciosamente,

Dr. João Francisco B. L. S. Morano
Diretor Médico HDMJB
CRM-3631

**Prefeitura de
Fortaleza**

PRÉFETURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE VICTOR AMORIM DE SOUSA		DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 215089	Nº DO BE 45368
SEXO M		RAÇA/COR PARDOS			
NASCIMENTO 30/05/1993(22 ANOS)		MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE	
NOME MÃE SONIA MARIA DE AMORIM		NOME RESPONSÁVEL NI			
ENDEREÇO SUA RITA 200 BOM JARDIM		Cidade Fortaleza		CEP NI	
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE E ADOÇÃO DO ACIDENTE		OCORRÊNCIA			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
CLASSE SAMU 77 .COLISÃO CARRO/ MOTO. COM LACERAÇÃO E ABRASÃO EM MID.			AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA		
ESCALA DE DOR 95 (ADULTO)					
SINAIS VITAIS					
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O ₂ NI%	PULSO NI	TEMPERATURA NI °C	
RESPONSAVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ISMENIA LOPES PEREIRA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 03/03/2016 18:17:11			
TIPO DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA					
DIAGNÓSTICO MÉDICO					
<i>Acidente no trânsito com trauma por queda de um carro + soco - fêmur p direito e fratura do fêmur p esquerdo</i>					
EXAMES					
() HC () S () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS					
MEDICAMENTO		PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAXAMENTO	
<i>Asal</i>		<i>p/ Asal</i>		<i>Asal</i>	
OBSERVAÇÕES					
<i>HOSPITAL DISTRICTAL DR JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA</i>					
<i>ATESTADO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL</i>					
<i>3033</i>					
FUNCIONÁRIO - MATRÍCULA					
TIPO DE ALTA/BAIXA					
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS					
DESTINO DO CORPO: () FAMILIAR () IMPLANT. PATOL					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO					
CARTELA E ABERTURA DO MÉDICO ESPECIALISTA					

impresso por SMENIA LOPES PEREIRA em 03/03/2016 às 18:17:16

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.

VÍCTOR AMORIM DE SOUSA

SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
 PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
 PRONTO-SOLAR DE FORTALEZA
 AV. Getúlio de Faria nº 1127 - Península - CEP 61.030-000
 Fortaleza - Ceará
 Telefone: (85) 343-7332

CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CORIFOR - SUS - PMS
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

215089

Nº da AIH:

2316100375590

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-6

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Vitor Amari da Silva

ENDEREÇO DO PACIENTE

Santa Rita Nº 200

BAIRRO

Zona Lúdica

MUNICÍPIO

Fortaleza

UF

CE

DATA DO NASCIMENTO

30/05/95

SEXO

1. ☐ MASC3. ☐ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURADO4. ☐ CONJUGE6. ☐ FILHO8. ☐ OUTRO DE

NOME DA MÃE

Sônia da Silva

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

75439060774

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Paulo Elvel Frota Pontes
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMEC 9314 SBOT 11263

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

Dr. João Francisco B. L. T. Morais
 Diretor Médico ADM 180
 CRM 8631

INT. PROCEDIMENTO SOLICITADO

Nº 12

DATA DA EMISSÃO

02/10/16

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trauma torácico

do tórax + pulmão - torácico

Fratura de torácico

DIAGNÓSTICO QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Raio X de tórax

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

3033

FUNCIONÁRIO - MATRÍCULA

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura exposta de torácico

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA2. ☐ OBSTÉTRICA3. ☐ CLÍNICA MÉDICA4. ☐ TISIOPEUMOL5. ☐ PSIQUIÁTRICA6. ☐ PEDIÁTRICA9. ☐ OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

Paulo Elvel Frota Pontes
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMEC 9314 SBOT 11263



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PRÉSTIO DA INTERNAÇÃO DE PORTALIZADA - RESERVA DE INTERNAÇÃO
PROTEÇÃO DE PORTALIZADA
AV. Odeir de Fátima nº 1127 - Paraguruá - CEP 81.730-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3131-7222

CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CORFON - SUS - PNF
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

215089

Nº da AIH:

2316100452523

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Vicente Amorim de Souza

ENDEREÇO DO PACIENTE

Santa Rita Nº 200

BAIRRO

Paraguruá

MUNICÍPIO

Fortaleza

UF

CE

CEP

DATA DO NASCIMENTO

22/05/93

SEXO

1. ☐ MASC

3. ☐ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURO

4. ☐ CONJUGE

6. ☐ FILHO

8. ☐ OUTRO DEP.

ME DA MÃE

Sônia M. Amorim

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

756858963-87

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

Dr. João Francisco B. L. T. Morano
Diretor Médico HDJ JBO
CRM 8631

C. INT.

532.4

PROCEDIMENTO SOLICITADO

3401160

DATA DA EMISSÃO

1 1

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trat. crônico por fratura ungueal
fratura de

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Neeridade crônica

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Qe + 74

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

3033
FUNCIONÁRIO - MATRÍCULA

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura Moleto lateral
direita

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA

3. ☐ CLÍNICA MÉDICA

5. ☐ PSIQUIÁTRICA

9. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA

4. ☐ TISIOPEUMOL

6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Trat. crônico por fratura ungueal

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

08/05/16

HORA

Paulo César Soares Machado
Médico - Ortopedista
CRM 4977



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA—SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ SARROSO DE OLIVEIRA
PROTEÇÃO DE PARANGABA
AV. Odeir de Faria nº 1137—Parangaba—CEP 40.725-000 Fortaleza—CE
Telefone (85) 3331-7323—Fax: 3331-7319

FOLHA DE ANESTESIA

Nome: Letícia Amorim de Sousa
Enfermaria: A Leito: 103

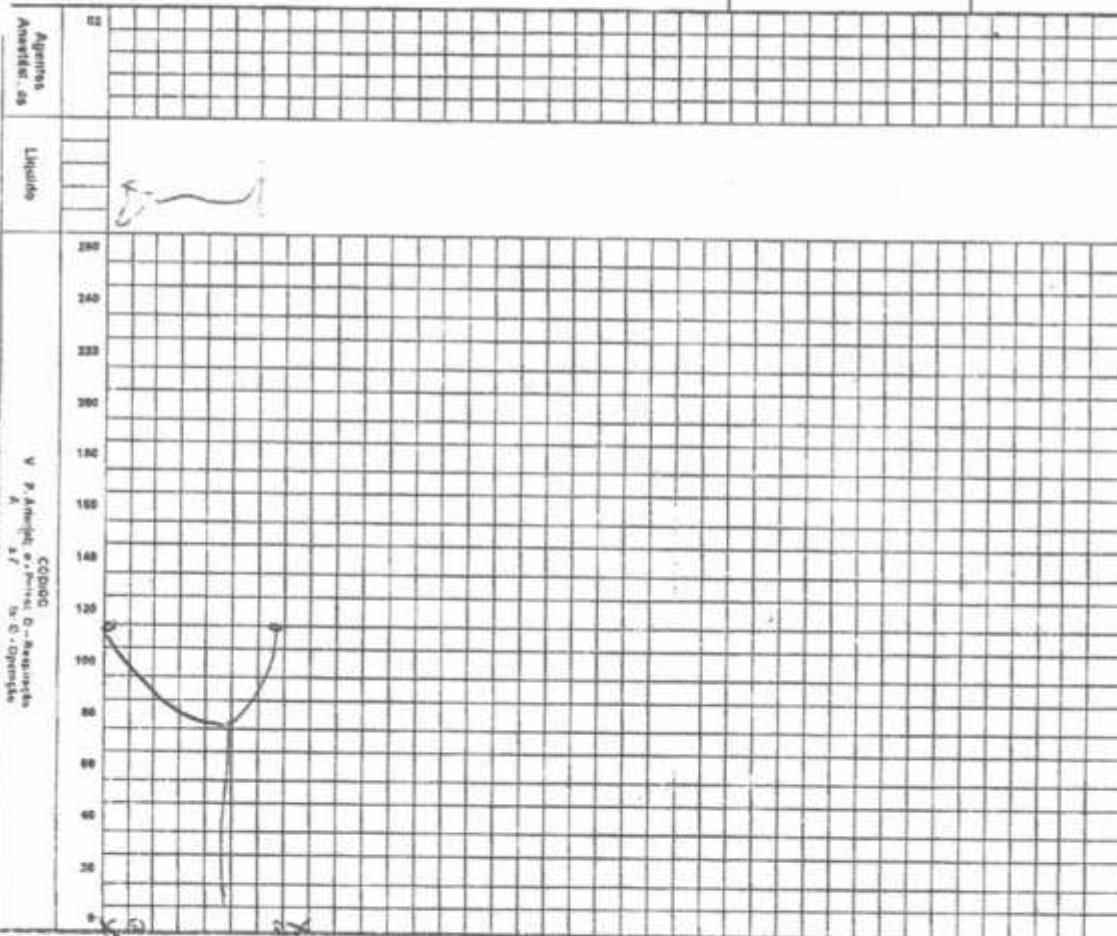
Prontuário Nº.: 215089

Data: <u>03/03/16</u>	Pres. Arterial: <u>130x80</u>	Pulso: <u>80 bpm</u>	Respiração:	Temperatura:	Peso: <u>70 kg</u>	Altura:
Tipo Sanguíneo:	Hemácias:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Ureia:	Outros:
Urina:						
Ap. Respiratório:				Asma:		Bronquite:
Ap. Circulatório:				Eletrocardiograma:		
Ap. Digestivo:		Dentes:	Pescoço:	Ap. Urinário:		
Estado Mental: <u>lúcido</u>		Ataráxicos:	Corticóides:	Alergia:		Hipotensores:
Diagnóstico Pré-operatório:				Estado Físico: <u>ASA-I</u>		Risco:
Anestesias Anteriores:						

Medicação Pré-anestésica:

Aplicadas às:

Efeito:



INDUÇÃO

Sedat.: _____ Exct.: _____ Toss.: _____
Laringo espasm.: _____ Lenta: _____
Náusea: _____ Vômito: _____
Outros: _____

MANUTENÇÃO

- ① Arturo, 75%
- ② Batido de leite
- ③ Punc. lombar
- ④ 1mg bupivacaína
- ⑤ Glozolina-52g
- ⑥ 52g

Anestesia Geral: ☐ sim ☒ não

Não, por quê?

DESPERTAR

Refez no S.O.:

Otat.: _____ CO2: _____ Exct.: _____
Náusea: _____ Vômito: _____
Outros: _____

Com náusea:

Pera o leite: ☐ sim ☒ não

CONDIÇÕES:

Agentes: Syringium, Kiboda
Técnica: Bloqueio Espinal
Operação: Unifera Cirurgica
Cirurgiões: Rodriguez
Anestestistas: WILSON FORTI - 44449
Observações:

HOSPITAL DISTRITAL M^{te} JOSÉ SARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

3033
FUNCIONÁRIO - MATRÍCULA

Perda Sanguínea:



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA—SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PROTEÇÃO DE PARANGARÁ
AV. Osório de Faria nº 1237 – Parangaró - CEP 66.724-000 Fortaleza-Ce
Telefone: (85) 2124-7221 – Fax : 2124-7219

FOLHA DE ANESTESIA

MEDICAMENTO	UNID	QUANT	MEDICAMENTO	UNID	QUANT
ADRENALINA	AMPOLA		PROPOFOL 10ml	AMPOLA	
ÁGUA DESTILADA	AMPOLA		PROPOFOL 20ml	AMPOLA	
AMICACINA	AMPOLA		PROTAMINA	AMPOLA	
AMPICILINA 1G	AMPOLA		RANITIDINA	AMPOLA	
AMINOFILINA	AMPOLA		SEVOFLURANO	ML	
ATROPINA 0.25MG	AMPOLA		SUCCINILCOLINA	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% C/ ADRENALINA	FRASCO		TIOFENTAL	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% S/ ADRENALINA	FRASCO				
BUPIVACAÍNA 0,5% PESADA	AMPOLA	01			
BICARBONATO DE SÓDIO	AMPOLA				
BROMOPRIDA 10MG	AMPOLA				
CEFALÓTINA 500MG	FRASCO				
CEFAZOLINA 500MG	FRASCO	02			
CEFTRIAXONA 1G	FRASCO				
CETOPROFENO 100MG	FRASCO				
CETAMINA	ML				
CISATRACÚRIO	AMPOLA				
CLINDAMICINA	AMPOLA				
CLORETO DE POTÁSSIO 10%	AMPOLA				
DEXAMETASONA	AMPOLA				
DESLANOSÍDEO	AMPOLA				
GAZEPAM 10MG	AMPOLA				
GPIRONA	AMPOLA				
GPIRONA + ESCOPOLAMINA	AMPOLA				
DOBUTAMINA	AMPOLA				
DOPAMINA	AMPOLA				
ETILEFRINA 10MG	AMPOLA				
ETOMIDATO	AMPOLA				
FENTANIL	AMPOLA				
FUROSEMIDA	AMPOLA				
GENTAMICINA	AMPOLA				
HEPARINA	AMPOLA				
HIDROCORTISONA 100MG	FRASCO				
HIDROCORTISONA 500MG	FRASCO				
INSILON	AMPOLA				
ISOFLURANO	ML				
ISORDIL	AMPOLA				
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA	FRASCO				
LIDOCAÍNA 2% S/ADRENALINA	FRASCO				
LIDOCAÍNA GEL	FRASCO				
MEPERIDINA 100MG	AMPOLA				
METOCLOPRAMIDA	AMPOLA				
METRONIDAZOL 500MG	FRASCO				
MIDAZOLAN 5MG	AMPOLA				
MIDAZOLAN 15MG	AMPOLA				
NALOXONA	AMPOLA				

SOROS

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML

FRASCO

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML

FRASCO

SORO GLICOSADO 5% 500ML

FRASCO

SORO GLICOFISIOLÓGICO 0,9% 500ML

FRASCO

SORO RINGER LACTADO 500ML

FRASCO

SOL. MANITOL 20% 250ML

FRASCO

FRUTOSE

FRASCO

SANGUE- HEMODERIVADOS

PLASMA

SANGUE TOTAL

CONCENTRADO DE HEMACIAS

ALBUMINA

MATERIAS DESCARTÁVEIS

CATETER VENOSO

UNIDADE

EXTENSOR

UNIDADE

EQUIPO DE SORO

UNIDADE

SONDA ASPIRAÇÃO

UNIDADE

SONDA TRAQUEAL

UNIDADE

SONDA NASOGÁSTRICA

UNIDADE

SCALP

UNIDADE

AGULHA P/PERIDURAL

UNIDADE

AGULHA/ RAQUI

UNIDADE

TORNEIRA 3 VIAS

UNIDADE

HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

3033 MATRIZ FORT - 4449

ANESTESISTA-CRM

FUNÇÃO - MATRÍCULA

	HOSPITAL DISTRITAL DE AQUEL BARRIO DEL SUR
	ATTESTO QUE COPIA CONFIERE CON ORIGINAL
	D-3033
	FUNCIONARIO - MATRICULA

SANE - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

NOME: VICTOR ANTONIO DE SAUS		IDADE: 22		ENF.: 11		LEITO: 103		Nº. PRONTUÁRIO: 215089	
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA E ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS		OBSERVAÇÃO		RUBRICA (Ent. / Dieta)			
14	2500 2.00	SND		O.V.A.S. consistente, orientado, higienizado, ateu, diabete com deficiência, com flatulência + escoriações					
15	2500 1.7	SND		quatro D. segue aos cuidados de enfermeira. 20% de lesões em membros superiores, membros inferiores normais. segue cuidados de equipe de enfermagem TE MIA.					
16	2500 1.7	SND							
17	2500 1.7	SND							
18	2500 1.7	SND							
19	2500 1.7	SND							
20	2500 1.7	SND							
21	2500 1.7	SND							
22	2500 1.7	SND							
23	2500 1.7	SND							
24	2500 1.7	SND							
25	2500 1.7	SND							
26	2500 1.7	SND							
27	2500 1.7	SND							
28	2500 1.7	SND							
29	2500 1.7	SND							
30	2500 1.7	SND							
31	2500 1.7	SND							
32	2500 1.7	SND							
33	2500 1.7	SND							
34	2500 1.7	SND							
35	2500 1.7	SND							
36	2500 1.7	SND							
37	2500 1.7	SND							
38	2500 1.7	SND							
39	2500 1.7	SND							
40	2500 1.7	SND							
41	2500 1.7	SND							
42	2500 1.7	SND							
43	2500 1.7	SND							
44	2500 1.7	SND							
45	2500 1.7	SND							
46	2500 1.7	SND							
47	2500 1.7	SND							
48	2500 1.7	SND							
49	2500 1.7	SND							
50	2500 1.7	SND							
51	2500 1.7	SND							
52	2500 1.7	SND							
53	2500 1.7	SND							
54	2500 1.7	SND							
55	2500 1.7	SND							
56	2500 1.7	SND							
57	2500 1.7	SND							
58	2500 1.7	SND							
59	2500 1.7	SND							
60	2500 1.7	SND							
61	2500 1.7	SND							
62	2500 1.7	SND							
63	2500 1.7	SND							
64	2500 1.7	SND							
65	2500 1.7	SND							
66	2500 1.7	SND							
67	2500 1.7	SND							
68	2500 1.7	SND							
69	2500 1.7	SND							
70	2500 1.7	SND							
71	2500 1.7	SND							
72	2500 1.7	SND							
73	2500 1.7	SND							
74	2500 1.7	SND							
75	2500 1.7	SND							
76	2500 1.7	SND							
77	2500 1.7	SND							
78	2500 1.7	SND							
79	2500 1.7	SND							
80	2500 1.7	SND							
81	2500 1.7	SND							
82	2500 1								

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAMIE - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

03/03

SINAIS VITAIS			
RADIO:	70:10	22:30	01:00
P.A.:	ROSE	120x70	110x70
TEMP.°:	—	36.8	—
P / MIN.:	—	82	—
M.V. / MIN.:	—	20	—

NOME:	Victor Azeiteiro de Sousa	IDADE:	22 A	ENF.:	P-A	LEITO:	103.	Nº PRONTUÁRIO:	215089
-------	---------------------------	--------	------	-------	-----	--------	------	----------------	--------

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Pad. 10/10)
01/01/2020	0. Nexo up 2000			
02/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
03/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
04/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
05/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
06/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
07/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
08/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
09/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
10/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
11/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
12/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
13/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
14/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
15/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
16/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
17/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
18/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
19/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
20/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
21/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
22/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
23/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
24/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
25/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
26/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
27/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
28/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
29/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
30/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		
31/01/2020	0. Nexo up 2000	08:00 (1)		

PREScrição Médica / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

POST + 15/00

[illegible]



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PROTECTOR DE PARANAGÁ
Av. Odebre de Paulo 1º 1117 - Parangaba - CEP 60.726-000 - Fortaleza-Ce
Telefone: (85) 3121-7212 - Fax: 3121-7219

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º
215089

Paciente: Unio Imagem de Juv

Data da Operação: 03/10/18 Enfermaria: A Leito: 103

Operador: Dr. Rodrigo Linhares
Ortopedia - CRM 8690
Tel: (85) 3298.6079
(85) 3467.0694

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista: MARCUS FORTE - 4449

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-operatório:

fratura exposta de fêmur @

Tipo de Operação:

Diagnóstico Pós-operatório:

limpeza Cirúrgica

Relatório Imediata Patologista:

ne Radiológico no ato:

Acidente durante a operação:

Cirurgia: ☒ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras

1º) cur. do fêmur com curativos
2º) limpeza e ant-sepsis
3º) colocação das ligaduras
4º) limpeza + desbridamento + sutura
5º) troca de cur.

HOSPITAL DISTRITAL DE JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

3033

FUNCIONÁRIO - MATRÍCULA

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome:

Vitor Amador de Sousa

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
215089	A	103	03/03/16	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
03/03/16	V.A.S. ♂, 22 anos. P.O. Tratamento cirúrgico em fratura torço 3.º D. Exprimido em ar ambiente, tendo consciência orientado verbalizando seus H.A.B'S. SSV dentro dos parâmetros de normalidade. AV 4 em H.D. pressão e pulso normais. FC com ruídos limpos e normais. Mucosa límbica, após 18 h. Pós DM, H.A.S. e ilicite medicamentosa. Líquido espontâneo. Sem queixas no período. Segue aos cuidados da enfermagem.
04/03/16	Encaminhado p/ o Posto 01, T. 103.
09/03/16	V.A.S. ♂, 22 anos. H.D. P.O. em Fratura torço 3.º D. Exprimido, apático, incontinentes, náuseas, vômitos, verbalizando seus desconfortos. Sem queixas no momento.
10/03/16	Segue com antibioticoterapia 3.º.
11/03/16	V.A.S. ♂, 22 anos. H.D. P.O. de fratura no torço 3.º D. Evoluindo orientado, verbalizando seus desconfortos, apático, náuseas, vômitos. Resposta cirúrgica, P.O. com flocos no sítio da incisão cirúrgica, edema discreto. Segue sob os cuidados da enfermagem.

Camila Lima
 Enfermeira
 COREN 415.605

Maria Rosângela M. de Moraes
 ENFERMEIRA
 COREN-CE 33135

Dr. Carlos Roberto Góes
 Traumatologista
 CRM 7850

ENFERMEIRA
 COREN-CE 3033

HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ BARROS L.
 ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

3033

FUNÇÃO - MATRÍCULA

Prontuário

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome:

Victor Amorim de Sousa

Prontuário

215089

Enferm.

K

Leito

103

Data Internação

03/03/16

Diagnóstico

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA

03/03/16

19:30L

EVOLUÇÃO

frax 4 p.m. a torção p.

Ho CE p. Ho Linhares

03/03/16 Realizada cirurgia
de osteotomia de fratura

Dr. Rodrigo Linhares
Ortopedia - CRM 3690
Tel: (85) 3298.6079
(85) 3467.0654

Dr. Rodrigo Linhares
Ortopedia - CRM 3690
Tel: (85) 3298.6079
(85) 3467.0654

04/03/16 Enfermagem

02:00

V.A. 5, 22a, 0, HD. Ho cirúrgica de fratura do tornozelo unimaleolar D. Admitido às 01:00h na sala de recuperação do Centro Cirúrgico vindo de maca, com acompanhamento de enfermeira, verbalizando suas NHB's, dispneia em ambiente, com AVP em MSF p/ HV + ATB, bílis e funcionamento em dieta zero até 2ª ordem, nega to. morbidade, desconhece alergias medicamentosas. Segue com taxa glicêmica em MID e curativo em MSD devido à escorregões curativo íntegro, sem queixas no período. Exames laboratoriais pré-operatórios a ser colhido. Segue em observação aos cuidados da equipe de Enfermagem. Jandira

Sandra Sá Ribeiro
Enfermeira
Nº 020.314
CC

HOSPITAL DISTITAL DE FORTALEZA
ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

Dr. Hildebrando Melo Neto
CRM: 3199 TEOT - 11.956

3033

FUNÇÃOARIO - MATRÍCULA

Prontuário

DATA	EVOLUÇÃO
23/03/16	Agudo cranio
23/03/16	Enferm
23.03.16	Pront. Remessa crânica, sem internar
04/03/16	V.A.S. O, 22 anos, 47. Fratura exposta de terno (glu D.C. malucan). Evolu. assistido, ver- balizando, respneico. apbil, normo- turo, normo- gido. Ateitac deita opetado
08/03/16	Operado de terno exposto por incizão. Atk de terno maxim. terno- terno. Mente on terno de terno Nos terno de terno

Pedro César Barros Machado
Médico Ortopedista
CRM 4977

Pedro César Barros M.
Médico Ortopedista
CRM 4977

Dr. Hildegarde D. Domingos
Traumato
Médico Esportiva
CRM 7879

Maria Rosângela M. de Moraes
ENFERMEIRA
COREN-SP: 12135

Pedro César Barros Machado
Médico Ortopedista
CRM 4977

HOSPITAL DISTRITAL DR JOSE BARRIOS DE OLIVEIRA
ATESTADO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

3033
FUNCIONARIO - MATRÍCULA

CRM - MÉDICO (A)

Fortaleza

HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PROTINIA DE PARNAGUÁ
AV. Galdino Figueira nº 112 - Parnaguá - 64.072-000
Fones: (85) 3141 7322

RECEITA

Medicamento

11

medicamento

11

medicamento

Fortaleza

PREFEITURA DE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSP. DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PROTINIA DE PARNAGUÁ
AV. Galdino Figueira nº 112 - Parnaguá - 64.072-000
Fones: (85) 3141 7322

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD

Atesto que o (a) Sr. (a) *Lucia de F. Lima*

de 30 anos

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia *11/11/11* às *10* hs.

Tendo como causa de socorro

Necessita de (*30*) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) *X79.0*

Observações:

Fortaleza-Ce. *11* de *11* de *11*

CRM - Médico (a)

Lucia de F. Lima

(Obs. Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 60.504 de 14/03/87, e será expedido por meio de formulário de 01 (hum) a 15 (quinze) dias de afastamento.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL IV
H.D.M. JOSÉ B. DE OLIVEIRA



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Nome: Hospital Distrital Maria José Barros de Oliveira
Endereço: Av. General Osório de Paiva, 1127 Bairro Parangaba
Fone: 85 - 3131-7321 / 3131-7322 Cidade: Fortaleza UF: Ceará
CNPJ: 07.835.044/0002-61

Paciente:
Endereço:
Bairro:
Prescrição:

Wilder Augusto de Souza
Rua ... Telefone: ...

Chlorhexidina 500 28 dias

12/12/2012

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Identificação:

Nome do emissor:

Cidade: UF:

Assinatura do Farmacêutico: Data: / /



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL IV
H.D.M. JOSÉ B. DE OLIVEIRA



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Nome: Hospital Distrital Maria José Barros de Oliveira
Endereço: Av. General Osório de Paiva, 1127 Bairro Parangaba
Fone: 85 - 3131-7321 / 3131-7322 Cidade: Fortaleza UF: Ceará
CNPJ: 07.835.044/0002-61

Paciente:
Endereço:
Bairro:
Prescrição:

Wilder Augusto de Souza
Rua ... Telefone: ...

Chlorhexidina 500 28 dias

11/12/2012

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Identificação:

Nome do emissor:

Cidade: UF:

Assinatura do Farmacêutico: Data: / /

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Victor Amorim de Sousa

vítima de acidente de trânsito, em 03/03/16, sofreu:

trauma exposto do tornozelo direito
CID: S82.6

e submeteu-se a tratamento(s): Cirúrgico

osteossintese, medula e
fixação da perna
fisioterapiaencontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

falhas crônicas

da M12

Bloqueio anfractu.

perda de movimento do
tornozeloDeambula com o auxílio de
bambuleira

incapacidade de 80% M.

perda de 60% funcionalidade

19/03/16

Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.



(1)

[Buscar no site](#)

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização



Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160520777 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA VICTOR AMORIM DE SOUSA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO VICTOR AMORIM DE SOUSA

CPF/CNPJ: 06125991326

Posição em 23-05-2017 14:34:59

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
16/12/2016	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

ACESSIBILIDADE

[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx) [\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)