



PROCURAÇÃO

Nome: Zemildo Vieira da Rocha

Nacionalidade: Brasileiro, estado civil: Solteiro

Profissão: Autônomo

RG: 033910 SSP/ CE CPF: 355.880.393-00

Logradouro: Rua Vicente Silvano

Nº 000 Compl

Bairro: Pontal de Macieiro CEP: 00000-000

Cidade: Fortim, UF: CE Tel: 85.99147.7500

OUTORGADO: Felipe Reinaldo Rabelo Leal, brasileiro, casado, advogado, inscrição na OAB/CE 17.458, ambos com escritório profissional situado na Rua do rosário 77 sala 1402 Centro, Fortaleza – Ceará, Fone: (85) 98685-3187/(85) 3226-1683, onde recebe intimações, notificações, etc. **PODERES:** Para o FORO EM GERAL, com Cláusula “ad-judicia et extra”, para promover a defesa do mandante ou a de qualquer interesse seu, seja através de atos de representações, seja intentando ações ou defendendo-o das que contra si forem intentadas, podendo ainda confessar, reconhecer procedência de pedidos, receber citações, transigir, desistir, renunciar a direitos sobre que se fundam ações, dar quitação, firmar compromisso, receber e dar quitação, endossar cheque, receber alvará em nome do outorgante, dando tido por bom e valioso, com o fim específico para **AJUIZAR AÇÃO NA JUSTIÇA ESTADUAL DO CEARÁ**, podendo substabelecer com o sem reserva de iguais poderes em todas as instancias da Justiça Estadual deste estado.

Fortaleza (CE), 07 de Março de 2018

x Zemildo Vieira da Rocha

Assinatura



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 412 - 2671 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/07/2018 11:39:09**
Data / Hora da Ocorrência: **04/08/2017 09:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA VENCENTE SILVANO**
Complemento:
Bairro: Município: **FORTIM/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **ZENILDO VIEIRA DA ROCHA**
Nascimento: **12/09/1960** CPF: **355.880.393-00**
RG: **434359-0** Orgão Emissor: **SSP** UF: **RO**
Filiação: **RAIMUNDA GENÉSIA DA ROCHA**
FRANCISCO VIEIRA DA ROCHA
Endereço: **RUA VICENTE SILVANO, SN**
Bairro: **PONTAL DE MACEIÓ** CEP: **62.815-000**
Município: **FORTIM/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNI8671** Uf: **CE** Município: **FORTIM** Chassi:
9C2KD1000HR003886 Renavam: **1111524421** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR 160 BROS** Ano
Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA** Cor:
BRANCA Proprietário: **GEORGE DA ROCHA GOMES** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O noticiante ZENILDO VIEIRA DA ROCHA, CTPS 033910, CPF 355.880.393-00, residente na rua Vicente Silvano, s/n, Pontal do Maceió, Fortim-Ce, informa que dirigia um motociclo HONDA/NXR 160, COR BRANCA, PLACA PNI8671, RENAVAL 1111524421, CHASSI 9C2KD1000HR3886 pertencente a GEORGE DA ROCHA GOMES, com a devida declaração do proprietário autenticada em anexo; Que saia de casa com a intenção de buscar uma pessoa. Que vinha um caminhão no sentido contrário e que ficou nervoso, que tentou virar a moto e que essa derrapou caindo sobre sua perna. Após o acidente, diversas pessoas passaram pelo local e viram o noticiante acidentado. Dentre as pessoas que viram ou souberam do acidente do noticiante estão NATALIA DA ROCHA MOTA (testemunha 01), RG 2002010374083, CPF Nº 009.083.483-63, residente Vicente Silvano, 494, Pontal do Maceió, Fortim-Ce, e ELTON JOVENINO DOS SANTOS (testemunha 02), RG 20081735205, CPF 382.478.013-53, Vicente Silvano, 494, Pontal do Maceió, Fortim-Ce. Que a ambulância foi acionada e conduziu o noticiante para o Hospital de Fortim, em seguida foi levado para o hospital de Aracati-CE e depois para o Instituto José Frota em Fortaleza-CE. Em virtude do Acidente o noticiante sofreu uma fratura na perna direita e mais algumas escoriações no corpo. 0408201709

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 412 - 2671 / 2018****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**Romulo Osmagnum
ROMULO OSMAGNUM DA ROCHA - MAT.: 30086015**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**Zenildo da Silva da Rocha**VISTO DO DELEGADO(A) :**Ana Maria de Araujo Papilha
ANA MARIA DE ARAUJO PAPILHA - MAT.: 30078918



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de crédito e o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor da idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL:
 CPF da Vítima: 355.880.393-00
 Nome completo da vítima: Zemildo Vieira da Rocha

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Zemildo Vieira da Rocha		CPF titular da conta	355.880.393-00	Profissão	Autônomo
Endereço	Rua - Vicente Silvano		Número	000	Complemento	
Bairro	Portal de Maceio	Cidade	Fortim	Estado	PE	CEP
					85.94147.7500	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

0578

D/V

CONTA

NRO.

27088

D/V

7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Fortaleza, 13 de julho de 2018.

Local e Data

Zemildo Vieira da Rocha

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SINISTRO 3180343490 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ZENILDO VIEIRA DA ROCHA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV**

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO ZENILDO VIEIRA DA ROCHA**CPF/CNPJ:** 35588039300**Posição em 31-10-2018 09:39:49**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique [Aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
01/11/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Zenildo Vieira da Rocha

CPF da Vítima

355.880.393-00

Data do Acidente

04/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

85.99147.7500

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Fortaleza, 13 de julho de 2018

Local e Data

Zenildo Vieira da Rocha

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, GEORGE DA ROCHA GOMES,
 RG nº 2008010329621, data de expedição 15/04/2011,
 Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 052.385.203-79 com
 domicílio na cidade de FORTIM, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA VICENTE SILVANO, nº 41,
 complemento 41 "B", declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima ZENILDO VIEIRA DA ROCHA, cujo o condutor era

Veículo: MOTOCICLETA
 Modelo: HONDA/NXR 160 BROS
 Ano: 2016
 Placa: PMS 8671
 Chassi: 9C2KD1000HR003886
 Data do Acidente: 04.08.2017
 Local e Data: Rua Vicente Silvano 04.08.2017

[Assinatura]
 Assinatura do Declarante

Zenildo Vieira da Rocha

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº CK 160892 PMOQ	Reconheço por ☒ Autenticidade () Semelhança A(s) firma(s) <u>GEORGE DA ROCHA GOMES</u>
	Fortim - Ce <u>26/06/2018</u> Em testemunho da verdade
	() Jose Alves Maciel - Titular
	() Silvia Maria Maia Maciel - Substituta
	☒ Ricardo Robson Maia Maciel - Substituto VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

Ricardo Robson Maia Maciel
 Substituto

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

CE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1471416522

NOME
ZENILDO VIEIRA DA ROCHA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR
033910 MT AM

CPF
355.880.393-00

DATA NASCIMENTO
12/09/1960

FILIAÇÃO
FRANCISCO VIEIRA DA ROCHA
RAIMUNDA GENESIA DA ROCHA

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO
05561640863

VALIDADE
15/03/2022

1ª HABILITAÇÃO
09/08/2012

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO PORTADOR
Zenildo Vieira da Rocha

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
20/03/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
Isor Vasconcelos Ponte

80923592865
CE158585534

CEARÁ

PROIBIDO PLASTIFICAR
1471416522

VENCIMENTO	16/10/2017	TOTAL A PAGAR (R\$)	70,92																																																			
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)																																																				
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Energia</td> <td style="text-align: right;">14,62</td> </tr> <tr> <td>Transmissão</td> <td style="text-align: right;">1,46</td> </tr> <tr> <td>Distribuição</td> <td style="text-align: right;">3,93</td> </tr> <tr> <td>Encargos Setoriais</td> <td style="text-align: right;">3,44</td> </tr> <tr> <td>Tributos (ICMS PIS/COFINS)...</td> <td style="text-align: right;">14,49</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td style="text-align: right;">48,94</td> </tr> </table>		Energia	14,62	Transmissão	1,46	Distribuição	3,93	Encargos Setoriais	3,44	Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	14,49	TOTAL	48,94	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th colspan="13">HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)</th> </tr> <tr> <th>41</th> <th>59</th> <th>31</th> <th>43</th> <th>31</th> <th>0</th> <th>0</th> <th>0</th> <th>0</th> <th>0</th> <th>0</th> <th>0</th> <th>0</th> </tr> <tr> <td colspan="13"> MED Ser ago Jul Jun Ma abr Mar Fev Jan Dez Nov Out </td> </tr> </table>		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)													41	59	31	43	31	0	0	0	0	0	0	0	0	MED Ser ago Jul Jun Ma abr Mar Fev Jan Dez Nov Out												
Energia	14,62																																																					
Transmissão	1,46																																																					
Distribuição	3,93																																																					
Encargos Setoriais	3,44																																																					
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	14,49																																																					
TOTAL	48,94																																																					
HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)																																																						
41	59	31	43	31	0	0	0	0	0	0	0	0																																										
MED Ser ago Jul Jun Ma abr Mar Fev Jan Dez Nov Out																																																						
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica. Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂) 25,50 0,00 0																																																						
INFORMACOES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO																																																						



RABELO LEAL ADVOCACIA e SERVIÇOS DE SEGUROS
Dr. Felipe Leal – OAB/CE 17.528

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: Zenildo Vieira da Rocha

Nacionalidade: Brasileiro Estado: Ceará Estado Civil: Solteiro

Profissão: Autônomo

Rg: 033940 SSP/CE - CPF: 355.880.393-00

Logradouro: _____

Desejamos obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da lei nº 1.060 de 05 de Fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.

Fortaleza/Ce: 07 de Março de 2019

x Zenildo Vieira da Rocha



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

NOME: Zenildo Vieira da Rocha

RG: 033910

SSP/CE CPF: 355.880.393-00

DECLARA de sã consciência e bem da verdade que VIVE E RESIDE em:

Logradouro: Rua Vicente Silvano

Complemento:

Bairro Pontal de Macaio CEP: 00000-000

Que a presente declaração é a expressão da verdade, a qual é feita nos termos e sob as penas da lei, pelo que me responsabilizo pela presente

Fortaleza/Ce, 27 DE Fevereiro 2019

x Zenildo Vieira da Rocha

Hora do Atendimento: 09:00 Data: 04/08/19
Nome: Zenildo Pereira da Rocha
Sexo: M Idade: 56 Profissão: _____
Endereço: Rua N° _____

Peso: () kg D.X () SPO (95%)
Sinais Vitais: PA: Sis (130) Dis (80) FC: (90)bpm FR: () mpm TEMP: () C

Fatores de risco: _____ Alergia: Não

Classificação de Risco: () Alto () Moderado () Baixo Data 1° Sintomas: há 30 min

Motivo do Atendimento (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico)

Paciente vítima de acidente de moto há 30 min; fratura exposta em M.I.D. + esvaziamento ombro e braço D.
Paciente sofreu com fratura exposta em M.I.D.

Hipótese Diagnóstico: Fratura exposta

Procedimentos Solicitados / Prescrições:

- 1) Realização curativo + limpeza
- 2) Imobilização
- 3) SRL
- 4) SF + fraxel ev.
- 5) Av. Traumatologia
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____
- 9) _____
- 10) _____

Horários

Ass. Executiva

Encaminhamento/Destino do Paciente:
() Alta () Internamento Hospitalar () Observação () Transferência () Óbito

Walter da Rocha Mota
Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Profissional Executor



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 18/06/2019 15:03:38

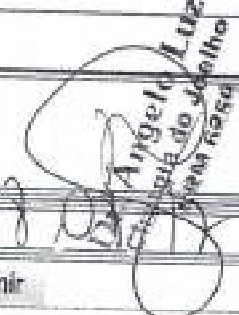
Por: UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

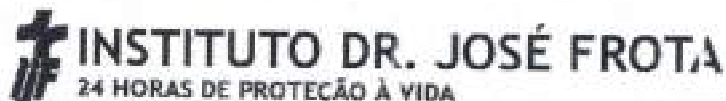
Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 04/06/2017 16:59:15	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 704809530084544	NOME: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA		Registro: 5521531		
CPF: 95588039300	RG:	D. NASC: 12/09/1980	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RACIA/COR: Preta
NOME DA MÃE: RAIMUNDA GENESIA DA ROCHA			NOME DO PAI: FRANCISCO VIEIRA DA ROCHA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: VICENTE SILVANO		Nº: 5/N	BAIRRO: PONTAL DO MARACÓ	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 997674735	MUNICÍPIO: FORTIM	UF: CE	CEP: 62816000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: AMB DE FORTIM		PARENTESCO:		TELEFONE: 997674735	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	ENPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motocicleta, Colado com um veículo de transporte pesado ou um ônibus					
QUEIXAS: TRAUMA NO MID APOS QUEDA DE MOTO ENVOLVENDO CAMINHÃO					
OBSERVAÇÕES: PROBL. DE EXTREMIDADES, DOR MODERADA					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
PROTÓTIPO RAE TIRADA PELO SISTEMA E-SUS DATA 18/06/18 MATRICULA 10.338.1 SERVIDOR(A)					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	ZENILDO VIEIRA DA ROCHA		
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	04 08 2017	DATA DA ALTA:	18/08/2017
BE/PRONT:	5521531	CIDADE DE ORIGEM:	FORTIM
IDADE:	56		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE TIBIA - DIAFISE DIR (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:			
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	STAFF INDEFINIDO		
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO		

Ass: 	Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr. ____
Data: ____/____/____	Dispensa do trabalho por: 30 (Trinta) dias
Imprimir	



24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Laudo Médico/Resumo de Alta -

Serviço de Traumatologia-Ortopedia

No. HOSPGESTOR: 34012

LEITO:

NOME: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA

DATA DE INTERNACAO: 04/ 08/ 2017

DATA DA ALTA: 18/08/2017

BE/PRONT: 5521531

CIDADE DE ORIGEM: FORTIM

NASCIMENTO: 12091960

IDADE: 56

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE TIBIA - DIAFISE DIR (OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-
OPERATORIOS:

TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA
EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Mapa de Cirurgias

Dias Int.	#	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material	Observação	Status da marcação
-----------	---	------	-------	-----------	-----------	----------	------------	--------------------

MAPA DO DIA 15/08/2017 - Terça-Feira

14	1	18:00	11914	JOSAFÁ FERNANDES	RESIDENTE INDEFINIDO	+ CX BASICA TO PARA MMII + CX GRANDES FRAGMENTOS		MARCADA
----	---	-------	-------	------------------	----------------------	---	--	---------

FRATURA DE TIBIA - DIAFISE DIR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

MARCADA

Marcado por:
FARRIE DA SILVA em:
14-08-2017 14:52:50

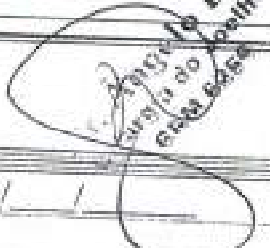
MAPA DO DIA 17/08/2017 - Quinta-Feira

14	1	18:00	11914	DANIEL MINA	RESIDENTE INDEFINIDO	+ CX BASICA TO PARA MMII + CX GRANDES FRAGMENTOS		MARCADA
----	---	-------	-------	-------------	----------------------	---	--	---------

FRATURA DE TIBIA - DIAFISE DIR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

MARCADA

Marcado por:
FARRIE DA SILVA em:
16-08-2017 15:08:05

Ass.: 	Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para
Data: ____/____/____	Dr. <u>Dr. Josafá</u>



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emissão em: 18/08/2018 9:50:33

Por: EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 04/08/2017 16:59:15	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 704809530084544	NOME: ZENILDO VIEIRA DA ROCHA			Registro: 5521531			
CPF: 35588036300	RG:	D. NASC: 12/09/1960	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: RAIMUNDA GENESIA DA ROCHA			NOME DO PAI: FRANCISCO VIEIRA DA ROCHA				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: VICENTE SILVANO		Nº: S/N	BARRIO: PONTAL DO MACEIO		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 997674735	MUNICIPIO: FORTIM		UF: CE	CEP: 62815000		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: AMB DE FORTIM		PARENTESCO:			TELEFONE: 997674735		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAEP:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um veículo de transporte pesado ou um ônibus.							
QUEIXAS: TRAUMA NO MÍD APOS QUEDA DE MOTO ENVOLVENDO CAMINHÃO							
OBSERVAÇÕES: PROBL. DE EXTREMIDADES, DOR MODERADA							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escore de Rv: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
<i>Handwritten notes and signature:</i> DATA: 18/06/2018 ASSINATURA: [Signature] 13826 SERVIDOR							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			