

PROCURAÇÃO

Outorgante(s):

Nome: <u>DANILO DE FREITAS LOPES</u>	
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>
RG: <u>20077401152</u>	Órgão Emissor: <u>SSP-CE</u> Data da Emissão:
CPF: <u>611.486.383-69</u>	Profissão: <u>ARQUIVISTA DE PESQUISA</u>
Endereço: <u>RUA JOAQUIM MANOEL LALCADO, 1159 CASA 2</u>	
Bairro: <u>HENRIQUE JORGE</u>	Cidade/UF: <u>FORTALEZA/CE</u> CEP: <u>60.521-095</u>

Outorgado (s):

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A e **ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6994, ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE.

Poderes:

Os da cláusula ad judicium e et extra e os especiais para promover o processo do Seguro Obrigatório DPVAT, contra quem de direito, podendo para tanto, transigir, desistir, acordar, discordar, conciliar, requerer e receber alvará judicial, passar recibo, dar quitação, enfim praticar todos os atos necessários, inclusive substabelecer.

Fortaleza, 2 de ABRIL de 2019.

Daniilo de Freitas Lopes

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante: <u>DANILO DE FÉLIX CORDEIRO</u>		
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	
RG: <u>20077401152</u>	Órgão Emissor: <u>SSP-CE</u>	Data da Emissão:
CPF: <u>611.486.383-69</u>	Profissão: <u>AUXILIAR DE PESQUISA</u>	
Endereço: <u>RUA JOAQUIM MANOEL MALEDO, 1159, CASA 2</u>		
Bairro: <u>HENRIQUE JORGE</u>	Cidade/UF: <u>FORTALEZA CE</u>	CEP: <u>60.521-045</u>

DECLARA, com a presente, sob as penas da Lei, para fins de prova junto ao Juízo competente, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide, que não possui condições financeiras para arcar com o ônus processual, estando nas exatas condições da Lei n°. 1.060/50, carecendo, pois, dos auspícios da GRATUIDADE DE JUSTIÇA para promover Ação de Indenização e/ou Cobrança.

Fortaleza, 02 de ABRIL de 2019.

Daniilo de Félix Cordeiro

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA,

brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A, e ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6.994 ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE, declaramos para os devidos fins de direito, que não estamos cobrando honorários advocatícios antecipadamente do(a) autor(a), ressalvando os honorários de sucumbências.

Fortaleza, 02 de ABRIL de 2019.

Ciente:

Daniilo de Félix Cordeiro

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA JUSTIÇA		DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL DO ESTADO DO CEARÁ	
NOME DANILO DE FREITAS CORDEIRO					
DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF		20077401152 SSP CE			
CPF		611.486.383-69			
DATA NASCIMENTO		30/07/1995			
FUNÇÃO					
JOÃO CORDEIRO FILHO					
ANA MARCIA DE FREITAS					
PERMISSÃO		ACC		CATEGORIA	
Nº REGISTRO		06902251730		VÁLIDEZ	
05/12/2021		24/02/2017		1ª HABILITAÇÃO	
OBSERVAÇÃO					
A : CEAR :					
Assinatura do Portador					
LOCAL					
FORTALEZA, CE					
DATA EMISSÃO					
05/03/2018					
Assinatura do Emissor					
94811060449					
CE163952957					
CEARÁ					

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1633279048

PROIBIDO PLASTIFICAR
1633279048

DADOS DO CLIENTE

Nome: **DANILO DE FREITAS CORDEIRO**End. Leitura: **RU JOAQUIM MANOEL MACEDO, 1159, 2, HENRIQUE JORGE**Cidade: **FORTALEZA**CEP: **60.521-045**

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: **001**Setor: **031**Quadra: **0154**Lote: **0143**Comp: **0005**

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: **001**Comercial: **000**Industrial: **000**Pública: **000**

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^{m³}	Média Semestral (m³)
AGUA	A15F255593	59	66	7	6

DATAS

Leitura Atual: **15/12/2018**Emissão: **22/01/2019**Lacre Água: **1871017**Leitura Anterior: **16/11/2018**Próxima Leitura: **15/01/2019**

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: **10/2018**

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	533	533	126	533	533
Analisadas	560	560	560	559	559
Em conformidade	552	557	553	545	559

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 11 m³ | META: 10 m³.**Considere pago se debitado na sua conta do banco BCO REAL.****Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.****DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.**

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
AGUA	34,80	Mês/Ano
ESGOTO	30,80	FEV/2018
CREDITO-PAG./LANÇAMENTO	-65,60	MAR/2018
		ABR/2018
		MAI/2018
		JUN/2018
		JUL/2018
		AGO/2018
		SET/2018
		OUT/2018
		NOV/2018

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO	Valor (R\$)	SUBSIDIO	Valor (R\$)
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,00	VALOR DO SERVIÇO	3,90
COFINS	0,00	VALOR DO SUBSIDIO	3,90
		VALOR TOTAL A PAGAR	0,00

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
12/2018	04/01/2019	0,00

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BB, Itaú, Nubank, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site: www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: **ACFOR** - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: **ARCE** - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Fatura Mensal

Via do agente
arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: **0001944690**

Codigo de Responsável:

Mês/Ano: **12/2018**Local: **001**Setor: **31**Quadra: **0154**Lote: **0143**Comp: **0005**

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: **FORTALEZA**Vencimento: **04/01/2019**Total (R\$): **0,00**

CONTA PAGA

EMISSION : CAGECE MOBILE22/01/2019 01:58:16

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declarante: <u>DANILO DE FREITAS CORREIRO</u>		
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	
RG: <u>20077401152</u>	Órgão Emissor: <u>SSP-CE</u>	Data da Emissão:
CPF: <u>611.486.383-69</u>	Profissão: <u>AVULSAR DE PESQUISA</u>	
Endereço: <u>RUA JOAQUIM MANOEL MACEDO, 1159, CASA 2</u>		
Bairro: <u>HENRIQUE LOPES</u>	Cidade/UF: <u>FORTALEZA/CE</u>	CEP: <u>60.521-045</u>

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que assumo de forma plena, única e integral, a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, isento o escritório José Brito Advogados representado através dos Advogados José Orisvaldo Brito da Silva, inscrito na OAB/CE 21.292 A e Ana Cláudia Maia Alencar, inscrita na OAB/CE 6994, com endereço na Avenida Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota, Fortaleza /CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e/ou administrativa, no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

"As informações contidas no processo indenizatório DPVAT são de responsabilidade do beneficiário, sendo o mesmo informado que a comunicação de fato não ocorrido ou inexistente é crime punível na forma da lei – Art. 339 e 340 do CPB."

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade do mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza, 02 de ABRIL de 2019.

Daniilo de Freitas Correio



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

Impresso nº 2018160171

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4468 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/10/2018 16:31:31**
Data / Hora da Ocorrência: **21/07/2018 10:45:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA JOAQUIM MANUEL DE MACEDO**
Complemento: **C/RUA FLORIANÓPOLIS**
Bairro: **HENRIQUE JORGE** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DANILO DE FREITAS CORDEIRO**
Nascimento: **30/07/1995** CPF: **611.486.383-69**
RG: **2007740115-2** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ANA MARCIA DE FREITAS**
JOÃO CORDEIRO FILHO
Endereço: **RUA JOAQUIM MANOEL MACEDO, 1159 CASA 02**
Bairro: **HENRIQUE JORGE**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.521-045**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99844-9098**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **NOU9973** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BFZE55PXB8665395** Renavam: **305763490** Tipo do Veículo: **CAMIONETA** Marca / Modelo: **FORD/ECOSPORT FSL1.6FLEX** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **FRANCISCO DAS CHAGAS FIALHO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **PNQ3299** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0810HR207365** Renavam: **1137428993** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **DANILO DE FREITAS CORDEIRO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Afirma o declarante que na data, hora e local acima citados, pilotava sua motocicleta de placa PNQ3299 (acima descrita) quando foi colidido por um carro de placas NOU9973; QUE, com a colisão, o declarante caiu ao solo e lesionou-se, sendo socorrido pelo SAMU ao Hospital Distrital Doutor Evandro Ayres de Moura (Frotinha de Antonio Bezerra); Que, é responsável pelas informações aqui prestadas; QUE, está ciente do prazo de 06 (seis) meses para representação criminal; E nada mais disse.

FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Controlado em: 17/10/2018 16:44:55

Pág. 1 de 2

Impressão em: 17/10/2018 16:44:55

1 Danilo de Freitas Cordeiro

fls. 12

FLS.

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/04/2019 às 14:00, sob o número 01226703420198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0122670-34.2019.8.06.0001 e código 467509D.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2018160171

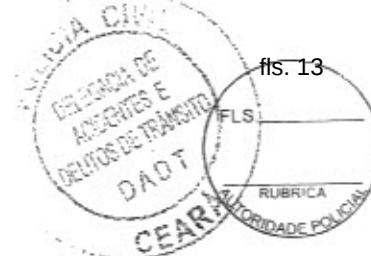
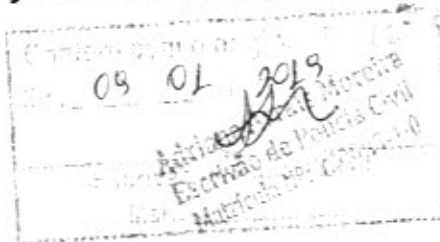
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4468 / 2018

SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: p. Dante de Faria Coutinho

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-0



fls. 13



DECLARAÇÃO



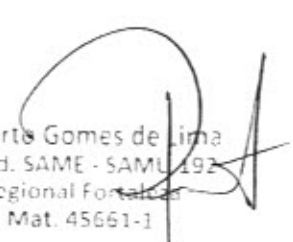
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Danilo de Freitas Cordeiro** - C.P.F. **611.486.383-69**, no dia **21/07/2018**, às **11h20min**, na **Rua Florianópolis c/ Rua Joaquim Manuel de Macêdo**, no **Bairro Henrique Jorge**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P407100/2018**.

Fortaleza, 26 de outubro de 2018.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



P-407100/2018

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 86	PONTO DE APOIO: HMF.	Nº DA OCORRÊNCIA: 0359
DATA: 21/07/18	TURNO: MT	EQUIPE: Engenheiro + Haroldo
NOME: Danilo de Freitas Ladeira	IDADE: 22 A.	SEXO: F
ENDEREÇO: Rua Florianoópolis com Joaquim Manuel Macedo	BAIRRO: H. Jorge	
REFERÊNCIA:		
QTY: 11:15	QUS: 11:20	QUY: 11:30
		QUU: 12:20
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão carro-moto		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO	☐ PRESENTE	☐ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE

☒ PÉRVEAS	☐ OBSTRUÍDAS	POR:
---	-------------------------------------	------

PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
☒ EUPNEICO	☐ NORMAL	☐ NORMAL	☐ NORMAL
☐ TAQUIPNEICO	☐ ALTERADA:	☐ ALTERADA:	☐ ALTERADA:
☐ BRADIPNEICO			
☐ AGÔNICA/AUSENTE			

PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
☒ NORMOCÁRDICO	☒ CORADA	☐ ≤ 2 seg	☐ SIM
☐ TRAQUICÁRDICO	☐ PÁLIDA	☐ > 2 seg	☐ NÃO
☐ BRADICÁRDICO	☐ CIANÓTICA		
☒ CHEIO	☐ SUDOREICA		
☐ FILIFORME	☐ SECA		
☐ IMPALPÁVEL	☐ QUENTE		
LOCAL:	☐ FRIA		

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)		
ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA ☒ 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5	OBEDECE A COMANDOS ☒ 6
À VOZ ☐ 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4	LOCALIZA A DOR ☐ 5
À DOR ☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4
NENHUMA ☐ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2	FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
TOTAL: 15	NENHUMA ☐ 1	EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)		NENHUMA ☐ 1
☐ ALTERADAS		

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
	laceração em Joelho E. contusões em Tibia E. e/ deformidade.	

SAMPLA				
FC: 78	PA:	FR: 20	GLIC.:	OXIM.: 98%
TEMP.:				

QTY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUS: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUU: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUU: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE				
--	--	--	--	--

ANOTAÇÕES /CONDUTAS MÉDICAS

ASS. /CRM:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Pac. motociclista, vit. de colisão carro-moto, consciente, orientado, estava de capacete, não bateu cabeça, dor no antebraço em tibia R. onde ref. dor local.

ASS. /COREN:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☒ UNIDADE DE SAÚDE: Prot. de Ant. Bezerra

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ OUTRO:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: ☒ SIM ☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE

ASS. DO RESPONSÁVEL:

Sandy de Freitas Lima

Vandick Queiroz
Ondas de Choque
CREMEC 428

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG /CPF _____

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO

SAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



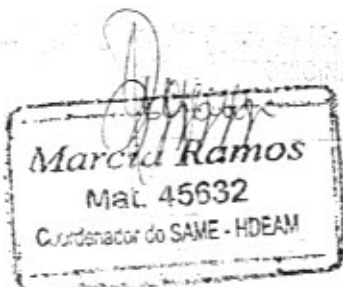
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE DANILO DE FREITAS CORDEIRO		DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 178889	Nº DO BE 229480
CÁDUS		NASCIMENTO 30/07/1995(22 ANOS)	SEXO F	RAÇA/COR NAO INFORMADO	
NOME MÃE ANA MARCIA DE FREITAS		NOME RESPONSÁVEL O MESMO USB 86			
ENDEREÇO RUA JOAQUIM MANUEL DE MACÊDO 1159 APT 12 HENRIQUE JORGE		MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE	
CONTATO (85)99704-0409		CEP 60.521-045			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE		OCORRÊNCIA			
QUESTÃO SAMU COLISAO MOTO CARRO COM LACERACAO NO MIE TRAUMA MIE HA 1 HORA		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
SINTOMAS NI		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SINAIS VITAIS			
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO		RESPONSÁVEL PELO CLASSIFICADO MARIA HELENA RODRIGUES		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 21/07/2018 11:45	
ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO TRAUMA		ÁREA ATENDIMENTO			
ANAMNESE		ATENDIMENTO MÉDICO			
<i>Acidente de moto, lesão pelo lado</i>					
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO		CID	
SÍNTOMAS ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRÂNIO ☐ RAIO-X				☐ OUTROS	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
MÉDICAMENTO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
<i>Rx jacto @ 11"</i>					
<i>Rx puna E AP/11</i>					
<i>puja o tórax E</i>					
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 ESPECIALISTA			

Impresso por MARIA HELENA RODRIGUES em 21/07/2018 às 11:45:35
eclaro 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.

Sandy de Freitas Leime
DANILO DE FREITAS CORDEIRO

Prof-d IV + trauma SDy + Plauet N + 100r
de ST TV
12:30



Cpf 611486383.69

SUS Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Holeas			
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Dimito de Freitas Corderio		178889	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
703140474081114100		30/07/85	
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		10 - SEXO	
Ana Maria de Freitas		Masc. ☒ Fm. ☐	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO	
Rua: Joaquim Manuel de Paiva 1159		85977020409	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
apt 12 Henrique Jorge			
15 - UF		16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Dr, incapaz de fumar, edema de membros inferiores em acidente de trânsito (SIC)			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Necessidade de tratamento cirúrgico			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Anamnesis + exames + Rx			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
fratura de perna			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
Procedimento de perna			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA			
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
28 - DOCUMENTO			
29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPS)			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO			
33 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
34 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
35 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
36 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
37 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
38 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
39 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
40 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
41 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
42 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
43 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
44 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
45 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
46 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
47 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
48 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
49 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
50 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
51 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
52 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
53 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
54 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
55 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
56 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
57 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
58 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
59 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
60 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
61 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
62 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
63 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
64 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
65 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
66 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
67 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
68 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
69 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
70 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
71 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
72 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
73 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
74 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
75 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
76 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
77 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
78 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
79 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
80 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
81 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
82 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
83 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
84 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
85 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
86 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
87 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
88 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
89 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
90 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
91 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
92 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
93 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
94 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
95 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
96 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
97 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
98 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
99 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
100 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVADRO AVRES DE MOURA

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: <u>Paulo de Freitas Lordeiro</u>			
DATA DA CIRURGIA: <u>25/7/18</u>		UNIDADE:	LEITO:
CIRURGIÃO: <u>Antonio Luiz</u>	1º AUX.: <u>Felipe Rocha</u>	2º AUX.:	
AUX. CIRCULANTE:		AUX. INSTRUMENTADORA:	
ANESTESISTA:		TIPO DE ANESTESIA:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>fratura Tibia - 3072</u> <u>enxerto ósseo - 3073 2026</u>			
TIPO DE CIRURGIA:			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:			
EXAMES DURANTE ATO CIRURGICO:			
INTERCORRÊNCIAS DURANTE A CIRURGIA:			

DESCRIÇÃO

- ① Pct em DO, pele histeria
- ② Anestesia + Antimicrobiana
- ③ Acesso Antero-Medial em Peroneo
- ④ Redução de fratura de Tibia +
fixação c/ Placa de Grande Fragmentos + 06 parafusos
- ⑤ Realização de enxerto ósseo de tibia
distal + enxertia óssea Artrogene
- ⑥ Sutura + Curativo
- ⑦ Tala - Bata

Dr. Antonio Luiz V. Maciel
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM 12947 / TEOT 14047

Felipe A. Rocha
Cirurgia de Pé e Tornozelo
CRM 12973 / TEOT 14167

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenadora do SAM - HDEAM



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL Dr. EVANDRO AYRES DE MOURA



FICHA DE ANESTESIA

NOME:

Donilo de Freitas Cordeiros

Nº PRONTUARIO:

17388

ENFERMARIA:

22 anos LEITO:

LEITO:

[illegible]



FICHA DE EVOLUÇÃO DE PACIENTE - FEP

NOME					
PRONTUÁRIO	DATA DO NASCIMENTO	ENFERMARIA	LEITO	DATA DO INTERNAÇÃO	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO
DIAGNÓSTICO			OBSERVAÇÕES		
DATA	EVOLUÇÃO				
	- História de acidente automobilístico - Trauma, com fratura na perna esquerda do AS. - Fratura de perna de outro do perna e de dedos esquerdos na perna.				
	21/07 * Fratura Tibia 21/07 Acidente Automóvel 21/07 SORTEADO				
	Em tempo (29/7/18) Solicitado RX do tornozelo E para programar tratamento cirúrgico. HD: 1) fratura de tibia 2) fratura de tornozelo				

Dr. Clécio
CRM 5609 TEOD
Traumatologia-Ortopedia

21 JUL. 2018

Dr. Antonio Luiz V. Gonçalves
Ortopedia Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM 12444 TEOD

Dr. GLAUCIO CARLOS FÉLIX
Ortopedia Traumatologia
CRM 14053 / SBOT 2014

Rua Cândido Maia, 294 - Antº Bezerra - 60356-830 - 04.885.197/0010-35.
Fortaleza, Ceará, Brasil.
85 3488 3210

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
ATENÇÃO: COPIA DO ORIGINAL

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEAM



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



Prefeitura de
Fortaleza

RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

PACIENTE:

Damásio de Freitas Gonçalves

PRONTUÁRIO

UNIDADE

ENFERMARIA

LEITO

INÍCIO DO TRATAMENTO

DATA DA ALTA

DATA DO RETORNO

MÉDICO PARA RETORNO

21.07.18

02.08.18

08.08.18

Dr. Antônio
Luz

RESUMO DA HISTÓRIA DA CLÍNICA

11h

Trauma

Envolvimento do joelho e edema
+ enfraquecimento

PRINCIPAL:

ACESSÓRIO-1

ACESSÓRIO-2

ACESSÓRIO-3

EXAMES ESPECIALIZADOS:

Fratura de osso da perna

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Osteossíntese: 25.07.18

TERAPÉUTA APÓS ALTA

Apoflexão VO. (Fez DS no internamento)

CONDIÇÕES DE ALTA:

CURADO

☒ MELHORADA

OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

Arterio gram

DATA

02.08.18

MÉDICO

3399

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEAM

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
RUA CÂNDIDO MAIA, 294 - ANTÔNIO BEZERRA
FORTALEZA - CEARÁ

1ª VIA - FARMÁCIA
2ª VIA - PACIENTE

PACIENTE:

ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO:

Daniel de Freitas Brito
Rua Joaquim Manoel de Melo 1159
Henrique Jorge 407 - CE
orp

1 Ciprofloxacin 500mg — 28 cp

us: 1 comp 12 12h

por 14 dias

2 Ibuprofeno 600mg — 15

us: 1 comp 8-8h de

07/08/18

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____ Data: ____/____/____

Carimbo: Hospital Dr. Evandro Ayres de Moura



ATESTADO MÉDICO

O Sr(a)

Daniilo de Freitas Cordeiro

Foi atendido (a) neste Hospital:

Dia: 21 de 07 de 18 as _____ hs

Tendo como causa do atendimento: trauma

1. () paciente foi atendido nesta instituição as _____ hs

E pode retornar às suas atividades.

2. (X) Necessitando de cerca de 120 dias de afastamento de suas atividades laborais ou escolares por motivos de Doença ou agravos: fratura do pé direito Esc

3. () Encontra-se a() Apto() Inapto a prática curricular de Educação física.

4. () Não apresenta, no momento, sinais e/ou sintomas de Doenças ou agravos que o(a) incapacitem para o trabalho

5. () Paciente encaminhado à especialidade: _____

Fortaleza, 21 de 07 de 18

[Assinatura]
Médico CRM

Dr. José Marcelo V. Porto
Médico - Traumatologista
CRM 2390

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
RUA CANDIDO MAIA 194 - ANTONIO BEZERRA
FORTALEZA - CEARA - PABX (85) 3488 32 10



Omnimagem

diagnóstico para uma vida saudável



Atendimento.....: 1318987 Data: 17/01/2019
Paciente.....: DANILO DE FREITAS CORDEIRO
Solicitante.....: DR. SAMUEL MAGALHAES DA SILVA
Convênio.....: UNIMED
Exame: RX.TORNOZELO E
RX.PERNA /E

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO + PERNA ESQUERDA AP/P

RELATÓRIO:

Controle evolutivo pós-operatório (osteossíntese da tibia).

DR. CID FREITAS CAVALCANTE
RADIOLOGISTA
CRM: 9293

I

Este documento é
Para conferir o c

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):

Dmitri de Faria Oliveira

vítima de acidente de trânsito, em 21/07/2019, sofreu:

Fratura do osso da pinna esquerda S82.2

e submeteu-se a tratamento(s):

Osteotomia e fixação do fratura com placa e parafusos e fisioterapia

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente, com grau de incapacidade funcional irreversível de:

cerca de 10% no membro superior esquerdo.
 Deformidade, dor, com
 marcha claudicante
 dificuldade de realizar
 as atividades diárias
 devido ao membro superior
 esquerdo incapacidade de
 realizar as atividades
 funcionais do membro superior
 esquerdo com grau de
 incapacidade funcional
 de 10% no membro superior
 esquerdo.

25/07/2019

Fco. Mardônio Salmito de Almeida
 Dr. Fco. Mardônio Salmito de Almeida
 CREMEC 4411

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

SINISTRO 3190072352 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DANILO DE FREITAS CORDEIRO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO DANILO DE FREITAS CORDEIRO

CPF/CNPJ: 61148638369

Posição em 13-02-2019 16:11:34

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
04/02/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50