



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Erando Pereira de Matos</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>autônomo</u>	Nacionalidade: <u>brasileira</u>
RG: <u>281300289</u>	CPF: <u>073.266.923-00</u>	
Endereço: <u>Rua: D Long Jardim Fluminense</u>		nº <u>105</u>
Cidade: <u>Fortaleza - CE</u>	CEP: <u>60.000.000</u>	

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

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASSEG, 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 retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiência e perícias medicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 08 de abril de 20 19

Erando Pereira de Matos
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Evandro Pereira de Matos, residente e
domiciliado na Rua D. Com. Jardim Fluminense nº 205,
bairro: P. Sta. Rosa, na cidade de Fortaleza, portador(a) do
RG nº 384360289, inscrito(a) no CPF nº 673.266.923-00,
estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu
próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que
declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que
assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com
esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 08 de Abril de 20 19.

Evandro Pereira de Matos
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

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

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

Fortaleza, 08 de abril 2019

Eduardo Pereira de Matos

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Evandro Pereira de Matos, brasileiro(a), solteiro, autônomo, portador(a) de cédula de identidade nº 1843 60289, inscrito(a) no CPF sob o nº 073.266.923-00, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Rua: D Long Jardim Fluminense nº 205, Bairro _____, CEP: _____ - _____/CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 08 de abril 2019.

Evandro Pereira de Matos

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



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

3180056968



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 566 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **30/01/2018 08:42:39**
Data / Hora da Ocorrência: **06/01/2018 11:20:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA 114**
Complemento:
Bairro: **CONJUNTO ESPERANCA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A IGREJA EVANGELICA**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EVANDRO PEREIRA DE MATOS**
Nascimento: **31/05/1974** CPF: **673.266.923-00**
RG: **184360289** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA DO SOCORRO CALIXTO DE MATOS**
JOAQUIM PEREIRA DE MATOS
Endereço: **RUA D, 105 CONJ JD FLUMINENSE**
Bairro: **PARQUE SANTA ROSA**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL**

COMPREV SUBSISTÊNCIA E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 02 FEV 2018

Nome: CEP: **60.734-040**

Telefone: **(85) 98841-5049**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXT4261** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC30303R100539** Renavam: **797708820** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 CARGO** Ano Fabricação: **2002** Ano Modelo: **2003** Combustível: **GASOLINA** Cor: **BRANCA** Proprietário: **EVANDRO PEREIRA DE MATOS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA HXT-4261-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA 114; QUE UM CICLISTA ATRAVESSOU A VIA NA FRENTE DA MOTO DA VITIMA, OCASIONANDO A COLISÃO NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UMA AMIGA(MARIA TEREZA), SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DE MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.// OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB. PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Evandro Pereira de Matos*

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9

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

CE

NOME
EVANDRO PEREIRA DE MATOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 184360289 SSP CE

CPF
 673.266.923-00

DATA NASCIMENTO
 31/05/1974

FILIAÇÃO
 JOAQUIM PEREIRA DE
 MATOS
 MARIA DO SOCORRO
 CALIXTO DE MATOS

PERMISSÃO
 ACC CAT. HAB.
 AB

Nº REGISTRO
 01348912041

VALIDADE
 10/11/2022

1ª HABILITAÇÃO
 25/06/1996

OBSERVAÇÕES
 EAR;

Evandro Pereira de Matos
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 16/11/2017

Igor Vascélus Ponte
 ASSINATURA DO EMISSOR

21123052484
 CE162250762

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1548470139

PROIBIDO PLASTIFICAR
1548470139

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 02 FEV 2018

Nome: _____



Esta é a segunda via de

JAN/2018Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

1541593DV **7**

VENCIMENTO

01/02/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

163,51Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **510248036****Companhia Energética do Ceará**Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002**DADOS DO CLIENTE**

Rota 15 01230 14 0118600

Medidor

Poste

Nome EVANDRO PEREIRA DE MATOS

7601791

1074 052T

Endereço Postal

End. da Unidade RU D CONJ JARDIM FLUMINENSE 00105 PQ. STA. ROSA
Consumidora FORTALEZA 60000000

RG / CPF / CNPJ 673.266.923-00

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMOLeitura Atual ☐ Leitura Anterior ☒ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

FP 33304 33083 1 221 0 221

DESCRIÇÃO DA CONTAQuantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)ENERGIA
CONSUMO

221 0,71500 158,01

DATAS DE LEITURAData de Emissão/
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leitura

23/01/2018

21/02/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

761A.71B7.236E.E0A4.82D5.8384.3157.9FEA

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 158,01 Aliquota 27% Valor do Imposto 42,66

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	52,91
TRANSMISSÃO	5,28
DISTRIBUIÇÃO	35,93
ENCARGOS SETORIAIS	12,43
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	51,46

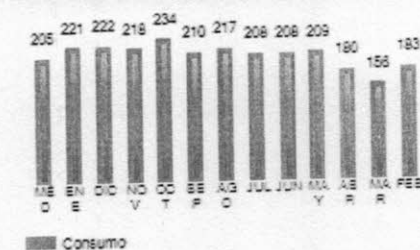
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 49,06

Conjunto BOM JARDIM

Mês NOV/ 2017

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	8,55	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	2,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			8,37		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**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

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

1541593-7Nº da Nota Fiscal: **510248036**Total a Pagar (R\$): **163,51**

Data de Emissão:

02/02/2018Referência: **JAN/2018**Nº de Controle: **0001541593 00521 4360 2 07****83820000001-0 63510031000-2 00015415930-1 05214360203-1**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

REC. 02 FEV 2018

Nome:

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE EVANDRO PEREIRA DE MATOS		Nº DO PRONTUÁRIO 5093412		Nº DO BE 252082	
CADSUS		SEXO M		RAÇA/COR PARDO	
NOME MÃE MARIA DO SOCORRO CALIXTO DE MATOS		NASCIMENTO 31/05/1974(43 ANOS)		NOME RESPONSÁVEL NI	
ENDERECO RUA D 105 CANINDEZINHO		MUNICIPIO FORTALEZA		UF CE	
CONTATO (85) 98841-5049		CEP 60.734-040			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE					
OCORRÊNCIA					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO TRAUMATISMO DO PUNHO E MAO - FERIMENTO					
ESCALA DE DOR 4 (ADULTO)					
SINAIS VITAIS					
PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SAT O2 NI%		PULSO NI	
TEMPERATURA NI °C		ALERGIAS NEGA		GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO KELINE SORAYA SANTANA NOBRE		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 06/01/2018 12:46:27	
ÁREA ATENDIMENTO					
ATENDIMENTO EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA					
ATENDIMENTO MÉDICO					

ANAMNESE

vitruer de de peso bruto e
trauma no punho D.
Trauma punho D.

DIAGNÓSTICO

SADT SOLICITADO:
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS

MÉDICAMENTO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
Po punho D PP+P					
cd. tela gessada					
+ inter veno e p/ curio.					
TIPO DE ALTA/SAÍDA					

ALTA/SAÍDA
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por KELINE SORAYA SANTANA NOBRE em 06/01/2018 12:46:27

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

Penal.

+ Carimbo

evandro pereira de matos

CONFERE COT ORIGINAL

26/01/18

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tomaz Cavaco, 1578
Messegana - CEP 60.734-040

Fortaleza

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 02 FEV 2018

Nome:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/04/2019 às 10:17, sob o número 01229847720198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0122984-77.2019.8.06.0001 e código 4681170.



Ministério
da
Saúde

Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente internado pl + tp cirúrgico
de fratura do punho @.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

tp cirúrgico

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

Anamnese + ExL + RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Ex punho

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

MAFI Ex punho

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº BILHETE

38 - SÉRIE

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBDR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

47 - DATA DO DOCUMENTO

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

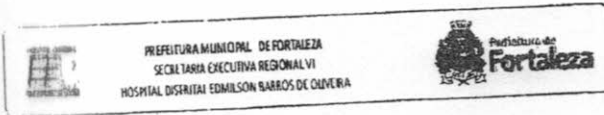
Av. ... 1576

Macejona - CEP 55.050-040

0181.FIDC00-0AME-A111-005

Fortaleza

Casé



REGISTRO EMERGÊNCIA

MATRÍCULA NO HOSPITAL

PACIENTE **EVANDRO PEREIRA DE MATOS**

DATA OPERAÇÃO: **13 / 01 / 18**

ENFERMARIA:

LEITO: **40**

CARLOS ALBERTO VIANA

1º AUXILIAR: **AGUSTO**

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR: **Diana**

ANESTESISTA: **Diana**

TIPO DE ANESTESIA:

BLOQUEIO + SEDAÇÃO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

fratura mto distal comitudo à direita

TIPO DE OPERAÇÃO:

OSTEOSÍNTESE MTO DISTAL

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

0 mm

RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:

SEM FRATURAS CO.D.A.

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- ① Ponto em DDH sob bloqueio de plex + sedação
- ② antebraço + braço + coxa estéril
- ③ Exame de MS.D com foco de fratura, esp.
- ④ de fratura proximal do braço proximal
- ⑤ mesmo valor e rotação + drenagem por plex + ventilação
- ⑥ tubos intra op: fratura comitudo do radio distal
- ⑦ realinhamento + fixação com plex e
- ⑧ plex (04 plex + 03 pontos) + fixação da estab.
- ⑨ com fio de 12 n.2.0.
- ⑩ Chave proximal do plex: pontos e drenagem
- ⑪ drenagem do plex com S.P.V. + pontos de
- ⑫ Sutura por plex + rotação plex de mch +
- ⑬ + tubo de plex.
- ⑭ Cto à SR

Dr. Carlos Alberto Viana Filho
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 11897/2017 13124

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 02/02/2018
Nome:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/04/2019 às 10:17, sob o número 01229847720198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 012298477.2019.8.06.0001 e código 4681170.

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
EVANDRO PEREIRA DE MATOS

NASCIMENTO
31/05/1974 (43 ANOS)

Nº DO PRONTUÁRIO
5093412

Nº DO BE
252082
RACIA/COR
PARDO

NOME MÃE
MARIA DO SOCORRO CALIXTO DE MATOS
ENDEREÇO
RUA D 105 CANINDEZINHO
CONTATO
(85) 98841-5049

NOME RESPONSÁVEL
NI
MUNICÍPIO
FORTALEZA

SEXO
M

UF
CE

CEP
60.734-040

OCCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO
TRAUMATISMO DO PUNHO E MAO - FERIMENTO
ESCALA DE DOR
4 (ADULTO)

QUEIXA
DEFORMIDADE NO PUNHO DIREITO, DOR.
SINTOMAS
RELATA ACIDENTE DE MOTO.

SINAIS VITAIS

SAT O2
NI%

PULSO
NI

GLICEMIA
NI

PESO
NI KG
TEMPERATURA
NI °C
CLASSIFICAÇÃO
VERDE

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI
ALERGIAS
NEGA

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
KELINE SORAYA SANTANA NOBRE

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
06/01/2018 12:46:27

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO
EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

vitruer de de pro hucite &
treame no peelo D.
Trema peelo D.

DIAGNÓSTICO

SAOT SOLICITADO:
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAO-X

COD. PROCEDIMENTO

CID

() OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

MÉDICAMENTO

Po peelo D p p + p
di tela qessade
+ inter varnet p cecic.

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA SAÍDA

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

Impresso por KELINE SORAYA SANTANA NOBRE em 06/01/2018 12:46:27

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas na Penal.

evandro pereira de matos

CONFERE COM ORIGINAL

26/01/18

04.855.197/0012-05

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578
Messegana - CEP: 60.064-810

Fortaleza

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 08/04/2019 às 10:17, sob o número 012298477201908060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0122984-77.2019.8.06.0001 e código 46811170.

	SUS Ministério da Saúde	Sistema Único de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
---	-----------------------------------	------------------------	--

Identificação do Estabelecimento de saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

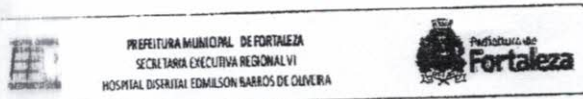
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE <i>Evandro Pereira de Matos</i>	6 - N° PRONTUÁRIO <i>5093402</i>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DO NASCIMENTO <i>31/05/1974</i>
9 - SEXO ☒ Masculino ☐ Feminino	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Maria do Socorro Colatto de Costa</i>
11 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) <i>Rua D. N. TOS - GARDIN DE 8° MO</i>	12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Fortaleza</i>
13 - CDD - 18GE MUNIC	14 - UF
15 - CEP	16 - TELEFONE DE CONTATO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente internado p/ tto cirúrgico de fratura do punho D.</i>	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>tto cirúrgico</i>	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Anamnese - ExL + RX</i>	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fx punho</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>NAFI fx punho</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO ☐ CNS ☐ CPF	29 - N° DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. J. Nogueira</i>	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>07/01/18</i>
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - CNPJ DA EMPRESA	38 - SÉRIE
39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNAE EMPRESA
41 - CBO	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR	☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO	
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	44 - CDD ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO ☐ CNS ☐ CPF	46 - N° DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
47 - DATA DO DOCUMENTO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>HOSPITAL DISTRITAL EDILSON BARROS DE OLIVEIRA</i>
49 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578
 Macejones - CEP 60.864-810
 Fortaleza - Ceará

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/04/2019 às 10:17, sob o número 01229847720198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0122984-77.2019.8.06.0001 e código 46811170.



REGISTRO EMERGÊNCIA	MATRÍCULA NO HOSPITAL
---------------------	-----------------------

PACIENTE: EVANDRO PEREIRA DE MATOS		
DATA OPERAÇÃO: 13/01/18	ENFERMARIA:	LEITO: 40
CIRURGIÃO: CARLOS ALBERTO VIANA		1º AUXILIAR: AGUSTO
2º AUXILIAR:	3º AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR: DANIEL
ANESTESISTA: DIANA	TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO + SEDAÇÃO	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA MÚLTIPLA DISTAL COMINUTIVA À DIREITA		
TIPO DE OPERAÇÃO: OSTEOTOMIA MÚLTIPLA DISTAL		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: 0 NENHO		
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA:		
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: SEM FRATURAS CO.D.A.		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:		

CONFERE COM ORIGINAL
26/01/18

04.835.197/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tomás G. 1223
Mossoró - RN

Fortaleza
[Assinatura]

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Posição em DDH sobre bloco de pluma + Sedação
- 2) Antérgico + Anestesia + Exatidão estéril
- 3) Exatidão de M.D. com fratura de múltipla, espalhada de fragmentos propensos do braço proximal
- 4) Acima da pele e rotação + drenagem por pluma + drenagem
- 5) Redução intra op: fratura cominutiva do rádio distal
- 6) Redução reduzida + fixação com pluma e placa (01 pluma + 03 parafusos) + fixação do rádio distal com fio de 12 n.º 20.
- 7) Chaveamento proximal do rádio, parafusos e redução
- 8) Lavagem do campo com SPO. 9% + drenagem de material
- 9) Sutura por pluma + rotação para o lado + drenagem + teste de pulso.
- 10) Cb. à SR

Dr. Carlos Alberto Viana Filho
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 11189/2017 EOT 13124

Gráf. HDEBO-SAME-Desc. Op.

SINISTRO 3180056968 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EVANDRO PEREIRA DE MATOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO EVANDRO PEREIRA DE MATOS

CPF/CNPJ: 67326692300

Posição em 26-03-2019 14:40:05

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
25/04/2018	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25