



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	Wilson Silva do Nascimento		
NACIONALIDADE	Brasileiro	NATURAL	
RG	95002232487	ESTADO CIVIL	Solteiro
CPF	617.577.303-97	PROFISSÃO	metoquero
ENDEREÇO	Rua: C, 351, Conj. Jardim Stoperi		
BAIRRO	Parque das Irmãs	CEP	60743-374
MUNICÍPIO / UF	Fortaleza - Ce		
FONES	(85) 992104031 / (85) 989346843		
E-MAIL	RC527340@gmail.com		

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 Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo – Fortaleza – CEP 60.325-700.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, 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, desistir, 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 medicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 15 de Outubro de 2018.

Wilson Silva do Nascimento
outorgante



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

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

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Wilson Silva do Nascimento, Brasileiro(a),
Solteiro, metoquero, portador da Carteira de
 Identidade/RG nº 95002232487 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o
 nº 617.577.303-97, residente e domiciliado na cidade de
Fortaleza, estado Ceará, na Rua
C, Jardim Staperi, Nº 351, Parque dois Irmãos,
 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), 15 de Outubro de 20 18.

Wilson Silva do Nascimento

Declarante



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

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

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Wilson Silva do Nascimento, brasileiro(a),
solteiro, motoqueiro, portador(a) do RG nº
95002232487, inscrito no CPF sob nº
617.577.303-97, residente e domiciliado no endereço
Rua: C, 354, Jardim Staperi, Parque dos Irmãos.

Declaro para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que tem total e plena consciência da propositura da **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT**, em seu nome e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo administrativo, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a **Dra. NAJMA MARIA SAID SILVA**, brasileira, solteira, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 28.394, com escritório profissional a Rua Antônio Drumond, nº 1051, bairro Monte Castelo, CEP 60.325-700, 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 de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza (CE), 15 de Outubro de 2018.

Wilson S. Silva do Nascimento

Declarante.

TESTEMUNHA:
CPF:
NASC:

TESTEMUNHA:
CPF:
NASC:



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

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

DECLARAÇÃO

Eu, Wilson Silva do Nascimento,
 Brasileiro(a), Solteiro, metoquero, portador da cédula de Identidade N°
95002232487 E CPF N° 617.577.303-97, capaz,
 nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
Rua: C, 351, Jardim Stapani, Parque dos Sismões

na Cidade de Fortaleza, Estado Ceará, CEP
60743-374, 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, 15, de Outubro, de 2018.

Wilson Silva do Nascimento
 DECLARANTE



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

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

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>Wilson Silva do Nascimento</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>Rua: C, 351</u>		Profissão: <u>motoqueiro</u>
CPF nº: <u>617.577.303-97</u>	RG n: <u>95002232487</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Parque dos Irmãos</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>60743-374</u>	Telefone: <u>(85) 992101031 / (85) 989346843</u>	

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTOS, 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, 15 de Outubro de 2018

Wilson Silva do Nascimento

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, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.

Paragrafo 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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

INTERPRINT LTDA.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 950940284

NOME
WILSON SILVA DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 95002232487 SSPDS CE

CPF
 617.577.303-97 DATA NASCIMENTO
 01/03/1981

FILIAÇÃO
 EDILSON ROCHA DO NASCIMENTO
 ERINETE SILVA DO NASCIMENTO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
 AB

Nº REGISTRO
 05067552626 VALIDADE
 17/09/2018 1ª HABILITAÇÃO
 03/11/2010

PROIBIDO PLASTIFICAR
 950940284

OBSERVAÇÕES
 EXERCE ATIV REMUNERADA;

Wilson Silva do Nascimento
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO
 02/05/2014

Igor Vascócelos Ponte
 IGOR VASCÓCELOS PONTE
 ASSINATURA DO EMISSOR

85514576801
 CE137855656

DETRAN - CE (CEARA)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:40, sob o número 01135246620198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113524-66.2019.8.06.0001 e código 44BE6DE.



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Serie B-4 | N° 537768855

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
forçada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
AGO/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
991704 DV **7**

VENCIMENTO
20/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
53,25

DADOS DO CLIENTE

Rota 11 01210 31 096200 Medidor 5026089 Poste 1375 Q43S
Nome MARIA DO LIVRAMENTO OLIVEIRA DA COSTA Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU C JARDIM ITAPERI 00351 PQ. DOIS IRMAOS FORTALEZA 60000000

RG / CPF / CNPJ 647.198.043-49 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
28422	28309	1	113	0	113

DESCRIÇÃO DA CONTA Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
17/08/2018	18/09/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ACA1.4122.6250.6C32.480F.1936.F9D5.02B9

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
ISENTO		

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

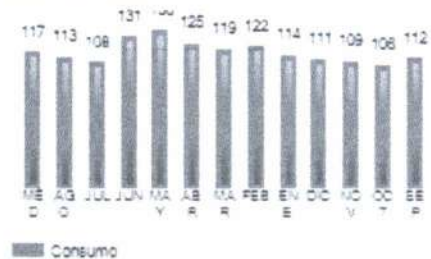
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	0,75
CORRECAO MONETARIA DO MES	1,71
JUROS DO MES	4,53
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP	11,69
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 3,30)	

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 17,71
Conjunto PARANGABA
Mês JUN/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	0,00	4,92	0,00
FIC (un)	3,11	6,22	12,45	0,00	2,00	0,00
DMIC (h)	2,77			0,00		

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)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: **991704-7** N° da Nota Fiscal: **537768855** Total a Pagar (R\$): **53,25**
Data de Emissão: **31/08/2018** Referência: **AGO/2018** N° de Controle: **0000991704 00528 4374 2 03**

83830000000-4 53250031000-9 00009917040-0 05284374220-0



30 OUT. 2018

Ass:



Impresso nº 20182119

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4030 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **14/09/2018 12:50:06**
 Data / Hora da Ocorrência: **24/07/2018 16:20:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JOSE TAVARES**
 Complemento:
 Bairro: **PARQUE SANTA ROSA** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **WILSON SILVA DO NASCIMENTO**
 Nascimento: **01/03/1981** CPF: **617.577.303-97**
 CNH: **05067552626** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
 Filiação: **ERINETE SILVA DO NASCIMENTO**
EDILSON ROCHA DO NASCIMENTO
 Endereço: **RUA C, 351**
 Bairro: **PARQUE DOIS IRMAOS**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99210-1031**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OCB2501 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2JC4110BR432099 Renavam: 311109420 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Ano Fabricação: 2011 Ano Modelo: 2011 Combustível: GASOLINA Cor: PRETA Proprietário: WILSON SILVA DO NASCIMENTO Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OCB-2501 NA AV. JOSÉ TAVARES QUANDO A VITIMA REALIZAVA UMA CONVERSÃO PARA A DIREITA A MOTO DERRAPOU, QUE A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTO, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA. E NADA MAIS DISSE.//////////
 OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Wilson Silva do Nascimento*

VISTO DO DELEGADO(A) : JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

DELEGACIA DE **MD** CARTÓRIO **Moreira de Deus** 10º Tabelionato de Notas de Fortaleza R. Casimiro Montenegro, 70 - Monte Castelo • Fortaleza / CE • CEP 60.325-720 Fone: (85) 3223-9565 | Site: www.cartoriomoreiradeus.not.br Tabelião: Maria de Fátima Botelho Moreira de Deus

Pág. 1 de 1

Impresso em: 14/09/2018 12:56:38



AUTENTICAÇÃO
 A presente cópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé em Fortaleza, 14/09/2018.
 Válido somente com o selo de autenticidade. Em testemunha da verdade.
 Maria Jocilene da Silva - Esc. Autorizada

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
30 OUT. 2018

ATO

DECLARAÇÃO


Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Wilson Silva do Nascimento** - C.P.F. **617.577.303.97**, no dia **24/07/2018**, às **16h58min**, na **Avenida José Tavares**, no **Bairro Parque Santa Rosa**, 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 **P334092/2018**.

Fortaleza, 04 de setembro de 2018.

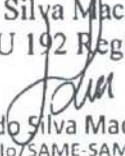
Atenciosamente,



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

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza

Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



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

DIÁRIO CORRETORA DE REG. LIT

30 OUT. 2018



P-334092/2018

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: VSB-90 PONTO DE APOIO: SERV Nº DA OCORRÊNCIA: 0664
 DATA: 24/07/18 TURNO: MT EQUIPE: Hala + Belenice
 NOME: Wilson Silva do Nascimento IDADE: 37 SEXO: M
 ENDEREÇO: R. José Tavares
 REFERÊNCIA: Rua A. Leite (Mercado) BAIRRO: Pq. São Roca
 QTY: 16:40 QUS: 16:58 QY: 17:20 QUU:
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão moto/ônibus / queda de moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO EXPANSÃO TORÁCICA PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
 RESPONSIVO PRESENTE PRESENTE
 NÃO RESPONSIVO AUSENTE AUSENTE
 PÉRVEAS OBSTRUÍDAS POR: _____

A **3**
 PADRÃO RESPIRATÓRIO INSPEÇÃO PALPAÇÃO / PERCUSSÃO AUSCULTA
 EURNEICO NORMAL NORMAL NORMAL
 TAQUIPNEICO ALTERADA: _____ ALTERADA: _____ ALTERADA: _____
 BRADIPNEICO
 AGÔNICA/AUSENTE

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

D
 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 1 EXTENSÃO ANORMAL 2
 NENHUMA 1
 PUPILAS: NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
 ALTERADAS

E
 ADULTO LESÕES PEDIÁTRICO

 DoE EM OMBROS E + ABRASÃO em lateral + Joelho C.

SAMPLA
 FC: 99 PA: FR: 18 GLUC.: OXIM.: 98% TEMP.:

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

30 OUT. 2018

ASS: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:40, sob o número 01135246620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113524-66.2019.8.06.0001 e código 44BE6DF.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHEGAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. /CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ADT. Sobrecarga queda de mofo, passava copo de leite, usava
alcoho para uso de bebida etilica, repouso em
local sem dificuldades, apresenta alterações em
ambos os

respiração
brônquica
brônquica

ASS. /COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

[Handwritten signature]

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

- UNIDADE DE SAÚDE: H.F. Paternoster
- LIBERADO
- RECUSA
- REMOVIDO POR TERCEIROS
- OUTRO:
- ÓBITO →
- NO LOCAL
- DURANTE O TRANSPORTE

BOLETIM EMERG:

PACIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO
ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:
DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

SIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 OUT. 2018

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

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:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:40, sob o número 01135246620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 011352466.2019.8.06.0001 e código 44BE6DF.

2760



Prefeitura de Fortaleza

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

L-116

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

88092241

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE WILSON SILVA DO NASCIMENTO		Nº DO PRONTUÁRIO 221790	Nº DO BE 228432
CAOSUS	NASCIMENTO 01/03/1981(37 ANOS)	SEXO M	RACACOR PARDO
NOME MAE ERINETE SILVA DO NASCIMENTO		NOME RESPONSÁVEL NI	
ENDEREÇO RUA C 351 PQ DOIS IRMAO		MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
CONTATO		CEP NI	

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DOENÇA PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU USB 90 REFERINDO TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO E ABRASÕES	MOTIVO ACIDENTE DE MOTO
SINTOMAS NI	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLICEMIA NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA			
CLASSIFICAÇÃO 1 - RDP	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO EDVANIA NOBRE DE QUEIROZ	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 24/07/2018 17:21:22		

ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

ANAMNESE

pac. refer. "Acid. a mot"

Tr. clav. @

14 fr. a clav. @

DIAGNÓSTICO	COD. PROCEDIMENTO	CID
SAO SOLICITADO: <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRANIO <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> OUTROS		

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>Inter 11 Ho Lu</i>	<i>0307.90277</i>	
Paulo Elyel Frota Ponte Ortopedia e Traumatologia CREMEC: 8314 SBOT: 11263		

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA <input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO ÓBITO: <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA
DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO	

Impresso por EDVANIA NOBRE DE QUEIROZ em 24/07/2018 às 17:21:26
 Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 289 do Código Penal.

WILSON SILVA DO NASCIMENTO

HOSPITAL DISTRITAL M^o JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
 ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

30 OUT. 2018

ASS: _____

E
 Eranuelle Monteiro

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:40, sob o número 01135246620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113524-66.2019.8.06.0001 e código 44BE6DF.

AS SEGUROS VESTIBULARES S/A
CNPJ: 13.251.274/0001-03

Data do acidente 24/07/18 Internou-se para tratamento em virtude do acidente que o vitimou Clínico Cirúrgico

Data da internação 24/07/18 WILSON SILVA DO NASCIMENTO

Nome hospital PROTINHA PARANGABA Data da alta hospitalar 02/08/18

Encontrou no segurado outros defeitos físicos, moléstias ou doenças existentes antes da data do acidente?
Cite especificando lesões/doenças e o percentual de perda funcional.

NÃO

Quais os tratamentos que o segurado foi submetido até a data indicada acima?
TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DA CLAVÍCULA ESQ

Foram esgotados todos recursos terapêuticos visando a recuperação do paciente? Justifique

SIM

Data da definição da(s) seqüela(s)

11/10/2018

Descrição da seqüela permanente com perda funcional causada pelo acidente de que o segurado foi vítima

INCAPACIDADE FUNCIONAL DO OMBRO ESQ.

Grau (mínimo, médio ou máximo) ou percentual

40-70

DOR + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS

ALTA DEFINITIVA EM 11/10/18

Nome do médico responsável JOÃO BATISTA G. DASILVA

CRM 5155

Local FORTALEZA CE

Firma reconhecida do médico

Data 11/10/2018

30. OUT. 2018

Assinatura / Carimbo

João Batista Gomes da Silva
Médico
CRM 5155 CPF: 228.775.923-91

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:40, sob o número 01135246620198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113524-66.2019.8.06.0001 e código 44BE6DF.

23954



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
 PRONTO-SOLICITANTE, SECRETARIA DE SAÚDE - GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 AV. Getúlio de Paula nº 1137 - Fortaleza - CEP 64.036-600
 Fortaleza - Ceará
 Telefone: (85) 3238-7222

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: *Valéria S. N. N. N.*
 ENDEREÇO DO PACIENTE: *Rua: C. nº 351*
 BARRIO: *Parque das Irmãs* MUNICÍPIO: *Fortaleza* UF: *CE* CEP: _____
 DATA DO NASCIMENTO: *07/03/83* SEXO: MASC FEM 2. SEGURADO 4. CONJUGE 6. FILHO 8. OUTRO DEP.
 NOME: *Erinete Silva do Nascimento*

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE: *75439000773* CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL: *Paulo Elyel Prota Ponte*
 C. INT.: *1920* PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____ CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO: *[Assinatura]*
 DATA DA EMISSÃO: *24/10/18* CONDIÇÃO: *Ortopedia e Traumatologia*
 CREMEC: 9314 SPOT: 11263

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
Tum. cefal. @
m
R+ pres + clare @

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Pres + ef

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

R+ e ef HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
 ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL
[Assinatura]

DIAGNÓSTICO INICIAL: *R+ clare @* TIPO DE CLÍNICA: *Erinete Monteiro*
 1. CIRÚRGICA 2. OBSTÉTRICA
 3. CLÍNICA MÉDICA 4. TISIOPEUMOL
 5. PSIQUIÁTRICA 6. PEDIÁTRICA
 9. OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO: *R+ clare*

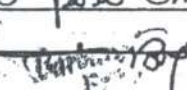
CRM - MÉDICO SOLICITANTE: _____ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE: *Paulo Elyel Prota Ponte*
 Ortopedia e Traumatologia DATA: _____ HORA: _____

DIRETORIA DE SEG. LTD.

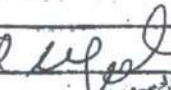
30 OUT. 2018

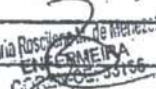
Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:40, sob o número 01135246620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113524-66.2019.8.06.0001 e código 44BE6DF.

DATA	EVOLUÇÃO
25/07	# Enfimagem # U.S.N; 37 a; Jm masculino; 2º DHT; HD: Fratura de clavícula (E); Anali: consciente; orientado; verbalizando; deambulando; hemodinamicamente estável; em ambiente; eupneico; AUP em MBD passivo; acato duto no membro; eliminação fecal (E); encaminhado ao posto ON UMG p/ 1º trauma
25/07	Enfimegem # U.S.N, 37 a, ♂ Notificado no posto I por ocorrência da emergência com fratura de clavícula (E) e lesão do coto de braço, sendo o dolo referido leve, segue sob cuidados de enfermagem aguardando procedimentos emergenciais
26/07/18	# Fratura de Clavícula Ex Paciente evoluí com Nega febre. ED: Aguarda Cirurgia
27/07	U.S.N. 37 a, HD: Fratura de clavícula E. Evolui estável, consciente orientado, verbalizando, eupneico, estável, normotensivo, normossaturado. Segue em observação. Aguarda cirurgia
29/07	U.S.N. 37 a, HD: Fratura de clavícula E. Evolui estável, consciente orientado, verbalizando, eupneico, estável, normotensivo, normossaturado. Segue em observação. Aguarda cirurgia

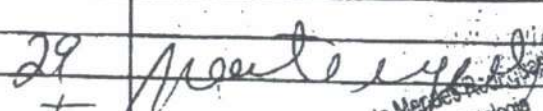

 Dr. Roberto Mendes
 CRM 16917/PT 15198

2 Rondely Costa
 239777



 Dr. Roberto Mendes
 CRM 16917/PT 15198


 Maria Rosilene de Menezes
 ENFERMEIRA
 CRM 16917/PT 15198

HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ BARROSO DE O.
 ATES: O QUE CÔPIA CONFERE COM ORIGINAL


 Emanuelle Monteiro
 Mat. 763

30 OUT. 2018


 Emanuelle Monteiro
 Mat. 763

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:40, sob o número 01135246620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113524-66.2019.8.06.0001 e código 44BE6E1.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
EDMJO-Frotinha de Parangaba

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome: Wilson Silva do Nascimento

Prontuário	Enfem.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			24/07/18	Frat clavícula (E)

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
29.07.18	<p>Fr + Clavícula (E)</p> <p>Inter III 14. cm</p> <p>Paulo Elyel Frota Ponte Ortopedia e Traumatologia CREMEC: 9314-SBOT: 11263</p> <p>24/07/2018 - Paciente admitido para trt de fratura de clavícula (E). Ao exame: hemostático, saturação, insuflizos e rompidos, respiratório e circulatório. Nega HASTIA e outras patologias.</p> <p>José Gleyson P. Moura Enfermeiro COREN - CE 485.463</p> <p>Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4800</p> <p>HOSPITAL DISTRICTAL DE JOSÉ BONFIM - CARIACI ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL</p> <p>Emanielle Monteiro Mat. 763</p> <p>Francisco Daniel Neto ORTOPEDISTA CRM 4548</p>
25	<p>Neto</p> <p>Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4800</p>
28	<p>W.S.N.O S/E</p> <p>Francisco Daniel Neto ORTOPEDISTA CRM 4548</p>
04	
18	
28	<p>Mendonça</p>

30 OUT. 2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:40, sob o número 01135246620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113524-66.2019.8.06.0001 e código 44BE6E1.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
EDMUNDO-Frestina de Parangaba

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome: Wilson Silva do Nascimento

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			1 / 1	

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: 29/7/18 EVOLUÇÃO: Wilson, 31 anos. Fratura de clavícula com deslocamento. Evoluiu bem, sem complicações. Estado geral satisfatório. Presença de dor no local da fratura. Realizada a limpeza e curativos. Acompanhamento em observação.

Jamils Vitor
Enfermeiro
CRM 113524

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4600

30/7/18

Paciente com HD de fratura de clavícula e com estado geral regular. Aceite do plano cirúrgico. Realizada a cirurgia e colocação de placa e parafusos. Estado geral satisfatório. Presença de dor no local da cirurgia. Realizada a limpeza e curativos. Acompanhamento em observação.

31/7/18

PACIENTE SURTIU A OSTENSIVAS DE FRATURA DE CLAVÍCULA E ESTADO GERAL REGULAR.

Dr. Valcir Filho
Médico
Ortopedista e Traumatologista
CREMEC 11393 e TEST 10001

31/7/18

Paciente com HD de fratura de clavícula e com estado geral satisfatório. Realizada a cirurgia e colocação de placa e parafusos. Estado geral satisfatório. Presença de dor no local da cirurgia. Realizada a limpeza e curativos. Acompanhamento em observação.

HOSPITAL DISTRITAL MARCOS BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTADO DE CÓPIA CONFÉRE COM ORIGINAL

Eranuelle Monteiro
Mat. 763

30 OUT. 2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:40, sob o número 01135246620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113524-66.2019.8.06.0001 e código 44BE6E1.

DATA	EVOLUÇÃO
	<p>Maior q. a. e aos cuidados do enfermeiro <i>Elaine</i> 71589</p>
1/10/2018	<p><i>[Signature]</i></p> <p>Francisco Daniel Neto ORTOPEDISTA CRM 4548</p> <p>Boa tarde</p>
	<p><i>[Signature]</i></p> <p>Francisco Daniel Neto ORTOPEDISTA CRM 4548</p>

HOSPITAL DISTRICTAL DR. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

[Signature]
Emanuelle Monteiro
RM 2728

LIBIA CORRETORA DE SEG. L.T.E.
30 OUT. 2018

ASS: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:40, sob o número 01135246620198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113524-66.2019.8.06.0001 e código 44BE6E1.

SCRICÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

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

Gosto - I

SINAIS VITAIS	
HORÁRIO:	
P.A.:	
TEMP.°:	
P./MIN.:	
M.V./MIN.:	

NOME: Wilson Silva do Nascimento IDADE: 37a ENF.: e Nº. PRONTUÁRIO: 221490
 LEITO: 116

DATA DE REGISTRO	HORÁRIO DE REGISTRO	INDICACIONES	EXAME	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO	EVOLUÇÃO
21/10/2018	14h	Rotina	221490	10m. Saem da sala com a filha e mulher		
22/10/2018	18h	Rotina	221490			
23/10/2018	10h	Rotina	221490			
24/10/2018	10h	Rotina	221490			
25/10/2018	10h	Rotina	221490			
26/10/2018	10h	Rotina	221490			
27/10/2018	10h	Rotina	221490			
28/10/2018	10h	Rotina	221490			
29/10/2018	10h	Rotina	221490			
30/10/2018	10h	Rotina	221490			

HOSPITAL MUNICIPAL DE MEDICINA
 ENFERMEIRA
 COREN/CE 41133

HOSPITAL MUNICIPAL DE MEDICINA
 ATENÇÃO QUE COMEÇA CONFERE COM ORIGINAL

HOSPITAL DISTRITAL DR JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
 ATENÇÃO QUE COMEÇA CONFERE COM ORIGINAL
 Emanuelle Monteiro

30 OUT. 2018
 LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
 HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
 PRÉVIA DE PARANHANA
 Av. Cadeia de Pedra nº 1117 - Parangaba - CEP 04228-000 Fortaleza-Ceá
 Telefone (081) 3201-7022 - Fax: 3191-0789

FOLHA DE ANESTESIA

Nome: Wilson Silva da Nascimento

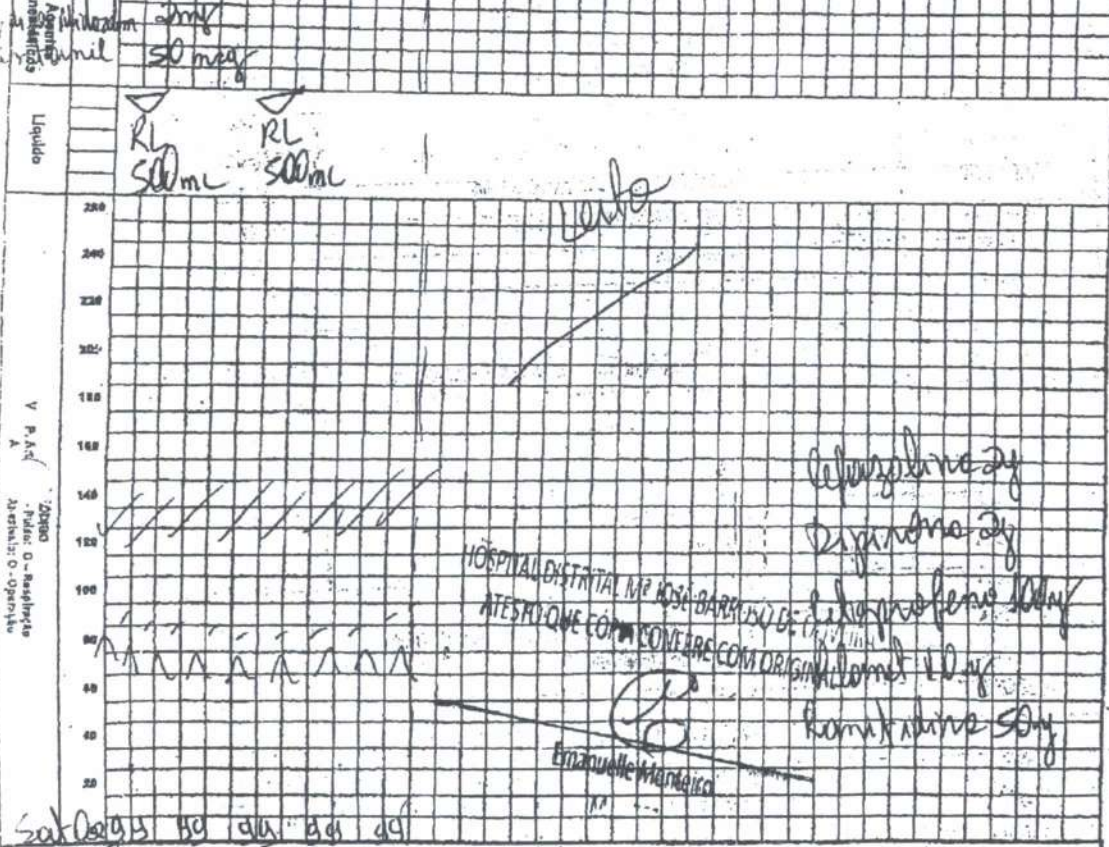
Prontuário Nº: _____

Enfermaria: _____ Leito: _____

Data: <u>31.07.18</u>	Pres. Arterial:	Pulso:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
Tipo Sanguíneo:	Hemácias:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Uréia:	Outros:
Ap. Respiratório: <u>NDN</u> Asma: <u>Nega</u> Bronquite: <u>Nega</u>						
Ap. Circulatório: <u>NDN</u> Eletrocardiograma:						
Ap. Digestivo: <u>NDN</u> Dentes: _____ Pescoço: _____ Ap. Urinário: _____						
Estado Mental: <u>NDN</u> Atarácicos: _____ Corticóides: _____ Alergia: <u>Nega</u> Hipotensores: _____						
Diagnóstico Pré-operatório: <u>Fratura de clavícula MSE</u> Estado Físico: <u>0</u> Risco: _____						

anestesias Anteriores: _____

Medicação Pré-anestésica: _____ Aplicadas às: _____ Efeito: _____



INDUÇÃO

Indel: _____ Drel: _____ Toss: _____
 Ladrão apertado: _____ Lentr: _____
 Némas: _____ Veritas: _____
 Gênos: _____

MANUTENÇÃO

Bloques de plexo braquial interscalênico com rigoroza anti-sepia por cetado 10ml lidocaina 2% e 1 vaso + 10ml bupivacaína 0,5% + 1 vaso

Amesela Indel: sim não
 Mm, por qnt: _____

DESPERTAR

Reabre no S.O.: _____
 OCO: _____ Drel: _____
 Némas: _____ Veritas: _____
 Gênos: _____

Soluções e Anestésicos: VPAS NPAD - CE

Posição: DDH

Agentes: Midazolam / Fentanyl / Bupivacaína / Lidocaina

Técnica: Bloques de plexo braquial - Sedação Cânulas: _____

Operação: Tratamento cirúrgico de fratura de clavícula

Cirurgiões: Marcelo Valcin

Anestésistas: Rachel

Observações: _____

Com o paciente: sim não

CONDIÇÃO: Acordado
Hemodinamicamente

30 OUT. 2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado de Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:40, sob o número 01135246620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113524-66.2019.8.06.0001 e código 44BE6E8.

Fortaleza

PROFESSORIA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
DISCIPLINA: ENFERMAGEM - CURSO: TÉCNICO EM ENFERMAGEM
INSTITUTO DE FORTALEZA - FORTALEZA - CEARÁ

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º: 220790

Paciente: WILSON SILVA DO NASCIMENTO
Data da Operação: 31/07/18 Enfermaria: Leito: 116

Operador: DR. MARCELO SILVEIRA 1º Auxiliar: DR. VALCIR FILHO
2º Auxiliar: 3º Auxiliar:
Instrumentador: Anestesiista: DRA. RAQUEL

Tipo de Anestesia:
Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE CLAVÍCULA (E)

Tipo de Operação: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA (E) +
ENXERTO OSSEO
Diagnóstico Pós-operatório: MESMO.

Mediata Patologista:
Fórmula Radiológica no ato:
Fonte durante a operação:
Etiologia: Contaminada Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligadura e Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visuais

- 1) Paciente em BDA sob anestesia
- 2) Antissepsia + limpeza + campos estéril
- 3) Acesso direto à clavícula (E)
- 4) Redução aberta + estabilização da fratura com fio K.
- 5) Reprod de enxerto ósseo do acrômio (E), pelo mesmo acesso.
- 6) Colocação de enxerto no foco de fratura
- 7) Lavagem com SF0,7%
- 8) Sutura para pele.
- 9) Curativo.

Dr. Valcir Filho
Médico
Ortopedista e Traumatologista
CREMOM 11233 - TEOT 14841

Dr. Marcelo Silveira Matias
Enfermeiro de Especialidade em Enfermagem em Cirurgia e Traumatologia

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 OUT. 2013

Emanuelle Monteiro

HOSPITAL DISTRITAL M^o JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:40, sob o número 01135246620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113524-66.2019.8.06.0001 e código 44BE6E8.



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICO, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, que o Sr. Wilson Silva do Nascimento, esteve internado nesta unidade hospitalar no período de 24.07.18 a 01.08.18 sob registro de nº 221790, com diagnóstico de fratura de clavícula esquerda, sendo realizado tratamento cirúrgico do mesmo. Em seguida paciente saiu de Alta hospitalar.

Fortaleza, 22 de Agosto de 2018

Dr. João Francisco B. L. I. Morano
Médico HDM nº JBO
Atencioso(a) paciente,
3631

AGÊNCIA CORRETORA DE SEG. LTD.

30 OUT. 2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSP. DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FROTINHA DE PARANGABA
AV. Osório de Paiva n° 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000
Fortaleza-Ceará Telefones (85) 3131-7322

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD.: _____

Atesto que o (a) Sr. (a) Wilson Silva da
Nascimento

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 30 de Set às _____ hs.

Tendo como causa de socorro fratura de
Clavicula

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

Observações: _____

Fortaleza-Ce, 30 de 07 de 2018

CRM - Médico (a)
Francisco Daniel Neto
ORTOPEDISTA
CRM 4548

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 60.501 de 14/03/87, e será expedido para justificativa de 01 (um) a 15 (quinze) dias de afastamento.

...IA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 OUT. 2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:40, sob o número 01135246620198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113524-66.2019.8.06.0001 e código 44BE6E8.

VÍTIMA WILSON SILVA DO NASCIMENTO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO WILSON SILVA DO NASCIMENTO

CPF/CNPJ: 61757730397

Posição em 03-01-2019 17:26:16

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
12/12/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50