



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Delano Luiz Alves Bezerra</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>autônomo</u>	Nacionalidade: <u>brasileiro</u>
RG: <u>20070399241</u>	CPF: <u>042.421.913-00</u>	
Endereço: <u>Rua: Estúdio do Rio de Janeiro n.º 55</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 FENASE, 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 médicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 05 de março de 2019

DELANO LUIZ ALVES BEZERRA
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Delano Luiz Alves Bezerra, residente e
domiciliado na Pav. Cotudo do Rio de Janeiro, nº 55,
bairro: -, na cidade de Fortaleza, portador(a) do
RG nº 20070399241, inscrito(a) no CPF nº 012.121.913-00
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, 05 de março de 20 19.

* DELANO LUIZ ALVES BEZERRA
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a)
Sr(a) Deleano Luiz Alves Bezerra 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, 05 de maio 20 19

DELEANO LUIZ ALVES BEZERRA

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



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

Impresso nº 2018156131

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4428 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/10/2018 14:23:29**
Data / Hora da Ocorrência: **13/09/2018 09:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA JOSE BARCELOS**
Complemento:
Bairro: **PARQUELANDIA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:



RECEBEM

11 DEZ 2018

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DELANO LUIZ ALVES BEZERRA**
Nascimento: **05/11/1996** CPF: **042.121.913-00**
RG: **20070399241** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA DELIANE ALVES DE OLIVEIRA**
FRANCISCO IRAMAR BEZERRA
Endereço: **RUA ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 55 AP 1122**
Bairro: **BELA VISTA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98655-7397**

Maria Gecineide
Corretora de Seguros
CNPJ: 21.487.736/0001-11
UF:

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **POY3596** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0810JR103848** Renavam: **1158187677** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano Fabricação: **2018** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **DELANO LUIZ ALVES BEZERRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **PZO7975** Uf: **MG** Município: **BELO HORIZONTE** Chassi: **9BD341A8CJY483092** Renavam: **1118721745** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **FIAT/MOBI DRIVE** Ano Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **MOVIDA LOCACAO DE VEICULOS S.A.** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA POY-3596 NA RUA JOSÉ BARCELOS QUE AO ULTRAPASSAR PELO LADO DIREITO UM CARRO DE PLACAS PZO-7975 O REFERIDO CARRO REALIZOU UMA CONVERSÃO PARA A DIREITA SEM SINALIZAR E SEM OS DEVIDOS CUIDADOS COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA POR MEIOS PRÓPRIOS DEPOIS A VITIMA FOI TRANSFERIDA 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 DO 10. DISTRITO POLICIAL



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



fls. 19

FLS.

RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

Impresso nº 2018156131

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4428 / 2018

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Delânio Campelo Almeida

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1

RECEBEMOS

11 DEZ 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.738/0001-06

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTIIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
DELANO LUIZ ALVES BEZERRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
20070399241 SSP CE

CPF
042.121.913-00 DATA NASCIMENTO
05/11/1996

FILIAÇÃO
FRANCISCO IRAMAR
BEZERRA
MARIA DELIANE ALVES DE
OLIVEIRA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB. AM

Nº REGISTRO
06478140095 VALIDADE
09/07/2023 1ª HABILITAÇÃO
06/10/2015

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR
Delano Luiz Alves Bezerra

LOCAL
FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO
17/08/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
46028651204
CE165833017

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1659743178

PROIBIDO PLASTIFICAR
1659743178

fls. 20

RECEBEMOS

11 DEZ 2018

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

5302189

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 05.105.848-3

enel

fls. 21

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 542888032

Rota 16 01240 34 323000 - 3 Data de Emissão 24/09/2018
Nome FRANCISCO IRAMAR BEZERRA
End. Postal RU ESTADO DO RIO DE JANEIRO 00055 AP 1122 BL D 11
BELA VISTA - FORTALEZA - 60000000
Medidor 1322219 Poste 1000 E18S
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 032947223-20 CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Set/2018
Data de Apresentação 24/09/2018
Previsão Próxima Leitura 25/10/2018

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto PHIPINAMBH
Mês Jul/2018 EUSD 25,85
DICRI = 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 73,68
Alíquota 27,00%
Valor do Imposto 19,89

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

F739.2029.5400.9464.42B7.2030.C722.1159

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
11175	11079	1,00	96	0,00	96	0,76758	73,68
24/09/18	24/08/18		31 DIAS		96		73,68

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES 73,68
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 4,96
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 6,79)

VENCIMENTO 10/10/2018
TOTAL A PAGAR (R\$) 78,64
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	28,47
Transmissão	3,04
Distribuição	16,23
Encargos Setoriais	4,35
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	21,59
TOTAL	73,68

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

115	96	86	108	98	125	132	107	102	164	146	121	103
MED Set Ago Jul Jun Maí Abr Mar Fev Jan Dez Nov Out												

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
37,48	0,00	0

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor

Da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

CONSIDERAR ESTA CONTA QUITADA SE EFETUADO O DÉBITO EM CONTA CORRENTE -
BOO DO BRASIL S.A. AGÊNCIA - 0239.

Consta desta fatura R\$ 1,70 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,42% e COFINS:1,91%
(Art. 9 Res. 100-2005 - ANEEL e leis n. 10.537/07 e 10.333/03)

Estamos em Bandeira Vermelha patamar 2 em set-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh (quilowatt-hora). Informações: www.aneel.gov.br

RECEBEMOS
11 DEZ 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

Nº do Cliente: 5302189 Referência: Set/2018
Data de Emissão: 24/09/2018 Total a Pagar (R\$): 78,64
Nº da Nota Fiscal: 542888032 Nº de Controle: 0005302189 00068 39682 09

8383000000-4 78640031000-9 00053021890-9 00683968207-6





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 10/10/2018 9:52:14

Por: EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 13/09/2018 09:54:14	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 704607674626522	NOME: DELANO LUIZ ALVES BEZERRA				Registro: 5580406		
CPF: 04212191300	RG: 20070399241	D. NASC: 05/11/1996	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA DELIANE ALVES DE OLIVEIRA				NOME DO PAI: FRANCISCO IRAMAR BEZERRA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: ESTADO DO RIO 1/99		Nº: 55	BAIRRO: PAN AMERICANO			
COMPLEMENTO: AP 1122	TELEFONE: , 986557397	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 60440782		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: ANDRE		PARENTESCO: AMIGO			TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motociclista							
QUEIXAS: Queda de moto há cerca de 1 hora, com capacete. Nega síncope. Com lesão sangrante em MIE e queixa de dor local							
OBSERVAÇÕES: Problemas em extremidades - hemorragia menor							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

RECEBEMOS

11 DEZ 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eire
CNPJ: 21.487.736/0001-00



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Intervenção
PROPOSTA HOSPITAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 55 - FORTALEZA - CEARÁ
AV. Odebrecht nº 1337 - Parangaba - CEP 44.720-490
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3335-7322

CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CERR - SING - FORTALEZA
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

7318102989455

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-9

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Helena Wyz H. R.

ENDEREÇO DO PACIENTE

Rua - Estado do Rio 55

BAIRRO

San Americom

MUNICÍPIO

Fortaleza

UF

CE

CEP

DATA DO NASCIMENTO

25/11/96

SEXO

1. ☒ MASC

3. ☐ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURADO

4. ☐ CONJUGE

6. ☐ FILHO

8. ☐ OUTRO D

NOME DA MÃE

Maria Deliane Alves de Oliveira

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

543906111

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Paulo Elvel Frota Ponte
Ortopedia e Traumatologia
CREMEL: 9314 SBOT: 11263

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

1915

DATA DA EMISSÃO

17/12/18

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TV2 M. @

sh + fec

R. frut. ext. 4MM

RECEBEMOS

11 DEZ 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

g. sh + ef

ATTESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

14 + sh

Emanuelle Monteiro

Mat. 763

DIAGNÓSTICO INICIAL

A1 SPNO

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA
3. ☐ CLÍNICA MÉDICA
5. ☐ PSIQUIÁTRICA
9. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA
4. ☐ TISIOPEUMOL
6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

tr. lu

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

Paulo Elvel Frota Ponte
Ortopedia e Traumatologia
CREMEL: 9314 SBOT: 11263

DATA

HORA

00012600092974

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

2 - CNES:

252914

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

FROTINHA DE PARANGABA

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **DELANO LUIZ ALVES BEZERRA**

PRONTUÁRIO:

5580406

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
704607674626522

8 - DATA NASCIMENTO:
05/11/1996

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE/PAI:
MARIA DELIANE ALVES DE OLIVEIRA

12 - TELEFONE DE CONTATO:
N.I

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
N.I

14 - TELEFONE DE CONTATO:
N.I

5 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº,)
R - ESTADO DO RIO 55 PAN AMERICANO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
FORTALEZA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:
CE

19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM **FRATURA EXPOSTA PE**, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
ANAMNESE + EXAME FÍSICO

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:
EXPOSTA PE

24 - CID 10 PRINCIPAL:
S922

25 - CID10 SECUNDÁRIO:

Dr. Gerson
DE FARIAS
CRM 3130 - RGE
26 - CAUSAS ASSOCIADAS:
DE FARIAS
CRM 3130 - RGE

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA EXPOSTA PÉ

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

0408050470

29 - CLÍNICA:
PSIQUIATRIA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
EMERGENCIA

31 - DOCUMENTO:
() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:

3 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

34 - DATA SOLICITAÇÃO:
13/09/2018

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - Nº DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

42 - CNPJ DA EMPRESA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR:

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

48 - DOCUMENTO:
() CNES () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:
/ /

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

RECEBEMOS

11 DEZ 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli

Nome: <u>Oseas Luiz Alves Bezerra</u>				
Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			13/09/18	

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

DATA	EVOLUÇÃO
13/09/18	fx 4ª cost + 4º DO L 12 ch do ee p 14 ch
	Paulo Elvel Pota Ponte Ortopedia e Traumatologia CREMEL 9314 SBOT 11263 Emmanuelle Monteiro Mx 763 13/09/18 o paciente sem intercorrências
	RECEBEMOS 11 DEZ 2018 Maria Cecineide T. Nobre Corretora de Seguros Eireli CNPJ: 21.487.736/0001-06 Julio César Barros Machado Médico-Ortopedista CRM 4872 13/09/18 Admitido neste, Unida 06:20 de movimento do cefalo com 4º DO L 12 de trauma exp do 4º DO L 12 de trauma exp complemento osteoel. Aceto oleo sob terapêutica medicamentosa em regime de internação. Realizar Rx Contro clínica NTE.
14	14 a frente segue La. Roberto Mendes R. S. J. S. Ortopedia - Traumatologia Enfermeira CORENE 310534

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 14/03/2019 às 10:06, sob o número 0117008890198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0117008-89/2019.8.06.0001 e código 4588BDE.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DEY. MARIA JOSÉ RIBEIRO DE OLIVEIRA

PRONTUÁRIO DE PARANÁIA
AV. Celso de Faria nº 1237 - Parangaba - CEP 61.220-000 - Fortaleza - CE
Telefone: (85) 3101-7022 - Fax: 3101-0210

FOLHA DE ANESTESIA

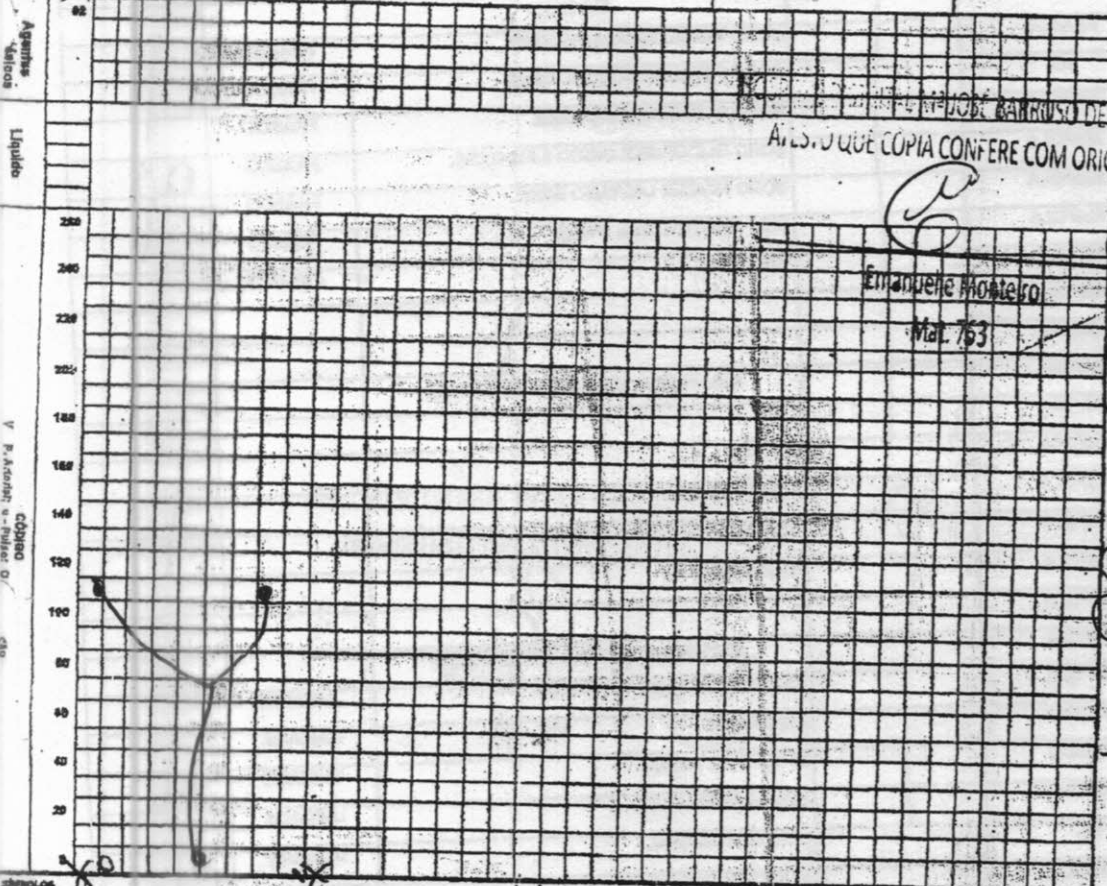
Nome: Roberto Luiz Alves Digena
Enfermaria: _____ Leito: _____

Prontuário Nº.: 351435

Data:	Pres. Arterial:	Pulso:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
Tipo Sanguíneo:	Hemácias:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Uréia:	Outros:
Urina:					IV = 2L	

Ap. Respiratório:	Asma:			Bronquite:	
Ap. Circulatório:	Eletrcardiograma:				
Ap. Digestivo:	Dentes:	Pescoço:	Ap. Urinário:		
Estado Mental:	Atarácidos:	Corticóides:	Alergia:		Hipotensores:
Diagnóstico Pré-operatório:	Estado Físico:			Risco:	
Anestésias Anteriores:			Risco:		

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



INDUÇÃO

Medicamento: _____
Dose: _____
Via: _____
Observações: _____

MANUTENÇÃO

1. A Gase Venturo M
2. Antisepsia
3. Biotex e/ou
4. Puncos hmb
4 = 100% de 1250
bupivacaína
5. Gase - 14 E
6. SPPA

ANESTESIA REALIZADA: ☐ SIM ☐ NÃO

Por quê? _____

DESPERTAR

Reações ao S.O.:
Obstr.: _____ DO2: _____ Freq.: _____
Máscara: _____ Ventilação: _____
Observações: _____

CONDIÇÕES

Para o leito: ☐ SIM ☐ NÃO

RECEBEMOS

Agentes: Xilocaína bupivacaína
Técnica: Blowby Spin
Operação: Intubação traqueal
Cirurgião: Roberto Luiz Alves Digena
Anestesiologista: MARCUS FORTE - 4449

11 DEZ 2018

Maria Geacineide F. N
Corretora de Seguros E
CNPJ: 21.487.736/0001-75

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 14/03/2019 às 10:06, sob o número 011170089201980600001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01117008-99-2019-8-06-0001 e código 4558BDE.

Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DR. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PROTUBERANÇA EM PARIETAL
Al. Celso de Figueiredo, nº 1127 - Parangaba - CEP 66.730-000 - Fortaleza-Ceá
Telefone: (85) 3131-1211 - Fax: 3131-1219

REGISTRO DE
EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

Paciente: Deiane Cruz Alves Bezerra
Data da Operação: 13.10.18 Enfermaria: _____ Leito: _____
Operador: Dr. Paulo César Barros Machado 1º Auxiliar: _____
2º Auxiliar: _____ 3º Auxiliar: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: MARCUS FORTE-4449
Tipo de Anestesia: Ague
Diagnóstico Pré-operatório: fratura do polegar E bursite
Tipo de Operação: Redução da fratura e fixação
Diagnóstico Pós-operatório: exame do polegar
Relatório Imediato Patologista: _____
Ime Radiológico no ato: _____
Acidente durante a operação: _____
Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

Emanuelle Monteiro

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1- A fratura do polegar com deslocamento e fragmentação
- 2- Limpeza com S.O. 9%
- 3- Redução da fratura e fixação com fio Kirschner
- 4- Sutura e curativo
- 5- No controle

HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

Mae 703

Paulo César Barros Machado
Médico - Ortopedista
CRM 4577

CERTIDÃO NARRATIVA,

CERTIFICO, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, que o Sr. Delano Luiz Alves Bezerra, esteve internado nesta unidade hospitalar no período de 13.09.18 16.09.18, sob registro de nº 235638, com diagnóstico de fratura do 4º pododáctilo, sendo realizado tratamento cirúrgico do mesmo. Paciente saiu de alta hospitalar.

Fortaleza, 18 Setembro de 2018

Atenciosamente

Dr. João Marcos R. L. Morano
Diretor Médico HIA JBO
CRM 6631

Prefeitura de
FortalezaPREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE DELANO LUIZ ALVES BEZERRA		DADOS PESSOAIS	
CADUS	NASCIMENTO 05/11/1996(21 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 351935	Nº DO BE 235638
NOME MÃE MARIA DELIANE ALVES DE OLIVEIRA	SEXO M	RACIA DO R PARDO	
ENDEREÇO RUA ESTADO DO RIO 55 PAN AMERICANO	NOME RESPONSÁVEL NI	UF CE	
CONTATO	MUNICÍPIO FORTALEZA	CEP 60.440-782	
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/END. DO ACIDENTE		OCORRÊNCIA	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEIXA TRAZIDO PELA AMBULANCIA DO IJF, RELATA FRATURA EXPOSTA DO		MOTIVO AValiação TRAUMATOLÓGICA	
PE para tratamento emergencial	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)		
SINTOMAS NI			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NAO	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVEIRA MACHADO		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 13/09/2018 20:01:52

ÁREA ATENDIMENTO
UMATOLOGIA

ATENDIMENTO MÉDICO

Det refer 'stomach'
TR 12h a 12h

DIAGNÓSTICO
Refrat. A. pnt. 12h
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO
A. CC

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA
Ortopedia TraumatologiaDECISÃO MÉDICA
() DECISÃO MÉDICA () PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMILIA () IML () ANAT. PATOL

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVEIRA machado em 13/09/2018 às 20:01:57

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Assinatura: **Delano Luiz**
DELANO LUIZ ALVES BEZERRA

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro
Mat. 763

SINISTRO 3180581559 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DELANO LUIZ ALVES BEZERRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE COR. SEGUROS EIRELI

BENEFICIÁRIO DELANO LUIZ ALVES BEZERRA

CPF/CNPJ: 04212191300

Posição em 28-02-2019 10:03:31

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
24/12/2018	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00