



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	LUCIELY GOMES BEZERRA		
NACIONALIDADE	BRASIL	NATURAL	
RG	20077784078 SSP CE	ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
CPF	607.161.033-89	PROFISSÃO	DO LAR
ENDEREÇO	RUA F, Nº 1150 CS A		
BAIRRO	CASTELÃO	CEP	60.867-062
MUNICIPIO / UF	FORTALEZA - CE		
FONES	85989629210		
E-MAIL	nc527310@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), 03 de JANEIRO de 2019.

Lucely Gomes Bezerra
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, LUCIELY GOMES BEZERRA, Brasileiro(a),
SOLTEIRA, DO LAR, portador da Carteira de
Identidade/RG nº 20077784078 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o
nº 607.161.033 - 89, residente e domiciliado na cidade de
FORTALEZA, estado Ceará, na Rua
RUA F, CASA A, Nº 1150, CASTELÃO,
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), 03 de JANEIRO de 2019.

Lucely Gomes Bezerra

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, LUCIELY GOMES BEZERRA, brasileiro(a),
SOLTEIRA, DO LAR, portador(a) do RG nº
20077784078, inscrito no CPF sob nº
607.161.033-89, residente e domiciliado no endereço
RUA F, Nº 1150 CSA, CASTELÃO, FORTALEZA - CE,

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, ISENTA 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), 03 de JANEIRO de 2019.

Lucely Gomes Bezerra

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, LUCIELY GOMES BEZERRA,
 Brasileiro(a), SOLTEIRA, DO LAR, portador da cédula de Identidade N°
20077784078 E CPF N° 607.161.033-89, capaz,
 nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
RUA F, Nº 1150 CASA, CASTELÃO

na Cidade de FORTALEZA, Estado CEARA, CEP
60.867-062, 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, 03, de JANEIRO, de 2019.

e Lucely Gomes Bezerra
 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>LUCIELY GOMES BEZERRA</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>RUA F, Nº 1150</u>		Profissão: <u>DO LAR</u>
CPF nº: <u>607.161.033 - 89</u>	RG n: <u>20077784078 SSP-CE</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRA</u>
Bairro: <u>CASTELÃO</u>	Cidade: <u>FORTALEZA</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>60.867 - 062</u>	Telefone: <u>85989629210</u>	

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO, 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, 03 de JANEIRO de 2019

Luciely Gomes Bezerra

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, quanto 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

(+) 2700,00 +
13.500
13.500 D

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

CARTILHA NACIONAL DE HABILITACAO

INTERPRINT LTDA

INTERPRINT LTDA

INTERPRINT LTDA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1642872359

PROIBIDO PLASTIFICAR

1642872359

1642872359

1642872359

1642872359

1642872359

NOME

LUCIELY GOMES BEZERRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

20077784078 SSP CE

CPF

607.161.033-89

DATA NASCIMENTO

10/09/1995

FILIAÇÃO

FRANCISCO DAS CHAGAS GOMES
ANA LUCIA GOMES BEZERRA

PERMISSÃO

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

07065966079

VALIDADE

05/06/2019

1ª HABILITAÇÃO

05/06/2018

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

Luciely Gomes Bezerra

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

06/06/2018

Igor Vasconcelos Ponte

ASSINATURA DO EMISSOR

04046021649

CE164087389

CEARÁ

DFACAL

Scanned by CamScanner

18 SET. 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 15:47, sob o número 01135272120198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113527-21.2019.8.06.0001 e código 44BE64B.

CLIENTE

6822743-4

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002

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

enel

fls. 24

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 528393914

Rota 05 01210 26 177003 - 1 **Data de Emissão** 08/06/2018

Nome ANA LUCIA GOMES BEZERRA

End. Postal RU F CONJ JARDIM UNIAO 01150 CS A
CASTELAO - FORTALEZA -

Medidor 2764695 **Poste** 0000 H25T

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 015374083-30 **CGF**

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jun/2018	08/06/2018	09/07/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto MONDUBIM
Mês Abr/2018 **EUSD** 28,58

DICRI = 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do imposto
86,80	27,00%	23,43

Padrão Individual **Apuração Individual**

	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC	3,17	6,35	12,70	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,77			0,00		

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

EE58.93FD.F16B.09FC.729C.1295.B712.F2E7

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 3669	3552	1,00	117	0,00	117	0,74196	86,80
08/06/18	08/05/18		31 DIAS		117		86,80

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	86,80
MULTA MORATORIA REF 03/2018	1,78
JUROS DO MES	0,42
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	11,69
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 3,43)	

CORRETORA DE SEG. LTDA
18 SET. 2018

VENCIMENTO

05/07/2018

TOTAL A

100,69



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3716 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/08/2018 14:36:08**
Data / Hora da Ocorrência: **18/06/2018 19:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DEPUTADO PAULINO ROCHA**
Complemento:
Bairro: **PASSARE** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A ARRENINHA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUCIELY GOMES BEZERRA**
Nascimento: **10/09/1995** CPF: **607.161.033-89**
RG: **20077784078** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ANA LUCIA GOMES BEZERRA**
FRANCISCO DAS CHAGAS GOMES
Endereço: **RUA F, 1150 JARDIM UNIÃO I CS A**
Bairro: **PASSARE**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.867-062**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8962-9210**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: OCI9097 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9BGPB69M0CB170964 Renavam: 372211976 Tipo do Veículo: AUTOMOVEL Marca / Modelo: CHEVROLET/CRUZE LT NB Ano Fabricação: 2011 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: BRANCA Proprietário: ALENILDA BARRETO ALVES MARANHÃO Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO**
- 2) Placa: OSU5018 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2KC1680ER019727 Renavam: 1001973620 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI Ano Fabricação: 2014 Ano Modelo: 2014 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: VERMELHA Proprietário: LUCIELY GOMES BEZERRA 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 OSU-5018-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. DEPUTADO PAULINO ROCHA; QUE UM OUTRO VEICULO DE PLACAS OCI-9097, AVANÇOU A PREFERENCIAL, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM A MOTO DA VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTEIRINHA DA PARANGABA. E NADA MAIS DISSE.//
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 16. DISTRITO POLICIAL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 23/08/2018 14:46:36

CARTÓRIO
Mora
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

AUTENTICAÇÃO
A presente cópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.
Fortaleza, 23/08/2018.
Válido somente com o selo de autenticidade.
Em testemunho da verdade.
João Roberto da Silva Cavalcante - Esc. Autorizado

18 SET. 2018

ASS.



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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 3716 / 2018

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antealy Gomes Bezerra

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9



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

AUTENTICAÇÃO

A presente cópia confere com o original exibido
 nestas notas. Dou fé.

Fortaleza, 23/08/2018

Válido somente com o selo de autenticidade.

Em testemunho da verdade.

Roberto da Silva Cavalcante - Esc. Autorizado

Confira as datas da ata em: www.sigatce.org.br



03



Prefeitura de
Fortaleza

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

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

32893690

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
LUCIELY GOMES BEZERRA

CADUS

NOME MAE
ANA LUCIA GOMES BEZERRA

ENDEREÇO
RUA F 1150 PASSARÉ

CONTATO

32895690 (Luciely)

NASCIMENTO
10/09/1995(22 ANOS)

NOME RESPONSÁVEL

NI

MUNICÍPIO

FORTALEZA

Nº DO PRONTUÁRIO
342667

SEXO

F

Nº DO BE
222071

RACIA COR

PARDO

UF

CE

CEP

60.867-310

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/CADUS DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA
TRAZIDO PELA USU 090, COLISAO CARRO COM MOTO, CONDUZIA MOTO, PORTAVA CAPACETE, APRESENTANDO ABRASSAO EM MMSS E CREPITAÇÃO EM CLAVICULA ESQUERDA

MOTIVO

AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA

SINTOMAS

NI

ESCALA DE DOR

99 (ADULTO)

PESO

NI KG

TEMPERATURA

NI

PRESSÃO ARTERIAL

NI/NI

ALERGIAS

NAO SABE

SINAIS VITAIS

SAT O2

NI%

PULSO

NI

GLUCEMA

NI

CLASSIFICAÇÃO

VERDE

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO

DANIELA DE SOUZA FEITOZA

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
18/06/2018 20:44:52

ÁREA DE ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

DIAGNÓSTICO

SACIT SOLICITADO

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

COD PROCEDIMENTO

7-10

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

TIPO DE ALTA/SÁIDA

ALTARADA

() 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 DANIELA DE SOUZA FEITOZA em 18/06/2018 às 20:44:55

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.

HOSPITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA

ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

Mat. 763

LUCIELY GOMES BEZERRA

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 SET. 2018

**DECLARAÇÃO**

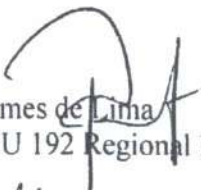
ATO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. **Luciely Gomes Bezerra**, no dia **18/06/2018**, às **20h**, na **Avenida Deputado Paulino Rocha**, no **Bairro Passaré**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P303396/2018**.

Fortaleza, 13 de agosto de 2018.

Atenciosamente,


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


Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

LIBIA CORRETORA DE SE

18 SET. 2018

Ass:

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

TERMO DE ENTREGA**PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Conforme processo nº P303396/2018, estamos entregando a Sra. **Luciely Gomes Bezerra**, CPF: **607.161.033-89**, cópia do Prontuário de Atendimento realizado pelo SAMU 192 Regional Fortaleza, no dia **18/06/2018**.

Fortaleza, 13 de agosto de 2018.

Atenciosamente,

ATO

Francisco Rômulo Sampaio Lira
Diretor Médico - SAMU 192
Regional Fortaleza
CPF: 623.995.435-00 - Matr: 36929-1

Dr. Francisco Rômulo Sampaio Lira
Coord. do Setor Médico do SAMU 192 Regional Fortaleza.

18 SET. 2018

Nome do solicitante: _____ ASS: _____

Assinatura: _____

CPF: _____ Data do recebimento: ____/____/____



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

fls. 31

P. 30.3396/2018

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 151-90 PONTO DE APOIO: SGR II Nº DA OCORRÊNCIA: 1064
 DATA: 15/06/2018 TURNO: SN EQUIPE: GOM - MONTEN - REYJIA
 NOME: Lucielly Gomes Bezerra IDADE: 22 SEXO: F
 ENDEREÇO: Av. Pádua Rocha S/Nº - Alameda Cravinho
 REFERÊNCIA: Rotatória BAIRRO: PASSAÍMA
 QTY: 19:51 QUS: 20:00 QUY: 20:20 QUU: 20:40
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão Carro X Moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

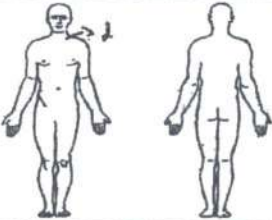
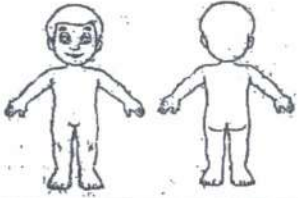
RESPOSTA AO CHAMADO EXPANSÃO TORÁCICA PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☐ RESPONSIVO ☒ PRESENTE ☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO ☐ AUSENTE ☐ AUSENTE

A Vias aéreas ☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS POR: _____

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

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

D Neurológico **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
 NENHUMA ☐ 1
 PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

E Exposição **ADULTO** **LESÕES** **PEDIÁTRICO**
 
 L - Crepitação em elástico.
 la E.

SAMPLA

FC: 103 PA: 140x80 FR: 17 GLIC: — OXIM.: 99% TEMP.: —

Paciente vítima de colisão carro x moto, encaminhada a moto, portadora capote, consciente e orientada, nega síncope, mega alveolar, apresentando crepitação em elástico e com dor intensa, estável. Hemodinâmica estável.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

18 SET. 2018

Ato

PRESCRIÇÃO MÉDICA	CHECAGEM

ANOTAÇÕES /CONDUTAS MÉDICAS

ASS. /CRM:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Realizada avaliação primária, aferido SCA, Remo-
vido ao Fretilinho Parangaba sem intercorrências

ASS. /COREN: Enferm 452358

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☒ UNIDADE DE SAÚDE: <u>Fretilinho Parangaba</u>	☐ BOLETIM EMERG:
☐ LIBERADO	☐ RECUSA
☐ REMOVIDO POR TERCEIROS	☐ OUTRO:
☐ ÓBITO →	☐ NO LOCAL
☐ DURANTE O TRANSPORTE	

PACIENTE ACOMPANHADO: ☐ SIM ☐ NÃO ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

EM: ____/____/____ às ____ hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

18m CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 SET. 2018

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:



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

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome: <u>Brunelly Gomes Bezerra</u>				
Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			<u>18/06/2018</u>	

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
	<u>18/06/18</u> <u>18/06/18</u> <u>18/06/18</u> <u>Dr. Vitor Monteiro</u> Cirurgião CRM CE 11957 TEOT 13604
<u>18/06/18</u>	22:30h - L. G. B. feminino, 22a. 40: Enat. MSE. Admitido na emergência em ambiente, normotensa, VUB, deambulando. Neg. alterações laboratoriais. Aceita dieta líquida. AUP no USD. Reque com cuidados de enfermagem. <u>Generalista S. Candido</u> Enfermeira COREN-CE 259.111 <u>HOSPITAL DISTRIAL ANTONIO BARROSO DE OLIVEIRA</u> <u>Atestado que comparece com original</u> <u>Dr. Roberto Mendes Rodrigues</u> Ortopedia - Traumatologia CRM 4900 <u>Emanuelle Monteiro</u> Mat. 763
<u>20/06/18</u>	problema do dente e falta de dor e edema local <u>Marla Alina da Rocha Oliveira</u> Enfermeira COREN: 454.339
<u>20/06/18</u>	L. G. B., 22 a., 40: F7 de Placenta, Enat. consciente, orientada, VUB, hemodinamicamente estável, deambulando, aceita dieta, eliminando. Segue sob cuidados de enfermagem, em acompanhamento do Centro 1.

18 SET. 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 15:47, sob o número 01135272120198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113527-21.2019.8.06.0001 e código 44BE64F.

DATA	EVOLUÇÃO
22/10/18	Admissão: G.B, q. 22 anos com HD: fratura de clavícula E cicatrizes consistentes, outrossuado, edificação proveniente da Emergência, afelil, e no de 7 ipóia, referindo dor intensa, mege abegia: seu plique HAs, repere sob os cuidados de Enfermeiros aguardando anuência
21/10/18	# FRATURA CLAVICULAR CO/1 REATIVA CLAVICULAR
	Dr. Antonio Luiz V. Bonfante Ortopedia - Traumatologia Cirurgia do Quadril CRM 12447
22/10/18	Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4800
22/10/18	paciente com HD de 14 h fratura de clavícula E com estado geral regular consistente outrossuado e verbalizano, enfermeiro aceita que a queda segue aos cuidados da enfermagem. Repare em 71589

LIDIA CORRETOIRA DE

18 SET. 2018

ASS:

HOSPITAL DISTRITAL M^o JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

ESTE QUE COMPARARE COM ORIGINAL

Ernanuelle Monteiro

M: 763

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome: <u>Luciely Gomes</u>				
Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			<u>18/06/2018</u>	

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
<u>23/06/18</u>	<u>Primeira consulta</u> <u>DR. SILVA JR.</u> <u>Tratamento Ortopedia</u> <u>CRM- 8500</u> <u>Fortaleza Parangaba</u> <u>Skull</u>
<u>23/06/18</u>	<u>L.G.B. de Barros, HD: Fratura de clavícula e</u> <u>evoluções estável, consciente, orientado, verbaliz-</u> <u>ando, eufórico, normotensor, normo-oxigenado.</u> <u>Asseta a dieta oferecida. segue em</u> <u>observação. Aguarda cirurgia</u>
<u>24/06/18</u>	<u>Luciely, 22 anos, HD: Fratura</u> <u>de clavícula e evoluções estável.</u> <u>Atualmente bem-estar, estável.</u> <u>Asseta a dieta oferecida. Aguarda</u> <u>tratamento cirúrgico. Traumatologia</u>
<u>24/06/18</u>	<u>Luciely, 22 anos, HD: Fratura</u> <u>de clavícula e evoluções estável.</u> <u>Atualmente bem-estar, estável.</u> <u>Asseta a dieta oferecida. Aguarda</u> <u>tratamento cirúrgico. Traumatologia</u>
<u>25/06/18</u>	<u>Luciely, 22 anos, HD: Fratura</u> <u>de clavícula e evoluções estável.</u> <u>Atualmente bem-estar, estável.</u> <u>Asseta a dieta oferecida. Aguarda</u> <u>tratamento cirúrgico. Traumatologia</u>
<u>26/06/18</u>	<u>Luciely, 22 anos, HD: Fratura</u> <u>de clavícula e evoluções estável.</u> <u>Atualmente bem-estar, estável.</u> <u>Asseta a dieta oferecida. Aguarda</u> <u>tratamento cirúrgico. Traumatologia</u>

ASS:

18 SET. 2013

DATA	EVOLUÇÃO
	<u>ec</u>
25/06/18	# Paciente submetido à tração cirúrgica de patela de clavícula (E). Sem intercorrências. # Col: 1) à SARA.
26/06/18	Dr. Marcelo Silveira Matias Ortopedia e Traumatologia CRM: 098.100.15.45
26/06/18	Dr. Roberto Mendes de Albuquerque Ortopedia e Traumatologia CRM: 098.100.15.45
26/06/18	Paciente obtém Alta Alta Hospitalar - Repasse Eufra 71.585

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

Emanuelle Montenegro

Ass: 77

LÍDIA CORRETORES DE SEG. 2018

18 SET. 2018

Ass: 77

ME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

(Nervous)

11:			
16:			
20:			
06:			

HORÁRIO:	17:25				
P.D.:	1x0x8c				
TEM.:	—				
P./MIN.:					
M.V./MIN.:					

18 SET. 2018

Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HDMIBIO - Frotins de Parangaba

RECRIAÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

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

11:				
16:				
20:				
06:				

HORÁRIO:				
P.A.:				
TEMP.º:				
P.J. MIN.:				
M.V. / MIN.:				

Bucilly Gama Bignora

IDADE: *22a*

ENF.: *1c*

LEITO: *132*

Nº. PRONTUÁRIO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA

HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

OBSERVAÇÃO

RUBRICA (Ent. / Data)

Justa para

SND

*Encaminhado para o alho de
fala, com do 10.00*

cebolinha 1/2 6/13

18 24 06/12

*8 Pregos ou 100052
ou 12/13*

7 20108h

Silvere SA

SD

2 - 03

Refine

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 46330

HOSPITAL DISTRICTAL Nº 101 BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE COM CONHECER COM ORIGINAL

16005. Jota e Silva

Plenar

Emanuelle Monteiro
11.00.00

Pa.

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 46330

8 SET. 2018

Protocolado



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FOTOGRÁFIA DE PARANÁ
A.V. Odeio de Paulo nº 1137 - Jussara - CEP 64.212-140 - Fortaleza - CE
Telefone: (85) 3151-7222 - Fax: 3151-7217

FOLHA DE ANESTESIA

Prontuário Nº: _____

Nome: Luciely Gomes Bezerra

Enfermaria: _____

Leito: _____

Data: <u>24/06/18</u>	Pres. Arterial: <u>180x90</u>	Pulso: <u>85 bpm</u>	Respiração: <u>superficial</u>	Temperatura: _____	Peso: <u>73 kg</u>	Altura: _____
Tipo Sanguíneo: _____	Hemácias: _____	Hemoglobina: _____	Hematócrito: _____	Glicemia: _____	Uréia: _____	Outros: _____
Urina: _____				/ MAMAPATTI: I		

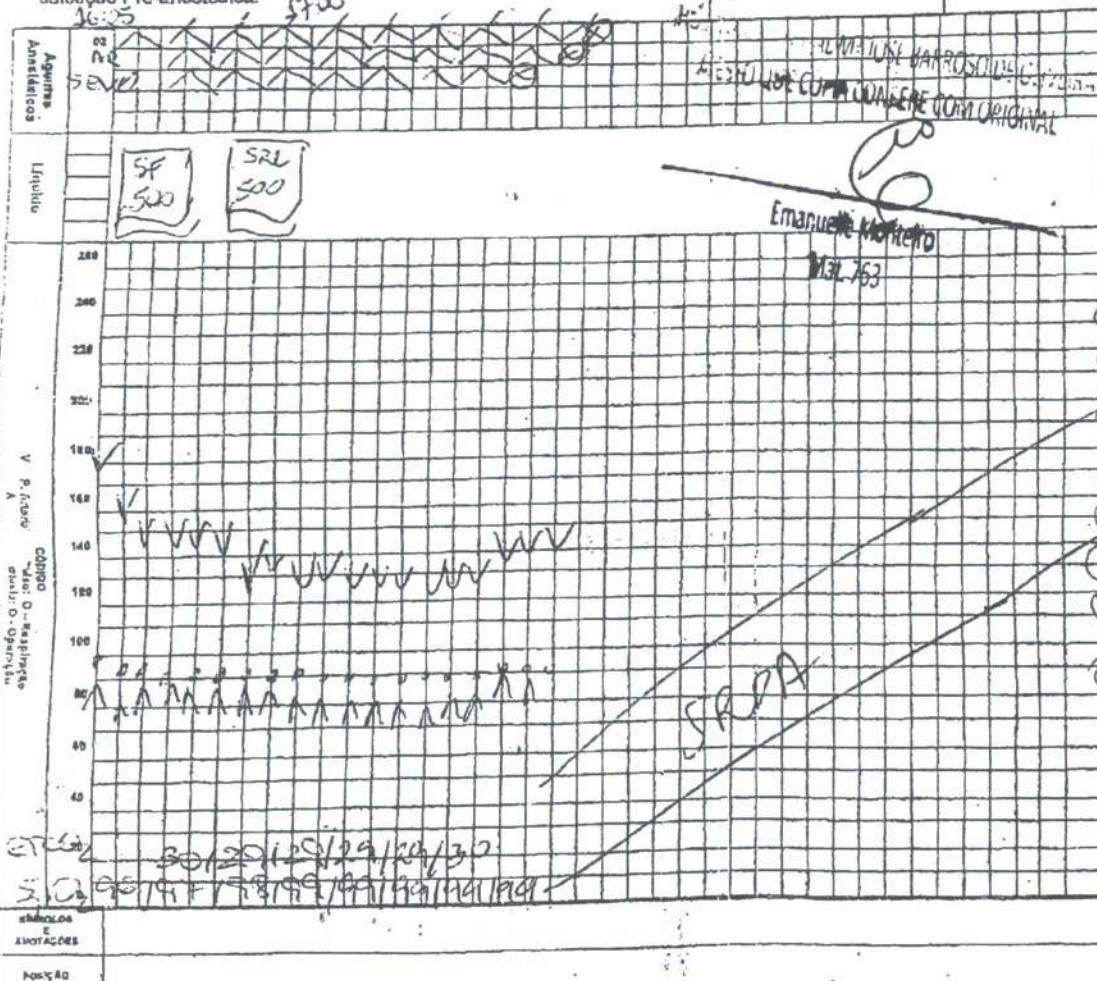
Ap. Respiratório: <u>NDN</u>	Asma: _____	Bronquite: _____
Ap. Circulatório: <u>NDN</u>	Eletrcardiograma: _____	
Ap. Digestivo: <u>12h > 8h</u>	Dentes: _____	Pesoçoço: _____
Estado Mental: _____	Atarácicos: _____	Corticóides: _____
Diagnóstico Pré-operatório: <u>Fratura de clavícula (E)</u>	Alergia: <u>Nega</u>	Hipotensores: _____
Estado Físico: <u>I</u>		Risco: _____

anestesias Anteriores: _____

indicação Pré-anestésica: _____

Aplicadas às: _____

Efeito: _____



INDUÇÃO

Selet: X Exat: _____ Tosses: _____
Laringo espasmo: _____ Letar: _____
Náuseas: N Vômitos: N
Outros: _____

MANUTENÇÃO

- 1) Fentanil 250mcg
- 2) Midocaina 21.3mg
- 3) Propofol 20mg
- 4) Cisatracurium 3mg
- 5) Sufuramano 21
- 6) Espazolina 2g
- 7) Dipirona 2g
- 8) Cetoprofeno 100mg
- 9) Oxametazona 8mg
- 10) Ranitidina 30mg
- 11) Atropina 1.5mg
- 12) Neostigmina

Anestesia Balaf: ☐ sim ☐ não

MHA, por qual? _____

DESPERTAR

Reações na R.O.: _____
Obstr: _____ CO2: _____ Exat: _____
Náuseas: _____ Vômitos: _____
Outros: _____

Outr canula: _____

Pior o lado: ☐ sim ☐ não

CONDICION: _____

Agentes: Fentanil + Propofol + Sufuramano

Técnica: Anestesia geral combinada

Canulas: _____

Operação: Tratamento cirurgico de clavícula

Dr. Rafael Sousa

Cirurgião: Dr. Rafael + Dr. Marcelo

Anestestistas: Dr. Katiene Sousa

18 SET. 2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DEBENEDICTO JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
POLICLÍNICA DE PNEUMOLOGIA
AV. Roberto de Faria nº 1107 - J. Universitário - CEP 61.720-000 - Fortaleza - CE
Telefone: (85) 3224-9211 - Fax: 3224-9212

FOLHA DE ANESTESIA

MEDICAMENTO	UNID	QUANT	MEDICAMENTO	UNID	QUANT
ADRENALINA	AMPOLA		PROPOFOL 10ml	AMPOLA	
AGUA DESTILADA	AMPOLA		PROPOFOL 20ml	AMPOLA	
AMICACINA	AMPOLA		PROTAMINA	AMPOLA	
AMPICILINA 1G	AMPOLA		RANITIDINA	AMPOLA	
AMINOFILINA	AMPOLA		SEVOFLURANO	ML	
ATROPINA 0,25MG	AMPOLA		SUCCINILCOLINA	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% C/ADRENALINA	FRASCO		TIOPENTAL	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% S/ADRENALINA	FRASCO				
BUPIVACAÍNA 0,5% PESADA	AMPOLA				
BICARBONATO DE SÓDIO	AMPOLA				
BROMOPRIDA 10MG	AMPOLA				
CEFALOTINA 500MG	FRASCO				
CEFAZOLINA 500MG	FRASCO				
CEFTRIAXONA 1G	FRASCO				
CETOPROFENO 100MG	FRASCO				
CETAMINA	ML				
CISATRACURIO	AMPOLA				
CLINDAMICINA	AMPOLA				
CLORETO DE POTÁSSIO 10%	AMPOLA				
DEXAMETASONA	AMPOLA				
DESLANOSÍDEO	AMPOLA				
DIAZEPAM 10MG	AMPOLA				
DIPIRONA	AMPOLA				
DIPIRONA + ESCOPOLAMINA	AMPOLA				
DOBUTAMINA	AMPOLA				
DOPAMINA	AMPOLA				
ETILEFRINA 10MG	AMPOLA				
ETOMIDATO	AMPOLA				
FENTANIL	AMPOLA				
FUROSEMIDA	AMPOLA				
GENTAMICINA	AMPOLA				
HEPARINA	AMPOLA				
HIDROCORTISONA 100MG	FRASCO				
HIDROCORTISONA 500MG	FRASCO				
INSULINA	AMPOLA				
ISOFLURANO	ML				
ISORDIL	AMPOLA				
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA	FRASCO				
LIDOCAÍNA 2% S/ADRENALINA	FRASCO				
LIDOCAÍNA GEL	FRASCO				
MEPERIDINA 100MG	AMPOLA				
METOCLOPRAMIDA	AMPOLA				
METRONIDAZOL 500MG	FRASCO				
MIDAZOLAM 5MG	AMPOLA				

18 SET. 2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DR. MARIA JOSÉ BARROS DE OLIVEIRA
PRONTO-SOL DE PARANGABA
Av. Doutor de Paula nº 1237 - Parangaba - CEP 61.060-000 - Fortaleza-Ce
Telefone (85) 3131-3331 - Fax (85) 3131-3319

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

342667

Paciente: LUCIELY GOMES BEZERRA

Data da Operação: 25/06/18 Enfermaria: _____ Leito: 132

Operador: <u>DR. RAFAEL CAVICANTE</u>	1º Auxiliar: <u>DR. MARCELO SILVEIRA</u>
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:
Instrumentador:	Anestesista:

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE CLAVÍCULA (E), LOMINUTIVA

Tipo de Operação: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA (E) + ENXERTO ÓSSEO

Diagnóstico Pós-operatório:

Relatório Imediato Patologista:

me Radiológico no ato:

Acidente durante a operação:

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

ATTESTADO COM CONTEÚDO COM ORIGINAL

Emmanuel Monteiro

MJL 763

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- ① Paciente em DDA sob anestesia
- ② antiseptia + anestesia + campos estéreis
- ③ Acesso à clavícula (E) + limpeza por Merck
- ④ Visualização da fratura + observação com raios local
- ⑤ Redução aberta + osteosintese da fratura com placa e parafusos + enxertia óssea local
- ⑥ Lavagem com SF0,9%
- ⑦ Sutura por planos
- ⑧ Curativo

14-005
DR. RAFAEL CAVICANTE
Cirurgião de Emergência
CREMEC 1501101

18 SET. 2018

18 SET. 2018

PRONTUÁRIO

HDMJBO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira



Prefeitura de **Fortaleza**

RECEITA

receita

no of

anti-inflamatório

retorno

*20h 08h
5 dias*

1 Duro 600

1 kes 12/22

Dr. S. Cláudio

Dr. Cláudio 20 dias

Dr. Marcelo

retorno

10 dias 2º plano 700h.

09/07

*20
6*

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4800

DATA: 18 SET. 2018

CRM-MÉDICO(A)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

AV: OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE

TEL: (85) 313-17322 EMAIL: secret dg.hdmjbo@sms.fortaleza.ce.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FROTIÇA DE PARANGABA
AV. Daltro de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 64.720-000 Fortaleza-Ce
Telefones: (85) 3131-7321 - Fax: 3131-7319

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira
Endereço: Av. General Osório de Paiva, 1127 Bairro: Parangaba
Fone: 85 - 3131.7321 / 3131.7322 Cidade: Fortaleza UF.: Ceará
CNPJ.: 07.835.044/0002-61

Paciente: Leidy Gomes Bezerra
Endereço: Rua S. Carlos 150
Bairro: Parangaba Fone: _____

Prescrição: antibiótico cefalexim 500 - 12
18 24 06 12
diária
26
6
1 em 6 hrs 50

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4890

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____
Identificação: 18 SET. 2013
Órgão emissor: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico
Data: ____/____/____

1ª Via da Farmácia - 2ª Via do Paciente



FROTINHA DE PARANGABA

Av. Osório de Paiva N° 1127 - Parangaba - CEP 60.720 - 000 Fortaleza - Ceará

Telefone (85) 3131-7322

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD : _____

Atesto que o (a) Sr. (a) _____

Bezeira

Jenielly Gomes

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia ____/____/____ às ____:____ hs.

Tendo como causa de socorro _____

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

Observações: _____

Dr. Roberto Mendes Rodrigues

Fortaleza - Ce, 18 de 06 de 2015Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
CRM - Médico (a) _____

18 SET. 2015

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N° 60.501 de 14/03/67, e será expedido para justificati-va de 01 (hum) a 15 (quinze) dias de afastamento.

HDMJBO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira

Prefeitura de
Fortaleza**RECEITA**

Retornar de 03/09/18

Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedista e Traumatologista
CREMEC: 14.370/RCE: 85607EOT: 16.316

SECRETARIA DE SAÚDE

18 SET. 2018

DATA: / /

CRM-MÉDICO(A)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

AV: OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE

TEL: (85) 313-17322 EMAIL: secretdg.hdmjbo@sms.fortaleza.ce.gov.br



RECEITA

Lanciely Soares Bezerra

Joelma

Fisioterapia motor — 20 sessões

João de APM e

Joelma e musculação

SECRETARIA DE SEGURANÇA

18 SET. 2018

Dr. Rafael da Silva Cavalcanti
Ortopedista e Traumatologista
CREMEC: 14.370/RQE: 8560/TEOT: 16.316

DATA: 06/08/18

CRM-MÉDICO(A)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
AV: OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE
TEL: (85) 313-17322 EMAIL: secretdg.hdmjbo@sms.fortaleza.ce.gov.br

SINISTRO 3180434434 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUCIELY GOMES BEZERRA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO LUCIELY GOMES BEZERRA
CPF/CNPJ: 60716103389

Posição em 03-01-2019 18:04:29

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
28/11/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50