



- c. **a citação** do requerido, via postal, mediante aviso de recebimento - AR, para compor a lide e querendo conteste a presente, sob pena de revelia e confissão ficta;
- d. Que julgue a presente Ação TOTALMENTE PROCEDENTE, determinando que a Ré pague ao Autor a importância do prêmio do Seguro Obrigatório relativo a sua invalidez, acrescidos de correção monetária e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês.
- e. **A dispensa da audiência da conciliação, como lhe faculta o artigo 334, paragrafo 5º, do Novo Código de Processo Civil**
- f. Que seja designada a realização de perícia médica por profissional a ser indicado pelo MM. Juiz ou pelo IML para aferição do grau da lesão do autor e aplicação da tabela da Lei 11.945/09, facultando as partes nomearem assistentes nos termos do art. 421 §1º. do CPC.,
- g. Que a Ré seja condenada ao pagamento de honorários advocatícios no percentual de 20% (vinte por cento) sobre o valor atualizado da causa:

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas admitidos em direito. Caso vossa excelência não entenda pelo julgamento antecipado da lide, **indica e requer desde já** prova documental, testemunhal e tantas outras se façam necessárias ao deslinde da presente demanda.



Atribui a causa o valor de R\$ 3.375,00 (três mil, trezentos e setenta e cinco reais)

Nestes termos,

Pede deferimento.

Fortaleza/CE, 11 de Fevereiro de 2019.

Nestes termos,

Pede deferimento.

Fortaleza/CE, 11 de Fevereiro de 2019.

CAROLINA FREITAS MOREIRA

OAB/CE Nº 23.787



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE

Outorgante: <u>Rosivan do Nascimento da Silva</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>solteira</u>	Profissão: <u>autônoma</u>	Nacionalidade: <u>brasileira</u>
RG: <u>30.080.267-5</u>	CPF: <u>265.498.417-26</u>	
Endereço: <u>Rua PV Zégo Grande n.º 985</u>		
Cidade: <u>Cummeim-bu</u>	CEP: <u>62.400.000</u>	

nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, 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), 21 de fevereiro de 2019.

Rosivan do Nascimento da Silva
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, Rosivan do Nascimento da Silva residente e domiciliado na Rua Dr. Zago Grande, nº 985, bairro: _____, na cidade de Camocim, portador(a) do RG nº 30.080.264-5, inscrito(a) no CPF nº 865.498.417-26, 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, 21 de junho de 20 19.

Rosivan do Nascimento da Silva
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela Sr(a) Rosimar do Nascimento da Silva presente, o (a) Rosimar do Nascimento da Silva 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, 21 de junho 2019.

Rosimar do Nascimento da Silva

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Dorival do Nascimento da Silva, brasileiro(a), solteiro, autônomo, portador(a) de cédula de identidade nº 30.080.264-5, inscrito(a) no CPF sob o nº 265.498.417-06, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Rua: Pr Zago Grande, nº 985, Bairro _____, CEP: _____ - _____/CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 21 de fevereiro 2019.

Dorival do Nascimento da Silva

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 430 - 3494 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/11/2017 09:04:42**
Data / Hora da Ocorrência: **09/09/2017 00:00:00**
Endereço da Ocorrência: **LOCALIDADE DE BURITI**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **CAMOCIM/CE**
Ponto de Referência: **PROX. PARAZINHO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ROSIVAN DO NASCIMENTO DA SILVA**
Nascimento: **15/09/1994** CPF: **165.698.417-26**
RG: **300802675** Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA CICERA DO NASCIMENTO**
ANTONIO TOMAZ DA SILVA
Endereço: **NÃO INFORMADO LOCALIDADE DE BURITI**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **CAMOCIM/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98821-1333**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYG7467** Uf: **CE** Município: **CAMOCIM** Chassi:
9C2KD03308R080008 Renavam: **990416534** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor:
AMARELO Proprietário: **JOAQUIM BENTO MONTEIRO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SENHOR ROSIVAN DO NASCIMENTO DA SILVA, COMUNICANDO QUE, NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS ES, DE COR AMARELA, DE PLACA HYG7467, REGISTRADA EM NOME DE JOAQUIM BENTO MONTEIRO, QUANDO VEIO A COLIDIR EM UMA PORCA EM UMA ESTRADA CARROÇAL, ACIDENTANDO-SE NO LOCAL, SENDO SOCORRIDO À UPA DE GRANJA, ONDE APRESENTOU LESÕES CORTO-CONTUSAS NO COURO CABELUDO E OTORRAGIA À DIREITA, SENDO TRANSFERIDO À SANTA CASA DE SOBRAL, ONDE PASSOU CERCA DE 13 DIAS INTERNADO. INFORMA AINDA O DECLARANTE QUE O REGISTRO DO FATO TEM POR OBJETIVO O BENEFÍCIO DO SEGURO DPVAT E QUE ESTA CIDADE NÃO DISPÕE DE SAMU, ANJOS DA NOITE, IML NEM MESMO CORPO DE BOMBEIROS. AFIRMA AINDA O DECLARANTE QUE O FATO ACIMA TEVE COMO TESTEMUNHAS AS PESSOAS DE MARIA CÍCERA DO NASCIMENTO RG Nº 163437588 E MARIA DO SOCORRO DE SOUSA RG Nº 90002273492.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSÉ ÉDER TORRE DE SOUSA - MAT: 198367-1-1



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM

fls. 20

FLS.

RUBRICA

AUTORIDADE POLÍCIA

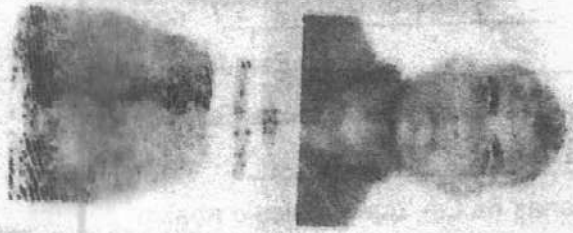
BOLETIM DE Ocorrência Nº 430 - 3494 / 2017

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X Raxi do N. N. do Silva

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

HERBERT PONTE E SILVA - MAT.: 014672-1

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 21/02/2019 às 12:07, sob o número 0112528-68.2019.8.06.0001 e código 44912E7. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0112528-68.2019.8.06.0001 e código 44912E7.

 <i>Robivan do Nascimento da Silva</i> Assinatura do Titular		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL NÚMERO 30.088.267-5 DATA DE EMISSÃO 27/03/2013 ROBIVAN DO NASCIMENTO DA SILVA PAI: ANTONIO TOMAZ DA SILVA MÃE: MARIA CÍCERA DO NASCIMENTO NACIONALIDADE: MARANHÃO DATA DE NASCIMENTO: 15/09/1994 EXCEL. CIVIL: C. NASC LIV ASS FLS 116 TERM 29454 PROX. P. I. I. MA CPF: 165.696.417-26 006 1 Via LEITURAS 7 116 DE PROSECUC	
--	--	---	--



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 550440275

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.106.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

fls. 22

Esta é a segunda via de

NOV/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

8245119

DV 2

VENCIMENTO

17/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

49,97

Rota 34 033006 03 028350

Medidor

Poste

Nome ANTONIO TOMAZ DA SILVA

12147080

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade

PV LAGO GRANDE 00985 LAGO GRANDE CAMOCIM 62400000

Consumidora

RG / CPF / CNPJ 388.498.013-00

CGF

Classe B2 - 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP

11045

10956

1

89

0

89

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh

89

0,39284

34,96

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leitura

20/11/2018

19/12/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7EB1.DFD2.C0DC.7DB1.511E.3CD0.9633.EEF9

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Aliquota

Valor do Imposto

ISENTO

OUTROS PAGAMENTOS

Multa Moratória

0,97

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

14,04

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 2,36)

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	17,99
TRANSMISSÃO	1,92
DISTRIBUIÇÃO	10,25
ENCARGOS SETORIAIS	2,75
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	2,05

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

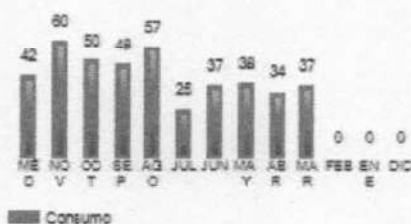
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 21,78

Conjunto GRANJA

Mês SET/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,58	21,17	42,34	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,68			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)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

8245119-2

Nº da Nota Fiscal: 550440275

Total a Pagar (R\$): 49,97

Data de Emissão:

06/12/2018

Referência: NOV/2018

Nº de Controle: 0008245119 00020 4321 2 23

83890000000-5 49970031000-7 00082451190-5 00204321265-0





(1)

Buscar no site

A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) ▾ CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHO CONOSCO ▾ CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para o processo de indenização. O prazo de entrega da documentação completa é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180029431 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ROSIVAN DO NASCIMENTO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO ROSIVAN DO NASCIMENTO DA SILVA

CPF/CNPJ: 16569841726

Posição em 10-09-2018 10:17:35

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você escolheu.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/02/2018	R\$ 10.125,00	R\$ 0,00	R\$ 10.125,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
10/02/2018	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/YjDWuEwEamVUIwlm...api_key=2EUxO2SGR89AycdPswx__q+wWGu77pwU8HsxGIY2vTYc=)
25/01/2018	Interrupção de Prazo	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/87wpGhkpDvgxLVJFS...api_key=2EUxO2SGR89AycdPswx__q+wWGu77pwU8HsxGIY2vTYc=)
19/01/2018	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/YXZBz1EaQlctQJjG1AV...api_key=2EUxO2SGR89AycdPswx__q+wWGu77pwU8HsxGIY2vTYc=)

ACESSIBILIDADE

FICHA DE REFERÊNCIA

1- Preencher esta ficha em 3 vias.
2- Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias para o Usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Nome: Robson do Nascimento da Silva Prontuário N°: 19827
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 15/09/94 Ocupação: _____
Endereço: _____ Bairro: _____ Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente, 22 anos, alcoolizado, sofreu queda de moto, sem capacete, apresentando desorientação, lesões corticontusas nos membros superiores e inferior à direita.
Resultado de Exames: CG 12: PA 120x90. FC: 84. SatO2: 92%

Conduta já realizada: TV, analgesia, Sutura simples.

Impressão Diagnóstica: TCE moderado
Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____ Função: _____
Data: 09/09/17 Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: _____ Profissional: _____
Unidade de Referência: _____ Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência: S. B. M. S.
Município: Granja Prontuário N°: 916270 Alta: 12/09/17

Resumo Clínico/Cirúrgico: Paciente sofreu queda de moto, apresentando desorientação, lesões corticontusas nos membros superiores e inferior à direita. Foi submetido a neurocirurgia para drenagem de hematomas.

Resultado de Exames: 98 urinal. Hematoma subdural agudo hemisfério esquerdo.

Diagnóstico Principal: Politraumatismo CID: _____
Secundário 1: _____ CID: _____
Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: Acompanhamento Ambulatorial

O problema justificou a referência? Sim ☒ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☒ Não ☐

Dr. João Martins Neto
ROCIURUSIAO

Santa Casa de M. SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Alicia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

Data: _____ Hora: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 21/02/2019 às 12:07, sob o número 0125286820190060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0112528-68-2019-8-06-0001 e código 44912E7.

DADOS DO PACIENTE

Matrícula... 916770
Paciente... ROSIVAN DO NASCIMENTO DA SILVA CPF...
Sexo... MASCULINO
Dt. Nasc... 15/09/1994 Idade... 22a 11m 30d
Mãe... MARIA CICERA DO NASCIMENTO Cor... PARDA
Pai... ANTONIO TOMAZ DA SILVA CNS... 700203486288620
E. Civil... CASADO
Endereço... BURITI Nº...
Bairro... ZONA RURAL CEP... 62400-000
Cidade... CAMOCIM UF... CE
Fone... 992615541

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome...
Endereço...
Documento...
Fone...

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento... 4965598 Atendente... NETO ARRUDA
Data... 13/09/2017 Hora... 13:27 Permanência... 7 Dias
Procedimento... 0403010284 TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL
Médico... KEVEN FERREIRA DA PONTE
Unidade Int... CASA DE SAUDE MONS. EUFRASIO
Leito... LEITO 2-2 - C.S.M.EUFRASIO
Convênio... SUS - SIH
Plano... 1
Carteira...
N. Guia...

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

X M = do Solano de Sousa
Assinatura do Paciente ou Responsável

NEUROLOGIA

1-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
MV2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1/1
Emitido por: SOCORRO_NASCIMENTO
Em: 19/09/2017 13:34

Atendimento: 4965598

Dt Atendimento: 13/09/2017 - 13:27

Dt Alta: 19/09/2017 - 12:34

Paciente: 916770 ROSIVAN DO NASCIMENTO DA SILVA

Serviço: 18 NEUROLOGIA

Convênio: 1 SUS - SIH

Leito: 128 LEITO 1-2 - C.S.M.EUFRASIO

Plano: 1 SUS - SIH

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: SOCORRO_NASCIMENTO

CID: G936

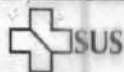
EDEMA CEREBRAL

Procedimento de Alta

0403010020 - CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA

Reservatório: Alta

NEUROLOGIA



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 26

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ATEND.: 4965598 DT. ATEND.: 13/9/2017 - 13:27

MATR.: 916770 NASCIMENTO.: 15/9/1994

NOME.: ROSIVAN DO NASCIMENTO DA SILVA

MAE.: MARIA CICERA DO NASCIMENTO

CPF.: CNS: 700203486288620 SUSFACIL:

ENDER.: BURITI

BAIRRO: ZONA RURAL - CAMOCIM

-CE- CEP: 62400000

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

916770

7 - SEXO

1994

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Camocim

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

CE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de traumatismo encefalocefálico operado de hematoma intracraniano, evoluindo com edema cerebral e hematoma extradural.

Necessita de cuidados cirúrgicos.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação

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

Anamnese + Exame Físico + TC cerebral

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Edema cerebral

24 - CID 10 PRINCIPAL - 25 - CID 10 SECUND - 26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

693.6

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Politraumatismo

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0 4 1 5 0 3 0 0 1 3

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

(X) CPF

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

9 3 4 0 6 4 0 0 3 2 5

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Kevin Ferreira da Ponte

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

13/09/17

35 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Kevin Ferreira da Ponte
Neurocirurgião

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - CNPJ EMPRESA

41 - Nº DO BILHETE

42 - SÉRIE

43 - CNPJ EMPRESA

44 - CBO

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

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

618.208.233-68

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Cristiano Araújo Costa

CRM: 4492 - DIRETOR TÉCNICO

Dr. José Ronaldo Vasconcelos de Oliveira
Médico Auditor - DEMASUS - Sobral

13 OUT. 2017

CPF: 404.225.422-04
CRM: 0001

Sistema de Radiologia

Requisição	1703318	Data Solicitação	15/09/2017
Matrícula	916770	Idade	23 Anos 0 Mês 17 Dias
Atendimento	4965598		
Paciente	ROSIVAN DO NASCIMENTO DA SILVA		
Convenio	SUS - SIH		
Médico Solicitante	PAULO ROBERTO LACERDA LEAL		

LAUDO

Exames

TOMOGRAFIA CRANIO-CEREBRAL

CLÍNICA:

TÉCNICA:

O exame foi realizado através de cortes axiais sequenciais paralelos ao plano órbito-meatal, sem e com injeção de contraste iodado, com cortes de 5mm de espessura para a base do crânio e em seguida com 10mm de espessura até o vértex.

LAUDO:

Ao nível da fossa posterior:

- Parênquima cerebelar e tronco encefálico sem alterações.
- O IV ventrículo é mediano e de calibre normal.
- Cisternas basais sem alterações.

Ao nível supratentorial:

- Parênquima cerebral com coeficiente de atenuação normal.
- Sulcos e cissuras normais para a idade.
- Não há desvio da linha média.
- Núcleos da base homogêneos e com sinal mantido.
- Tálamos com formato e configuração anatômicos.
- Hipocampus com volumetria e sinal habituais para a idade.
- Complexo hipotálamo-hipofisário sem sinais de lesões evidentes.
- III ventrículo e ventrículos laterais sem alterações.

CONCLUSÃO:

Tomografia computadorizada crânio-cerebral satisfatória.

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

Dr. KEVEN FERREIRA DA PONTE

Dr. KEVEN FERREIRA DA PONTE

CRM 10830

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
 MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
 Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.: 13/09/2017

Hora.: 17:41

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 318703

Paciente : 916770

Convênio Atend. : 1

Leito : 133

Dt. Início :

Cid Pré-Operatório : I618

Cid Pós-Operatório : I618

Sala : 0008 SALA 08

ROSIVAN DO NASCIMENTO DA SILVA

SUS - SIH

LEITO 2-2 - C.S.M.EUFRASIO

Dt. Fim :

Atendimento : 4965598

Carteira :

Idade : 22 Anos 29 Dias 17 Horas

OUTRAS HEMORRAGIAS INTRACEREBRAIS

OUTRAS HEMORRAGIAS INTRACEREBRAIS

Procedimentos

Procedimento: 0403010276

Convênio: 001

TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL

SUS - SIH

Procedimento: 0403010020

Convênio: 001

CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA

SUS - SIH

Procedimento: 0403010292

Convênio: 001

Anestesia: 01

TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL (COM TECNICA COMPLEMENTAR)

SUS - SIH

GERAL

Equipe MédicaANESTESISTA
CIRURGIAO8570 ALOYSIO GABARRA TAVARES
10830 KEVEN FERREIRA DA PONTE**Descrição****Descrição Cirúrgica :****HEMATOMA EXTRA-DURAL**

- REABORDAGEM DA INCISÃO FRONTOTEMPORAL ESQUERDA
- AMPLIAÇÃO DA CRANIECTOMIA FRONTOTEMPORAL ESQUERDA
- RETIRADA DE HEMATOMA EXTRA-DURAL
- SUSPENSÃO DA DURA-MATER
- DRENAGEM
- SINTESE

HEMATOMA EXTRA-DURAL

- REABORDAGEM DA INCISÃO FRONTOTEMPORAL ESQUERDA
- AMPLIAÇÃO DA CRANIECTOMIA FRONTOTEMPORAL ESQUERDA
- RETIRADA DE HEMATOMA EXTRA-DURAL
- SUSPENSÃO DA DURA-MATER
- ABERTURA DA DURA-MATER
- ASPIRAÇÃO DE HEMATOMA/CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA
- SINTESE COM DRENAGEM

CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA

- REABORDAGEM DA INCISÃO FRONTOTEMPORAL ESQUERDA
- AMPLIAÇÃO DA CRANIECTOMIA FRONTOTEMPORAL ESQUERDA
- ABERTURA DA DURA-MATER
- CONSTATAÇÃO DE GRAVE HERNIAÇÃO CEREBRAL
- PLASTIA DE DURA-MATER COM EPICRÂNIO
- SINTESE COM DRENAGEM

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

Santa Casa de M. de Sobral
 SAME
 CONFERE COM O ORIGINAL
 Andreia R. Montenegro Portela
 COORDENADORA

Dr. Keven Ferreira da Ponte
 NEUROCIRURGIAO
 CNS: 980016280391868

13/09/17

202



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 30

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ATEND.: 4961348 DT. ATEND.: 9/9/2017 - 08:39

MATR.: 916770 NASCIMENTO.: 15/9/1994

NOME.: ROSIVAN DO NASCIMENTO DA SILVA

MAE.: MARIA CICERA DO NASCIMENTO

CPF.: CNS: 700203486288620 SUSFACIL:

ENDER.: BURITI

BAIRRO: ZONA RURAL - CAMOCIM

-CE- CEP: 62400000

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

916770

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Crangon

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

CE

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de moto, apresentando quadro de disorientação, lesão certo-contusa em couro cabeludo e Hemorragia. Realizou exames que mostraram hematoma subdural agudo no hemisfério esquerdo e fratura de acúchado direito.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicações

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

Ultrassom + Exame Risco + TC cerebral

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Traumatismo Cranioencefal

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUND. 26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.
506.9

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Poli-traumatismo

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

014115103010113

29 - CLÍNICA

01

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

31 - DOCUMENTO

() CNS

(X) CPF

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

41867110373104

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

João Martins Neto

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/09/2017

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. João Martins Neto
MEDICINA DE EMERGÊNCIA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - GRUPO DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

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

Dr. José Ronaldo Vasconcelos da Graça
Medicina de Emergência - Sobral

48 - DOCUMENTO

() CNS

(X) CPF

618.288.233-68

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Cristiano Araújo Costa

CRM: 9382 DIRETOR TÉCNICO

13 OUT. 2017
CPF: 404.225.423-34
CRM: 9801

DADOS DO PACIENTE

Matrícula...: 916770
Paciente...: ROSIVAN DO NASCIMENTO DA SILVA CPF...:
Sexo...: MASCULINO
Dt. Nasc...: 15/09/1994 Idade...: 22a 11m 25d
Mãe...: MARIA CICERA DO NASCIMENTO Cor...: PARDA
Pai...: CNS...:
E. Civil...: SOLTEIRO
Endereço...: BURUTI Nº...:
Bairro...: ZONA RURAL CEP...: 62430-000
Cidade...: GRANJA UF...: CE
Fone...: 992615541

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome...:
Endereço...:
Documento...:
Fone...:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento...: 4961348 Atendente...: NETO ARRUDA
Data...: 09/09/2017 Hora...: 08:39 Permanência...: 14 Dias
Procedimento...: 0303040106 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAVE
Médico...: SERGIO LUIS CAVALCANTE IBIAPINA
Unidade Int...: UI EMERGENCIA ADULTA
Leito...: LEITO 2-8 EMERG. ADULTA
Convênio...: SUS - SIH
Plano...: 1
Carteira...:
N. Guia...: 08821. 1333 (Mãe) .. (88) 94 86 03 28 94 88 21 13

NEUROLOGIA

1-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
MV2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1/1
Emitido por: SOCORRO_NASCIMENTO
Em: 13/09/2017 12:22

Atendimento: 4961348

Dt Atendimento: 09/09/2017 - 08:39

Dt Alta: 12/09/2017 - 23:00

Paciente: 916770 ROSIVAN DO NASCIMENTO DA SILVA

Serviço: 35 OUTROS SERVICOS

Convênio: 1 SUS - SIH

Leito: 133 LEITO 2-2 - C.S.M.EUFRASIO

Plano: 1 SUS - SIH

Motivo Alta: 51 PERMANENCIA POR REOPERAÇÃO

Usuário: SOCORRO_NASCIMENTO

CID: S069

TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NAO ESPECIFICADO

Procedimento de Alta 0303040106 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAVE

NEUROLOGIA

SOCORRO NASCIMENTO

Hora.....: 17:43

80

TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NAO ESPECIFICADO

GERAL

6656 JOAO MARTINS NETO

CHRMED: 0055 CMS: 00000009120027

- SINTESE COM DRENAGEM

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0002
Data.....: 09/09/2019
Hora.....: 17:43

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. João Martins Neto
NEUROCIRURGIÃO

CREMEC: 6656 CRM: 44912E7

DR(A) : JOAO MARTINS NETO
CRM : 6656

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA



NOME: Rosivan do Nascimento da Silva Nº PRONTUÁRIO 916770

SETOR: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO _____

DATA

Neuro - TEE (mapa)
03/03/14 - Somnolento e Agitado - Otomagia (D)
08:00 - de cefaleia: Hematoma subdura AGUDA Hemiparesis (E)
Elevado Pressão (D)

→ $G = \text{Cinnamyl}$

Dr. João Martins Neto
NEUROCIRURGIÃO
CRM: 10.550 C.R.C.: 00000000000000000000

10/09/17 Paciente, 22 anos, encaminhado ao Setor de Neurologia, vindo de SR. após procedimento cirúrgico de drenagem de hemorragia subdural crônica extensa com hemiflexão Esp. Apresenta-se confuso, desorientado, intercalando momentos de lucidez e agitação. Levado a dicta em Exatidão fisiológica.

#05. Vide Questionário "Hidris".

Curriculo pós-operatório

Neurologia

Dr. João Marcos Neto
NEUROCIRURGIAO

Dr. João Martins Neto
NEUROCIRURGIÃO
CRM: 905 199-7

11/09/17 Devedente, 3ª RH 388 CONFERE COM O
#TCE + 28 DO MUNICÍPIO DE MONTENEGRO PORTAL
ANDRÉIA R. MONTENEGRO PORTAL
ANDRÉIA R. MONTENEGRO PORTAL (x) 1000 1000 + 1500 zyda E.)

[illegible]

Dr. João Martins Almeida
NEUROCIRURGO

12/09/74	Mr. Kline / Asst. M.
----------	----------------------



EVOLUÇÃO

OUTRAS ESPECIALIDADES CLÍNICAS



fls. 36

NOME: Resumo do nascimento da Silva Nº PRONTUÁRIO916770SETOR: Neurologia

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA

FARMÁCIA12/09/17

em valimento farmacêutico, o acompanhante
relata que o paciente não possui uso de medica-
mentos, não possui doenças crônicas e histórico de
alergia medicamentosa. ———— 11 ————

Santa Casa de M. de Sobral
Milla Vasconcelos
FARMACÊUTICA - CRP: 8882

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro Portela
-CEMAD-01



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA

fls. 37



ATEND.: 4961348 DT. ATEND.: 09/09/2017 - 08:39
MATR.: 916770 NASCIMENTO.: 15/09/1994
NOME.: ROSIVAN DO NASCIMENTO DA SILVA
MAE.: MARIA CÍCERA DO NASCIMENTO
CPF.: CNS: SUSFACIL:
ENDER.: BURITI
BAIRRO: ZONA RURAL - GRANJA -CE- CEP: 62430000

QP:

HDA: PACIENTE, 22 anos, histórico cirúrgico, vítima de queda de moto sem capacete, apresenta relaxamento de tônus e agitação psicomotora

EXAME FÍSICO: Paciente sonolento, REF;
PA: 140 x 90

A OK

B OK

C OK

D -> ↓ Sensório

E -> OTORRAGIA

TC -> Lâmina de SUBDURA exposto à esquerda.

DIAGNÓSTICO INICIAL: Trauma Cranioencefálico

CONDUTA: Internamento

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

DIAGNÓSTICO FINAL: Politraumatismo

Dr. Sérgio Rapina

DATA: 09 / 09 / 17

Hora:

Ass./CRM:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 21/02/2019 às 12:07, sob o número 0112528682019060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0112528-68.2019.8.06.0001 e código 44912E7.