

HOSPITAL MATERNIDADE SANTO ANTONIO
FUNDAÇÃO OTILIA CORREIA SARAIVA
Telefones: 06-3532-7700 fax: 06-3532-7719
Barbalha-CE

Emissão: 02/10/2016 19:18

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

N.Atendimento...: 362562

```

...: 02/10/2016 Hora:19:16
nd.: CONSULTA
...: JEAN-YVES FARIAS MARTINS
end.....: PA HMAA

```

Convênio.: SUS AMBULATORIAL
Matrícula: 999050063675945
Guia.....
Atendente: 000245

CAÇÃO DO PACIENTE.

127985 ALLYSSON OLIVEIRA DOS SANTOS LACERDA Idade: 22a 9m 19d
13/12/1993 Sexo: MASCULINO Profissão: OP. DE MAQUINAS Est. Civil: SOLTEIRO (A)
Pai: LUIZ MACEDO DE LACERDA
Mãe: LUCIA OLIVEIRA DOS SANTOS
CPF: Fone: 88994206977
AVENIDA PAULO MAURICIO 432
VILA SANTO ANTONIO CEP: 63180000
BARBALHA Estado: CE
el: ALLYSSON OLIVEIRA DOS SANTOS LACERDA

ATENDIMENTO: T.C.E. - TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO

1 CONSULTA:

CONSULTA:
1. Uma de oviducto de rato, trauma em região do abd.,
o direito e fustura exposta em MF

R: $M_{\mathbb{Q}} \oplus \mathbb{Q} \subseteq \mathbb{R}^n$

30. Lociolo

LES BESOINS:

RES PERSONAIS: Nome: Glasgow 05/11/1971 (M. 3)

CO: EXT: / F Notes En 11 7 0

72=

for

 $FR_{\approx}$

DIAGNOSTICO:

TCE
~~seu exposto no~~
~~seu objetivo~~ *fechado*
 ICITADOS E CONDUCTA

ICITADOS E CONDUTA

GIORNO: _____/_____/_____

Dr. Marcelo Freitas
Médico
CBA-CE 10792

Dr. (a) JEAN-YVES FLAHERT MARTINS
CRM : 12378 MEDICINA INTERNA/CLI

do Paciente: Edla Pereira da Silva

r: BERG 02/10/2016 19:18

PRESCRIÇÃO

Médico: ANTONIO OTAVIO LEITE FERNANDES

CRM

6529

02/10/16 22:02

Prescrição	Horário:
CCGG + SSVV	
FENTANIL, IV, ACM	23:30
MIDAZONA, IV, ACM	23:30
SF A 0,9% 2000 ML, IV, 28 GTS/MIN	De 20
VENTILAÇÃO MECÂNICA	
DIETA ZERO	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL☐ Alta. Conduta☐ Observação☐ Referência para:☐ Óbito

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALLYSSON OLIVEIRA DOS SANTOS LACERDA Admissão: 02/10/2016 21:37
Pront.: 138350 Data Nasc.: 13/12/1993 Idade: 22 ano(s) 9 mes(es) e 20 dia(s) Tel.: 94130304
Mãe: LUCIA OLIVEIRA DOS SANTOS 88
Sexo: Masculino RG: 441104320 Município: BARBALHA
CEP 63180-000 Bairro: VILA SANTO ANTONIO
Endereço: AV PAULO MAURICIO 432

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: VERMELHO Classificador JAMARA BATISTA DA CRUZ Horário 02/10/2016 21:51
Queixa: PACIENTE PROVENIENTE DO HMSA, TRAZIDO PELO SAMU, INTUBADO, POLITRAUMATIZADO
Programa: TRAUMA MAIOR
Discriminador: RESPIRAÇÃO INADEQUADA

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: ANTONIO OTAVIO LEITE FERNANDES CRM: 6 Nº: 343908 Horário 02/10/2016 21:52
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: REANIMACAO
Hipótese Diagnóstico: FRATURA DO CRANIO E DOS OSSOS DA FACE

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE DE 22 ANOS VÍTIMA DE COLISÃO MOTO- CARRO HÁ 2 HS. FOI ATENDIDO NO HOSPITAL SANTO ANTONIO, DIAGNOSTICADO TCE GRAVE (GLASGOW 5) E FRATURA EXPOSTA EM MID. FOI SUBMETIDO A ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL, IMOBILIZAÇÃO DO MID E ENCAMINHADO E ESTE SERVIÇO.

EXAME FÍSICO: EG GRAVE, EOT, EM VENTILAÇÃO MECÂNICA E INCONSCIENTE (SEDADO??).

TÓRAX:

OME: PLANO, FLÁCIDO E INDOOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL

EXTREMIDADES: MIÉ IMOBILIZADO COM SANGRAMENTO ATIVO

CONDUTA: TC DE CRANIO E CERVICAL + USG FAST DE ADBOME + RX DE TÓRAX



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	02/10/2016 22:06	Sim	Pendente
TC COLUNA CERVICAL SEM CONTRASTE (0206010010)	02/10/2016 22:07	Sim	Pendente
JS ABDOMINAL TOTAL (0205020046)	02/10/2016 22:08	Sim	Pendente
RX PERNA D AP/P (0204060168)	02/10/2016 22:08	Sim	Pendente
RX PERNA E AP/P (0204060168)	02/10/2016 22:08	Sim	Pendente

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALLYSSON OLIVEIRA DOS SANTOS LACERDA Prontuário: 138350 Admissão: 02/10/2016
Data Nasc.: 13/12/1993 Idade: 22 ano(s) 9 mes(es) e 20 dia(s) Sexo: Masculino RG: 441104320
Mãe: LUCIA OLIVEIRA DOS SANTOS Telefone: 88 94130304
Endereço: AV PAULO MAURICIO 432 Bairro: VILA SANTO ANTONIO CEP:

Evolução	Profissional	Data/Hora
##### ORTOPEDIA ##### AVALIO PTE VITIMA ACIDENTE DE MOTO, TRAZIDO PELO SOMU. PTE EM IOT, COM COLAR CERVICAL, EM PRANCHA SIDA REG, IOT, SEM DOR/CREPITAÇÃO À PALPAÇÃO CERVICAL, MMSS E BACIA DEFORMIDADE ANATOMICA + FERIDA PUNTIFORME PERNA ESQ E FCC +- 5CM PERNA DIR PERFUSAO DISTAL OK CD: CURATIVO ESTERIL ATB + VAT TALA	CAIO WISDAMY LUNA SARAIVA	02/10/2016 23:36



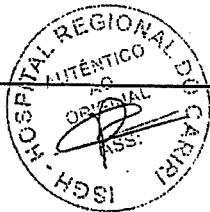
INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



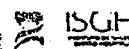
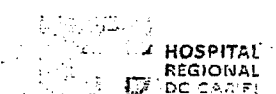
EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALLYSSON OLIVEIRA DOS SANTOS LACERDA Prontuário: 138350 Admissão: 02/10/2016
Data Nasc.: 13/12/1993 Idade: 22 ano(s) 9 mes(es) e 20 dia(s) Sexo: Masculino RG: 441104320
Mãe: LUCIA OLIVEIRA DOS SANTOS Telefone: 88 94130304
Endereço: AV PAULO MAURICIO 432 Bairro: VILA SANTO ANTONIO CEP:

Evolução	Profissional	Data/Hora
#ORTOPEDIA# FRATURA BILATERAL DE OSSOS DA PERNA. PACIENTE LIBERADO PELA CIRURGIA GERAL E TEM CONDUTA EXPECTANTE PELA NEUROCIRURGIA AVISO DE CIRURGIA PARA AS 14:00H DA DATA DE HOJE, CIRURGIA DE CONTROLE DE DANOS PELA ORTOPEDIA	LEONARDO TAITIRO MIYAZAWA 	03/10/2016 11:56


Dr. Leonardo Taitiro Miyazawa
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 16778



Organização Social mantida com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

NOME: ALLYSSON OLIVEIRA DOS SANTOS LACERDA PRONTUÁRIO: 138350
 DATA DE NASCIMENTO: 13/12/1993
 SOLICITANTE: Dr. ANTONIO OTAVIO LEITE FERNANDES
 SETOR SOLICITANTE: REANIMAÇÃO ENFERMARIA/LEITO: EXT. 01
 DATA DO EXAME: 02.10.2016
 DATA DO LAUDO: 03.10.2016
 EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RELATÓRIO DE URGÊNCIA

TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, de acordo com a radiografia digital marcada. Não foi realizada a sequência com contraste venoso, por indicação clínica.

INDICAÇÃO:

TCE.

ANÁLISE:

- Aumento de volume e de densidade de partes moles em regiões frontoparietal direita, fronto-orbitária e zigomática à esquerda, com focos gasosos de permeio.
- Múltiplas linhas de fratura acometendo as seguintes estruturas ósseas à esquerda:
 - Rebordo inferior e assoalho orbitário de aspecto cominutivo com infradesnívelamento de 5.6 mm;
 - Processos temporal, maxilar e frontal do osso zigomático
 - Disjunção da sutura frontozigomática;
 - Ossos nasais sem desalinhamento significativo;
 - Todas as paredes do seio maxilar com herniação da gordura retromaxilar;
- Material hemático preenchendo sulcos intergirsais parietais bilateralmente, sistema interpeduncular, terceiro ventrículo e cornos ventriculares posteriores.
- Material hemático em seio maxilar esquerdo.
- Não há evidência de processo expansivo, de calcificações patológicas, ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

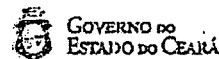
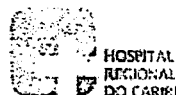
1. Fraturas faciais à esquerda, com envolvimento do complexo orbitozigomático.
2. Hemorragia subaracnoide cisternal e biparietal associada a leve extravasamento ventricular supratentorial sem hidrocefalia.
3. Hemossinus maxilar esquerdo.
4. Hematomas craniofaciais bilaterais.



Dr. José Célio Couto Vasconcelos
 Médico Radiologista CRM-CE 13064

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: ALLYSSON OLIVEIRA DOS SANTOS LACERDA	Prontuário: 138350
Endereço: AV PAULO MAURICIO 432	Idade: 23 ano(s) 0 mes(es) e 25 dia(s)
Bairro: VILA SANTO ANTONIO	UF: CEARÁ Sexo: Masculino
CEP: 63180-000	Cidade: BARBALHA

Localização		
Clinica: UCE	Enfermaria: 01	Leito: 102
Internação 2016-10-03 00: 11:05	Alta: * Não Informado *	* Não Informado

Relatório Cancelada
Tipo de Saída: Alta Não

Resumo Clínico

paciente jovem vítima de politrauma, necessitou de longo período de internamento devido a febre de origem obscura (provável síndrome da hiperatividade simpática). devido a grave sequela neurológica encontra-se em estado vegetativo persistente há mais de 90 dias. pelo quadro grave e irreversível foi optado não realizar cirurgia de fratura de mie, recebe alta traqueostomizada, se alimentando por sone, acamado e deve permanecer com cuidados domiciliares.

Exames Realizados

solicitar resgate de prontuário.

Terapêutica Utilizada

tratamento intensivo
suspeita de endocardite - vancomicina 4 semanas

Diagnóstico

S068 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S068	OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS
Não	S822	FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Não	A41	OUTRAS SEPTICEMIAS
Não	S831	LUXACAO DO JOELHO

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 04/01/2017

Observações Complementares

retornar ao ambulatorio de ortopedia

Responsável

Médico: SUE ANN OHARA BEZERRA

Data: 04/01/2017

Dra. Sue Ann Bezerra
Clínica Médica Medicina Paliativa
CREMEC 10.955

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE

Relatório de Cirurgia

Paciente: ALLYSSON OLIVEIRA DOS SANTOS LACERDA
Clínica: CENTRO CIRURGICO
Cirurgião: SAMIR SAMAAH FILHO
Enfermeiro: SAMARA CARTACHO MACEDO
1º Auxiliar:
2º Auxiliar:
Anestesiologista: Não Informado
Enfermagem: Sala Cirurgica
Prontuário: 138350
Dt. Nascimento: 13/12/1993
Leito: 02G

Procedimentos Propostos
Código Descrição
0408050500 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Procedimentos Realizados
Código Descrição
0408050500 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Diagnóstico pré-operatório:
Relatório Imediato do Patologista:
Exame Radiológico: Não Informado
Contagem Compressas e Instrumental: Não Informado
Acidentes e Incidentes: Não Informado
Anestesia / Ocorrências Principais: Não Informado
Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia: Não Informado

Grau de Contaminação: Contaminada
Tipo de Anestesia: Geral
DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO
VIA DE ACESSO - TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VISCERAS
1- PTE EM DDH, SOB IOT + VM
2- ASSEPISIA + ANTISSEPISIA E CAMPOS ESTERESIS
3- ESCOPIA: ABERTURA EM VARO
4- FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR JOELHO DIR C/ AUXILIO ESCOPIA
5- AMPLIADO FCC JOELHO DIR
6- LIMPZA EXAUSTIVA COM SF 0,9% + SUTURA POR PLANOS
7- AMPLIADO FCC JOELHO ESO
8- LIMPZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%, DEBRIDAMENTO + SUTURA POR PLANOS
9- FIXADOR LINEAR PERNA ESO
10- ESCOPIA: SATISFATORIA
11- CURATIVO ESTERIL
12- A/C ANESTESISTA
13- CX SEM INTERCORRENCIAS

DR MARCIO ARAUJO REALIZOU DOPPLER PERNA DIR NO INTRA-OPERATORIO - SEM ALTERAÇÕES

Data 03/10/16

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

OSPITAL MATERNIDAD SAO VICENTE DE PAULO
V2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
comprovante da Alta Médica do Paciente

Página: 1/1
Emitido por: ALINEFS
Em: 14/02/2017 11:55

Atendimento: 2907634

Dt Atendimento: 19/01/2017 - 18:16

Dt Alta: 14/02/2017 - 11:46

Paciente: 101456 ALLYSSON OLIVEIRA DOS SANTOS LACERDA

Serviço: 23 CLINICA GERAL

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 202 ENF ISOL 33-1

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ALINEFS

CID: A419

SEPTICEMIA NÃO ESPECIFICADA

Procedimento de Alta 0303010037 - TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS

Observação de Alta

PACIENTE JOVEM VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (HÁ 3 MESES), COM DANO NEUROLÓGICO, CHEGA AO SERVIÇO COM QUADRO DE FEBRE HÁ 3 DIAS, DIARREIA FÉTIDA, DESIDRATAÇÃO, CANDIDÍASE ORAL, ÚLCERA POR PRESSÃO EM REGIÃO SACRA E EM PÉ E, ACOMPANHANTE RELATA FRATURA EM MI ESQUERDO, COM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO A SER REALIZADO. EVOLUI COM MELHORA DA DIARRÉIA, COM FÁCIES DE DOR, MAS NÃO A LOCALIZA (PACIENTE NÃO VERBALIZA), TAQUICARDICO, SUDOREICO E APRESENTOU 1 EPISÓDIO DE CRISE CONVULSIVA. FOI INICIADO TRATAMENTO ANTIMICROBIANO E ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL. APRESENTAVA ÚLCERAS DE PRESSÃO COM SIANIS DE INFECÇÃO. FOI AVALIADO PELA ORTOPEDIA E ORIENTADO SOBRE A NÃO INDICAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM MIE NO MOMENTO, APENAS QUANDO HOUVER PERSPECTIVA DO PACIENTE DEAMBULAR. EVOLUIU COM MELHORA CLÍNICA IMPORTANTE. FOI DECANULADO E INICIADA DIETA ORAL.

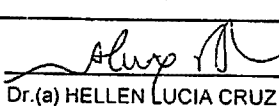
HD: SEQUELA DE TCE

SEPSE URINÁRIA E INFECÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO.

PNM HOSPITALAR

CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM MIE

CD: ALTA HOSPITALAR COM SOLICITAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR MULTIPROFISSIONAL.
ENCAMINHO PARA SEGUIMENTO NO AMBULATÓRIO DE ESTOMATOTERAPIA.


Dr.(a) HELLEN LUCIA CRUZ (HMSVP CRM - 10285)

CRM: C8739

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

WWW.HMSVP.COM.BR

CONCLUSÃO

Ante o exposto, conclui-se que a ação é procedente, devendo ser condenada a ré a pagar a importância de R\$ 1.000,00 (um mil reais) a título de indenização por danos morais, acrescida de juros e correção monetária, a ser paga em uma única parcela, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data da publicação desta decisão. Condena-se também a ré a pagar as custas processuais e honorários advocatícios, no valor de R\$ 1.000,00 (um mil reais), a ser pago em uma única parcela, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data da publicação desta decisão. Condena-se também a ré a pagar a multa de R\$ 1.000,00 (um mil reais) a título de indenização por danos morais, acrescida de juros e correção monetária, a ser paga em uma única parcela, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data da publicação desta decisão. Condena-se também a ré a pagar as custas processuais e honorários advocatícios, no valor de R\$ 1.000,00 (um mil reais), a ser pago em uma única parcela, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data da publicação desta decisão.

TERMO DE RECEBIMENTO

TERMO DE RECEBIMENTO



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins de direito que se fizerem necessários que o paciente ALYSSON OLIVEIRA DOS SANTOS LACERDA, 22 anos, residente e domiciliado em Barbalha-CE, encontra-se admitido neste Nosocômio na Clínica Médica Bloco IV, leito 33, sob os cuidados da Equipe Multiprofissional. Está sob cuidados nutricionais, alimentando-se por sonda nasointestinal, traqueostomizado e respirando ar ambiente, além de estar permanentemente acamado. Essa situação implica obrigatoriamente em ajuda de cuidadores para as suas necessidades pessoais, uma vez que o mesmo não reúne condições para desempenhar o auto cuidado.

Apresenta sequelas motoras e cognitivas graves secundárias Estado Vegetativo pós TCE além de múltiplas infecções hospitalares, o que o deixou tetraparético, inconsciente durante todo o tempo e no momento incapaz de decidir sobre seus atos e incapaz permanentemente para labório.

CID: S09

Barbalha-CE, 31/01/2017

OTÁVIO SAMPAIO
CRM 10448
CUIDADOS PALIATIVOS

MÉDICO PALIATIVISTA

EXCERPTA DE ATOS DO JUIZADO DE PAZ DO MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO RIO NEGRE - RORAIMA

EXCERPTA DE ATOS DO JUIZADO DE PAZ DO MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO RIO NEGRE - RORAIMA

EXCERPTA DE ATOS DO JUIZADO DE PAZ DO MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO RIO NEGRE - RORAIMA

EXCERPTA DE ATOS DO JUIZADO DE PAZ DO MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO RIO NEGRE - RORAIMA

EXCERPTA DE ATOS DO JUIZADO DE PAZ DO MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO RIO NEGRE - RORAIMA

EXCERPTA DE ATOS DO JUIZADO DE PAZ DO MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO RIO NEGRE - RORAIMA

EXCERPTA DE ATOS DO JUIZADO DE PAZ DO MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO RIO NEGRE - RORAIMA

EXCERPTA DE ATOS DO JUIZADO DE PAZ DO MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO RIO NEGRE - RORAIMA

EXCERPTA DE ATOS DO JUIZADO DE PAZ DO MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO RIO NEGRE - RORAIMA

EXCERPTA DE ATOS DO JUIZADO DE PAZ DO MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO RIO NEGRE - RORAIMA

EXCERPTA DE ATOS DO JUIZADO DE PAZ DO MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO RIO NEGRE - RORAIMA

EXCERPTA DE ATOS DO JUIZADO DE PAZ DO MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO RIO NEGRE - RORAIMA

EXCERPTA DE ATOS DO JUIZADO DE PAZ DO MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO RIO NEGRE - RORAIMA

EXCERPTA DE ATOS DO JUIZADO DE PAZ DO MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO RIO NEGRE - RORAIMA

EXCERPTA DE ATOS DO JUIZADO DE PAZ DO MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO RIO NEGRE - RORAIMA



PREFEITURA MUNICIPAL DE BARBALHA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins
que Allysson Oliveira dos Santos
Lacerda apresenta sequelas motoras
e cognitivas graves secundárias
Estado Vegetativo pós TCE. Se
encontra tetraparético, inconsciente
durante todo o tempo e incapaz
de decidir sobre seus atos bem como
incapaz permanentemente para
trabalho.

CIJ: 509

EM 26 / 4 / 17

Dra. Carla Cristina Alves Pires
MÉDICA
CRM-CE 16.266
Carla C. P.

VOLTANDO A CONSULTA TRÁZER ESTA RECEITA
NÃO DÊ HOSPEDAGEM AO MOSQUITO DA DENGUE.
FAÇA SUA PARTE. DENGUE MATA.

Declaração do Proprietário do Veículo

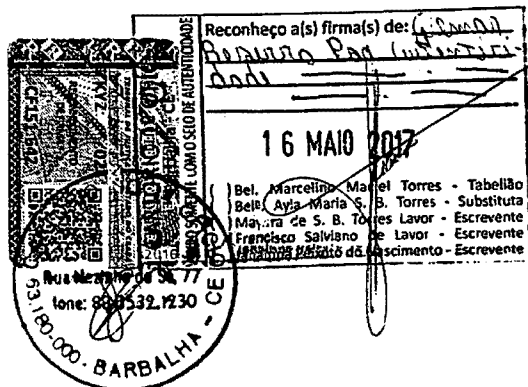
Eu, GILMAR BARBOSA,
 RG nº 20002222072 data de expedição 16/05/2000
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 023.682.043-50, com
 domicílio na cidade de Barbalha, no Estado de
CEARA, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
confinar a minha propriedade, Vila Santa Ana, nº 134,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima ALYAN PINHEIRO DOS SANTOS MACHADO cujo o condutor era
ALYAN PINHEIRO DOS SANTOS MACHADO.

Veículo: motocicleta
 Modelo: Yamaha Factor VER-125-K
 Ano: 2011-2011
 Placa: OCR-287R
 Chassi: YCBKE2520B0041557
 Data do Acidente: 16 MAIO 2017
 Local e Data: Barbalha - CE,



Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





(/)

Buscar no site

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 a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170419249 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ALLYSSON OLIVEIRA DOS SANTOS LACERDA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO ALLYSSON OLIVEIRA DOS SANTOS LACERDA

CPF/CNPJ: 42113528819

Posição em 08-09-2017 07:51:35

Pedido de indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário.

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Lucia Oliveira dos Santos

RG nº 93024007063, data de expedição 16/01/1998, Órgão SSP-CE,

CPF nº 214.918.873-20, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av Paulo Mauricio Sampaio</u>
Número	<u>432</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Santo Antônio</u>
Cidade	<u>Barbalha</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63.180.000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 9.9974.9000 / (88) 9.9332.9181</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Barbalha, 04/05/2017

Assinatura do Declarante: Lucia Oliveira dos Santos

TERMO DE SOLICITAÇÃO

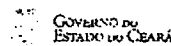
Eu, Luiz Oliveira dos Santos -, brasileiro(a),
Estado civil solteiro, profissão aux. de adm. geral
CPF: 334.918.178-00, RG: 18089007063, SSP - CE
Residente: Av. Paulo Maurício Sampaio Nº 432
Bairro Santa Antônia Cidade Barcelos UF CE

Venho através de o presente documento solicitar os bons préstimos de Vossa Senhoria, no sentido de realizar gestões administrativas que possibilitem que minha perícia médica seja elaborada nesta cidade (JUAZEIRO DO NORTE/CE, NO LOCAL DO PANORAMA HOTEL OU NA CLINIA FAGU), haja vista o custo de deslocamento ser baixo e local de fácil acesso.

Certo de atendido agradeço antecipadamente.

Luiz Oliveira dos Santos

SOLICITANTE



Órgão do Sistema Judiciário do Estado do Ceará
 O Conselho de Administração do ISCH é constituído por 12 membros

DECLARAÇÃO

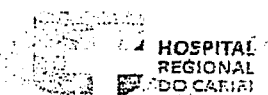
Declaro, para os devidos fins que, ALLYSSON OLIVEIRA DOS SANTOS LACERDA, encontra-se internada na UCE, leito 102, do Hospital Regional do Cariri, localizado à Rua Catulo da Paixão Cearense, s/nº- Bairro Triângulo Juazeiro do Norte-CE, desde o dia 02 de Outubro do corrente ano.

Juazeiro do Norte-CE, 04 de Novembro de 2016.

Assistente Social

Setor de Serviço Social do Hospital Regional do Cariri

Viriane M. Pereira da Costa
 Assistente Social
 OAB/CE 10.100/2016



Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais

NOME: ALLYSSON OLIVEIRA DOS SANTOS LACERDA PRONTUÁRIO: 138350
DATA DE NASCIMENTO: 13/12/1993
SOLICITANTE: Dr. ANTONIO OTAVIO LEITE FERNANDES
SETOR SOLICITANTE: REANIMAÇÃO ENFERMARIA/LEITO: EXT. 01
DATA DO EXAME: 02.10.2016
DATA DO LAUDO: 03.10.2016
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

RELATÓRIO DE URGÊNCIA

TÉCNICA:

Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos interessando o segmento cervical.

INDICAÇÃO:

Trauma.

ANÁLISE:

- Retificação do eixo vertebral.
- Corpos vertebrais íntegros e alinhados.
- Elementos que constituem os arcos posteriores das vértebras focalizadas de aspecto anatômico e mineralização óssea normal.
- Canal raqueano de configuração anatômica e dimensões normais em toda extensão do segmento estudado.
- Ausência de protrusão discal significativa, seja difusa ou localizada ao nível de espaços estudados.
- Forames de conjugação livres.
- Tecidos moles paravertebrais sem evidência de anormalidades.

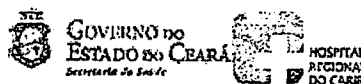
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Estudo tomográfico computadorizado da coluna cervical **NÃO evidencia fraturas.**




Dr. José Célio Couto Vasconcelos
Médico Radiologista CRM/CE 13064
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



PRESCRIÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALLYSSON OLIVEIRA DOS SANTOS LACERDA Prontuário: 138350 Admissão: 02/10/2016
Data Nasc.: 13/12/1993 Idade: 22 ano(s) 9 mes(es) e 21 dia(s) Sexo: Masculino RG: 441104320
Mãe: LUCIA OLIVEIRA DOS SANTOS Telefone: 88 94130304
Endereço: AV PAULO MAURICIO 432 Bairro: VILA SANTO ANTONIO CEP:

Médico: SAMIR SAMAN FILHO

Data: 02/10/201 Nº Atendimento: 343908

Prescrição	Horário da Solicitação
CLINDAMICINA 600MG + SF 0,9% 100ML EV AGORA E 6/6H	02/10/2016 23:30:54
GENTAMICINA 240MG + SF 0,9% 250ML EV AGORA E 1X/DIA	02/10/2016 23:31:39
REFORÇO VAT IM PROFUNDO AGORA	02/10/2016 23:31:58
IRONA 2ML EV AGORA E 6/6H	02/10/2016 23:32:33
AMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV LENTO 8/8H	02/10/2016 23:33:05





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Allysson Oliveira dos Santos Macender, portador da carteira de identidade nº 441104320 e inscrito no CPF/MF sob o nº 421.135.288-19, residente e domiciliado na Av Paulo Maurício Sampaio, 432, Cidade Barbalha, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de ~~permitir~~ o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Allysson Oliveira dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Barbalha, 04/05/2017

Local e data



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Lucia Oliveira dos SantosPORTADOR(A) DO RG Nº 98019007063EXPEDIDO POR SSP - CEEM 16/01/198 ECPF 214918873-20 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Recurso

E RENDA MENSAL DE R\$ Recurso (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Allyson Oliveira dos Santos Lucinda AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1957 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 21822-5
OPERARAC 013

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Barbalha, 04 de maio

LOCAL E DATA

Lucia Oliveira dos Santos

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de sinistros prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 7.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - CE Nº 012966300835 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
ALLE 01 328127086	COD RENAVAM 00000000000
NOME: GILMAR BESERRA BARBALHA/CE	
02368204350	9C6KE1520B0041557
02368204350	OCR9872
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.	GASOLINA
YAMAHA/FACTOR YBR125 K	2011 2011
2E/OCV/124CC	VERDE
180.65	0.70 185.50 31/03/2017
DATA: 04/05/2017	

CE Nº 012966300835 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
2017	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204	
01 02368204350	9C6KE1520B0041557
02368204350	OCR9872
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.	GASOLINA
YAMAHA/FACTOR YBR125 K	2011 2011
2E/OCV/124CC	VERDE
180.65	0.70 185.50 31/03/2017
DATA: 04/05/2017	

JUL-2016

[illegible]

de acordo com o artigo 1º da Lei nº 1.340, de 1950, a administração pública é a atividade que se desenvolve no âmbito do Estado, visando à realização dos fins públicos, e que se caracteriza por ser exercida em nome do Estado, sob a autoridade do chefe do Poder Executivo, e com o uso da força pública.

33.329 ambos com escritório situado à Rua Zéca Santiago nº 659 - Vila Antônia, Barão de Melchior, onde reside intimados e ajuizados.

LET MAGNOTUO

“LAAGUL Q2” OADATUDGIS



ACTUS

Advogados Associados

"PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Lucia Oliveira dos Santos, brasileira, solteira, de legal portadora do RG nº 98.029.00763, SSP/CE e CPF nº 214.918.873-20, residente e domiciliada à Avenida Paulo Moura, nº 432, Bairro Santo Antônio, na cidade de Barbalha/CE.

OUTORGADO: THOMAZ ANTÔNIO NOGUEIRA BARBOSA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 20.787 e/ou ANTONIO ALLAN LEITE SARAIVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 23.502, ALANA CORREIA DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE sob o n.º 30.218, ANDEISE SILVA FARIAS NOGUEIRA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o n.º 35.332, LIBERALINA MARIA ARRAIS SOARES CÂNDIDO, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE 33.529 ambos com escritório situado à Rua Zuca Sampaio nº 649, Santo Antônio, Barbalha/CE onde recebe intimações e avisos.

PODERES: O(A) outorgante concede os mais amplos, gerais, especiais e ilimitados poderes, para representá-lo(a) junto ao foro em geral, conforme o artigo 105 do CPC, bem como os poderes da cláusula "ad judicium et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(os/as) nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais, acompanhando-o(a) e promovendo quaisquer medidas preliminares, previstas ou assecutórias dos seus direitos e interesses; conferindo-lhe, também, poderes especiais para transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação e/ou procedimento, requerer gratuidade da justiça, receber e dar quitação, firmar compromisso, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, propor execução, requerer insolvência, rescisória, embargos, agravos, agindo em conjunto ou separadamente, podendo, ainda, representar junto às instituições financeiras e repartições públicas federais, estaduais e municipais; empresas públicas, autárquicas, sociedades de economia mista, pessoas jurídicas de direito público/privado ou pessoas físicas em geral, representar o(a) outorgante perante o INSS de qualquer município da federação, podendo substabelecer (em conjunto ou isoladamente), com ou sem reserva de poderes, o presente mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, enfim, poderá o(s) procurador(es), praticar(em), alegar(em), promover(em) e assinar(em) todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato, especialmente para ajuizar ação de Divórcio Consensual em seu favor.

DECLARA o(a) outorgante, nos termos da Lei nº 13.105/15, Arts. 98 e 99 de que não possui recursos suficientes para arcar com as despesas do processo em afetar diretamente o seu próprio sustento e de sua família.

Barbalha/CE, 22 de MARÇO de 2018

Lucia Oliveira dos Santos



SELEÇÃO DE IDENTIDADE INTERPRETAR LUGAR VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 951210664		NOME ALLYSSON OLIVEIRA DOS SANTOS LACERDA	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 441104320 SSP SP		CPF 421.135.288-19	
DATA NASCIMENTO 13/12/1993		FRUIÇÃO LUIZ MACEDO DE LACERDA	
LUCIA OLIVEIRA DOS SANTOS		PERMISSÃO ACC	
CATNAR A		Nº REGISTRO 05843481895	
VALIDADE 23/01/2018		1ª HABITUAÇÃO 05/08/2013	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;			
ALLYSSON V. DOS SANTOS LACERDA ASSINATURA DO PORTADOR			
LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE		DATA EMISSÃO 19/09/2014	
02090046414 CE143789627		PROIBIDO PLASTIFICAR 951210664	



Fórum Dr. Rotsenaidil Duarte Fernandes Távora
Secretaria da 2ª Vara
Rua Zuca Sampaio, s/n, bairro Santo Antônio
Barbalha-CE - 3532-2133



TERMO DE COMPROMISSO DE CURADOR PROVISÓRIO

Termo de Compromisso no cargo de Curador (a) que presta o (a) Sr(a) **Lúcia Oliveira dos Santos**, nos autos do processo de Interdição nº 13036-45.2017.8.06.0043/0, como abaixo se declara:

Aos 22 (vinte e dois) dias do mês de março do ano de dois mil e 2017 (dezessete), nesta cidade e Comarca de Barbalha, Estado do Ceará, às 08:00 horas, no Fórum local, presentes o MM. Juiz de Direito titular pela 2ª Vara da Comarca de Barbalha, Estado do Ceará, o Dr. Leonardo Afonso Franco de Freitas comigo, Diretor de Secretaria de seu cargo abaixo nomeado e assinado, compareceu a Srª. **Lúcia Oliveira dos Santos**, brasileira, solteira, do lar, residente e domiciliada na Av. Paulo Maurício nº 432, Bairro Vila Santo Antônio, Barbalha/CE, tendo como dever e limites do encargo, reger a pessoa administrar os bens do interditando: **Alysson Oliveira dos Santos Lacerda**, brasileiro, solteiro, residente e domiciliado no mesmo endereço da requerente, ficando o referido curador nomeado depositário fiel dos valores recebidos da entidade previdenciária, e também obrigado à prestação de contas se se instado para tanto, observando-se, inclusive, o disposto no artigo 553 do CPC, e as respectivas sanções. Ficando ciente que é terminantemente vedada a alienação ou oneração de quaisquer bens móveis ou de quaisquer naturezas, pertencentes ao curatelando, salvo com autorização judicial. E tendo o mesmo aceito dito compromisso, assim prometeu cumprir, do que, para constar, lavrei o presente termo, que lido e achado conforme, vai devidamente assinado, do que dou fé. Eu, JTP, Maria Jucilene Luciano Quesado, Funcionária Municipal à disposição digitei. Eu, Gianfrancesco Cassimiro Pereira, Diretor de Secretaria, respondendo, subscrevi.



[Assinatura]
Dr. Leonardo Afonso Franco de Freitas
Juiz de Direito Titular da 2ª Vara

[Assinatura]
Lúcia Oliveira dos Santos
curador (a)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

Pág. 2 de 2
 FLS.
 Impresso em: 21/06/2017 09:12:36

RUBRICA
 AUTORIDADE POLICIAL

GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 1200 / 2017

GUIA Nº 421 - 221 / 2017

BARBALHA, 21 de Junho de 2017

Natureza do Exame: CORPO DE DELITO

Requisito à Perícia Forense o exame LESAO CORPORAL da pessoa abaixo qualificada:

Nome: ALYSSON OLIVEIRA DOS SANTOS LACERDA

Nacionalidade: BRASIL

Naturalidade: BARBALHA/CE

Data de Nascimento: 13/12/1993

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Grau de Instrução: 2o. GRAU COMPLETO

Profissão: OPERADOR DE MÁQUINA

Filiação: LUIZ MACEDO DE LACERDA

LUCIA OLIVEIRA DOS SANTOS

Documento de Identificação: RG

Número: 441104320

Órgão Emissor: SSP

UF: SP

Residência: AVENIDA PAULO MAURÍCIO SAMPAIO, 432, VILA SANTO ANTÔNIO - BARBALHA/CE

Local da Ocorrência: AV CORONEL JOÃO COELHO, CENTRO - BARBALHA/CE

Data e Hora da Ocorrência: 02/10/2016 19:00

Observação: PARA SEGURO DPVAT

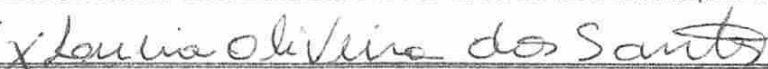
Laudo para: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA


DELEGADO(A) RENI ROCHA PINTO - 300593-1-X

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

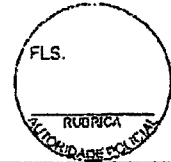
Declaro que recebi da **DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA** a Guia de número **221 / 2017** do município de **BARBALHA**.

Em ____/____/____.





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 1200 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **21/06/2017 09:22:08**
 Data / Hora da Ocorrência: **02/10/2016 19:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CORONEL JOÃO COELHO**
 Complemento:
 Bairro: **CENTRO** Município: **BARBALHA/CE**
 Ponto de Referência: **EM FRENTE AO HOSPITAL SANTO ANTONIO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALYSSON OLIVEIRA DOS SANTOS LACERDA**
 Nascimento: **13/12/1993** CPF: **421.135.288-19**
 RG: **441104320** Orgão Emissor: **SSP** UF: **SP**
 Filiação: **LUCIA OLIVEIRA DOS SANTOS**
LUIZ MACEDO DE LACERDA
 Endereço: **AVENIDA PAULO MAURÍCIO SAMPAIO, 432**
 Bairro: **VILA SANTO ANTÔNIO** CEP:
 Município: **BARBALHA/CE**
 País: **BRASIL** Telefone:

Noticiante(s)

Nome: **LUCIA OLIVEIRA DOS SANTOS**
 Nascimento: **22/08/1963** CPF: **214.918.873-20**
 RG: **98029007063** Orgão Emissor: **SSP** UF:
 Filiação: **MARIA OLIVEIRA DOS SANTOS**
FRANCISCO DEODATO DOS SANTOS
 Endereço: **AVENIDA PAULO MAURICIO, N, 432**
 Bairro: **VL STº ANTONIO** CEP:
 Município: **BARBALHA/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9420-6977**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OCR9872 Uf: **CE** Município: **BARBALHA** Chassi:
9C6KE1520B0041557 Renavam: **328127086** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/FACTOR YBR125 K** Ano
 Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERDE Proprietário: **GILMAR BESERRA** Situação: **NÃO INFORMADO**
 Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

O declarante, advertida das penalidades previstas nos arts. 340 e 342 do CPB, informou que é genitora de ALLYSSON OLIVEIRA DOS SANTOS LACERDA, sendo sua representante legal constituída através do instituto da curatela deferida nos autos do processo nº13036-45.2017.8.06.0043/0 em virtude do estado de saúde do mesmo. Que na data e hora acima mencionadas seu filho, ALLYSSON OLIVEIRA DOS SANTOS LACERDA, estava conduzindo a motocicleta descrita acima, de propriedade de um colega seu, o Sr. GILMAR BESERRA, na avenida coronel João Coelho, bairro Centro, em Barbalha/CE, quando um veículo, cujo motorista é desconhecido, colidiu em sua moto. Que ALISSON vinha da rua que corta a em que ocorreu o acidente, num cruzamento. Que ALISSON OLIVEIRA DOS SANTOS foi

Lúcia Oliveira dos Santos



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



BOLETIM DE Ocorrência Nº 421 - 1200 / 2017

socorrido por tercelros que o levaram para o Hospital Santo Antônio, em Barbalha/CE, local onde veio a receber os primeiros atendimentos. Que em virtude da gravidade das lesões sofridas, ALISSON, no mesmo dia foi encaminhado ao Hospital Regional de Juazeiro do Norte/CE. Que seu filho fraturou as duas pernas, bem como teve traumatismo craniano, sendo que até a presente data ele encontra-se em estado vegetativo, razão pela qual a declarante ingressou na justiça com processo de Interdição a fim de tornar-se sua curadora no intuito de atuar como sua representante nos atos da vida civil. Que a pessoa conhecida como DIEGO, com escritório situado em frente ao Banco Bradesco, em Barbalha/CE, é seu agenciador e irá lhe ajudar a dar entrada no seguro DPVAT em nome de seu filho ALISSON. Que indica como testemunhas as pessoas de IARA FERNANDES ARAUJO, residente na rua Miguel de Freitas Andrade, nº42, bairro Santo Antônio, em Barbalha/CE e MARIA ZENEUDA DA SILVA, residente no Sítio Cabecelas, Vila Mulato, nº111, em Barbalha/CE. Que tais testemunhas estavam no local do acidente e presenciaram. Que seu filho possui Carteira Nacional de Habilitação. E nada mais disse.//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Layana Carvalho
LAYANA CARVALHO LUCAS - MAT.: 300656-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Cláudio Oliveira do Santos

VISTO DO DELEGADO(A) :

RENI ROCHA PINTO - MAT.: 300593-1-X

Atendimento: 3216963

Dt Atendimento: 11/02/2018 - 19:38

Dt Alta: 27/03/2018 - 15:41

Paciente: 101456 ALLYSSON OLIVEIRA DOS SANTOS LACERDA

Serviço: 23 CLINICA GERAL

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 198 ENF PRO 32-1

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: RPJUNIOR

CID: J188 OUTRAS PNEUMONIAS DEVIDAS A MICROORGANISMOS NÃO ESPECIF

Procedimento de Alta 0303140151 - TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)

Observação de Alta

PACIENTE ADMITIDO NESSE HOSPITAL, TRAZIDO POR FAMILIARES, COM ESTADO GERAL RUIM, GEMENTE E DISPNEICO, APRESENTANDO TOSSE PRODUTIVA, QUEDA DA SPO2 E CREPITAÇÕES DIFUSAS BILATERAIS À AUSCULTA PULMONAR. SEM RELATOS DE NÁUSEAS, VÔMITOS, FEBRE OU OUTRAS QUEIXAS. É PORTADOR DE SEQUELA DE TCE, COM TETRAPLEGIA E ALTERAÇÃO DA CONSCIÊNCIA (ACIDENTE DE TRÂNSITO HÁ APROXIMADAMENTE 01 ANO E 05 MESES; PERMANECEU INTERNADO NO HRC POR 03 MESES). FOI INICIADA ANTIBIOTICOTERAPIA COM CEFTRIAXONA 2G/DIA, DURANTE 10 DIAS (11/02 A 20/02), ALÉM DE SUPORTE DE O2 EM VENTURI (TITULAÇÃO DA FIO2 CONFORME SPO2 ADEQUADA), ANALGESIA E FISIOTERAPIA. DEVIDO RESPOSTA PARCIAL À TERAPIA INICIAL, FOI ALTERADO ESQUEMA DE ANTIMICROBIANO PARA PIPERACILINA-TAZOBACTAM 4,5G DE 6/6H, POR MAIS 10 DIAS (20/02 A 01/03). AO FINAL, PACIENTE APRESENTAVA MELHORA DO ESTADO GERAL E DO QUADRO RESPIRATÓRIO, PORÉM AINDA EM USO DE SUPORTE DE O2 COM DIFÍCIL DESMAME E TOSSE PERSISTENTE E PRODUTIVA. NO DIA 11/03, APRESENTOU PIORA DA DISPNEIA, ASSOCIADA A RONCOS E CREPITAÇÕES DIFUSAS, OPTOU-SE POR INICIAR NOVO ESQUEMA DE ANTIBIÓTICO: MEROPENEM 1G 8/8H. EVOLUIU COM MELHORA PROGRESSIVA DO QUADRO CLÍNICO E DESMAME DO O2 COM SUCESSO (DESDE O DIA 12/03). DURANTE O INTERNAMENTO O PACIENTE APRESENTOU EPISÓDIOS ESPORÁDICOS DE PIORA DA DISPNEIA, ASSOCIADOS À QUEDA DA SPO2 E ACÚMULO DE SECREÇÃO EM VIAS AÉREAS SUPERIORES, COM MELHORA APÓS INSTITUIÇÃO DE NEBULIZAÇÃO, ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS E OXIGENOTERAPIA. RECEBEU TERAPIA ANALGÉSICA ADEQUADA, ACOMPANHAMENTO FISIOTERAPÊUTICO, FONOAUDIOLÓGICO E DIETÉTICO. RECEBE ALTA COM MELHORA DO QUADRO E ORIENTAÇÕES PARA O CUIDADO DOMICILIAR.

HD: 1. PNEUMONIA COMUNITÁRIA E HOSPITALAR; 2. NEFROLITÍASE NÃO OBSTRUTIVA; 3. SEQUELA DE TCE (TETRAPLEGIA E ALTERAÇÃO DA CONSCIÊNCIA)

CD: MANTER MEDICAÇÕES SINTOMÁTICAS E CUIDADOS DOMICILIARES

Dr.(a) HELLEN LUCIA CRUZ (HMSVP)

CRM: C8739

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

WWW.SAOVICENTE.ORG.BR