



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	Geraldo Campos de Farias Junior		
NACIONALIDADE	Brasil	NATURAL	Fortaleza - CE
RG	92004030208	ESTADO CIVIL	Casado
CPF	795.932.593 - 68	PROFISSÃO	Supervisor
ENDEREÇO	Rua João Luis Santiago, nº 680		
BAIRRO	Jardim das Oliveiras	CEP	60821-430
MUNICIPIO / UF	Fortaleza / CE		
FONES	(85) 98916 - 9989 / (85) 99214 - 9032		
E-MAIL	rc527310@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 médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 22 de Junho de 2018.

e Geraldo Campos de Farias Jr.
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, Geraldo Campos de Farias Junior, Brasileiro(a),
Casado, Supervisor, portador da Carteira de
 Identidade/RG nº 92004030208 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o
 nº 795.932.593 - 68, residente e domiciliado na cidade de
Fortaleza, estado Ceará, na Rua
João Luis Santiago, Nº 660, Jardim das Oliveiras
 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), 22 de junho de 2018.

e Geraldo Campos de Farias Jr.

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

Eu, Geraldo Campos de Farias Junior,
Brasileiro(a), casado, supervisor, portador da cédula de Identidade Nº
92004030208 E CPF Nº 795.932.593-68, capaz,
nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
Rua João Luis Santiago, nº 680. Jardim das
Oliveiras
na Cidade de Fortaleza, Estado Ceará, CEP
60821-430, 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, 22, de Junho, de 2018.

e Geraldo Campos de Farias Jr.
DECLARANTE

Handwritten signature/initials

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME
GERALDO CAMPOS DE FARIAS JUNIOR



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
001480 MT CE

CPF DATA NASCIMENTO
795.932.593-68 05/12/1977

FILIAÇÃO
GERALDO EDMILSON
MOREIRA DE FARIAS
SONIA MARIA CAMPOS DE
FARIAS

PERMISSÃO ACC CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
02094456671 02/02/2022 15/07/1996

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Handwritten signature of Geraldo Campos de Farias Jr.
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
FORTALEZA, CE 07/02/2017

Handwritten signature of Igor Vasconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE
ASSINATURA DO EMISSOR

66364128254
CE157981835

CEARÁ



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1467740661

PROIBIDO PLASTIFICAR
1467740661

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 DEZ. 2018
ASS: LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
06 SET. 2018



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 556313643

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de

JAN/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
753493

VENCIMENTO
10/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
57,24

DADOS DO CLIENTE

Rota 02 01260 35 0237800

Medidor

Poste

Nome GERALDO EDILSON MOREIRA DE FARIAS

3183845

0637 G99E

Endereço Postal

End. da Unidade
Consumidora

RU MON JOAO LUIS SANTIAGO 00680 JD. OLIVEIRAS FORTALEZA
60000000

RG / CPF / CNPJ 103.191.233-91

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 44093 Leitura Anterior 44021 Constante 1 Consumo (kWh) 72 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 72

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA
CONSUMO

Quantidade 72 Tarifa 0,72504 Valor (R\$) 52,20

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 03/01/2019 Prev. Próxima Leitura 04/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

C3D8.6B2E.E2F5.1573.93C8.E845.8277.4794

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 52,20 Aliquota 27% Valor do Imposto 14,09

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 19,39
TRANSMISSÃO 2,07
DISTRIBUIÇÃO 11,05
ENCARGOS SETORIAIS 2,96
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 16,73

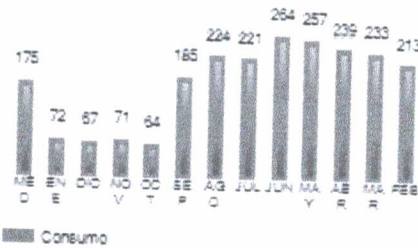
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 16,99
Conjunto

Mês NOV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

753493-0

N° da Nota Fiscal: 556313643

Total a Pagar (R\$): 57,24

Data de Emissão:

01/02/2019

Referência: JAN/2019

N° de Controle:

19 FEV. 2019

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/06/2019 às 16:06, sob o número 01432387120198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0143238-71.2019.8.06.0001 e código 4ADD92E.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



fls. 25

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3905 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **05/09/2018 12:40:49**
Data / Hora da Ocorrência: **05/09/2015 06:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA PRESIDENTE COSTA E SILVA**
Complemento:
Bairro: **MONDUBIM** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX A AESP**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GERALDO CAMPOS DE FARIAS JUNIOR**
Nascimento: **05/12/1977** CPF: **795.932.593-68**
CNH: **02094456671** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **SONIA MARIA CAMPOS DE FARIAS**
GERALDO EDMILSON MOREIRA DE FARIAS
Endereço: **RUA MONSENHOR JOAO LUIS SANTIAGO, 680**
Bairro: **JARDIM DAS OLIVEIRAS**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.821-430**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98916-9989**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORO6605** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0540ER000368** Renavam: **571407064** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ESD** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **ELAINE CHRISTINE GOMES DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA ORO-6605-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. PRESIDENTE COSTA E SILVA; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NAO ANOTADAS, AVANÇOU A PREFERENCIAL, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADO; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU DO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SEU IRMÃO, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DE MESSEJANA E NADA MAIS DISSE.///

OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300528-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 1

Impresso em: 05/09/2018 12:50:29

Scanned by CamScanner



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



FROTINHA DE MESSEJANA

BOLETIM DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL Nº

CLÍNICA: TRAUMA/REDUÇÃO

DATA 05/09/2015

HORA 07:00

NOME: GEARALDO CAMPOS DE FARIAS JUNIOR

SEXO: M

MAE SONIA MARIA CAMPOS DE FARIAS

NASC: 05/12/1977

ENDEREÇO: RUA JOAO LUIZ SANTIAGO

Nº 680

CEP:

COMPLEMENTO

FONE:

BAIRRO: JARDIM DAS OLIVEIRAS

CIDADE: FORTALEZA

UF: CEARA

OPERADOR:

QUEIXA PRINCIPAL + HISTÓRIA CLÍNICA

Trauma Aberto

Trauma Fechado

PA ☐ X ☐ mmHg PR ☐ MRM TEM ☐ FC ☐ PPM PESO ☐

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

☐ RAO X ☐ ULTRASON ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

Doença crônica

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

CID ☐

PROCEDIMENTO REALIZADO

CS - Intenso

CODIGO: ☐

Unidade. Nada a cert

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

PARECER/CONSULTA ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS

Intensamente há! Foco de vir a proximo

Neurológico OK

CODIGO: ☐

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

CODIGO: ☐

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

30-10-60100

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1576
Messejana - CEP: 60.864-010

Fortaleza

Ceará



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 22/05/2018 10:18:59

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 15/09/2015 16:05:47	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 708609067723589	NOME: GERALDO CAMPOS DE FARIAS JUNIOR			Registro: 5397257	
CPF: 79593259368	RG:	D. NASC: 05/12/1977	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: SÔNIA MARIA CAMPOS DE FARIAS			NOME DO PAI: SÔNIA MARIA CAMPOS DE FARIAS		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: JOAO LUIS SANTIAGO		Nº: 680	BARRO: JARDIM DAS OLIVEIRAS	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 30329032	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60821430	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: GERALDO CAMPOS DE FARIAS JUNIOR		PARENTESCO:		TELEFONE: 30329032	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete					
QUEIXAS: dor em membro superior direito, ha 11 dias, apos colisão moto x carro, Dr. Salmito, autorizou atendimento.					
OBSERVAÇÕES: problemas em extremidades, nao evento recente.					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AZUL		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
ATENDIMENTO MÉDICO PACIENTE PELO SISTEMA E-SUS em 22/05/2018 MATRÍCULA 13236 SERVIDOR(A)					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 DEZ. 2018

ASS: LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
06 SET. 2018



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 244 – 2144 Fax 224-7225
e-mail psahosp@baydenet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Atesto e declaro que GERALDO CAMPOS DE FARIAS JUNIOR deu entrada neste Hospital no dia 15/09/15, Prontuário N.º 157.990, aos cuidados médicos do DR. CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO, internado com laudo médico de LUXAÇÃO DO COTOVELO DIREITO CID S 52.1 submetido a tratamento cirúrgico, recebeu alta hospitalar dia 18/09/15. Paciente encontra-se em tratamento ambulatorial incapacitado de exercer suas atividades com previsão de 90 dias.

Fortaleza, 22 de setembro de 2015.

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

LAYANNE SARAIVA
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Valterno Pinheiro
Traumatologia
CRM 6193

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS LTDA
CNPJ 07.272.297/0001-93
LAYANNE SARAIVA S. da Silva
MATR. 12.273 - AUXILIAR SAME

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.
05 DEZ. 2018

ASS: LIBIA CORRETORA DE
06 SET. 2018

ASS:



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



2315101652930

codigo: 026000 18895

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA		2 - CNES: 252914	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: P.S.A		4 - CNES:	
5 - NOME DO PACIENTE: GERALDO CAMPOS DE FARIAS JUNIOR		6 - Nº PRONTUÁRIO: 157990	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 10186090167723589	8 - DATA NASCIMENTO: 05/12/1977	9 - SEXO: ☒ Masc ☐ Fem	10 - RAÇA/COR
11 - NOME DA MÃE: SONIA MARIA CAMPOS DE FARIAS		12 - TELEFONE DE CONTATO: 85 3032 9052	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL - NI		14 - TELEFONE DE CONTATO:	
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO) R- JOAO LUIS SANTIAGO JARDIM DAS OLIVEIRAS			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: FOTALEZA	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: CE	19 - CEP: 608254
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACIENTE COM FRATURA DE COTOVELO. NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO DEFINITIVO			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):			
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DE COTOVELO	24 - CID 10 PRINCIPAL: 553J	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TTO CIRURGICO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408020547	
29 - CLÍNICA: CLINICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: EMERGENCIA	31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		34 - DATA SOLICITAÇÃO: 15/09/2015	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ DA SEGURADORA:
40 - Nº DO BILHETE:		41 - SERIE:	
42 - CNPJ DA EMPRESA:		43 - CNAE DA EMPRESA:	
44 - CBOR:		45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. Claudio		47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR:	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 06 SET. 2018
48 - DOCUMENTO: () CNES () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 7		53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO): 05 DEZ. 2018
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			

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

Médico:	Dr. Claudio
Leito:	559
Reg.	maylo

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/06/2019 às 16:06, sob o número 01432387120198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0143238-71.2019.8.06.0001 e código 4ADD935.

HOSPITAL PSA - DATA: 15/09/2015 - HORA: 20:19
NOME: GERALDO CAMPOS DE FARIAS JUNIOR
CONVENIO: SUS
MEDICO: CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO
ATEND.: 15004265 - PRONT.: 00157990

fls. 30

113



REGISTRO DE ATENDIMENTO

☐ URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

☐ AMBULATÓRIO

☒ INTERNAÇÃO

ATENDIMENTO

Dia 15 Mês 09 Ano 2015 Hora 20:19

☐ 1º Atendimento

☐ Retorno

Registro Nº 15004265

Prontuário Nº 00157990

18029

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE	PACIENTE GERALDO CAMPOS DE FARIAS JUNIOR		Procedência IJF	Profissão SUPERVISOR (A)	Data Nascimento 05/12/1977	IDADE 37 anos
	SEXO ☒ MASC ☐ FEM	NATURALID./NACIONALID FORTALEZA	ESTADO CIVIL Casado(a)	ESCOLARIDADE -	CPF -	DOCUMENTO DE IDENTIDADE Iden 9200403020
	ENDEREÇO RUA JOAO LUIS SANTIAGO, 680	BAIRRO JARDIM DAS OLIVEIRAS	MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	TELEFONE 8530329032	
	PAI GERALDO EDILSON MOREIRA DE FARIAS	MÃE SONIA MARIA CAMPOS DE FARIAS				
ID CV	CONVÊNIO SUS				CARTEIRA Nº	
	SEGURADO					
INF. INTERNAÇÃO	MÉDICO SOLICITANTE PAULO EDUARDO UCHÔA ALENCAR			MÉDICO RESPONSÁVEL CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO		
	POSTO CLÍNICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			M. DO LETO 0559		REGISTRANTE NAJLA
	DIAGNÓSTICO S531 - Luxacao do cotovelo NE					
	PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408020547 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO OU FRATURA-LUXACAO DO COTOVELO					PERMANÊNCIA MÍNIMA

MÉDICO SOLICITANTE	CONDIÇÕES DO PACIENTE. Fratura de cotovelo sec. e evidente de mais há ± 10 dias Estável hemodinamicamente. Glasgow 15.	
	IMAGEM LABORATÓRIO(PEDIDO DE EXAMES)	

MÉDICO RESPONSÁVEL	CID PRIMÁRIO / CID SECUNDÁRIO S531		PROCEDIMENTO SISREG 0408020547	PROCEDIMENTO REALIZADO 0408020547
	MOTIVO DA ALTA ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERIDO ☐ A REVELIA ☐ A PEDIDO ☐ ÓBITO			DATA 18/09/15
	HORA			

X Sônia Maria Campos de Farias

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

1070

CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LIBIA CORTELLA DE SEG. LTDA.

05 DEZ. 2018

ASSOCIADORA DE SEG. LTDA

06 SET. 2018

Dr. Claudio Eufrazio
Ortopedia Traumatologia
CRM 4078

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/06/2019 às 16:06, sob o número 01482887120198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0143238-71.2019.8.06.0001 e código 4ADD935.



Boletim de Descrição Cirúrgica

Data:

12/10/15

Diagnóstico Pré-Operatório:

Operação/Procedimento:

Código:

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgião:

Auxiliar 1:

Auxiliar 2:

Anestesiologista:

Antibiótico/terapia:

☐ Profilático

☐ Terapêutico

☐ Pré-Operatório

☐ Transoperatório

☐ Não

☐ Cirurgia:

☐ Limpa

☐ Contaminada

☐ Infectada

☐ Potencialmente contaminada

Órtese/Prótese

Antibióticos Utilizados:

Dreno/Localização:

Paciente

GERALDO CAMPOS DE FARIAS JUNIOR

Prontuario

157.990

Leito:

559

Descrição da Operação

LIBIA CORRETORA DE

06 SET. 2015

LIBIA CORRETORA DE

05 DEZ. 2018

Dr. Claudio Eufrazio
Histopatia Transoperatória
CRM 2015

Assinatura do cirurgião/CRM



Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

5 DEZ. 2018

151.990

Data: 14/09/15 Paciente: DEVALDO CHIMPOS DE FARIAS Junior Leito: 858 Prontuário:

Prescrição Médica

1. Dieta para DM de
2. Diclofenaco 50mg VO 8/8h
3. Dipirona 500mg VO 6/6h SN
4. Omeprazol 20mg VO 24/24h
5. Hepatina Sódica 5000UI 24/24h
6. Glicemia 4x dia
7. Insulina R SC conforme glicemia:
<200=0UI, 201-250=4UI,
251-300=6UI, >300=10UI
8. SG5% 500ml EV se glicemia < 60
9. SSV

Horário

Hora	PA(mmHg)	T(°C)	FEC(bpm)	FR(ipm)	Visão
8h	130/80	36,5			
15h	140/80	36,5			
22h	130/70	36,4			
Horário	6 horas	11 horas	17 horas	21 horas	
Glicemia					

Evolução de Enfermagem:

Seguindo a evolução da enfermagem

Adel. encurtado do e.e. e.p.d. na evolução

pte. comente. Quejado verbalizado, segue no leito, dueto noturno do e.e. operado em 8h. acate da pte. operado, sem agitação, segue em observação de enfermagem

COREN-198947

Dr. Claudio Eufrosio
Otorrinolaringologista
CRM 4078

Adriana Sousa Barros
Enfermeira
COREN-CE 193136



Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 16/09/15 Paciente: Geraldo Campos da Faria Junior Leito: 559 Prontuário: 157.998

Prescrição Médica

Horário

Hora PA(mmHg) T(°C) FC(bpm) FR(ipm) Visc

1. Dieta para DM

2. Diclofenaco 50mg VO 8/8h

3. Dipirona 500mg VO 6/6h SN

4. Omeprazol 20mg VO 24/24h

5. Heparina Sódica 5000UI 24/24h

6. Glicemia 4x dia

7. Insulina R SC conforme glicemia:

<200=0UI, 201-250=4UI,

251-300=6UI, >300=10UI

8. SG5% 500ml EV se glicemia < 60

9. SSV

Evolução de Enfermagem:

Médico: Pac. consciente, boa
tolerância, deambulando, aceita
dieta, diurese abundante,
sem náuseas e vômitos.
Pac. de alta hospitalar.
Fenilcarbamazepina 600mg
90:30 Pac. acur de alta
hospitalar. Fenilcarbamazepina
600mg

Dr. Geraldo Campos da Faria Junior
Oropeçador de Prescrição

05 DEZ. 2018

6 SET. 2018



Paciente: GERALDO CAMPOS DE FARIAS JUNIOR Idade 37

Diagnóstico:

Evolução/ Parecer

Assinatura

15/09/15

Fratura de cotovelo rec. a acidente de moto há ± 10 dias

Estável hemodinamicamente. Gipsagem IS

Comorb. Indis: HNS (+); DM (+)

Alergias (-)

(col.) Internamento

16/09/15

laom

Acidose metabólica
estado febril
FEV 2,4 ml
RA 120 x 70 mm Hg
Após 1 hora Curativo

Maria Magaly Marques Dantas
CPF: 045.082.213-04
CRM - 2021

1758

oeruy

Dr. Claudio Eufrosio
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 1000

LIBIA CORRETORA DE SEG. LIDA.
05 DEZ. 2018

1858

am

Dr. Claudio Eufrosio
Ortopedia Traumatologia
CRM - 1000

LIBIA CORRETORA DE SEC.
06 SET. 2018

ASS:

UNIFOR
ENSINANDO E APRENDENDO

Fundação Edson Queiroz – FEQ
Universidade de Fortaleza - UNIFOR
Núcleo de Atenção Médica Integrada – NAMI

NAMI
Núcleo de Atenção Médica Integrada

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Registro NAMI: 542630

Data da Avaliação: 06/10/20 Cód de Proced.: _____ Nível de complexidade: _____

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Geraldo Campos de Farias Junior
DN: 05/12/77 Idade: _____ Cor: _____ Sexo: () M () F Estado civil: _____
Endereço: Rua João Lucas Santiago 680 Bairro: Jardim das Palmeiras
Escolaridade: _____ Profissão: _____ Telefone: 30329032
986031024

2. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Lauração do cotovelo D

3. QUEIXA PRINCIPAL

Dor e limitação de movimento

4. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA):

Paciente sofreu um acidente de moto no dia 04/09. Foi pelo brolinha de Messen-
yana (10 cur). Foi transferido p/ o IFF
e depois p/ o PSA. Foi operado no dia 17/09.
Não sabe informar se foi colocado algum
material. Está usando tala.

5. EXAME FÍSICO:

5.1. Inspeção: Cotovelo flexionado

5.2. Palpação: Dor na região medial

5.3. Dor segundo a escala analógica de dor

0 3 5 10

5.4. Mobilização:

• Articular (ADM – Goniometria):

Limitação p/ flexão,
extensão, prona-supinação

• Intra articular:

• Neural:

• Miofascial:

5.5. Teste específicos:

5.6. Força Muscular:

Núcleo de Atenção Médica Int.:
Comissão de Revisão de Pront.

12.11.18

LIBTA CORRIGIDA DE SEG. LTDA
05 DEZ. 2018

5.7. Encurtamento Muscular:	—
5.8. Marcha:	—
5.9. Coordenação:	—
5.10. Equilíbrio:	—
5.11. Sensibilidade:	dedos anelar e mínimo
5.12. Trofismo:	—
5.13. Tônus:	—
5.14. Reflexos:	—
5.15. Atividades Funcionais:	—
6. SINAIS VITAIS:	
FR:	FC: PA:
7. EXAMES COMPLEMENTARES:	
8. DIAGNÓSTICO CINESIOLÓGICO FUNCIONAL	
Lançamento do cotovelo	
9. CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA:	
Crio; 10mg; trabalho de sensibilidade	
10. PROGNÓSTICO:	
11. NÚMEROS DE ATENDIMENTOS SEMANAIS:	

Fortaleza, 06 de Outubro de 2015.

Acadêmico/Matrícula

Ana Carolina S. Mendes
Fisioterapeuta/CREFITO

 UNIFOR ENSINANDO E APRENDENDO	Fundação Edson Queiroz - FEQ Universidade de Fortaleza - UNIFOR Núcleo de Atenção Médica Integrada – NAMI	NAMI Núcleo de Atenção Médica Integrada
PROTOCOLO DE EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO		Registro NAMI: 542630
Nome do Paciente: Geraldo Campos de Sousa Junior		
DATA	Evolução/Assinatura qualificação do profissional e do acadêmico	
15 de Dezembro	Paciente encerrou seus atendimentos porque fez guias e cerapam. O mesmo tem a necessidade de continuar o tratamento. O mesmo foi encaminhado para o Serviço de Terapia Ocupacional.  ANA CLÁUDIA MENEZES Fisioterapeuta - CREFITO 12552 F	
16 de Dezembro	Paciente retornou aos atendimentos depois de 1 ano. Foi observado pouca evolução do seu quadro clínico e tem a necessidade de continuar o tratamento. O mesmo foi encaminhado para o Serviço de Terapia Ocupacional.  ANA CLÁUDIA MENEZES Fisioterapeuta - CREFITO 12552 F	

LUBA CORFICA DE SEG
 05 DEZ. 20

Núcleo de Atenção Médica Integrada
 Comissão de Revisão de Prontuário
 12.11.18



Paciente: 542630 GERALDO CAMPOS DE FARIAS JUNIOR

Dt Nascimento: 05/12/1977

Atendimento	Dt Atendimento	Sector	Profissional	Agendado
775521	06/10/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
775522	07/10/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
775523	09/10/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
775524	14/10/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
775525	16/10/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
781438	19/10/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	N
783738	21/10/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	N
785047	23/10/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	N
785873	26/10/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	N
788318	28/10/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	N
789760	30/10/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	N
792878	04/11/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
793606	06/11/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
793607	09/11/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
793608	11/11/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
793609	13/11/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
793610	16/11/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
793611	18/11/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
793612	20/11/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	N
793613	23/11/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
793614	25/11/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
793615	27/11/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
810441	02/12/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
810444	04/12/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
810446	09/12/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
810447	11/12/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
810448	14/12/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
810449	16/12/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
810450	18/12/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
810451	21/12/2015	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
995266	05/10/2016	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
995267	10/10/2016	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
995268	17/10/2016	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
995269	19/10/2016	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S

LIBIA CORRÊA DE SEG. LTDA.
05 DEZ. 2018
ASS: S
S

R4310CAM



Paciente: 542630 GERALDO CAMPOS DE FARIAS JUNIOR

Dt Nascimento: 05/12/1977

Atendimento	Dt Atendimento	Setor	Profissional	Agendado
1011297	04/11/2016	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
1011316	07/11/2016	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
1011317	09/11/2016	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
1011319	14/11/2016	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
1011320	16/11/2016	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
1011321	18/11/2016	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
1011322	21/11/2016	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
1011323	23/11/2016	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
1011325	28/11/2016	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
1012957	09/11/2016	260300- TERAPIA OCUPACIONAL - NAMI	429791- MICHELLE DE OLIVEIRA SANTANA	S
1012959	14/11/2016	260300- TERAPIA OCUPACIONAL - NAMI	429791- MICHELLE DE OLIVEIRA SANTANA	S
1012960	16/11/2016	260300- TERAPIA OCUPACIONAL - NAMI	429791- MICHELLE DE OLIVEIRA SANTANA	S
1012961	21/11/2016	260300- TERAPIA OCUPACIONAL - NAMI	429791- MICHELLE DE OLIVEIRA SANTANA	S
1012962	23/11/2016	260300- TERAPIA OCUPACIONAL - NAMI	429791- MICHELLE DE OLIVEIRA SANTANA	S
1012963	28/11/2016	260300- TERAPIA OCUPACIONAL - NAMI	429791- MICHELLE DE OLIVEIRA SANTANA	S
1012964	30/11/2016	260300- TERAPIA OCUPACIONAL - NAMI	429791- MICHELLE DE OLIVEIRA SANTANA	S
1023395	12/12/2016	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
1023397	19/12/2016	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
1023398	21/12/2016	260200- FISIOTERAPIA - NAMI	52744- ANA CLAUDIA FERREIRA MENEZES	S
1441013	09/10/2018	260101- SERVICO SOCIAL - NAMI	73130- ROSANGELA RODRIGUES GAMA	N
1447023	22/10/2018	260101- SERVICO SOCIAL - NAMI	73130- ROSANGELA RODRIGUES GAMA	N
1457119	08/11/2018	260101- SERVICO SOCIAL - NAMI	73130- ROSANGELA RODRIGUES GAMA	N
Total de atendimentos:		56		

LIBIA CORREIA DE SGA. LTDA.
05 DEZ. 2018
ASS:

UNIA CORRETORES DE SEG. 1
05 DEZ. 2018

UNIA SUPERINTENDENTE DE SEG.
06 SET. 2018

SINISTRO 3180572114 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GERALDO CAMPOS DE FARIAS JUNIOR
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO GERALDO CAMPOS DE FARIAS JUNIOR
CPF/CNPJ: 79593259368

Posição em 02-05-2019 13:16:09

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
16/01/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50