

PROCURAÇÃO

Outorgante(s):

Nome: <u>EDSON CABRAL SOUSA</u>	
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>
RG: <u>96002231721</u>	Órgão Emissor: <u>SSP-CE</u> Data da Emissão: <u>18.12.13</u>
CPF: <u>889.809.103-63</u>	Profissão: <u>PORTUEIRO</u>
Endereço: <u>TR. MARIA NAZARÉ, Nº 09</u>	
Bairro: <u>MONDUBIM</u>	Cidade/UF: <u>FORTALEZA/CE</u> CEP: <u>60.765-180</u>

Outorgado (s):

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A e **ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6994, ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE.

Poderes:

Os da cláusula ad judicium e et extra e os especiais para promover o processo do Seguro Obrigatório DPVAT, contra quem de direito, podendo para tanto, transigir, desistir, acordar, discordar, conciliar, requerer e receber alvará judicial, passar recibo, dar quitação, enfim praticar todos os atos necessários, inclusive substabelecer.

Fortaleza, 03 de JUNHO de 2019.

Edson Cabral Sousa

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante: <u>ELSON CABRAL SOUSA</u>		
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	
RG: <u>96002231721</u>	Órgão Emissor: <u>SSP-LE</u>	Data da Emissão: <u>18.12.13</u>
CPF: <u>889.809.103-63</u>	Profissão: <u>ADREIRO</u>	
Endereço: <u>TR. MARIA NAZARÉ, Nº 9</u>		
Bairro: <u>MONDUBIM</u>	Cidade/UF: <u>FORTALEZA / LE</u>	CEP: <u>60.765-180</u>

DECLARA, com a presente, sob as penas da Lei, para fins de prova junto ao Juízo competente, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide, que não possui condições financeiras para arcar com o ônus processual, estando nas exatas condições da Lei nº. 1.060/50, carecendo, pois, dos auspícios da GRATUIDADE DE JUSTIÇA para promover Ação de Indenização e/ou Cobrança.

Fortaleza, 03 de JUNHO de 2019.

Elson Cabral Sousa

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA,

brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A, e **ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR,** brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6.994 ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE, declaramos para os devidos fins de direito, que não estamos cobrando honorários advocatícios antecipadamente do(a) autor(a), ressaltando os honorários de sucumbências.

Fortaleza, 03 de JUNHO de 2019.

Ciente:

Elson Cabral Sousa

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERCELA EXPEDIENTE DO ESTADO DO CEARÁ

DOCTRENAÇÃO DE CPM - FOLHA DE REGISTRO DE IDENTIDADE

19/08/1980

18/12/2013

96002231721

EDSON CARVAL SOUSA

FRANCISCO DE FREITAS SOUSA

MARTA CEREAL SOUSA

FORTALEZA - CE

CEPT. NASCIMENTO - CARTÓRIO PARANGABA TERMO: 35093 FOLHA: 304

LIVRO: 30. FORTALEZA - CE

809.809.103.63

ASSINATURA DO DETENTOR

DATA DE NASCIMENTO

DATA DE EXPIRAÇÃO

DATA DE VALIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERCELA EXPEDIENTE DO ESTADO DO CEARÁ

DOCTRENAÇÃO DE CPM - FOLHA DE REGISTRO DE IDENTIDADE

19/08/1980

18/12/2013

96002231721

EDSON CARVAL SOUSA

FRANCISCO DE FREITAS SOUSA

MARTA CEREAL SOUSA

FORTALEZA - CE

CEPT. NASCIMENTO - CARTÓRIO PARANGABA TERMO: 35093 FOLHA: 304

LIVRO: 30. FORTALEZA - CE

809.809.103.63

ASSINATURA DO DETENTOR

DATA DE NASCIMENTO

DATA DE EXPIRAÇÃO

DATA DE VALIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

WIA CORRETORA DE SEC. LTDA.

04 SET. 2018



Computer

PUB-000

*Acetia Sennestrol (m)

Levin, Doyne

539

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2018, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaracao substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores.

Encyclopedia, 1995.

14.30
24.40AR (PS) 40R:044 P:

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagace, conforme resoluções das Agências Reguladoras. Para mais informações, consulte o site: www.cagace.com.br.
Fortaleza: ACOF - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Saneamento Ambiental do Estado do Rio Grande do Norte: 0800 275 9195. Site da ARCE: www.arce.com.br.
 Mais informações: pelo telefone: 0800 275 9195, nas lojas de atendimento, de 9h às 17h, no site: www.cagace.com.br ou na Ouvidoria da Cagace: 3161.1916, de 9h às 12h e 13h às 17h.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declarante: <u>EDSON CABRAL SOUSA</u>		
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	
RG: <u>96002231721</u>	Órgão Emissor: <u>SSP-CE</u>	Data da Emissão: <u>18.12.13</u>
CPF: <u>889.809.103-63</u>	Profissão: <u>PODERADO</u>	
Endereço: <u>TRAV. MARIA NAZARÉ, 09</u>		
Bairro: <u>MONDUBIM</u>	Cidade/UF: <u>FORTALEZA /CE</u>	CEP: <u>60.765-180</u>

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que assumo de forma plena, única e integral, a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, isento o escritório José Brito Advogados representado através dos Advogados José Orisvaldo Brito da Silva, inscrito na OAB/CE 21.292 A e Ana Cláudia Maia Alencar, inscrita na OAB/CE 6994, com endereço na Avenida Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota, Fortaleza /CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e/ou administrativa, no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

"As informações contidas no processo indenizatório DPVAT são de responsabilidade do beneficiário, sendo o mesmo informado que a comunicação de fato não ocorrido ou inexistente é crime punível na forma da lei – Art. 339 e 340 do CPB."

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade do mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza, 03 de JUNHO de 2019.

Edson Cabral Sousa

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

FLS. 12

Impresso nº 2018130172

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4317 / 2018

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **NAO DELITUOSA**Data / Hora da Comunicação: **04/10/2018 13:25:37**Data / Hora da Ocorrência: **25/12/2017 17:40:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JOÃO PESSOA**

Complemento:

Bairro: **DAMAS**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **POSTO IPIRANGA****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **EDSON CABRAL SOUSA**Nascimento: **19/08/1980** CPF: **889.809.103-63**RG: **96002231721**Orgão Emissor: **SSP CE**Filiação: **MARIA CABRAL SOUSA****FRANCISCO DE FREITAS SOUSA**Endereço: **RUA PORTO ALEGRE, 940 CASA A**Bairro: **HENRIQUE JORGE**Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL**CEP: **60.510-205**Telefone: **(85) 98953-4303****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **PMD5492** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2KC2200GR502575** Renavam: **1087730675** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 FAN ESDI** AnoFabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**Cor: **PRETA** Proprietário: **DAVID RANGEL GOMES** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE RETIFICAR O B.O DE
NUMERO 301-3688/2018 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE
TRANSITO, ACRESCENTANDO QUE NO DIA DO REFERIDO ACIDENTE APÓS O
CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS COLIDIR NA TRASEIRA DA MOTO DE
PLACA PMD-5492 A VITIMA FOI PROJETADA CONTRA UM POSTE DE
ILUMINAÇÃO PUBLICA ONDE A VITIMA BATEU COM A CABEÇA NO REFERIDO
POSTE, FICANDO A VITIMA COM A CABEÇA LESIONADA. E NADA MAIS DISSE.
////////

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Edson Cabral Sousa***VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-6**

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Edson Cabral Sousa**, no dia **25/12/2017**, às **18h14min**, na **Avenida João Pessoa**, no **Bairro Damas**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P026402/2018**.

Fortaleza, 22 de janeiro de 2018.

Atenciosamente,


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


Haroldo Alves Pontes
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

P. 026402/2018



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: <u>NOL</u>	PONTO DE APOIO: <u>HMFD</u>	Nº DA OCORRÊNCIA: <u>0906</u>
DATA: <u>25/12/17</u>	TURNO: <u>MT</u>	EQUIPE: <u>Jeany + Rodrigo + Celio</u>
NOME: <u>Edson Gabriel Sousa</u>	IDADE: <u>87</u>	SEXO: <u></u>
ENDEREÇO: <u>Av. João Pessoa, SN</u>		
REFERÊNCIA: <u>Posto Ipiranga</u>	BAIRRO: <u>Domas</u>	
QTY: <u>1757</u>	QUS: <u>18:14</u>	QUR: <u>18:24</u>
	QUY: <u>18:40</u>	QUU: <u>18:52</u>
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: <u>Colisão Moto/Posto</u>		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO		EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☐ RESPONSIVO	☐ NÃO RESPONSIVO	☐ PRESENTE	☐ PRESENTE
☐ PERVEAS	☐ OBSTRUÍDAS	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE
POR: _____			

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

C circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	☐ NORMOCÁRDICO	☐ CORADA	☐ ≤ 2 seg	☐ SIM
	☐ TAQUICÁRDICO	☐ PÁLIDA	☐ > 2 seg	☐ NÃO
	☐ BRADICÁRDICO	☐ CIANÓTICA		
	☐ CHEIO	☐ SUDOREICA		

D neurologia	ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)			
	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
	ESPONTÂNEA ☐ 4	ORIENTADO (A)/SORRI (P) ☐ 5	OBEDECE A COMANDOS ☐ 6	
	À VOZ ☐ 3	CONFUSO (A)/CHORO CONSOLÁVEL (P) ☐ 4	LOCALIZA A DOR ☐ 5	
	À DOR ☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A)/INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4	

E exame físico	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO

SAMPLA

FC: _____	PA: <u>x</u>	FR: _____	GLIC.: _____	OXIM.: _____	TEMP.: _____

COPIA DE 24 OUT 2018

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHEGAGEM

fls. 15

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS./CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente com TCE + edema de face, D.T. + fratura fechada úmero, sangramento nasal intenso e desorientado. Desacompanhado. USA G6

ASS./COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: JF Centro

BOLETIM EMERG:

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ OUTRO:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: ☐ SIM ☒ NÃO
ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

carteira com
83,00 cedulas
7,95 moedas

identidade
Cart. Funcional
varios cartoes

Moedora com
toalha, Perfuma.
Corrigador
e outros papeis.

LOCAL: JF Centro

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

TERMO DE RECUSA

EU,

RG/CPF

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO

PELO SAMU EM: / / às

hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 15/05/2018 15:50

Registro de Atendimento Emergencial

Por:UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 25/12/2017 18:23:01	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 705003885356657	NOME: EDSON CABRAL SOUSA			Registro: 5543097	
CPF: 88980910363	RG: 389092126	D. NASC: 19/08/1980	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA CABRAL SOUSA			NOME DO PAI: FRANCISCO DE FREITAS SOUSA		
TIPO DE LOGRADOURO: Travessa	ENDEREÇO DO PACIENTE: MARIA DE NAZARE		Nº: 09	BAIRRO: NOVO MARACANAÚ	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 32153200,	MUNICÍPIO: MARACANAÚ	UF: CE	CEP: 61905440	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: USB 01 USA. 66 CONDUCTOR. FRANCISCO JOSE			PARENTESCO:		TELEFONE:
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta					
QUEIXAS: COLISÃO MOTO/POSTE APRESENTANDO TRAUMA NA CABEÇA + DESORIENTAÇÃO + FRATURA DE MANDÍBULA + AVULSAO DENTAL + RINORRAGIA					
OBSERVAÇÕES: TCE/ALTERAÇÃO DE CONSCIÊNCIA					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Leve	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

PELO SISTEMA E-SUS
15/05/18
DATA 10.888-1
MATRICULA
SERVIDOR(A)

LÍRIA CORRETORA DE SEG. LTDA

04 SET. 2018

ASS:

Página 1 de 1



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



Prefeitura de
Fortaleza

fls. 17

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: EDSON CABRAL SOUSA		ID Paciente: 5543097
Data de Nascimento: 19/08/1980	Idade: 37 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: CAIO SANDER		Data do Exame: 27/12/2017
LAUDO		

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA

TÉCNICA: Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, administração de contraste iodado:

- **Parênquima encefálico:** foco hemático contusional em lobo frontal direito em vias de reabsorção com pequena bolha de pneumoencéfalo associada.
- **Fraturas comprometendo ossos da face** (região metoniana da mandíbula, ossos malaço-esfeinoidal direito), com hemossinus.
- **Fratura com depressão do assoalho orbitário direita.**
- **Fratura frontal direita com afundamento do seio frontal e hemossinus, temporal direita.**
- Sistema ventricular anatômico.
- Linha média centrada.
- Cisternas preservadas
- Fossa posterior sem peculiaridades
- Não evidenciado hematoma extra-axial

HENRIQUE SILVA THÉ TONTES
CRM 4403

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS: _____

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL - HBM
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PÁGINA: 1 / 1

DATA: 02/01/2018

HORA: 13:49:35

Reserva/Guia

12600076838

Data 02/01/2018 Hora 13:48

Prontuário
179368Atendimento
25865Paciente
EDSON CABRAL SOUSA [CPF: 88980910363]Sexo Est. Civil
M SolteiroDt Nasc.
19/08/1980Telefone
85 32904676R.G.
96002231721Código CNS
705003885356657Endereço
PORTO ALEGRE
BairroNum. Complemento
940 CASA A
Cidade
FORTALEZAUF
CE

HENRIQUE JORGE

Nome da Mãe
MARIA CABRAL SOUSAResponsável
EDSON CABRAL SOUSABairro
HENRIQUE JORGEEndereço
PORTO ALEGRE
Cidade
FORTALEZANum.
940
Cep
60000000
Telefone
85 32904676Médico Atendente
258350 ARLINDO NOGUEIRA SOBRINHO [CRM: 7805] [CPF: 80727000497]Médico Acompanhante
258350 ARLINDO NOGUEIRA SOB [CRM: 7605] [CPF: 80727000497]Procedimento
0303040084 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICid
S068 OUTR TRAUM INTRACRANIANOSSetor
2401 RECEPCAO (INTERNAMENTO HOSPITALAR) 50 SUSOrigem
PACIENTES DO IJFModação
POSTO: 010216 - POSTO III ENFERMARIA: 016113 - ENFERMARIA 312 LEITO: 22 / 312-13

Data mín. para alta - 02/01/2018 Data máx. para alta - 04/01/2018 Atendente - JESSICA BRUNA ALVES DO CARMO

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [] Sim [] Não Data admissão 02/01/2018

Data alta

Internação anterior..? [] Sim [] Não Hora admissão 13:48

Hora alta

Alta....:	Curado.....:	[]	Melhorado.....:	[]	Inalterado.....:	[]	Clinica...:Médica.....:	[]
	Piorado.....:	[]	A pedido.....:	[]	Indisciplina.....:	[]	Cirúrgica.....:	[]
	Transferido....:	[]	Falecimento....:	[]	Evasão.....:	[]	Obstétrica...:	[]

Cid

Diagnóstico:

Internação.:

Definitivo...:

Histórico:

Ata de exame físico de 02/01/2018
com presença de edema
e hemorragia no focos
MSD.

Alta - 1

Ralo X:

Perm - 2

[] Simples

Transf - 3

[] C/Contraste

Óbito - 4

Uti

Entrada

Saída

Caract. Trat.

Antonio Gomes
Neurocirurgia
CRM 2859

Carimbo e Assinatura do Médico

Motivo

[] Sangue...: [] Rh...: [] [] A [] B [] C [] D [] E [] F [] G

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO QUE TODOS OS DADOS ACIMA MENCIONADOS FORAM FORNECIDOS E CONFERIDOS POR MIM, COM BASE EM DOCUMENTOS LEGAIS, E QUE SÃO TOTALMENTE VERÍDICOS.

Assinatura do Paciente

LIBIA CORRETOIRA DE SEC. LTDA.

04 SET. 2018



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

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR									
Identificação do Estabelecimento de Saúde									
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA								2 - CNES: 2529149	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: INSTITUTO PRAXIS								4 - CNES:	
Identificação do Paciente									
5 - NOME DO PACIENTE: EDSON CABRAL SOUSA								6 - Nº PRONTUÁRIO: 5543097	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 705003885356657				8 - DATA NASCIMENTO: 19/08/1980		9 - SEXO: ☐ Masc ☐ Fem		10 - RAÇA/COR	
11 - NOME DA MÃE/PAI: MARIA CABRAL SOUSA/FRANCISCO DE FREITAS SOUSA						12 - TELEFONE DE CONTATO: 32153200			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL NI						14 - TELEFONE DE CONTATO:			
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): MARIA DE NAZARE, 09, NOVO MARACANAU						17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:		18 - UF:	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: MARACANAU						19 - CEP:			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO									
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACIENTE COM FRATURA DE DIAFISE DE UMERU. NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO.									
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: FX: DIAFISE DE UMERU				24 - CID 10 PRINCIPAL: S423		25 - CID10 SECUNDÁRIO:		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:	
PROCEDIMENTO SOLICITADO									
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE DIAFISE DE UMERU.						28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408020393			
29 - CLÍNICA: TRAUMA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: EMERGENCIA		31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF		32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE: Dr. Gervásio Gomes de Lima			
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:				34 - DATA SOLICITAÇÃO: 11/01/2018		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR): CRM 5130			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)									
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA:		40 - Nº DO BILHETE:		41 - SÉRIE:			
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		42 - CNPJ DA EMPRESA:		43 - CNAE DA 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:			
48 - DOCUMENTO: () CNES () CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:							
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):							

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/06/2019 às 11:08, sob o número 014184342019080600001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pasta digital/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01418434-44.2019.8.06.0001 e código 4AA8E9C.

USUARIO: hercilio.aranha - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Siga os passos abaixo:
Seleção de situação
Seleção da solicitação
Visualização da solicitação
Lista de ocorrência
Inclusão de ocorrência
Visualização de ocorrência
Confirmação de cancelamento
Registro de transferência
Confirmação de transferência
Operação finalizada com sucesso

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE	705003885356857 - EDSON CABRAL SOUSA	
NOME DA MÃE	MARIA CABRAL SOUSA	
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	5543097	
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	19/08/1980 - 37 anos	
SEXO	MASCULINO	
NOME DO RESPONSÁVEL	O MESMO	
TELEFONE DO RESPONSÁVEL		
ENDEREÇO	RUA PORTO ALEGRE, Nº 940 - CASA A	
BAIRRO	HENRIQUE JORGE	
ESTADO DE RESIDÊNCIA	CEARA	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	FORTALEZA	
Plantonista		
MÉDICO	04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA	
TELEFONE PARA CONTATO	(85) 32555000	
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	PACIENTE TRANSFERIDO (INSTITUTO PRÁXIS)	
Solicitação		
NÚMERO	12600077407	
SITUAÇÃO	SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO	
CENTRAL DE REGULAÇÃO	23044021 - FORTALEZA	
DATA - HORA	11/01/2018 - 14:32	
PROFISSIONAL	04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0408020393- - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMEROS	
PROCEDIMENTO REALIZADO		
CLÍNICA	13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
CLÍNICA COMPLEMENTAR		
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO	
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	4 - URGÊNCIA	
Justificativa da internação		
DIAGNÓSTICO INICIAL	S423 - Fratura da diáfise do úmero	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL		
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO		
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS		
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	PACIENTE COM FRATURA DE DIAFISE DE UMEROS NECESSITA DE CIRURGIA.	
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	RISCO DE COMPLICAÇÃO	
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	ANAMNESE + EXAMES FÍSICO + RAIO X	
Causas externas		
DEFINIÇÃO DO ACIDENTE	1 - NÃO SE APLICA	

BBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

FICHA DE INTERNAÇÃO

===[ADMISSÃO]==

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201821000163	11/01/2018	18:09	PRAXIS	RUE - SMS
Caráter de Atendimento			SISREG	AIH
ELETIVO				
Origem do Paciente		Clínica/Especialidade		
IJF		CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA		
Médico Solicitante		Médico Responsável		
5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO		5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO		
Procedimento Solicitado		Dias		
0408020393 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMER		2		

===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome	Sexo		
EDSON CABRAL SOUSA	MASCULINO		
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil
19/08/1980	37 Anos	PARDA	SOLTEIRO(A)
Mãe	Religião		
MARIA CABRAL SOUSA	NÃO INFORMADO		
Conjuge	Pai		
	FRANCISCO DE FREITAS SOUSA		
	Responsável	Prontuário	
	JANE MARY ROCHA	2444422	
CNS	Registro	Documento Informado	
705003885356657	201802570000159	RG: 96002231721 Emissão: 18/12/2013	
País	Município de Naturalidade		CEP
BRASIL	FORTALEZA/CE		60866-634
Município de Residência	Logradouro		
FORTALEZA/CE	RUA PORTO ALEGRE		
Número	Complemento	Bairro	
940	CASA A	HENRIQUE JORGE	
Fone Móvel	Fone Fixo	Ponto de Referência	
(85)9865.21665	(85)3215.3200		
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)			
EMPREGADO FORMAL / PORTEIRO DE EDIFICIOS			

===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==

Em caso de urgência avisar		Acomodação/Leito
JANE MARY		222/4
Tipo de Acomodação	Clínica	Posto de Enfermagem
ENFERMARIA	CLÍNICA CIRÚRGICA	POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: helen	Data: 11/01/2018	Hora: 18:15:53
	Tempo: 00:05:59	

===[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

JANE MARY ROCHA, abaixo assinado, responsável pelo paciente EDSON CABRAL SOUSA, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 11 de janeiro de 2018

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

LÍRIA CORRETORES DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

SS:

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600077407
NÚMERO DA AIH: 2318101456792

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - UF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL
CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 705003885356657 - EDSON CABRAL SOUSA
DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 19/08/1980 - 37 anos
NOME DA MÃE: MARIA CABRAL SOUSA
NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO
ENDEREÇO: RUA PORTO ALEGRE, Nº 940 - CASA A
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

SEXO: MASCULINO
TELEFONE DE CONTATO:
TELEFONE DO RESPONSÁVEL:
BAIRRO: HENRIQUE JORGE
CEP:

UF:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S423 - Fratura da diáfise do úmero
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:
DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408020393-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERU
CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
PROFISSIONAL SOLICITANTE: 170156166780008 - GERSIVAM GOMES DE LIMA
CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 11/01/2018 - 14:32 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 11/01/2018 - 23:10

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

SS:

unisusweb.com.br

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
201821000163 11/01/2018 18:09 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342
Médico Responsável
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342
Procedimento Solicitado
0408020393 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMER

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
222/4 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
EDSON CABRAL SOUSA MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontoúário Registro
19/08/1980 37 Anos NÃO INFORMADO 2444422 201802570000159

===[DADOS DA ALTA]=====

Diagnóstico Principal
S423 - FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO
Procedimento Realizado
0408020393 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMER
Data Hora Motivo
14/01/2018 10:04 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente EDSON CABRAL SOUSA, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 14 de janeiro de 2018

Responsável/
Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Nome Legível

Assinatura
JULIO CESAR
EDSON
CORRETORES
04 SET. 2018

Usuário responsável: julio.cesar

Data: 14/01/2018 Hora: 10:04:59



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555

www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 01/01/18

Nome do paciente: <u>Edson Cabral Sampaio</u>	
Nº Prontuário: <u>244422</u>	Categoria:
Clínica: <u>HFT</u>	Leito:
Cirurgião: <u>Dr. Carlos Macedo</u>	
Anestesista: <u>Dr. Magaly</u>	
Tipo de Anestesia: <u>bloquios + sedação</u>	
1 Auxiliar:	
2 Auxiliar:	
3 Auxiliar:	
Instrumentadora: <u>Alicia</u>	
Circulante: <u>Bruna</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório:	
Tipo de Operação/ Código:	
0 4 1 5 0 3 0 0 1	
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>0408020272 + 0402020077</u>	
Relatório Imediato do Patologista:	
Exame Radiológico no ato:	
Acidente e Incidentes:	
Contagem de Compressas: <u>20 unidades</u>	

Início da Cirurgia 07:35	Término da Cirurgia 08:45	Duração da Cirurgia 1:10
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA:
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Elandia Farias Farias
Enfermeira
COBEN: 326707

Assinatura da Enfermeira(o)

Maria Magaly Marques Dantas
CRM: 2021
CPF: 045.085.213-04

Assinatura Anestesista



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600076838
NÚMERO DA AIH: 2318101401649

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL
 CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 705003885356657 - EDSON CABRAL SOUSA
 DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 19/08/1980 - 37 anos
 NOME DA MÃE: MARIA CABRAL SOUSA
 NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO
 ENDEREÇO: RUA PORTO ALEGRE, Nº 940 - CASA A
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO: HENRIQUE JORGE

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S068 - Outros traumatismos intracranianos

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0303040084-TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU LEVE)

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 210157880000002 - ANTONIO GOMES FILHO

CLÍNICA: CLÍNICO - NEUROLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 02/01/2018 - 11:30 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 02/01/2018 - 14:25

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

unisusweb.com.br

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS: _____



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

CODIGO: 12600076838

02/01/2018

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: 705003885356657 - EDSON CABRAL SOUSA

NOME DA MÃE: MARIA CABRAL SOUSA

Nº DO PRONTUÁRIO: 5543097

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 19/08/1980 - 37 anos

SEXO: MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

ENDEREÇO: RUA PORTO ALEGRE, Nº 940 - CASA A

BAIRRO: HENRIQUE JORGE

ESTADO DE RESIDÊNCIA: CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

PLANTONISTA

MÉDICO: 210157880000002-ANTONIO GOMES FILHO

DDD/TELEFONE PARA CONTATO: 85 - 92555000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: PACIENTE TRANSFERIDO P/ HOSP. DE APOIO - HBM

SOLICITAÇÃO

NÚMERO: 12600076838

SITUAÇÃO: INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 02/01/2018 - 11:30

DATA-HORA RESERVA: 02/01/2018 12:01

PROFISSIONAL: 210157880000002 - ANTONIO GOMES FILHO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0303040084-TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU LEVE)

PROCEDIMENTO REALIZADO: 0303040084-TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU LEVE)

CLÍNICA: CLINICO - NEUROLOGIA

CLÍNICA COMPLEMENTAR: NÃO INFORMADO

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO: URGÊNCIA

CENTRAL DE REGULAÇÃO: CENTRAL MACRO FORTALEZA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S068 - Outros traumatismos intracranianos

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS:

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA, TCE.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS:

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS: _____

USUARIO: gleuce.lima - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

Siga os passos abaixo:
Seleção de situação
Seleção da solicitação
Visualização da solicitação
Lista de ocorrência
Inclusão de ocorrência
Visualização de ocorrência
Confirmação de cancelamento
Registro de transferência
Confirmação de transferência
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente	
CNS - PACIENTE	705003885356657 - EDSON CABRAL SOUSA 
NOME DA MÃE	MARIA CABRAL SOUSA
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	5543097
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	19/08/1980 - 37 anos
SEXO	MASCULINO
NOME DO RESPONSÁVEL	O MESMO
TELEFONE DO RESPONSÁVEL	
ENDEREÇO	TRAVESSA MARIA DE NAZARE, Nº 09
BAIRRO	NOVO MARACANAU
ESTADO DE RESIDÊNCIA	CEARA
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	MARACANAU
Plantonista	
MÉDICO	05758254304 - ANTONIO GOMES FILHO
TELEFONE PARA CONTATO	(85) 92555000
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	PACIENTE TRANSFERIDO P/ HOSP. DE APOIO - HBM
Solicitação	
NÚMERO	12800076838
SITUAÇÃO	SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO
CENTRAL DE REGULAÇÃO	23044021 - FORTALEZA
DATA - HORA	02/01/2018 - 11:30
PROFISSIONAL	05758254304 - ANTONIO GOMES FILHO
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0303040084- - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU LEVE)
PROCEDIMENTO REALIZADO	
CLÍNICA	42 - CLINICO - NEUROLOGIA
CLÍNICA COMPLEMENTAR	
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	4 - URGÊNCIA
Justificativa da Internação	
DIAGNÓSTICO INICIAL	S068 - Outros traumatismos Intracranianos
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	PACIENTE VITIMA DE QUEDA DA PROPRIA ALTURA, TCE.
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	ANAMNESE + EXAME FÍSICO + TC
Causas externas	
DEFINIÇÃO DO ACIDENTE	1 - NÃO SE APLICA

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS: _____

TERMO DE CONHECIMENTO

EU Jane Mary Rocha

CPF. 418.982.573-53 RG. 92002328048 Estou ciente que o Hospital

Batista Memorial não cobra de pacientes ou familiares qualquer valor financeiro de honorários médicos referentes aos internamento ou procedimento hospitalares oriundos do

Sistema Único de Saúde

ASS. DO PACIENTE

Jane Mary Rocha

ASS. DO RESPONSÁVEL

Fortaleza, 02 / 01 / 2018

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS: _____

Visual Hospub - INSTITUTO DR. JOSE FROTA - PRESCRIÇÃO MÉDICA**Identificação do Paciente**

Prontuário: **5543097** Nome do Paciente: Data de Nascimento: Sexo:

Profissional: **ANTONIO GOMES FILHO**

Atividade: **NEUROCIRURGIA**

Data Registro: **02/01/2018**

08:04:56

Descrição:

EDSON CABRAL SOUSA

- 1-DIETA BRANDA
- 2-SF 2000ML EV 28GTS/MIN
- 3-PROFENID 100MG +100ML SF EV DE 12/12HS
- 4-ANTAK 50MG EV /DIA
- 5-HIDANTAL 2ML EV DE 8/8HS
- 6-DIPIRONA 2ML EV SOS
- 7-TRAMAL 100MG+100ML SF EV DE 12/12HS SN
- 8 - NISTATINA 1ML VO 6XDIA
- 9 - KEFLIN 2G EV 4/4HS INICIO 02.01.18.
- 10 - ASSEIO ORAL 6XDIA

Data da Impressão: 02/01/2018 08:05:01

Antonio Gomes
Neurocirurgia
CRM 2859

ANTONIO GOMES FILHO - C.R.M./C.R.O.:2859
Carimbo e Assinatura do Médico

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS:

NOME :

PRESCRIÇÃO MÉDICA

02.01.18

$$\frac{w}{w}$$

APRAZAMENTO DE ENFERMAGEM

PRONT:

SND

Fenitoina 100 mg vo 8/8 h

Antak 150mg vo 12/12h

Tylox 30mg vo 6/6h

05	Dipirona 40gts 6/6 h SN
----	-------------------------

Curativo com collagenase

Cateter de O2 se NECESSARIO

Plamet 2ml ev 8/8 se VOMITO

69 SSV¹⁴ CCGG

Kothi nva

10

11

12

13

14

一

16

1

18

14

20

04 SET, 2018

UNIA CORRETORA DE SEG. UDA.

Lillian Bata-Rodrigues
 Enfermeira
 COREN-CE 000.523.891

Edson Cabral Silva

APRAZAMENTO DE ENFERMAGEM

03-07-18

363

100

100

25

25

Antak 150mg vo 12/12h

Tylox 30mg vo 6/6 h

Dipirona 40gts 6/6h SN

Curativo com colagenase

Cateter de O2 se NECESSARIO

Planet 2ml ev 8/8 se VOMITO

SSV^{1/4}-CCGG

Refina

Wm. Henry West

~~DR Smith~~

13

14

15

16

1

19

1

1

04 SET, 2018

LIBIA CORRITORA DE SEGUNDA.

~~William R. Rodriguez~~
~~William R. Rodriguez~~
~~William R. Rodriguez~~

CORENCE MOORE

NOME DO PACIENTE: Edson Roberto Soares

ENFERMARIA/LEITO	313
------------------	-----

CONVENIO:

Nº PRONTUARIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

[illegible]

NOME: *Edson Leônidas Sousa*

DATA:	LEITO:	CONV:SUS	PRONT:
<i>04.08.19</i>	<i>383</i>		

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO DE ENFERMAGEM

01	DIETA	<i>líquida</i>			
02	Fenitoína 100 mg vo 8/8 h	<i>26.1</i>	<i>38</i>	<i>09.1</i>	<i>34</i>
03	Antak 150mg vo 12/12h				
04	Tylen 30mg vo 6/6 h	<i>38</i>	<i>24.1</i>	<i>09.1</i>	<i>34</i>
05	Dipirona 40gts 6/6 h SN	<i>38</i>			
06	Curativo com colagenase	<i>38</i>			
07	Cateter de O2 se NECESSARIO	<i>38</i>			
08	Plamet 2ml ev 8/8 se VOMITO	<i>38</i>			
09	SSV + CCGG	<i>Retirar</i>			
10					
11					
12					
13	<i>Remoção da ERMF</i>	<i>41.1</i>			
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Antonio Gomes
Nº 2839

Tatiana Rodrigues
CORETICE SUSAN

04 SET. 2018

TIPIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRONT:

APRAZAMENTO DE ENFERMAGEM

01 DIETIA

02.	Fenitoina 100 mg vo 8/8 h
-----	---------------------------

03	Antak 150mg vo 12/12h
----	-----------------------

04	Tylenol 30mg vo 6/6h
----	----------------------

05	Dipirona 40gts 6/6 h SN
----	-------------------------

06	<i>Curativo com colagenase</i>
----	--------------------------------

07	Cateter de 02 se NECESSARIO
----	------------------------------------

08	Plamet 2ml ev 8/8 se VOMITO
----	-----------------------------

SSV ⁺ + CCGG	09
-------------------------	----

10	
----	--

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

04 SET. 2018

UBIA CORRECTORA DE SEG. LTDA.

Lilian Baira-Rodrigues
Epidemiologist
CDBR/NCCE 000.523.891

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: <u>Edson Cabral da Sousa</u>		ENFERMARIA/LEITO	333	CONVÊNIO:	Nº PRONTUÁRIO
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM					
DATA	MANHÃ	TARDE	NOTURNO	GLICEMIA CAPILAR	
05/09/18	às 09:00 pt no TCE clínico de TCE teve consciência orientado, verbalizando, deambulando, aceita dieta + medicação oferecida, Higienizado + troca de lençóis + troca de roupas + banho + higiene íntima.	às 15:00 paciente no TCE, verbalizando, orientado, deambulando, aceita dieta + medicação oferecida, Higienizado + troca de lençóis + troca de roupas + banho + higiene íntima.	Paciente satisfeito, verbalizando, orientado, deambulando, aceita dieta + medicação oferecida, Higienizado + troca de lençóis + troca de roupas + banho + higiene íntima.	M -	
	PA = 140 x 70 - T = 36,3°C	PA = 120 x 70 mmHg - T = 35,1°C		M -	MUDANÇA DE DECÚBITO
	Ass: <u>Denise Queiroz F. DUC</u> Téc. Enfermagem COREN 1084110	Ass: <u>Denise Queiroz F. DUC</u> Téc. Enfermagem COREN 1084110	Ass: <u>Denise Queiroz F. DUC</u> Téc. Enfermagem COREN 1084110	N -	CURATIVO
					Característica da Ferida:
					a - () Incisão cirúrgica () limpa e seca () Hiperemiada
					b - () Úlcera () estágio I () estágio II () estágio III () estágio IV
					c - () Exudato seroso () Exudato serosanguinolento () Exudato sanguinolento () Exudato purulento
					d - () Tecido de granulação () Tecido necrótico () Fibrina
	Ass: <u>Denise Queiroz F. DUC</u> Téc. Enfermagem COREN 1084110	Ass: <u>Denise Queiroz F. DUC</u> Téc. Enfermagem COREN 1084110	Ass: <u>Denise Queiroz F. DUC</u> Téc. Enfermagem COREN 1084110	Ass:	

04 SET. 2018
Lúcia CORRÊA DE SGA. UDA

NOME:

Echan Calma de Souza

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA:

06.01.18

LEITO:

313

CONV.SUS

PRONT:

APRAZAMENTO DE ENFERMAGEM

01 DIETA

Fenitoína 100 mg vo 8/8 h

02 Antak 150mg vo 12/12h

03 Tylex 30mg vo 6/6 h

04 Dipirona 40gts 6/6 h SN

05 Curativo com colagenase

06 Cateter de O2 se NECESSARIO

07 Planet 2ml ev 8/8 se VOMITO

08 SSVV+ CCGG

Antonio Gomes
Neurocirurg
(32)3224-5417

[Assinatura]

Rotuno

Enfermeira
Cristina Salgado de Oliveira
CRP-CE 44935

04 SET. 2018

Unia CORRETORA DE SEG. CIDA

20

NOME:

Edson Calval de Sousa

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA:

07.01.18

LEITO:

313

CONV.SUS

PRONT:

APRAZAMENTO DE ENFERMAGEM

01 DIETA

SND

02 Fentoina 100 mg vo 8/8 h

20

06

14

03 Antak 150mg vo 12/12h

18

06

12

04 Tylex 30mg vo 6/6 h

18

06

12

05 Dipirona 40gts 6/6 h SN

SND

22

06 Curativo com colagenase

ATT

07 Cateter de O2 se NECESSARIO

ATT

08 Plamet 2ml ev 8/8 se VOMITO

SND

09 SSVV + CCGG

ATT

João Vitor A. B. Lima
Médico
CRM/CE 12133

Tallysma Sales
Enfermeira
CONV. 15367

04 SET. 2018

Linha Corretora de Seg. Ltda.

[illegible]

NOME:

Edson Ednival Sousa

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA:

08.01.18

LEITO:

3/3

CONV:SUS

PRONT:

APRAZAMENTO DE ENFERMAGEM

01	DIETA	SND
02	Fenitoína 100 mg vo 8/8 h	22 / 06 / 14
03	Antak 150mg vo 12/12h	18 ff 24 06 12 ff
04	Tylen 30mg vo 6/6 h	SN
05	Dipirona 40gts 6/6 h SN	SN
06	Curativo com colagenase	SN
07	Cateter de O2 se NECESSARIO	SN
08	Plamet 2ml ev 8/8 se VOMITO	SN
09	SSV+ CCGG	Retina
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

04 SET. 2018

LILIA CORRETOIRA DE SEGU. LTDA.

Lilian Rita Rodrigues
Enfermeira
CONFER: 000.523.891

[illegible]

NOME:

Edson Cezar Sampaio

DATA:

9-01-18

LEITO:

313

CONV:SUS

PRONT:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO DE ENFERMAGEM

01	DIETA				
02	Fenitoína 100 mg vo 8/8h	22	14	14	
03	Antak 150mg vo 12/12h	18 ff	24	06 ff	12 ff
04	Tylox 30mg vo 6/6h	SN 13:40		21:05	09:00
05	Dipirona 40gts 6/6h SN	SN			
06	Curativo com colagenase	SN			
07	Cateter de O2 se NECESSARIO	SN			
08	Plamet 2ml ev 8/8 se VOMITO	SN			
09	SSV + CCGG	Refina			
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Antonio Gomes
Neurocirurgião
CRM 2689

LIBIA CORRÊTORA
04 SET 2018

Edson Cezar Sampaio
CONFIRMAÇÃO 08/05/2019



Av. Padre Antônio Tomás, 2056 - Aldeota - CEP 60140-160
Fortaleza - Ceará - Fone: (85) 4005-2999 - Fax: (85) 4005-2945
CGC: 07.263.866/0001-34

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"

Entidade:

Nome: Antônio Gomes

G.I.H.:

Exames: CP Renal

Diagnóstico: IC

Médico Assistente:

JUSTIFICATIVA DE EXAMES

Contusão Frontal

Antonio Gomes
Neurocirurgia
CRM 2859

Fortaleza, 08/01/18

Ass. do(a) Médico(a) - CRM:

Entidade: Utilidade Pública Municipal. Lei 3111/65. Estadual Lei 8332/65 e Federal, decreto nº 1575/77

1115450

UBIA CORRETORA DE SEG. LTD.
04 SET. 2018
ASS:

Pronto Atendimento

Clinica Médica 24h
Buco-Maxilo-Facial 24h
Clinica de Imagens
Tomografia, Ultra-som
Raios X

**Internamentos
Clínicos & Cirúrgicos**

Cir. Buco-maxilo-facial
Cirurgia Cardíaca
Cirurgia Geral
Cir. Neurológica
Cir. Pediátrica
Cirurgia Plástica
Cir. Proctológica
Cirurgia Ortopédica
Cirurgia Urológica
Cirurgia Vascular
Cirurgia Médica
Ginecologia
Obstetria

UTI

Rim Centro (Hemodiálise)
Litotripsia Extra-Corpórea
Fisioterapia

Do J SF

O Dr. Nelson Roberto
fornecido apresenta
Fratura M S D

com necessidade
de retorno por
J SF setor de
cirurgia

10/08/2018

Antonio Gomes
Neurocirurgia
CRM 2859

Entidade de Utilidade Pública: Lei 3111/65 e Federal, decreto 1575/77

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS: _____



ORTOCLINIC

* Ortopedia * Traumatologia
* Fisioterapia

- Convênios
- SUS
 - Unimed
 - Hap Vida
 - Ipec
 - IPM

Atestado de incapacidade para o trabalho
 Devido a uma lesão no tornozelo direito, com dor intensa e dificuldade de locomoção, necessitando de tratamento fisioterápico e uso de órtese.

Atestado de incapacidade para o trabalho
 Devido a uma lesão no tornozelo esquerdo, com dor intensa e dificuldade de locomoção, necessitando de tratamento fisioterápico e uso de órtese.

Atestado de incapacidade para o trabalho
 Devido a uma lesão no tornozelo esquerdo, com dor intensa e dificuldade de locomoção, necessitando de tratamento fisioterápico e uso de órtese.

Dr. Ruyana Renato de Paiva
 Fisioterapeuta
 CREFITO Nº 152903 F.

Av. José Basílio, 5285 - Couto Fernandes
 Fortaleza - CE - Tel.: (85) 3292-0153 / 3232-3222



Edson

Edson
 LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
 24 OUT. 2018

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

Ass:

Atestado de incapacidade para o trabalho
 Devido a uma lesão no tornozelo direito, com dor intensa e dificuldade de locomoção, necessitando de tratamento fisioterápico e uso de órtese.

Atestado de incapacidade para o trabalho
 Devido a uma lesão no tornozelo esquerdo, com dor intensa e dificuldade de locomoção, necessitando de tratamento fisioterápico e uso de órtese.

Atestado de incapacidade para o trabalho
 Devido a uma lesão no tornozelo esquerdo, com dor intensa e dificuldade de locomoção, necessitando de tratamento fisioterápico e uso de órtese.

Tel.: 85 3271.2501 / 3271.0293 / 99618.3200 | Av. Oliveira Paiva, 599
 Cid. CCS - FURCOPAROS - Fortaleza - CE | www.ofthalmolaserfor1a1e2a.com.br

12107113



Edson Cabral Souse

At depto de Cirurgia
Plástica (Quarta-feira
à tarde - 18/07/18)
14h Ordem de
chegada

[Handwritten signature]
12/07/18

Tel.: 85 3271.2501 / 3271.0283 / 99618.3200 | Av. Oliveira Paiva, 1599
Cid. dos Funcionários Fortaleza CE | www.ofthalmolaserfortaleza.com.br

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS: _____

7 Edson Cabral Sousa
meu pai

○ Prednisona 20

- { tomar 02 cp. w. 1x/dia, pr 07 dias
- { tomar 01cp + 1/2cp, w. 1x/dia, pr 07 dias
- { tomar 01cp. w. 1x/dia, pr 07 dias
- { tomar 1/2cp, w. 1x/dia, pr 07 dias

○ Prednisona 5

- { tomar 01cp. w. 1x/dia, 07 dias
- { tomar 01cp, w. em dia alternada, pr 07 dias

15/04/18
Tel.: 85 3271.2501 / 3271.0283 / 99618.3200 Av. Oliveira Paiva, 1599
Cid. dos Funcionários Fortaleza CE | www.ofthalmolaserfortaleza.com.br

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS: _____



CLÍNICA OFTALMOLASER

fls. 51

Cirurgia de Catarata • LASER para Miopia • Glaucoma • Estrabismo • Lentes de Contato • LASER para Retina • Cirurgia de Retina • Uveíte

LAUDO OFTALMOLÓGICO

EDSON CABRAL SOUSA, RG: 96092231721.

Paciente, 37 anos, com história de trauma em região de órbita do olho direito há cerca de 7 meses por acidente automobilístico. Evoluiu com quadro atual.

Ao exame, apresenta:

Olho direito: Enofalmo (fratura de assoalho de órbita). Ptose comprometendo o eixo visual. Exotropia. Limitação em adução, elevação, infradução e supradução.

Acuidade Visual referida com correção

Olho direito: 20/40 (após abertura manual das pálpebras)

Olho esquerdo: 20/20

Biomicroscopia

Olho direito: Midríase parálitica. Córnea sem alterações. Fácico sem opacidade.

Pressão intraocular

Olho direito: 14 mmHg Olho esquerdo: 14 mmHg

Paciente segue em tratamento no setor de oculoplástica. Impossibilitado, no momento, de realizar atividade laboral que necessite de visão binocular normal.

Fortaleza, 18 de Julho de 2018.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

SS:

SINISTRO 3180502295 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EDSON CABRAL SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO EDSON CABRAL SOUSA

CPF/CNPJ: 88980910363

Posição em 14-03-2019 01:50:50

O pedido do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
18/12/2018	R\$ 6.075,00	R\$ 0,00	R\$ 6.075,00