



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	Ypr' Atila dos Santos		
NACIONALIDADE	Brasileira	NATURAL	Fortaleza-CE
RG	99002204370	ESTADO CIVIL	solteiro
CPF	005.438.42304	PROFISSÃO	Porteiro
ENDEREÇO	Rua Monte Domingos, 478		
BAIRRO	Centro	CEP	92795000
MUNICIPIO / UF	Barreira / CE		
FONES	(85) 98624 2903		
E-MAIL			

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 judicia 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), 02 de julho de 2019.

+ Ypr' Atila dos Santos
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, José Atila dos Santos, Brasileiro(a),
solteiro, porteiro, portador da Carteira de
Identidade/RG nº 99.0022.04.370-SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o
nº 005.438.423-04, residente e domiciliado na cidade de
Barreira, estado Ceará, na Rua
Vicente Domingos, Nº 478, Santo,
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), 02 de julho de 2019.

José Atila dos Santos

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, José Atila dos Santos,
Brasileiro(a), solteiro, porteiro, portador da cédula de Identidade Nº
99002204370 E CPF Nº 005.438.428-04, capaz,
nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
Rua Vicente Dominges, nº 478, Centro

na Cidade de Barrinha, Estado Ceará, CEP
92.795.000, 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, 02, de julho, de 2019.

José Atila dos Santos

DECLARANTE



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Jose Atila dos Santos, brasileiro(a),
solteiro, porteiro, portador(a) do RG nº
99002204370, inscrito no CPF sob nº
005.438.423-04, residente e domiciliado no endereço
Rua Vicente Domingos, 478 - Centro Barreiras / Ceará,

Declaro para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que tem total e plena consciência da propositura da **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT**, em seu nome e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo administrativo, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a **Dra. NAJMA MARIA SAID SILVA**, brasileira, solteira, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 28.394, com escritório profissional a Rua Antônio Drumond, nº 1051, bairro Monte Castelo, CEP 60.325-700, Fortaleza-CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e, ou administrativa no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

“AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI, ART. 339 E 340 DO CPB.”

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

Fortaleza (CE), 02 de julho de 20 19.

Jose Atila dos Santos

Declarante.

TESTEMUNHA:
CPF:
NASC:

TESTEMUNHA:
CPF:
NASC:

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>José Atila dos Santos</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>Rua Vicente Domingos, nº 478</u>		Profissão: <u>porteiro</u>
CPF nº: <u>005.438.423-04</u>	RG n: <u>99002204370</u>	Estado Civil: <u>solteiro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Barreira</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>92.795-00</u>	Telefone:	

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTOS, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o (a) acima qualificado (a) DECLARO(A), sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente:

Fortaleza - CE, 02 de julho de 2019.
José Atila dos Santos

Assinatura

Lei Nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983

O PRESIDENTE DA REPUBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único – O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em Processo Penal.

Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na Legislação aplicável.

Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.

Brasília, e, 29 de Agosto de 1983: 162º da Independência e 95º da República.

João Figueiredo / Ibrahim Arbi-Ackel / Hélio Beltrão

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO, HUMANIDADE E REINTEGRAÇÃO

Polgar Direito

José Atila dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 99002204370 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/05/2012

NOME JOSÉ ATILA DOS SANTOS

FILIAÇÃO FRANCISCO LOPES DOS SANTOS
MARIA SOCORRO LOPES DOS SANTOS

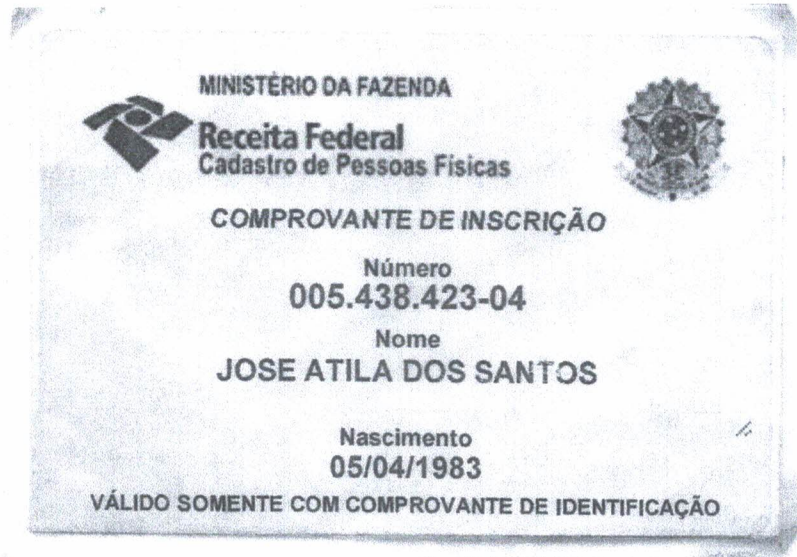
NATURALIDADE ITAPIPOCA - CE DATA DE NASCIMENTO 05/04/1983

DOC. ORIGIN CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: ARAPARI TERMO: 4450 FOLHA: 297 V
LIVRO: A-05 ITAPIPOCA - CE

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.146 DE 29/08/83



9625836

Parâmetro Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei Nº 10.438
de 26 de abril de 2002

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 561886481

Rota 09 27120 11 001800 - 5 Data de Emissão 13/02/2019

Nome MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SOUSA

End. Postal RU VICENTE DOMINGOS 00478 00478
CENTRO - BARREIRA - 92795000

Medidor 7847019 Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 001520463-48 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Fev/2019	13/02/2019	15/03/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto Dez/2018 USD 6,65

Mês DICRI= 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

09E4.23BD.736B.D564.535F.111A7.417C.2400

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (KWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)
1632	1609	1,00	23	0,00	38	0,17408	5,28
13/02/19	14/01/19		30 DIAS		30		5,28

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	5,28
QUOTA PARCELAMENTO 1/3	51,15
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	0,79
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,57
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	6,71

VENCIMENTO 20/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 64,50

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	2,73
Transmissão	0,25
Distribuição	1,55
Encargos Setoriais	0,41
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	0,88
TOTAL	5,85

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

5	2	2	4	5	4	6	6	7	0	0	0
MED	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Ma	Abr

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
11,71	0,00	0

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE SEU NUMERO DO CLIENTE SEM O DIGITO VERIFICADOR."

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor Da dengue, zika e chikungunya. Ministerio da saude. Gov. Federal

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

FATURADO TAXA MINIMA.

Consta desta fatura R\$ 0,88 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,98% e COFINS:4,90%

Bandeira verde em fev-19, sem acrescimo no valor da energia a ser repassado para o consumidor. Informações: www.enel.gov.br

Nº do Cliente: 9625836 Referência: Fev/2019

Data de Emissão: 13/02/2019 Total a Pagar (R\$): 64,50

Nº da Nota Fiscal: 561886481 Nº de Controle: 0009625836 00007 39092 00

8382000000-2 64500031000-8 0009625836-0 00073909208-1

SARAH Rede SARAH de Hospícios de Reabilitação
Assistência das Pessoas Excepcionais

Receituário

Paciente

JOSE ATILA DOS SANTOS

Prontuário

F041283

Sexo

Masculino

Idade

36a 2m

Endereço

RUA VICENTE DOMINGOS, Nº 445, Casa CENTRO, BARREIRA-CE, CEP 62795000

Uso Interno

1 - Glifage XR 500 mg ——— uso contínuo.

Primeira semana: tomar 1 comprimido depois do jantar.

Depois: passar a tomar 1 comprimido depois do almoço e do jantar, em uso contínuo.

Data

11 | 6 | 2019

Assinatura/Camêbio médico

*Assinado digitalmente por
MARCELO JOSÉ DE SOUZA
Médico
Mat. 14244-CE/CE 13322*

SARAH - Fortaleza - Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 4500 - Pausanê - Fortaleza - CE / RD 881-830

Fone (85) 3410-4500 - Fax (85) 3410-4579

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL - C

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
SARAH Rede SARAH de Hospitais de Referência Associação das Pessoas Surdas	1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drogeria Associação das Pessoas Surdas Nome do Médico: Dr. José Atila dos Santos MEDICO CRM/CE: Mai. 14244 CRM-CE: 13322
SARAH - Fortaleza - Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 4500 - Fátima - Fortaleza - CE / 60 801-630 Fone (85) 3499-4028 - Fax (85) 3499-4878	

Paciente

JOSE ATILA DOS SANTOS

Sexo

Masculino

Prescrição

F041283

Endereço

RUA VICENTE DOMINGOS, Nº 445, Casa CENTRO, BARREIRA-CE, CEP 62795000

Uso Interno

1 - Fluoxetina 20 mg — 60 cápsulas.**Tomar 1 cápsula pela manhã. Uso contínuo.**

Associação das Pessoas Surdas
Associação das Pessoas Surdas
MEDICO
Mai. 14244 CRM-CE: 13322

Data **11/5/2019**

Ass. / Carimbo do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome	Jose Atila Dos Santos
Ident.	98002204JM Org. Emissor: SSP
End.	Travessa Imagem
	Nº 69 Conjunto Expansão III
Cidade	Fortaleza, Ce
UF	CE
Telefone	392348518

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Ass. do Farmacêutico	Data 11



Nome	CPF	SEXO	DATA DE NASC	Registro
JOSE ATILA DOS SANTOS	F041283	M	05/04/1983	F041283
Exame	Médico Solicitante			Data Exame
MR - Encéfalo	VALERIA BASTOS MUNIZ			22/03/2019
Indicação Clínica				
Sequelas de Politraumatismo com TCE moderado.				
Médico Responsável	Técnico(s) Executor(es)			
LUCIANA SATIRO TIMBO MACIEL	SILVIA CRISTINA NUNES BENTES			

Técnica:

Realizadas aquisições multiplanares, sem administração do meio de contraste endovenoso.

Parênquima cerebral com intensidade de sinal normal.

Sulcos e cissuras corticais levemente marcados.

Sistema ventricular supratentorial centrado, simétrico e de dimensões normais.

Cerebelo com sinal preservado.

IV ventrículo anatômico.

Não há áreas de restrição à difusibilidade da água no parênquima cerebral.

Imagem sugestiva de pequeno hematoma subdural crônico laminar frontal à esquerda, com espessura máxima de 0,4 cm.

Impressão:

Imagem sugestiva de hematoma subdural antigo frontal à esquerda, apresentando espessura máxima de 0,4 cm.

Restante do estudo, sem particularidades.

Laudado por: Dr. Gustavo Zacca Dário Ribeiro - CRM: 11961 - ES / ROE: 7745

Liberado por: Dr. Gustavo Zacca Dário Ribeiro - CRM: 11961 - ES / ROE: 7745

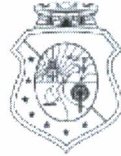
RADIOLAB IMAGEM E LABORATÓRIO LTDA - EPP - CNPJ: 17.724.904/0001-62 - CRM/ES: 2325

24-03-2019 17:46:16

Documento assinado digitalmente.

SARAH - Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 4500 - Passaré - Fortaleza - CE / 60.861-630

Fone: (85) 3499-4999 - Fax: (85) 3499-4879



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

Controladoria Geral de Disciplina dos Órgãos de
Segurança Pública e Sistema Penitenciário

TERMO DE DECLARAÇÕES

CGD - GTAC

TERMO DE DECLARAÇÃO QUE PRESTA: Sr. JOSÉ ATILA DOS SANTOS

Aos 11(onze) dias do mês de abril do ano de 2019, nesta cidade de Fortaleza, Estado do Ceará, na sede da Controladoria Geral de Disciplina dos Órgãos de Segurança Pública e Sistema Penitenciário, onde por volta das 14h55min, presente o assessor do GTAC Bel. José Washington **Lucena** de Castro, encarregado do termo ao final assinado, ai compareceu a pessoa abaixo qualificada:

NOME: José Atila dos Santos

PROFISSÃO: Porteiro

NACIONALIDADE: Brasileira

NATURALIDADE: Itapipoca-CE

DATA DE NASCIMENTO: 05/04/1983

ESTADO CIVIL: Solteiro

FILIAÇÃO: Francisco lopes dos Santos e Maria do Socorro Lopes dos Santos

ENDEREÇO: Rua Vicente Domingos, nº478, Barreira-CE.

INSTRUÇÃO: Ensino Médio

CPF: 005.439.423-04 **RG:** 99002204370-SSPDS-CE.

TELEFONE: 85-99292.24.60

Inquirido pelo encarregado acerca dos fatos que deram origem ao presente feito, disse: Que no dia 01 de dezembro de 2018, sofreu um acidente de trânsito quando pilotava uma motocicleta no município de barreira-CE, em decorrência do acidente veio a ficar hospitalizado por um mês e quinze dias. Que ao sair do hospital dirigiu-se até a delegacia municipal de Barreira-CE, para registrar o boletim de ocorrência, e deixou de registrar em virtude do DPC titular daquela delegacia haver recusado fazer o referido boletim alegando que se fizesse o boletim de ocorrência abriria também dois inquéritos contra a pessoa do declarante, e levaria ao conhecimento da Juíza de Barreira

diante da situação ficou medo e desistiu de registrar o boletim. Aduz o declarante que informou ao referido delegado que não era habilitado. Que o delegado no decorrer do atendimento deu um a folha de papel constando uma relação de documentos para o registro de Boletim de ocorrência para seguro DPVAT. Consigna como testemunha a Sra. Maria de Fátima Ferreira de Sousa, que poderá ser notificada na Rua São Francisco N°380, Conjunto Esperança III, Fortaleza-CE. Acosta ao presente termo, cópia da relação dos documentos para registro de Boletim de Ocorrência para segura DPVAT(uma lauda).Em seguida, deu-se por encerrado o presente termo de declarações, que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.

ASSESSOR-----

DECLARANTE-----

Sistema Único de Saúde - SUS/CEARÁ
FICHA DE REFERÊNCIA

NS-55610002635 fls. 31

- 1 - Preencha esta ficha em 3 vias
- 2 - Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário orientá-lo para retornar com 1ª via a Unidade de Origem

Unidade de Origem: HMB
Distrito Sanitário: _____ Município: _____
Nome: Jose Atila dos Santos Prontuário Nº: _____
Sexo ☒ M ☐ F Data de nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____
Endereço: _____ Bairro: _____ Telefone: _____

Motivo de Encaminhamento: Pac. vítima de queda de motocicleta com trauma no cabeça, abalço de um objeto penetrante e relaxamento do m. de compressão
Resultado de exames já realizados: AE ex. ECG: 12, pulso irregular, suspeito de fratura de om. da face, AP: M. 8/8A abdome insensível, SPO2: 97% AA FC: 106bpm. FR: 20ir
Conduta já realizada: Px: 123 mg/dl, PA: 130x80 mmHg
Impressão diagnóstica: TCE
Assinatura do Consultante - nº Registro: Dr. Clayton Dias Função: Med Data: 01.12.18 Hora: 03:15H
CRM: 8884

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: A. Neurológico profissional: Neurologista
Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuario Nº: _____ Data da Alta: _____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____
Resultado de Exames: _____
Diagnóstico Principal: _____ C.I.D.: _____
Secundário 1: _____ C.I.D.: _____
Secundário 2: _____ C.I.D.: _____
Proposta de conduta para seguimento: _____
O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ o motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐



RESUMO ALTA HOSPITALAR

- **UNIDADE: 20 LEITO: 2001 Internação Unidade:**

Diagnóstico Principal: TCE

Diagnósticos Secundários: HSA traumática ventricular + LAD

Procedimentos Cirúrgicos: (X) Não () Sim

Resumo de Alta / Transferência:

Paciente, 35 anos, paciente vítima de acidente de moto em 01/12/2018 com TCE, admitido no IJF em GCS 9, anisocórico E>D - SIC. TC de crânio evidenciou edema cerebral difuso e hemoventrículo E. Optado inicialmente por tratamento clínico. Paciente evoluiu bem, sendo encaminhado a neurocirurgia em 04/12/2018.

EXAMES E PARECERES:

LAB (03/12/2018): Hb: 14; Leuco: 8240; Pla: 195; Coag normal; U: 10, Cr: 0,7; K: 3,5; Ca: 8,4; Na: 139

TC de crânio (01/12/2018): Hemoventrículo E + HSAt.

EDA (09/12/18): compatível com gastrite erosiva. Sugerido dieta zero por 48h e IBP venoso em dose plena

TC de crânio (07/12/2018): ausência de hemoventrículo, sem sinais de hidrocefalia ou de HIC.

EVOLUÇÃO: Paciente evoluindo bem, sem intercorrências neurológicas ou neurocirúrgicas, contudo apresentou episódio de hematêmese em 08/12/18 sem instabilidade hemodinâmica. Progride estável e sem novos episódios de sangramento do TGI. Evoluo dieta e atualmente aceita dieta oral livre, mas com queixa de dor a mastigação. Ao exame: C 15, pupilas isomióticas, sem deficits motores. Responsivo, orientado, normotenso e normocardico, deambulando e sem deficits apendiculares.

CONDUTA:

- 1) Suporte NCR
- 2) Solicitado parecer da BMF e T.O.
- 3) Mantenho Omeprazol 40mg 12/12h, observar sangramento do TGI
- 4) Alta da neurocirurgia

Comorbidades Apresentadas: _____

Alta Hospitalar

☒ Alta Hospitalar ☐ Óbito

Orientações de Alta Hospitalar: - **Desmame de anticonvulsivante conforme prescrição.**

- **Alta da neurocirurgia e acompanhamento ambulatorial.**

- **Atesto a necessidade de 30 dias de repouso domiciliar a partir da data da alta.**

- Observação domiciliar rigorosa e RETORNO IMEDIATO à emergência se INTERCORRÊNCIAS.

- ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA – POSTO DE SAÚDE.

- **Sugerimos afastamento de suas atividades laborais conforme perícia médica.**

Condições de Alta: ☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Inalterado

Retornar ao Ambulatório: () Não (X) Sim Ambulatório: Dr. Carlos Vinícius Data: NA VAGA

Data: 18/12/2018

Dr. Marcell Aives Macêdo
Neurocirurgia - IJF
CREMEC 14062

Assinatura do Médico / CRM



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA / RELATÓRIO DE ALTA

Paciente: JOSE ATILA DOS SANTOS

Prontuário: 5591997

Data de Nascimento:

Data da Internação: 01/12/2018

Motivo da Internação: TCE

RESUMO CLÍNICO SETORIAL - UNIDADE: 20 LEITO: 2001 Internação Unidade:

Diagnóstico Principal: TCE

Diagnósticos Secundários: HSA traumática ventricular + LAD

Procedimentos Cirúrgicos: (X) Não () Sim

Resumo de Alta / Transferência:

Paciente, 35 anos, paciente vítima de acidente de moto em 01/12/2018 com TCE, admitido no IJF em GCS 9, anisocórico E>D - SIC. TC de crânio evidenciou edema cerebral difuso e hemoventrículo E. Optado inicialmente por tratamento clínico. Paciente evoluiu bem, sendo encaminhado a neurocirurgia em 04/12/2018.

EXAMES E PARECERES: TC de crânio (01/12/2018): Hemoventrículo E + HSAt.

EDA (09/12/18): compatível com gastrite erosiva. Sugerido dieta zero por 48h e IBP venoso em dose plena

TC de crânio (07/12/2018): ausência de hemoventrículo, sem sinais de hidrocefalia ou de HIC.

EVOLUÇÃO: Paciente evoluindo bem, sem intercorrências neurológicas ou neurocirúrgicas, contudo apresentou episódio de hematêmese em 08/12/18 sem instabilidade hemodinâmica. Progride estável e sem novos episódios de sangramento do TGI. Evoluo dieta e atualmente aceita dieta oral livre, mas com queixa de dor a mastigação. Ao exame: GCS 15, pupilas isomióticas, sem deficits motores. Responsivo, orientado, normotenso e normocardico, deambulando e sem deficits apendiculares.

CONDUTA:

- 1) Suporte NCR
- 2) Solicitado parecer da BMF e T.O.
- 3) Mantenho Omeprazol 40mg 12/12h, observar sangramento do TGI
- 4) Alta da neurocirurgia

Comorbidades apresentadas: _____

Transferência:

☐ UTI ☐ Unidade ☐ CTQ ☐ Risco ☐ Transferência Externa ☐ Óbito

Orientações de Alta (Setorial): _____

Retornar ao Ambulatório: () Não (X) Sim Ambulatório: DR. CARLOS VINICIUS Data: NA VAGA

Data: _19_/_12_/_18_

Assinatura do Médico / CRM

RESUMO CLÍNICO SETORIAL - UNIDADE: _____ LEITO: _____ Internação Unidade: ____/____/____

Diagnóstico Principal: _____

Comorbidades Apresentadas: _____

Transferência:

☐ UTI ☐ Unidade ☐ CTQ ☐ Risco ☐ Transferência Externa ☐ Óbito

Orientações de Alta (Setorial): _____

Retornar ao Ambulatório: () Não () Sim Ambulatório: _____ Data: ____/____/____

Data: _19_/_12_/_18_

Marcell Alves Macêdo
Neurocirurgia - IJF
CRM 14062

Assinatura do Médico / CRM

FOLHA _____

IJF - INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA

SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro, Fortaleza-CE
CEP: 60025-061; PABX: (85) 3255-5000.

ATESTADO DE INTERNAMENTO

Atesto para os devidos fins de direito que o paciente JOSE ATILA DOS SANTOS encontra-se no momento internado no Instituto Dr. José Frota, no serviço de neurocirurgia, na enfermaria 20, leito 2001, devido TCE e complicações referentes à patologia desde o dia 01/12/2018, sem previsão de alta hospitalar e impossibilitado de exercer suas funções laborais e atribuições legais devido incapacidade física no momento.

CID-10: S06.9

Fortaleza, 10 de dezembro de 2018.



Dr. Marcell A. Macêdo
Residente Neurocirurgia - IJF
CREMEC 14.062

Dr. Marcell A. Macêdo
Médico-Residente de Neurocirurgia
CREMEC 14.062



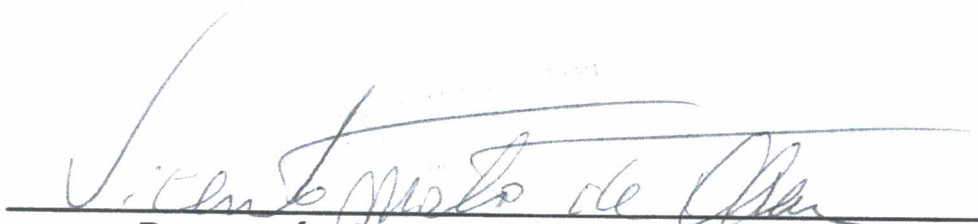
**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

DECLARAÇÃO

**Declaro para os devidos fins que o (a) Paciente:
JOSE ATILA DOS SANTOS , documento de
Identidade Nº99002204370, Prontuário Médico
Nº5591997 encontra-se internado neste Hospital
desde 01/12/2018 leito 2001 para tratamento de
saúde.**

Fortaleza, 06 de DEZEMBRO de 2018


Responsável pela informação.

INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA

Rua: Barão do Rio Branco, 1816 - Centro.
Fortaleza-Ceará - Telefones: (085)3255-5000

consulta.sspds.ce.gov.br



Dados Veículo

Placa: **992007917**
Número Chassi: **9C2KC1680ER474715**
Tipo: **ORV0917**
Marca/Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI**
Ano de Fabricação: **2013**
Ano do Modelo: **2014**
Cor: **VERMELHA**
Tipo Veículo: **MOTOCICLETA**
Quantidade de Passageiros: **2**
Potência: **0**
Indradas: **149**
Categoria: **PARTICULAR**
Espécie: **PASSAGEIRO**
Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Tipo Carroceria: **NAO APLICAVEL**
Número de Eixos: **0**
Número Motor: **KC16EBE474715**
Data Licenciamento: **01/01/2014**
Quantidade Multas: **5**
Quantidade Restrições: **3**
Debito Licenciamento: **SIM**
Debito em Débito: **SIM**
Debito: **Não**
Restrições:
- RESTR IPVA - VETAR MUDANCA JURISDICA0 (SEFAZ)
- VETAR MUD PROPR - AGUARD CONFIRMAÇÃO PAG IPVA
- DEBITO DE IPVA

Dados do Proprietário

Proprietário: **JOSE ALVES DA SILVA**
CPF/CNPJ Proprietário: **83547401372**

© CTIC - Coordenadoria da Tecnologia da Informação e Comunicação - Gerando

Scanned by CamScanner