



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS		
NACIONALIDADE	BRASILEIRA	NATURAL	
RG	20076241097	ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
CPF	609.439.453 - 44	PROFISSÃO	Op de Marketing
ENDEREÇO	RUA RALF COLARES CAVALCANTE, 56		
BAIRRO	CANINDEZINHO	CEP	60110-000
MUNICÍPIO / UF	FORTALEZA - CEARÁ		
FONES	9944-4572 / 8739-5124		
E-MAIL	Rc.527310@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, renunciar, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, receber e dar 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), 07 de ABRIL de 2020

2 Maria Gleiciane Santos Freitas
outorgante

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najma.said.adv@gmail.com

📄 najmasaid.adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, MARIA GLEILIAANE SANTOS FREITAS,
 Brasileiro(a), SOLTEIRA, Op DE MARKETING, portador da Carteira de
 Identidade/RG nº 2007624/097 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº
609.439.453-48, residente e domiciliado na cidade de
FORTALEZA, estado Ceará, na Rua
RAFA COLARES CAVALCANTE, Nº 56, CANINDEZINHO,
 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), 07 de ABRIL de 2020.

Maria Gleiliane Santos Freitas

Declarante

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najma.said.adv@gmail.com

📧 najmasaid_adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS,
brasileiro(a), SOLTEIRA, Op de MARKETING, portador(a) do
RG nº 20076241097, inscrito no CPF sob nº
609.439.453-48, residente e domiciliado no endereço
RUA RAIF COLARES CAVALCANTE, 56

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), 07 de ABRIL de 2020

✱ Maria Gleiciane Santos Freitas
Declarante.

TESTEMUNHA:

CPF:

Najma Said

OAB/CE 28.394

TESTEMUNHA:

CPF:

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najma.said.adv@gmail.com

📧 najmasaid.adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO

Eu, MARIA GLEILIANE SANTOS FREITAS,
 Brasileiro(a), SOLTEIRA, portador da cédula de Identidade Nº
20076241097 E CPF Nº 609.439.453 - 48, capaz,
 nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
RUA RAFAEL COLARES CAVALCANTE, 56
 na Cidade de FORTALEZA, Estado CEARA, CEP
60110-000, 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, 07, de ABRIL, de 2020

Maria Gleiliane Santos Freitas
 DECLARANTE

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najma.said.adv@gmail.com

📧 najmasaid_adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
 Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>RUA RALF COARES CAVALCANTE</u>		Profissão: <u>OP DE MARKETING</u>
CPF nº: <u>609.435.453-48</u>	RG n: <u>609.435.453-48</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRA</u>
Bairro: <u>CANINDEZINHO</u>	Cidade: <u>FORTALEZA</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>60910-000</u>	Telefone: <u>9944-4572 / 8735-5124</u>	

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, 07 de ABRIL de 2020
Maria Gleiciane Santos Freitas

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.

Paragrafo 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: 162ª da Independência e 95ª da República.

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85.98799.2088 / 99955.5507

✉ najmasaid.adv@gmail.com

🌐 najmasaid.adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo

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

CE

NOME
MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
20076241097 SSP CE

CPF
609.439.453-48 DATA NASCIMENTO
09/06/1997

FILIAÇÃO
PEDRO WILSON PEREIRA
DE FREITAS
MARIA DAS GRACAS PEREIRA
DOS SANTOS LIMA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06580736488 VALIDADE
12/11/2020 1ª HABILITAÇÃO
11/03/2016

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador: *Maria Gleiciane Santos Freitas*

LOCAL
FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO
29/03/2017

Assinatura do Emissor: *Idor Vasconcelos Ponte*
53468246062
CE158780272

CEARÁ

Scanned by CamScanner

4973569

foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

enel

fls. 22

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

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 ÚNICA | Nº 038672515

Rota FOI 15U23 - 327000

Referência 11/2019

Nome MARIA DAS GRACAS DOS SANTOS FREITAS

Endereço RU RALF COLARES CAVALCANTE, 00056, CANINDEZINHO,

60110-000, FORTALEZA

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásica

Emissão 22/11/2019

Medidor 1582736-NAN-010

ÁREA RESERVADA AO FISCO

E29E4EAE78B743288BDB26087B46E0FD

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

P.F.: 31 dias

Anterior

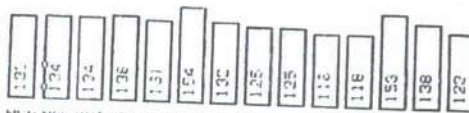
22/10/2019

Atual

22/11/2019

Próxima prevista

21/12/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	36,133	35,999	1,00	134	00	134	0,31358	42,02

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC
PIS COMPL BX RENDA
COFINS COMPL BX RENDA
DESCONTO BAIXA RENDA
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH
CONSUMO DE 100 KWH ATE 220 KWH
ADICIONAL BAND. AMARELA
ADICIONAL BAND. VERMELHA
SEG BEM ESTAR INDIV I
PARCELAMENTO NORMAL 3/4

0,17700

0,30343

0,45500

0,01167

0,08167

-

-

11,54

0,03

0,10

-27,64

27,64

5,31

21,24

15,47

0,35

2,45

6,64

41,37

Tributo	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	72,46	0,04	0,03
COFINS	72,46	0,30	0,22

VENCIMENTO

01/12/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

104,50

Scanned by CamScanner



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019911044



fls. 23

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4373 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/12/2019 15:09:43**
Data / Hora da Ocorrência: **11/08/2019 20:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R E C/ RUA H, SIQUEIRA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS**
Nascimento: **09/06/1997** CPF: **609.439.453-48**
RG: **20076241097** Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA DAS GRACAS PEREIRA DOS SANTOS LIMA**
PEDRO WILSON PEREIRA DE FREITAS
Endereço: **RUA RALF COLARES CAVALCANTE , 56**
Bairro: **SIQUEIRA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9944-4572**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PML4042 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi:
9C2KC2500JR118714 Renavam: 1147730170 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 160 START Ano Fabricação:
2018 Ano Modelo: 2018 Combustível: GASOLINA Cor: PRETA
Proprietário: MARIA DO SOCORRO PEREIRA GOMES Situação: NÃO
INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PML-4042 NA RUA E, QUA A VITIMA AVANÇOU A PREFERENCIAL DA RUA H COLIDINDO COM UMA MOTO DE PLACAS NA ANOTADAS, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS PARA O HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA. E NADA MAIS DISSE.////////

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

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maria Gleiciane Santos Freitas

VISTO DO DELEGADO(A) :

Maria Carolina Santos Barreira
MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS		DADOS PESSOAIS	
CADERNOS		Nº DO PRONTUÁRIO 385398	Nº DO BE 284039
DOCUMENTOS		NASCIMENTO 09/06/1997 (22 ANOS)	SEXO F
NOME RESPONSÁVEL NI		RACIA COR PARDO	
MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	ENDEREÇO RUA RALFE COLARES CAVALCANTE 58 SIQUEIRA	
CEP 60.732-311	CONTATO		

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/CAUSAS DO ACIDENTE		OCORRÊNCIA	
JULGADA PACIENTE REFERE DOR APOS TRAUMA NO MMII, MMSS		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
SINTOMAS NI		MOTIVO AVLIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA	
ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
ESCALA DE DOR NI	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SINAIS VITAIS NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NAO	Glicemia NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVEIRA MACHADO		
DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 11/08/2019 20:49:42			

ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA	ÁREA ATENDIMENTO
---	------------------

ATENDIMENTO MÉDICO
Politrauma c/dor em membro inferior

DIAGNÓSTICO Politrauma	COD. PROCEDIMENTO	CID
TESTE SOLICITADO () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAO-X		

MEDICAMENTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APREZAMENTO
RX de boque AP		
RX de tórax AP		
RX de coluna cervical AP/PP		
RX de joelho (D) AP/PP AXIAL		
RX de pé (D) AP/PP		

TIPO DE ALTA/SAÍDA
DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL	OBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
---	---

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA
Dr. Marcel Estrocinio

ASSINATURA DO PACIENTE
Maria Gleiciane Santos Freitas

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
Dr. Marcel Estrocinio

PREScrição Médica	OBSERVAÇÃO
1) Dupinosa 1g EV agora	23/30 06/30
2) Propofol 1g pela 2:18 AO EV	23/25
3) Tala negro colar	
HOSPITAL DISTrito de São Paulo - SP ALTO GRUPO DE CLÍNICA GERAL <i>[Assinatura]</i> Mônica José Med. 15524	
CONDUTA:	
1- ALTA: ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ A REVELIA ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ REMOVIDO PARA: _____ GUIA Nº _____ DATA E HORA DA ALTA: ____/____/____ HORA: ____:____:____	
2- OBSERVAÇÃO: (ATÉ 24 h) ☐ DATA E HORA DA ALTA: ____/____/____ HORA: ____:____:____	
3- INTERNAÇÃO ☐ Nº PRONTUÁRIO: _____ DATA E HORA DA INTERNAÇÃO: ____/____/____ HORA: ____:____:____	
4- PARA ÓBITO ☐ INTER DO 1º SOCORRO ☐ NÃO ☐ SIM DATA ÓBITO: ____/____/____ HORA ÓBITO: ____:____:____ ASS. CARIÓTIPO MÉDICO _____	
5- DESTINO DO CORPÓ: 1 ☐ ENTERRAR A FAMÍLIA 2 ☐ IML 3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA 4 ☐ SVO	
ASS. CARREGADOR MÉDICO RESPONSÁVEL _____ ASS. PACIENTE OU ACOMPANHANTE _____ ASS. DO MÉDICO E EQUIPE _____	

12700031628



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PRINCIPAL DO PRINCIPAL
AV. Celso de Figueiredo s/nº - Parangaba - CEP 44.824-600
Fortaleza - Ceará
Telefone (085) 3132-7222

CENTRO DE REFERÊNCIA E REGISTRAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CERR - FORTALEZA - CE
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LME)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-6

NOME DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE

ENDEREÇO DO PACIENTE

BAIRRO

DATA DO NASCIMENTO

SEXO

MUNICÍPIO

UF

CEP

CONDIÇÃO

NOME DA MÃE

MARIA DAS GRAÇAS PEREIRA DOS SANTOS LIMA

CPF MÉDICO SOLICITANTE

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

7110812019

003870 403 07

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com história de asma e polipose
com dor e tosse em período
recente com exame físico de rotina normal

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Asma com tosse.

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTADO DE CUIA CONFERE CUIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

R + exame físico.

pp. *Mônica Sáez*
Mônica Sáez
Mat. 15594

DIAGNÓSTICO INICIAL

Ficha de rotina normal.

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA
3. ☐ CLÍNICA MÉDICA
5. ☐ PSIQUIÁTRICA
9. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA
4. ☐ TISIOPEUMOL
6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Asma com TC

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HDMJBO-Frotinha de Parangaba

**GUIA DE TRANSFERÊNCIA
SAME**

Paciente: Maria Gleice Santos
Data de Nascimento: 09/06/1997 Identidade - N°: _____ Telefone: _____
Sexo: ☐ Masc. ☒ Fem. Naturalidade: _____ Estado Civil: ☐ Solto. ☐ Casado. ☐ Viúvo ☐ Outros
Pai: _____ Mãe: MARIA DAS GRAÇAS PEREIRA DOS SANTOS
Endereço: RUA: RAFAEL COLARES CAVALCANTE N°56
Bairro: SIAVEIRA Cidade: FORTALEZA UF: CE
Acompanhante: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____

HOSPITAL DE ORIGEM: <u>Fórmula da Parangaba</u>	HOSPITAL CONTACTADO:
MÉDICO QUE CONTACTOU:	MÉDICO CONTACTADO:
MÉDICO QUE AUTORIZOU TRANSFERÊNCIA:	HOSPITAL DE DESTINO:

OBS.: SOMENTE PODERÁ TRANFERIR, APÓS AUTORIZAÇÃO E CONFIRMAÇÃO DO LEITO

CONDIÇÕES DO PACIENTE				PUPILAS	
1 ☐ APARENT BEM	2 ☐ REGULAR	3 ☐ HAL. ETÍLICO	4 ☐ CONSCIENTE	1 ☐ MIDRIASE	4 ☐ ANISOCÓRIA
5 ☐ TORPOROSO	6 ☐ INCONSCIENTE	7 ☐ AGITADO	8 ☐ EM CONVULÇÃO	2 ☐ KIOSE	5 ☐ REAGENTE
9 ☐ DISPNEIA	10 ☐ CIANÓTICO	11 ☐ ENTUBADO	12 ☐ C/ HEMORRAGIA	3 ☐ ISOCORIA	
13 ☐ POLITRAUMATIZADO	14 ☐ QUEIMADO	15 ☐ MORTO	16 ☐		

TRAUMA: - ☐ SIM - ☐ NÃO	P.A.: _____ X _____ mmHg TEMP.: _____	F.R.: _____ mRm F.C.: _____ ppm	ATENDIMENTO: DATA: ____/____/____ HORA: ____:____:____
---	--	------------------------------------	--

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Paciente com relato de trauma por polígrafo
com suspeita de lesões oculares em
esfera lateral de olho (E), sendo
para o exame de cadáver.

Fortaleza-Ce, 11 de agosto de 2019.

CRM - MÉDICO (A) / CHEFE DE EQUIPE

TESTE DE RITA
ATESTO que esta pessoa é capaz de ler e escrever

Mônica Silva
Mat. 15334

CRM - MÉDICO (A) / PLANTONISTA

Prontuário

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome:

M^o Odeciário Santos Freitas

Prontuário

Enferm.

Leito

Data Internação

Diagnóstico

77 108 12077

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA

12/03/19

EVOLUÇÃO

Paciente com fratura exposta de fêmur, sem outros traumas. Aps. cirurgia de fixação por placa e parafusos. Conduta com internação em UTI, antibioticoterapia e analgesia.

Dr. [Assinatura]
Traumatologia
CRM 77979

13/08/19

Fratura do joelho cirurgica

Transferência

HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS
ATENÇÃO: Ler e assinar em todo e qualquer documento

pp. [Assinatura]

Carla Wanderley C. Neto
Traumatologia Ortopedia
CRM 7799

Monica Silva
Mat. 35554

13/08/19

M. G. S. F., 22a. Feminino, HQ: Trauma MIO. Com contusão, eritema contatante c/ a equipe. Febre, supuração com odor amarelado, neutro. Acute deito observada. JVP: 2x e punção de 27 @. Segue aos cuidados

Paula Dias
COREN-CE 43704-ENE

Prontuário

16:			
20:			
08:			

P.A.:	120 x 10				
TEMP.°:	32°C				
PJ MIN.:					
M.V. / MIN.:					

NOME:	ilva Coliciana Santos Freire	IDADE:	22a	ENF.:		LEITO:		Nº. PRONTUÁRIO:	
-------	------------------------------	--------	-----	-------	--	--------	--	-----------------	--

[illegible]



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HIDMILBO-Próteção de Parangaba

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAÚDE - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

Truame

NOME:

Monie Oliveira Siqueira Freitas

IDADE:

22a

ENF.:

LEITO:

Nº. PRONTUÁRIO:

11:	
16:	
20:	
08:	

PA:	<i>137x103</i>
TEMP.º:	<i>35,5</i>
P./MIN.:	
M.V./MIN.:	

DIETAS GERAIS MÉDICAS ASSINATURA

HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

OBSERVAÇÃO

RUBRICAS
(Incl. Data)

13.09.20

DIETA GERAL
IBUPROFENO - 01CP VO 12/12H
DIPYRIDA - 10ML AD - IV 8/8H S/N
PLASIL - 18ML AD - IV 8/8H S/N
TRAMAL 100+100ML SFO 9% - IV 8/8H S/N

SN
22.09.20
02.08
SN
SN

Paciente consciente, primária, verbalizando o que está bem da cabeça, mas com dificuldade para falar, apresentando

Carlos Windson C. Neta
Traumatologia Ortopedia
CRM 7799

Curativo no Joelho Esq

orienta!

18-11-2020

Carlos Windson C. Neta
Traumatologia Ortopedia
CRM 7799

Paula Dias
Coord. Enfermagem

Resposta: Sim
18.10.2020



Prefeitura de
Fortaleza

fls. 31

Prefeitura Municipal de Fortaleza Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas Hospital e
Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

RESUMO DE ALTA

PACIENTE: MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS

Nº PRONTUÁRIO: 84607

TOTAL DE DIAS DE PERMANÊNCIA: 13 DIAS

ENFERMARIA / LEITO: POSTO 6 LEITO 06

DATA DE ADMISSÃO: 13/08/2019

DATA DA ALTA: 26/07/2019

DIAGNÓSTICO INICIAL / CID-10

**FRATURA DE ESPINHA TIBIAL + LESÃO DE
LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR**

DIAGNÓSTICO FINAL / CID-10

**FRATURA DE ESPINHA TIBIAL + LESÃO DE
LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR**

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO: PACIENTE PROVENIENTE DO FROTINHA DA PARANGABA, ONDE FOI ADMITIDA PÓS QUEDA DE MOTO NO DIA 11/08/19(SIC), APRESENTANDO FRATURA DE TIBIA DIREITO. NO MOMENTO TRANSFERIDO PARA HDZAM PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO.

RESULTADOS DOS PRINCIPAIS EXAMES REALIZADOS:

ECG + EXAMES LABORATORIAIS + RX TÓRAX + RX DO MSD

EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES:

PACIENTE 22 ANOS, ESTANDO CLINICAMENTE ESTÁVEL, AFEBRIL, EUPNÉICA EM AA; COM DISCRETA DOR, SEM CREPITAÇÃO, SEM EQUIMOSE, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. ACEITA A DIETA VIA ORAL, SEM NÁUSEAS OU VÔMITOS. CONCILIA CICLO SONO-VIGILIA. REFERE ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS. DEAMBULANDO. APTA A RECEBER ALTA HCSPITALAR E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

TERAPÊUTICA REALIZADA:

TRATAMENTO CONSERVADOR DE **FRATURA DE ESPINHA TIBIAL + LESÃO DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR** DE ACORDO COM A ORTOPEDIA DO HDZAN.

ORIENTAÇÃO PÓS ALTA:

- 1) RETORNO PARA AMBULATÓRIO DE TRAUMA-ORTOPEDIA EM 15 DIAS.** 13.9.19 13h
2) SEGUIR ORIENTAÇÕES MÉDICAS + SEGUIR PRESCRIÇÃO ANALGÉSICA PARA CASA.
3) REALIZAR RADIOGRAFIA DE CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO PARA TRAZER NO RETORNO AMBULATORIAL.
4) DIRIGIR-SE À EMERGENCIA MÉDICA SE APARECIMENTO DE FEBRE OU DOR DE FORTE INTENSIDADE.

CONDIÇÕES DE ALTA

() Curada (X) Melhorada () Inalterada () A pedido () Transferida
() OUTRA () Óbito () Solicitada Necropsia

Fortaleza - Ceará 26 / 08 / 2019

CARIMBO DO SERVIÇO

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

Av. Lineu Machado, 145 - Jôquei Clube CEP: 60520 -100 Fone: (85) 3233-3545
Fortaleza - Ceará



PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS

PRONT: 84607

USO ORAL:

- 1) LISADOR -----01 CAIXA
TOMAR 01 COMP VIA ORAL DE 6/6H, DURANTE 05(CINCO) DIAS.
- 2) BIPROFENID 150MG -----01 CAIXA
TOMAR 01 COMP VIA ORAL DE 12/12H DURANTE 03 DIAS.

FORTALEZA-CE, 26 DE AGOSTO DE 2019.

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

Av. Lineu Machado, 145 – Jôquei Clube
CEP: 80520 –100 Fone: (85) 3233-3545
Fortaleza - Ceará



Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
MOF. DIST. MARIA JOSÉ BARRIOS DE OLIVEIRA
FROTINHA DE PARANGABA
AV. Osório de Fátima nº 1127 - Parangaba - CEP 60.726-000
Fortaleza-Ceará Telefones (85) 3131-7322

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD: 38 5348

Atesto que o (a) Sr. (a)

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 11/05/99 às 10:44 hs.

Tendo como causa de socorro

Necessita de 30 dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) _____

Observações:

Pharmacokinetics

Fortaleza-Ce. de

Antonio Eusebio T. Rocha
CRM 4774
Traumato

CRM - Médico (a)

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 36 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 90.501 de 14/03/57, e será expedido para justificativa de 01 (um) a 15 (quinze) dias de afastamento.



Prefeitura de
Fortaleza

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr. (a) MARIA GEICIALE
SANTOS FARIAS (CPF: 24.607)
 portador do documento 128.2007524/097-54
 necessita de 90 (noventa) dias de repouso por motivo de doença.
 CID: F00.99 ESPUNHA TENDIN Ⓢ (5821)

Assinatura do(a) usuário ou responsável
(Em caso de uso do CID)

Fortaleza, CE 13 de Setembro de 2019

Assinatura do(a) médico(a) / CRM

Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann
Av. Lineu Machado, 145 – Jôquei Clube - Cep: 60.520 -101 - Fone: (85) 3233-3954
Fortaleza – Ceará



Prefeitura de
Fortaleza

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

fls. 35

ATESTADO MÉDICO

PACIENTE: MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS

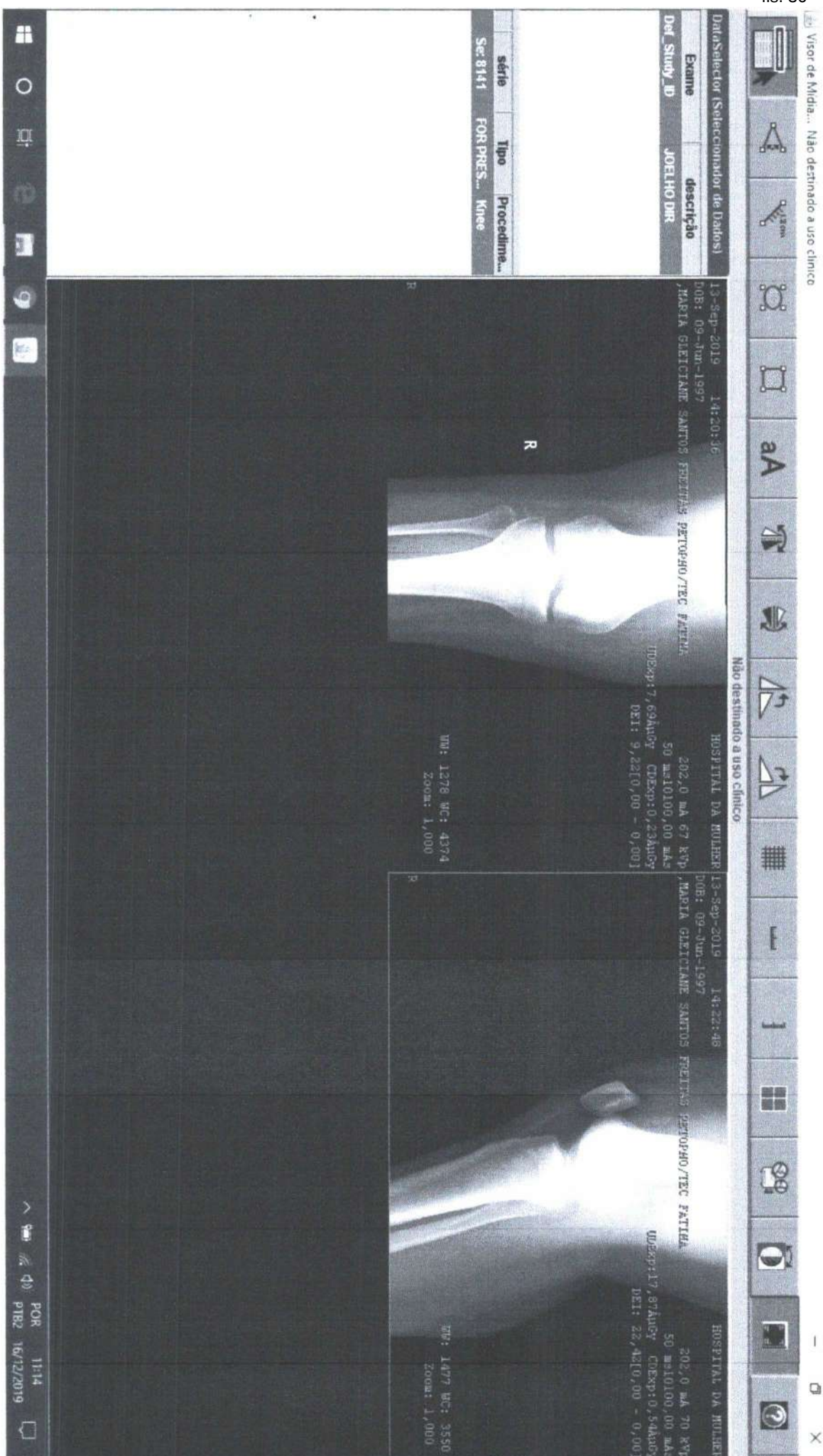
Nº PRONTUÁRIO: 84607

O(A) paciente MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS esteve internado(a), no período entre os dias de agosto de 2019 e 26 de agosto de 2019, no Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann para realização de tratamento ortopédico. Necessita assim de 30 (TRINTA) dias de afastamento de suas atividades físicas e laborais.

Fortaleza- CE, 26 de agosto de 2019.

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

Av. Lineu Machado, 145 – Jôquei Clube
CEP: 60520 -100 Fone: (85) 3233-3545
Fortaleza - Ceará



[illegible]

Visor de Mídia... Não destinado a uso clínico

DataSelector (Selecionador de Dados)

Exame	Descrição
Del Study_ID	JOELHO DIR

série	Tipo	Procedime...
Ser 8141	FOR PRES...	Knee

Não destinado a uso clínico

13-Sep-2019 14:20:36
DOB: 09-Jun-1997
MARIA GLECIANE SANTOS PEREIRA PETOPHO/TEC PATRIZ



R

HOSPITAL DA MULHER
202,0 mA 67 kVp
50 mAs10100,00 mAs
WExp:7,63Åmcy CDExp:0,23Åmgy
DET: 9,22[0,00 - 0,00]

WB: 1278 WC: 4374
Zoom: 1,000

13-Sep-2019 14:22:48
DOB: 09-Jun-1997
MARIA GLECIANE SANTOS PEREIRA PETOPHO/TEC PATRIZ



R

HOSPITAL DA MULHER
202,0 mA 70 kVp
50 mAs10100,00 mAs
WExp:17,87Åmcy CDExp:0,55Åmgy
DET: 22,42[0,00 - 0,00]

WB: 1477 WC: 3550
Zoom: 1,000

FOR 11:14 PMB2 16/12/2019

Visor de Mídias... Não destinado a uso clínico

Mão destinada a uso clínico

Data/Seleção (Selecconador de Dados)	Exame	Descrição
Det_Slidy_ID	RX JOELHO DIRET.	

Série	Tipo	Procedime..
Se: 539	FOR PRO...	Knee
Se: 540	FOR PRES...	Knee

23-Oct-2019 11:54:31

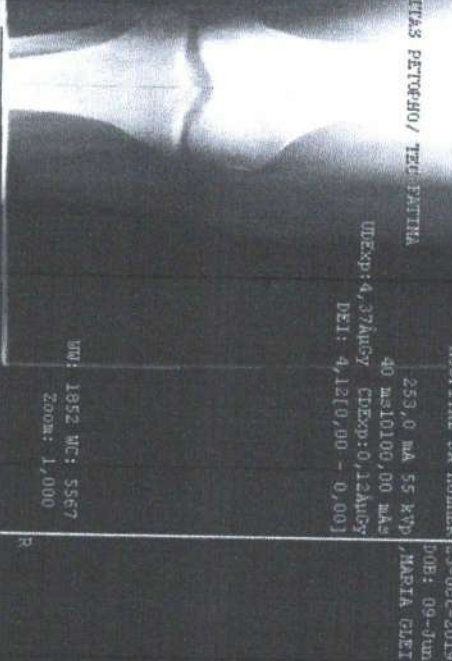
HOSPITAL DA MULHER

DOB: 09-Jun-1997

MARIA GLECIANES ANTOS FREITAS PETROPPO / TEC FATHA

Wt: 1852 MC: 5867

Zoom: 1,000



R

23-Oct-2019 11:58:12

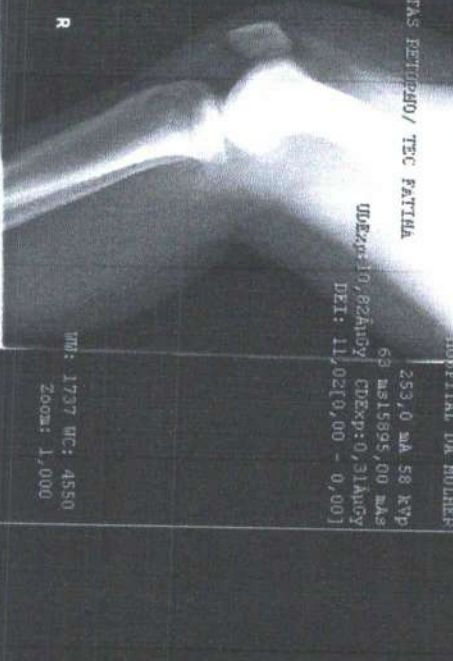
HOSPITAL DA MULHER

DOB: 09-Jun-1997

MARIA GLECIANES ANTOS FREITAS PETROPPO / TEC FATHA

Wt: 1737 MC: 4550

Zoom: 1,000



R

23-Oct-2019 11:56:42

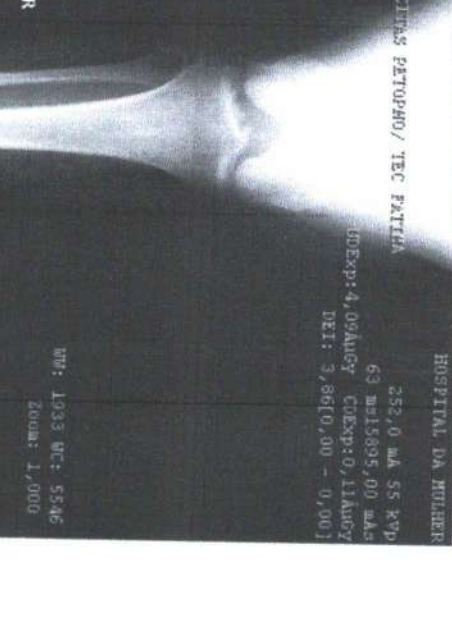
HOSPITAL DA MULHER

DOB: 09-Jun-1997

MARIA GLECIANES ANTOS FREITAS PETROPPO / TEC FATHA

Wt: 1933 MC: 5546

Zoom: 1,000



R

23-Oct-2019 11:56:42

HOSPITAL DA MULHER

DOB: 09-Jun-1997

MARIA GLECIANES ANTOS FREITAS PETROPPO / TEC FATHA

Wt: 1933 MC: 5546

Zoom: 1,000



R

POR 11:21 PTB2 16/12/2019

SINISTRO 3190704622 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO MARIA GLEICIANE SANTOS FREITAS
CPF/CNPJ: 60943945348

Posição em 09-04-2020 11:01:25

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

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
07/02/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 13/05/2020 às 17:38 , sob o número 02277634920208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0227763-49.2020.8.06.0001 e código 677D01A.