

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

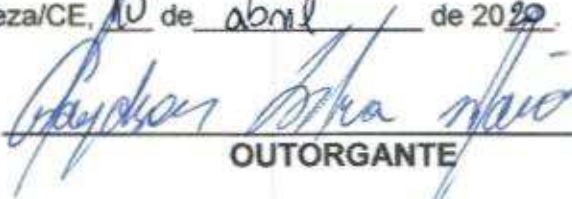
PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	GLAYDSON SILVA MAIA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	FORTALEZA/CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	2002018000425
Profissão	PINTOR DE AUTOS	CPF nº	005.589.773-83
Endereço	RUA PEDESTRE C, 172 ALTOS		
Bairro	JUREMA	CEP	61585-030
Município/UF	CAUCAIA/CE		
Telefone	(85)98668 5183/ 99174 4358		

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, casado, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua Carlos Ribeiro Pamplona – nº 100 – 1º Andar – Sala 101 – Bairro Edson Queiroz – CEP: 60.811-695 – Fortaleza/CE, Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030 / (85) 98853-0069. E-mails: saboyaebrandao@hotmail.com / brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao_@hotmail.com

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judícia" e "et extra", a fim de que possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como realizar endosso em cheque nominal emitido em nome do outorgante, destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 10 de abril de 2020.

> 
OUTORGANTE

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

OUTORGANTE	GLAYDSON SILVA MAIA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	FORTALEZA/CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG n°	2002018000425
Profissão	PINTOR DE AUTOS	CPF n°	005.589.773-83
Endereço	RUA PEDESTRE C, 172 ALTOS		
Bairro	JUREMA	CEP	61585-030
Município/UF	CAUCAIA/CE		
Telefone	(85)98668 5183/ 99174 4358		

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei não possuindo condições financeiras para arcar com às custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, CF/88, Art. 98 e ss. do CPC, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, 10 de abril de 2020

➤ 

DECLARANTE

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, Gleydson Silva Maia, (ESTADO CIVIL), _____ (PROFISSÃO), PORTADOR DO RG Nº _____, INSCRITO NO CPF SOB O Nº _____, RESIDENTE E _____, ENDEREÇO _____, DOMICILIADO(A) _____, NO _____, DECLARO PARA

TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELOS DRS. **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS, ATUALMENTE, COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, 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 SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS, REPRESENTADO ATRAVÉS DOS ADVOGADOS **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE, TEL.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030 / (85) 98853-0069, 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 10, DE abril DE 2020.

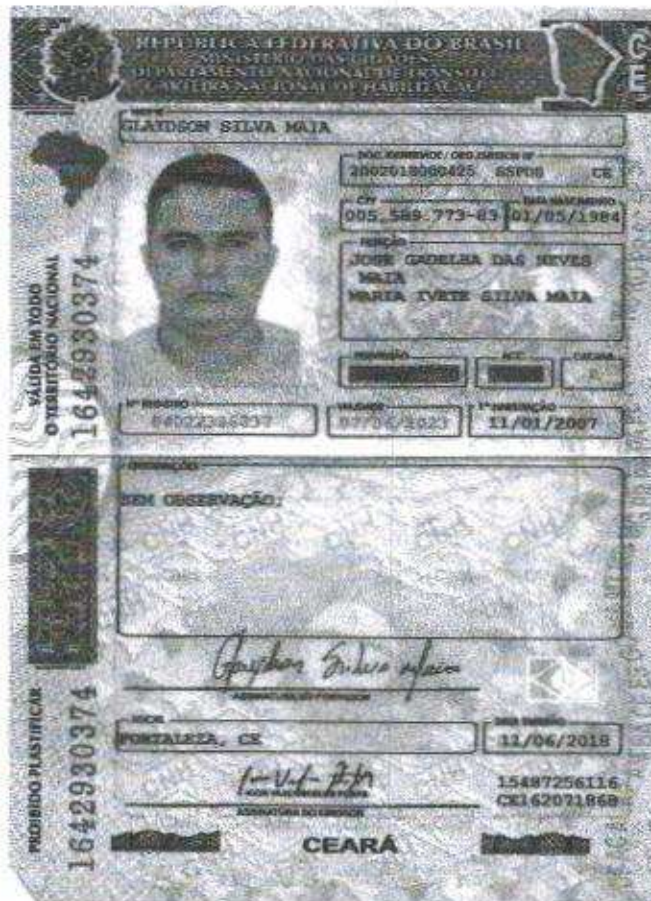
DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:



EMPRESA: CAGECE

Nome: CLAYSSON SILVA MATA

Rua: RUA C. J. RES. GUARALAJARA, 172, ALTO, PARQUE GUARALAJ

Cidade: CRUCIAL

Estado: RJ

Cidade:

CPF: 128 077 0375 0257 0001

Endereço:

Endereço: 001 000 000 000 000

Endereço: 001 000 000 000 000

Endereço: 001 000 000 000 000

Endereço:

Endereço: 001 000 000 000 000

Endereço	Endereço	Endereço	Endereço	Endereço	Endereço
Endereço	Endereço	Endereço	Endereço	Endereço	Endereço
Endereço	Endereço	Endereço	Endereço	Endereço	Endereço
Endereço	Endereço	Endereço	Endereço	Endereço	Endereço
Endereço	Endereço	Endereço	Endereço	Endereço	Endereço

MENSAGENS: INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m3 | META: 10 m3.

Diga não ao abuso e a exploração sexual contra a criança e o adolescente. DENUNCIE! Disque 100 ou procure o Conselho Tutelar mais próximo de sua residência. Não precisa se identificar. O sigilo é garantido.

RENTAL DOS SERVIÇOS

RENTAL	RENTAL	RENTAL	RENTAL	RENTAL
RENTAL	RENTAL	RENTAL	RENTAL	RENTAL
RENTAL	RENTAL	RENTAL	RENTAL	RENTAL
RENTAL	RENTAL	RENTAL	RENTAL	RENTAL
RENTAL	RENTAL	RENTAL	RENTAL	RENTAL

TRIBUTOS SOBRE O PAGAMENTO

TRIBUTOS	TRIBUTOS	TRIBUTOS	TRIBUTOS
TRIBUTOS	TRIBUTOS	TRIBUTOS	TRIBUTOS
TRIBUTOS	TRIBUTOS	TRIBUTOS	TRIBUTOS
TRIBUTOS	TRIBUTOS	TRIBUTOS	TRIBUTOS

MES/ANO

07/2019

VERIFICANDO

12/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

266,52

1-353005067200024 L:5727 W:11:31:30 R:126 P:001

Cagece

Cagece

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 13/07/2020 às 11:29, sob o número 02381701720208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0238170-17.2020.8.06.0001 e código 6D590E1.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls.-20

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3612 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **20/08/2018 09:04:55**Data / Hora da Ocorrência: **04/01/2018 08:30:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA MISTER HULL**

Complemento:

Bairro: **ANTONIO BEZERRA**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **EM FRENTE A RODOVIARIA****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **GLAYDSON SILVA MAIA**Nascimento: **01/05/1984** CPF: **005.589.773-83**RG: **2002018000425** Órgão Emissor: **SSPDS**UF: **CE**Filiação: **MARIA IVETE SILVA MAIA****JOSE GADELHA DAS NEVES MAIA**Endereço: **RUA PEDESTRE C, 172 ALTOS**Bairro: **JUREMA**Município: **CAUCAIA/CE**CEP: **61.648-030**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98668-5183****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **HWY5538** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:**9C2KC08205R004979** Renavam: **838158790** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ESD** AnoFabricação: **2004** Ano Modelo: **2005** Combustível: **GASOLINA** Cor:**AZUL** Proprietário: **GLAYDSON SILVA MAIA** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA HWY-5538-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. MISTER HULL NA FAIXA DO MEIO; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VIA E NA FAIXA DA ESQUERDA, QUANDO INVADIU A FAIXA EM QUE ESTAVA A MOTO DA VITIMA NA VIA, OCASIONANDO A COLISÃO NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UM POPULAR, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE.//

OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.

PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :**



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3612 / 2018

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



Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. M. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FORTALEZA - PIAUÍ
R. Celso de Faria nº 1317 - Parangaba - CEP 06.736-200 - Fortaleza-CE
Telefone (85) 3333-1312 - Fax (85) 3333-1313

REGISTRO DE
EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:
322 000

Paciente: GLOYDEN SILVA MOTA

Data da Operação: 18/01/11 Enfermaria: _____ Leito: _____

Operador: <u>[Assinatura]</u>	1º Auxiliar: _____
2º Auxiliar: <u>Dr. Hildebrando Melo Neto</u> CRM: 3199 TEOT - 11.956	3º Auxiliar: _____
Instrumentador: _____	Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____
Diagnóstico Pré-operatório: LUXADO OMBRO DIREITO

Tipo de Operação: _____
Diagnóstico Pós-operatório: REPOSICIONADO E FIXADO

Relatório Imediata Patologista: _____

Exame Radiológico no ato: _____
Acidente durante a operação: _____

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

Observação: 2º Ombro

comprimento 2º ombro

injeção no ombro e punho

redução e manutenção com um fio

gesso + Típico

Dr. Hildebrando Melo Neto
CRM: 3199 TEOT - 11.956

HOSPITAL DIST. M. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emmanuel Monteiro

RA-1 752

PRONTUÁRIO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO e TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ, protocolado em 13/07/2020 às 11:29, sob o número 02381701720208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0238170-17.2020.8.06.0001 e código 6D590E1.

12700020346
fls. 24



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PROFESSOR DR. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
AV. Celso de Figueiredo nº 1327 - Parangaba - CEP 44230-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3331-7333

CENTRAL DE REGISTRO E REGULARIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE PORTALIZADA - PORTALIZADA - SUS - CCI
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LIM)

N.º LAUDO:

N.º de AIH:

2318101513574

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-91

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE *Maximiliano Lourenço* / **GLAYDSON SILVA MAIA**
ENDEREÇO DO PACIENTE **RUA: 1070**
BAIRRO **CONJUNTO CEARA** MUNICÍPIO **FORTALEZA** UF **CE** CEP **01105-190**
DATA DO NASCIMENTO **01/05/1984** SEXO **1. ☒ MASC 3. ☐ FEM** CONDIÇÃO **2. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ OUTRO**
NOME DA MÃE **MARIA IVETE SILVA MAIA**

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE _____ CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL _____ CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO *Dr. João Francisco B. L. F. Morais*
C. INT. _____ PROCEDIMENTO SOLICITADO _____ Direto Médico HDMA JBO
DATA DA EMISSÃO **04/01/2018** CRM 3632

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Reverte em luxação alar de ombro
esquerdo com hemartrose de sangue.*

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Aperto físico.

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Rx ccd. L.O.P.

DIAGNÓSTICO INICIAL

luxação alar de ombro

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA 2. ☐ OBSTÉTRICA
3. ☐ CLÍNICA MÉDICA 4. ☐ TISIOPEUMOL
6. ☐ PSIQUIÁTRICA 6. ☐ PEDIÁTRICA
9. ☐ OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Do ombro.

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

4600

Dr. Roberto M. de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4600

*04
01*

2018

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuel Monteiro
Mat. 763

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO e TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ, protocolado em 13/07/2020 às 11:12, sob o número 0238170-17.2020.8.06.0001 e código 6D590E1. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0238170-17.2020.8.06.0001 e código 6D590E1.



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

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome: Gleyson Silva Maia

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
		108	04/01/2018	

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	EVOLUÇÃO
09/01/2018	<u>Paciente internado</u> Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4600 09/01/2018 - Paciente admitido em UTI, com diagnóstico de fratura de clavícula esquerda, fechada, com deslocamento. Realizada cirurgia de redução da fratura com placa e parafusos. Evolução satisfatória. Segue em observação. Gleyson P. Moura Enfermeiro COREN-CE: 485.463
09/01/2018	22h00 - Paciente acordada, física, aderente. Hb 10g/dl. Rota I com Hb de 12g/dl. de clavícula esquerda. Ferida aberta operada, sem sinais fisiológicos presentes. Não há alergias. Mega DM e HbS. Segue em observação. Arthur M. Costa Enfermeiro COREN-CE 335066
10/01/18	<u>Paciente extubado</u> Daniel Ayremorais Batista Médico Ortopedia e Traumatologia CRM-EC: 13633
16/01/18	G.S.M., 33a, com Hb: Fratura de clavícula esquerda, fechada, com deslocamento. Realizada cirurgia de redução da fratura com placa e parafusos. Evolução satisfatória. Segue em observação. Prontuário: 108

ATTESTO QUE É COPIA COM FIDELIDADE DO ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

Mat. 763

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARÁ, protocolado em 13/07/2020 às 11:29, sob o número 02381701720208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 02381701720208060001 e código 6D590E1.

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome:

Gladson Silver mine

Prontuário

Enferm.

Laito

Data Interação

Diagnóstico

04 107 12.078

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

EVOLUÇÃO

15 G.S.M. 33aner, AD. Fratina di Clavivola
01 E. Evolu. conciente, orientado, veba.
18 legando, supresso, afetu, nome
Teseu, nome orado. Segue um
observar. Aguardando uniza

Maria Rosário Lima de Menezes
COREN - 67.333 - ENF

16
01
18

Erkud

Paulo César Barros Machado
Médico - Ortopedista
CRM 4977

16/01/18 Entomogen

HT G.S.M. O², 33 anos com HD: Fratura
de clavícula E. invulso comunit, sut
sem quexas, linfadenopatia, acido de
opioide, agnosia de descer para a
gta.

Silvia Moraes da Costa
Enfermeira
COREN-CE 233.977

17/10/118. Claydon. 33 anos. HD. Fra
7:30. tumor de clavícula k. Evolu
Hemodinamicamente, estável. A
to, deito, orelada, em resp. M
com anoloides. / Squares 170 de
geo. suspenso / 2
para outro max
sette deito orelada

Enfermeiro
GOREN-CE 31033

17/01/18 Ex de cloninto (c)
Aguarda usque

ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

~~Daniel Ayres Moraes Balista~~
~~Médico~~
~~Ortopedia e Traumatologia~~

Emanuelle Monteiro
Mat. 763

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

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

Training

NOME: CHRISTOPHER S. L. LUCIC

TARIO:	2700
P.A.:	1.75 x 12
TEMP.°:	36.2
P / MIN.:	-
M.V. / MIN.:	-

NOME: CHAYSON SILVA MUEIC	IDADE: 33	ENF.:	LEITO: 108	Nº. PRONTUÁRIO:
---------------------------	-----------	-------	------------	-----------------

[illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

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

Nome: Glaydson Silva Maia	IDADE: 33a	ENF: B	LEITO: 408	Nº. PRONTUÁRIO:
----------------------------------	-------------------	---------------	-------------------	-----------------

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Enf / Dieta)
17/01	<i>17/01</i>	<i>SKD</i>		
18/01	<i>18/01</i>	<i>16 24 08</i>		
19/01	<i>19/01</i>	<i>22 10</i>		
20/01	<i>20/01</i>	<i>07:10</i>		
21/01	<i>21/01</i>	<i>Rotina</i>		
22/01	<i>22/01</i>	<i>Rotina</i>		
23/01	<i>23/01</i>	<i>Rotina</i>		
24/01	<i>24/01</i>	<i>Rotina</i>		
25/01	<i>25/01</i>	<i>Rotina</i>		
26/01	<i>26/01</i>	<i>Rotina</i>		
27/01	<i>27/01</i>	<i>Rotina</i>		
28/01	<i>28/01</i>	<i>Rotina</i>		
29/01	<i>29/01</i>	<i>Rotina</i>		
30/01	<i>30/01</i>	<i>Rotina</i>		
31/01	<i>31/01</i>	<i>Rotina</i>		
01/02	<i>01/02</i>	<i>Rotina</i>		
02/02	<i>02/02</i>	<i>Rotina</i>		
03/02	<i>03/02</i>	<i>Rotina</i>		
04/02	<i>04/02</i>	<i>Rotina</i>		
05/02	<i>05/02</i>	<i>Rotina</i>		
06/02	<i>06/02</i>	<i>Rotina</i>		
07/02	<i>07/02</i>	<i>Rotina</i>		
08/02	<i>08/02</i>	<i>Rotina</i>		
09/02	<i>09/02</i>	<i>Rotina</i>		
10/02	<i>10/02</i>	<i>Rotina</i>		
11/02	<i>11/02</i>	<i>Rotina</i>		
12/02	<i>12/02</i>	<i>Rotina</i>		
13/02	<i>13/02</i>	<i>Rotina</i>		
14/02	<i>14/02</i>	<i>Rotina</i>		
15/02	<i>15/02</i>	<i>Rotina</i>		
16/02	<i>16/02</i>	<i>Rotina</i>		
17/02	<i>17/02</i>	<i>Rotina</i>		
18/02	<i>18/02</i>	<i>Rotina</i>		
19/02	<i>19/02</i>	<i>Rotina</i>		
20/02	<i>20/02</i>	<i>Rotina</i>		
21/02	<i>21/02</i>	<i>Rotina</i>		
22/02	<i>22/02</i>	<i>Rotina</i>		
23/02	<i>23/02</i>	<i>Rotina</i>		
24/02	<i>24/02</i>	<i>Rotina</i>		
25/02	<i>25/02</i>	<i>Rotina</i>		
26/02	<i>26/02</i>	<i>Rotina</i>		
27/02	<i>27/02</i>	<i>Rotina</i>		
28/02	<i>28/02</i>	<i>Rotina</i>		
29/02	<i>29/02</i>	<i>Rotina</i>		
30/02	<i>30/02</i>	<i>Rotina</i>		
31/02	<i>31/02</i>	<i>Rotina</i>		



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FROSTINGA DE FARMÁCIA
AV. Getúlio de Faria nº 1127 - Parangaba - CEP 60.728-900 - Fortaleza-Ce
Fones: (85) 3131-7931 - Fax: 3131-7515

FOLHA DE ANESTESIA

Nome: Gleydson Silva Maia

Prontuário Nº: _____

Enfermaria: _____

Leito: _____

Data: <u>18/01/18</u>	Pres. Arterial:	Pulso:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
Tipo Sanguíneo:	Hernias:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Uréia:	Outros:
	Urina:					
Ap. Respiratório:				Asma:		Bronquite:
Ap. Circulatório:				Eletrocardiograma:		
Ap. Digestivo:		Dentes:	Pescoço:	Ap. Urinário:		
Estado Mental:		Ataráxicos:	Corticóides:	Alergia:		Hipotensores:
Diagnóstico Pré-operatório: <u>luxação acromioclavicular</u>				Estado Físico: <u>ASA II</u>		Risco: _____

Anestesias Anteriores: _____

Medicação Pré-anestésica: Midazolam 2mg IV Aplicadas às: pré-aural Efeito: sedativo



INDUÇÃO

Sedat.: _____ Excl.: _____ Totat.: _____

Laringo espasm.: _____ Lenda: _____

Náusea: _____ Vômitos: _____

Outros: _____

MANUTENÇÃO

① Maest.

② Bloq. plexo braquial

③ Afagelina 1mg

Anestesia Balot.: ☒ Sim ☐ Não

Não, por quê? _____

DESPERTAR

Reflexos m. S.O.: _____

Orel.: _____ CO2: _____ Excl.: _____

Náusea: _____ Vômitos: _____

Outros: _____

Com câmbio: _____

Para o lado: ☐ Sim ☒ Não

CONDIÇÕES: boa

Agentes: Lidocaina / adrenaletina

Técnica: Bloq. plexo braquial

Operação: Tb. cir. LAC

Cirurgiões: H. Hildebrand

Anestesiistas: A. Francisco Andrade Júnior CRM 6085

Observações: _____

Perda Sanguínea: _____

Dr. Andrade Júnior
Médico
Anestesiologista
CRM 6085



Av. Humberto Monte, 1440 - Parqueiândia - CEP: 50450-000
Telefone: (85) 3283.4784 / 98800.0778

RECEITUÁRIO
LANDO

Experiência Glydson
Silva Vieira Superintendente
no subgrupo com lutas
econômicas diversas segun-
da/01/2018 Submissão e tra-
tamento médico em
março 1. Exatidão nos
travessia com o índice de
fome e de saúde pública
30% para a área de saúde -
30% + limitação de mo-
vimentes e de saúde pública
definitiva

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.728.923-91

Fortaleza, 08/02/2020



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 88. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190560651

Vítima: GLAYDSON SILVA MAIA

Data do Acidente: 04/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GLAYDSON SILVA MAIA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Recebedor: GLAYDSON SILVA MAIA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003281

Conta: 0000047634-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você