

EXCELENTESSIMO (A) SENHOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA ____^a VARA CÍVEL DA
COMARCA DE FORTALEZA – CE

1

COBRANÇA DE SEGURO DPVAT

JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o nº 045.889.053-76, portador do RG de nº 30638018, PM/CE, residente e domiciliado à Rua Rua J. Pinto, 682, Palestina, Canindé/CE, CEP 62700-000, por intermédio de sua advogada e bastante procuradora “in fine” assinada, vem, mui respeitosamente, perante Vossa Excelência propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA SEGURO DPVAT

em desfavor de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO S. A.**, CNPJ 09.248.608/0001-04, situada na Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP.: 20031-205; pelas razões de fato e de direito a seguir consignadas.

1. INICIALMENTE

1.1. DAS INTIMAÇÕES

Inicialmente, requer que toda e qualquer intimação e/ou notificação destinadas à Requerente, relativa ao presente processo, seja enviada **EXCLUSIVAMENTE** à advogada **TALITHA COSTA SOUZA (OAB/CE 36.565)**, sob pena de nulidade, conforme preceitua o art. 272, §5º, da Lei 13.105/2015.

1.2. DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA

Requer os benefícios da gratuidade da Justiça, por não ter a parte demandante recursos suficientes para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios, ou seja, demandar em juízo sem o desfalque do estritamente necessário para sua manutenção, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015.

2. DOS FATOS

No dia 22 de setembro de 2019, por volta das 02h da madrugada, ocorreu um acidente de trânsito, cujas únicas especificações que o autor recorda são de um forte impacto em seu carro, que o levou a colidir com barranco e capotar. Como estava desacordado logo após o acidente, o autor foi socorrido por populares, que o levaram até a Unidade de Pronto Atendimento localizada em Canindé/CE, conforme demonstram os documentos anexos.

Em decorrência do fato, o autor teve de realizar diversos procedimentos, exames e demais atendimentos médicos, ficando inclusive internado por 05 dias, após ser transferido para o hospital da Unimed, em Fortaleza/CE.

Pela simples análise dos documentos anexos, percebe-se que o requerente foi diagnosticado com *"fratura compressiva de corpo vertebral de C5 com discreta retropulsão para canal medular com abaulamento discal C5C6"*. Tal lesão, encontrada na coluna do autor, ainda é presente e demanda tratamento intensivo diariamente.

Aliás, no Relatório Médico anexo o médico responsável por seu acompanhamento, atesta que tal lesão é de natureza PERMANENTE. Ou seja, o autor terá que conviver com a lesão e demandar todos os cuidados necessários até o fim de sua vida, simplesmente para conseguir viver com o mínimo de dignidade.

Ocorre que, ao requerer seus direitos junto à demandada, foi informado que seu pedido fora indeferido por estar o autor, à época do acidente, inadimplente com o pagamento do Seguro Obrigatório. Isso porque o autor acreditava já ter pago o valor correspondente, mas por erro humano não verificou que o pagamento ocorrido tinha sido referente ao ano anterior. Tudo comprovado pela documentação anexa.

Como é cediço, tal inadimplência não constitui fator autorizador da negativa fornecida pela ré, sendo inclusive matéria sumulada, conforme veremos a seguir.

2

Diante de tais fatos, o Autor vindo a tomar ciência acerca dos direitos que lhe cabem, vem perante esse juízo, esperando ser devida e completamente indenizado, na forma do Art. 3º, inciso II, da Lei nº 6.194/74, com redação dada pela Lei nº 11.482/2007, dispositivo que fixa a referida indenização no valor de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Os documentos apresentados fazem provas suficientes das lesões do requerente, devendo ser reconhecido o direito a indenização, com juros e correção monetária.

Diante de tais fatos e da comprovação da lesão, a via judicial se faz necessário para que Vossa Excelência determine que a seguradora pague a indenização referente ao SEGURO OBRIGATÓRIO no grau a ser apurado em perícia judicial, com a devida correção monetária que deverá incidir a partir do dia 29/12/2006.

3. DOS DIREITOS

O art. 3º da lei nº. 6.194/74, estabelece que os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, conforme se vê abaixo:

Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

3

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, fazendo jus a parte autora ao recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

4

Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

O fato foi devidamente comprovado pela parte autora, de acordo com o art. 5º da Lei 6.194/74, § 1, a), que diz que “*o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente*” que se dará mediante a entrega do documento de registro da ocorrência no órgão policial competente.

Vale ressaltar que a lei não diz se o Boletim de Ocorrência deve ser comunicado ou não, exigindo-se apenas o Boletim de Ocorrência OU Certidão de Ocorrência, sendo ônus da Seguradora fazer prova de que as informações contidas no Boletim de Ocorrência, ou na Certidão de Ocorrência, não são verdadeiras, se assim por ventura alegar.

Além do Boletim de Ocorrência, outros documentos juntados pela parte autora, corroboram a veracidade das declarações expostas no BO. Portanto, o conjunto probatório, atesta o fato como verdadeiro.

Ora, ressalta-se que a parte autora cumpriu o determinado pelo artigo 333, inciso I, do Código de Processo Civil, pois junta documentos comprovando suas alegações (boletim de ocorrência – conforme art. 5º da Lei 6.194/74, § 1, a –, além da documentação médica hospitalar), portanto, meras alegações da seguradora alegando o contrário, não podem ser admitidas.

É dever da Seguradora Requerida, cumprir com o determinado pelo art. 333, II do CPC, que diz que ao réu incumbe o ônus da prova, quanto à existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor.

Diante o exposto, cumpre a parte autora com o determinado por lei e embasado na jurisprudência, para fazer jus ao reconhecimento do direito a indenização de DPVAT, bem como ao recebimento da mesma, o que desde já requer.

a) DA INADIMPLÊNCIA

O seguro obrigatório DPVAT, instituído pela Lei 6.194/74, com coberturas para morte, invalidez permanente e reembolso de despesas médicas, independentemente de análise subjetiva da responsabilidade civil.

O fato de o proprietário do veículo estar inadimplente com o seguro DPVAT não é motivo para que a seguradora conveniada deixe de fazer o pagamento da indenização. Tal preceito é expresso na Súmula 257 do Superior Tribunal de Justiça, conforme vemos abaixo:

Súmula 257. A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização.

Dessa forma, tendo em vista o ordenamento jurídico pátrio, qualquer conteúdo divergente de tal entendimento, exposto em Resoluções ou documentos oficiais da ré não devem se sustentar.

Esse entendimento, inclusive, é amplamente defendido pela jurisprudência pátria, conforme podemos ver abaixo:

APELAÇÃO – SEGURO DPVAT – INDENIZAÇÃO –
INADIMPLEMENTO DO SEGURO OBRIGATÓRIO POR PARTE DO
PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO – HIPÓTESE QUE NÃO
IMPOSSIBILITA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO - Tendo em
vista que a Súmula 257 do STJ não faz qualquer menção à
hipótese de impossibilidade de pagamento de indenização ao

proprietário do veículo que se encontrava inadimplente com o pagamento do seguro DPVAT, inviável o acolhimento da tese sustentada pela segurado, não se aplicando, portanto, o disposto nas Resoluções 273/12 e 332/15 da CNPS. RECURSO IMPROVIDO

(TJ-SP 10385066620168260002 SP 1038506-66.2016.8.26.0002, Relator: Maria Lúcia Pizzotti, Data de Julgamento: 13/12/2017, 30ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 15/12/2017)

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DPVAT. INADIMPLEMENTO DO SEGURO OBRIGATÓRIO POR PARTE DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO - HIPÓTESE QUE NÃO IMPOSSIBILITA O RECEBIMENTO DE INDENIZAÇÃO - INDENIZAÇÃO DEVIDA - INTELIGÊNCIA DA SÚMULA 257 DO STJ. FALTA DE INTERESSE DE AGIR - INOCORRÊNCIA - EXISTÊNCIA DE PRÉVIO PEDIDO ADMINISTRATIVO. RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO. SENTENÇA MANTIDA. 1. Trata-se de Apelação Cível interposta pela Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT, adversando sentença de fls. 123/229 prolatada pelo Juízo da 30ª Vara Cível da Comarca de Fortaleza, nos autos da AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT ajuizada por Ana Cléa Benício Leitão, que julgou parcialmente procedente o pleito autoral. 2. Destaca-se que a Lei nº 6.194/74 não contém ressalva no tocante à quitação do seguro fora de seu vencimento, ao contrário, seu artigo 7º dispõe, expressamente, que a indenização no caso de "seguro não realizado ou vencido será paga nos mesmos valores, condições e prazo dos demais casos". 3. O entendimento do STJ, por meio da Súmula nº 257, é no sentido de que "a falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização". Ou seja, a ausência de comprovação do pagamento do prêmio do seguro obrigatório não autoriza a recusa do pagamento da indenização, mesmo nos casos em que a vítima é o proprietário do veículo inadimplente. 4. Portanto, o fato do demandante, ora apelado, estar ou não inadimplente em relação ao pagamento do seguro obrigatório DPVAT na época do sinistro, não afasta o dever de indenizar da seguradora, pois restou comprovado através do Boletim de Ocorrência (fls. 20) que houve o acidente, bem como o dano permanente, conforme laudo pericial (fls. 101/104). 5. Alega, ainda, a Seguradora que há carência de interesse de agir, uma vez que a parte Autora "em tempo algum buscou o recebimento do seguro DPVAT na via administrativa". Ocorre que, conforme

documento acostado às fls. 34, houve o registro de sinistro em nome da apelada, constando o mesmo com status de "pedido de indenização cancelada", não merecendo guarida a tese defensiva de falta de interesse de agir. Registre-se, ainda, que a pretensão do mesmo restou resistida ante a apresentação de contestação e razões da apelação. 6. Consoante entendimento deste Tribunal de Justiça, o interesse processual independe do esgotamento da esfera administrativa, pois a ausência de formalização da negativa do pagamento da indenização não constitui óbice para o ajuizamento da ação de cobrança, pois o titular do direito poderá pleitear diretamente junto ao Poder Judiciário a proteção de seu direito, sem a necessidade de esgotamento da via administrativa. 7. Recurso conhecido e improvido. Sentença mantida. ACÓRDÃO Vistos, relatados e discutidos estes autos, acorda a 3^a Câmara Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, por uma de suas Turmas, em conhecer do recurso, para negar-lhe provimento, mantendo hígida a sentença vergastada, nos termos do voto da eminente Relatora. Fortaleza, 06 de fevereiro de 2019.
MARIA VILAUBA FAUSTO LOPES Presidente do Órgão Julgador Exma. Sr^a. MARIA DAS GRAÇAS ALMEIDA DE QUENTAL-PORT1393/2018 Relatora Procurador (a) de Justiça

(TJ-CE - APL: 01736011220178060001 CE 0173601-12.2017.8.06.0001, Relator: MARIA DAS GRAÇAS ALMEIDA DE QUENTAL-PORT1393/2018, Data de Julgamento: 06/02/2019, 3^a Câmara Direito Privado, Data de Publicação: 06/02/2019)

Diante da documentação anexa, demonstrando a ocorrência do acidente, bem como o dano permanente e a recusa da ré, depreende-se pelo direito autoral aqui defendido.

4. DOS PEDIDOS

Expostos os fatos e a fundamentação jurídica pertinente ao pleito, à parte requerente, respeitosamente, pede a Vossa Excelência que se digne a:

- a) **CONCEDER** os benefícios da justiça gratuita por não possuir a parte requerente condições econômicas para custear as despesas processuais e prover o próprio sustento, nos termos dos arts. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015;

7

- 8
- b) **DETERMINAR A CITAÇÃO** da **Requerida** para, querendo, contestar o presente feito, no prazo legal, bem como acompanhá-lo em todos os seus procedimentos até o julgamento final, sob pena de, em assim não o fazendo, sofrer os efeitos da **REVELIA**;
 - c) **JULGAR**, por sentença, pela **PROCEDÊNCIA** do feito, com a **condenação da empresa ao pagamento de seguro DPVAT no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, acrescido de juros e correção monetária até a data do efetivo pagamento;
 - d) **DECIDIR** pela condenação da requerida no pagamento das verbas de sucumbência, isto é, custas processuais e honorários advocatícios em 15%;

Em relação à audiência de conciliação ou de mediação, prevista no art. 319, inciso VII, da Lei 13.105/2015, a parte autora opta pela sua não realização.

Protesta provar o alegado por todos os meios admitidos em Direito, notadamente, depoimento pessoal do(a) requerido(a), sob pena de **CONFESSO**, prova testemunhal, juntada ulterior de documentos, bem como quaisquer outras providências que V. Excelênciia julgue necessária à perfeita resolução do feito, ficando tudo de logo requerido.

Requer que toda e qualquer intimação e/ou notificação destinada ao Requerente, relativas ao presente processo, sejam enviadas **EXCLUSIVAMENTE** à advogada **TALITHA COSTA SOUZA (OAB/CE 36.565)**, sob pena de nulidade, conforme preceitua o art. 272, §5º, da Lei 13.105/2015.

Dá-se à causa o valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**.

Termos em que,

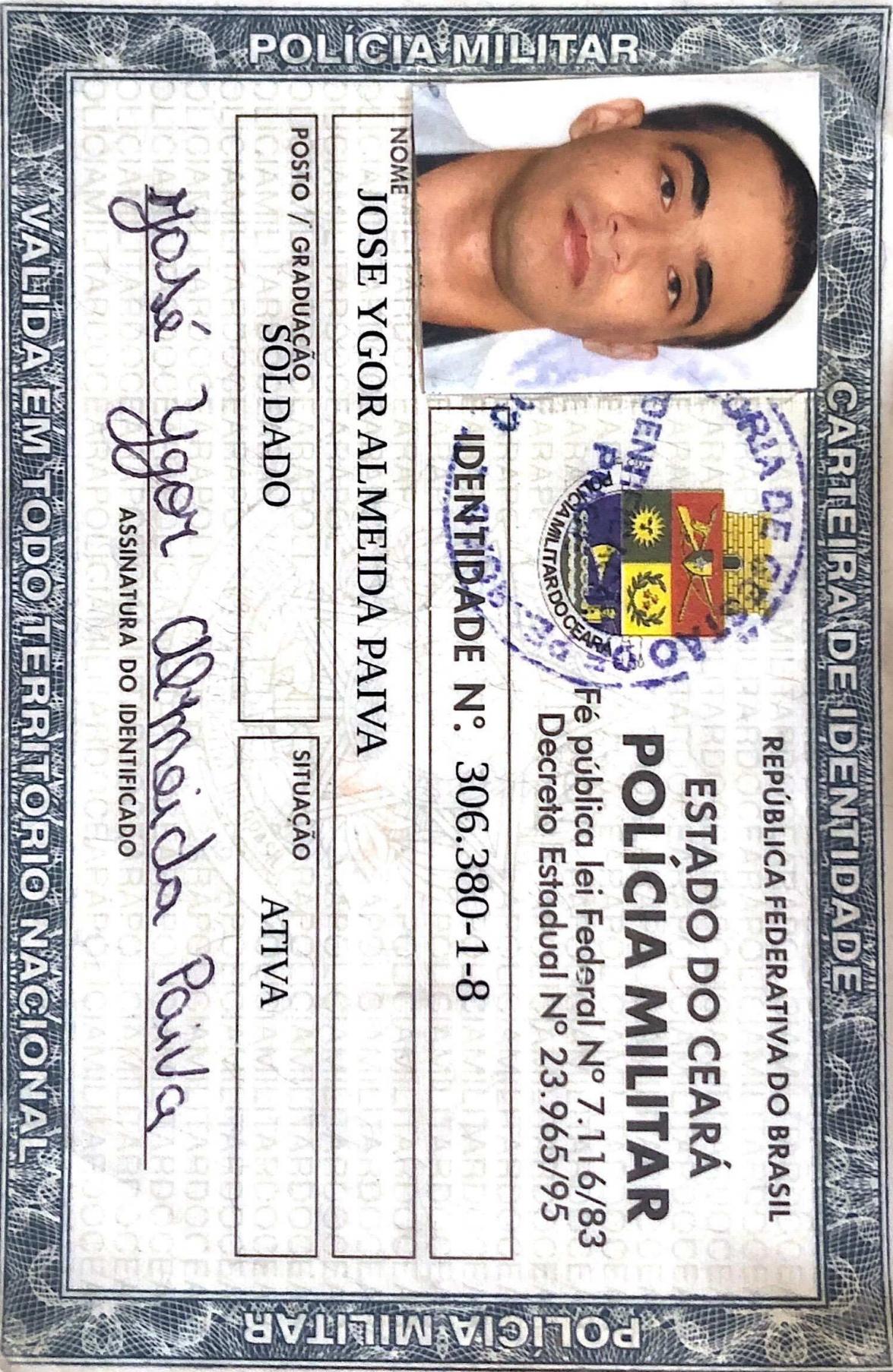
Pede deferimento.

Fortaleza, 28 de julho de 2020.

9

Talitha Costa Souza

OAB/CE 36.565



CARTEIRA DE IDENTIDADE			
N.º NA PM	DATA DA ADMISSÃO 10/06/2014		
29043	CPF 045.889.053 - 76		
JOSE PEREIRA PAIVA			
MARIA DO SOCORRO ALMEIDA SILVA			
NATURALIDADE CANINDE		ESTADO CE	DATA DE NASCIMENTO 13/12/1992
CUTIS PARDAS	CABELOS CASTS.	OLHOS CASTS.	SEXO MASC.
TS O	RH POSITIVO	RD	POLEGAR DIREITO
 Mato Grosso do Sul			
ASS. DA AUTORIDADE EXPEDIDORA Mat 8231613	DATA DA EMISSÃO 10/06/2014		
PERMITIDO O PORTE DE ARMA			
Série A N.º 000000			

Nº do Cliente:	497252	A Tarifa 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 06.105.848-00																																																																
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B SÉRIE ÚNICA N° 070000780																																																																		
Rota CN019U01 - 114000 Referência 06/2020																																																																		
Nome MARIA DO SOCORRO ALMEIDA SILVA																																																																		
Endereço RU J. PINTO, 00682, PALESTINA, 62700-000, CAHINDE																																																																		
Classificação Resid. Baixa Renda																																																																		
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL Emissão 27/06/2020																																																																		
Ligaçāo Monofásico Medidor 941024-SCH-001																																																																		
ÁREA RESERVADA AO FISCO																																																																		
4594852.00070/98533905001-033269																																																																		
ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="12">P.P.: 31 dias</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Anterior</th> <th colspan="2">Atual</th> <th colspan="2">Próxima prevista</th> <th colspan="6">MÉJ JUN MAI ABR MAR FEV MAR DZ MAR ABR OUT DEZ NOV JUN DEZ VZD JUN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">21/05/2020</td> <td colspan="2">27/06/2020</td> <td colspan="2">26/07/2020</td> <td colspan="6"> </td> </tr> </tbody> </table>			P.P.: 31 dias												Anterior		Atual		Próxima prevista		MÉJ JUN MAI ABR MAR FEV MAR DZ MAR ABR OUT DEZ NOV JUN DEZ VZD JUN						21/05/2020		27/06/2020		26/07/2020																																			
P.P.: 31 dias																																																																		
Anterior		Atual		Próxima prevista		MÉJ JUN MAI ABR MAR FEV MAR DZ MAR ABR OUT DEZ NOV JUN DEZ VZD JUN																																																												
21/05/2020		27/06/2020		26/07/2020																																																														
DADOS DA LEITURA																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Posto</th> <th>Leit. Atual</th> <th>Leit. Anterior</th> <th>Const.</th> <th>Consumo Mês (kWh)</th> <th>Consumo Incl. (kWh)</th> <th>Consumo Fat. (kWh)</th> <th>Tarifa (R\$/kWh)</th> <th>Valor (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FP</td> <td>50,372</td> <td>50,241</td> <td>1,00</td> <td>131</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,0000</td> <td>0,00</td> </tr> </tbody> </table>			Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)	FP	50,372	50,241	1,00	131	0	0	0,0000	0,00																																														
Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)																																																										
FP	50,372	50,241	1,00	131	0	0	0,0000	0,00																																																										
DADOS DA MEDIDAÇÃO																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DADOS DO FATURAMENTO</th> <th>TARIFA</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">CIP - ILUM PUB PREF MUNIC</td> <td>-</td> <td>13,80</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PIS COMPL BX RENDA</td> <td>-</td> <td>0,69</td> </tr> <tr> <td colspan="2">COFINS COMPL BX RENDA</td> <td>-</td> <td>3,16</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DESCONTO BAIXA RENDA</td> <td>-</td> <td>-69,97</td> </tr> <tr> <td colspan="2">CONSUMO SEM SUBVENÇÃO</td> <td>-</td> <td>69,97</td> </tr> <tr> <td colspan="2">CREDITO DE PEQUENOS VALORES</td> <td>-</td> <td>-32,67</td> </tr> <tr> <td colspan="2">CONSUMO DE 000 kWh ATÉ 030 kWh</td> <td>-</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td colspan="2">CONSUMO DE 031 kWh ATÉ 100 kWh</td> <td>-</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td colspan="2">CONSUMO DE 101 kWh ATÉ 131 kWh</td> <td>-</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PAGAMENTO DUPLICIDADE/NÃO LOC</td> <td>-</td> <td>-1,98</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DEBITO DE PEQUENOS VALORES</td> <td>-</td> <td>5,00</td> </tr> <tr> <td colspan="2">COB DOACAO IPREDE 0800.042.01.08</td> <td>-</td> <td>2,00</td> </tr> <tr> <td colspan="2">COB DOACAO LAR TORRES DE MELO 0800 042 0108 -</td> <td>-</td> <td>5,00</td> </tr> <tr> <td colspan="2">COB DOACAO INST COR CRIANCA ADOL 0800 0420108</td> <td>-</td> <td>2,00</td> </tr> <tr> <td colspan="2">COB DOACAO HOSP BATISTA 0800 042 0108</td> <td>-</td> <td>3,00</td> </tr> </tbody> </table>			DADOS DO FATURAMENTO		TARIFA	VALOR (R\$)	CIP - ILUM PUB PREF MUNIC		-	13,80	PIS COMPL BX RENDA		-	0,69	COFINS COMPL BX RENDA		-	3,16	DESCONTO BAIXA RENDA		-	-69,97	CONSUMO SEM SUBVENÇÃO		-	69,97	CREDITO DE PEQUENOS VALORES		-	-32,67	CONSUMO DE 000 kWh ATÉ 030 kWh		-	0,00	CONSUMO DE 031 kWh ATÉ 100 kWh		-	0,00	CONSUMO DE 101 kWh ATÉ 131 kWh		-	0,00	PAGAMENTO DUPLICIDADE/NÃO LOC		-	-1,98	DEBITO DE PEQUENOS VALORES		-	5,00	COB DOACAO IPREDE 0800.042.01.08		-	2,00	COB DOACAO LAR TORRES DE MELO 0800 042 0108 -		-	5,00	COB DOACAO INST COR CRIANCA ADOL 0800 0420108		-	2,00	COB DOACAO HOSP BATISTA 0800 042 0108		-	3,00
DADOS DO FATURAMENTO		TARIFA	VALOR (R\$)																																																															
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC		-	13,80																																																															
PIS COMPL BX RENDA		-	0,69																																																															
COFINS COMPL BX RENDA		-	3,16																																																															
DESCONTO BAIXA RENDA		-	-69,97																																																															
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO		-	69,97																																																															
CREDITO DE PEQUENOS VALORES		-	-32,67																																																															
CONSUMO DE 000 kWh ATÉ 030 kWh		-	0,00																																																															
CONSUMO DE 031 kWh ATÉ 100 kWh		-	0,00																																																															
CONSUMO DE 101 kWh ATÉ 131 kWh		-	0,00																																																															
PAGAMENTO DUPLICIDADE/NÃO LOC		-	-1,98																																																															
DEBITO DE PEQUENOS VALORES		-	5,00																																																															
COB DOACAO IPREDE 0800.042.01.08		-	2,00																																																															
COB DOACAO LAR TORRES DE MELO 0800 042 0108 -		-	5,00																																																															
COB DOACAO INST COR CRIANCA ADOL 0800 0420108		-	2,00																																																															
COB DOACAO HOSP BATISTA 0800 042 0108		-	3,00																																																															
Tributo: Base (R\$): Aliquota (%): Valor (R\$):																																																																		
<table border="1"> <tbody> <tr> <td>ICMS</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>PIS</td> <td>69,97</td> <td>0,99</td> <td>0,69</td> </tr> <tr> <td>COFINS</td> <td>69,97</td> <td>4,52</td> <td>3,16</td> </tr> </tbody> </table>			ICMS	0,00	0,00	0,00	PIS	69,97	0,99	0,69	COFINS	69,97	4,52	3,16																																																				
ICMS	0,00	0,00	0,00																																																															
PIS	69,97	0,99	0,69																																																															
COFINS	69,97	4,52	3,16																																																															
VENCIMENTO 16/07/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00																																																																		
CONSUMO CONSCIENTE CPF/CNPJ 392.371.333-91																																																																		
EMISSÕES DE CO ₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.																																																																		
Emitido kg (CO ₂) Compensado kg (CO ₂) Consciência Ecológica (%CO ₂)																																																																		
INFORMAÇĀOES AO CLIENTE																																																																		
Periodos: Band. Tarif.: Verde : 28/05 - 27/06																																																																		
Conforme MP Federal 950/20, essa conta teve desconto de 100% na parcela de consumo até 220kwh.																																																																		
<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Nº do Cliente: 497252</td> <td>Referência: 06/2020</td> <td>V:[1.0.0.14]</td> </tr> <tr> <td>Data de Emissão: 27/06/2020</td> <td>Total a Pagar (R\$): 0,00</td> <td>QTB: 09/06/2020 09:59:53</td> </tr> <tr> <td>Nº da Nota Fiscal: 070000780</td> <td>Nº de Controle: 60001690854</td> <td>4.36425867 19.8615155</td> </tr> </tbody> </table>			Nº do Cliente: 497252	Referência: 06/2020	V:[1.0.0.14]	Data de Emissão: 27/06/2020	Total a Pagar (R\$): 0,00	QTB: 09/06/2020 09:59:53	Nº da Nota Fiscal: 070000780	Nº de Controle: 60001690854	4.36425867 19.8615155																																																							
Nº do Cliente: 497252	Referência: 06/2020	V:[1.0.0.14]																																																																
Data de Emissão: 27/06/2020	Total a Pagar (R\$): 0,00	QTB: 09/06/2020 09:59:53																																																																
Nº da Nota Fiscal: 070000780	Nº de Controle: 60001690854	4.36425867 19.8615155																																																																
PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.																																																																		

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o nº 045.889.053-76, portador do RG de nº 30638018, PM/CE, residente e domiciliado à Rua Rua J. Pinto, 682, Palestina, Canindé/CE, CEP 62700-000, DECLARO, nos termos da Lei 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que estou impossibilitado de arcar com o pagamento de custas processuais, sem sacrifício do sustento meu e de minha família, sendo, portanto, considerado pobre na acepção jurídica do termo.
Por ser expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade pelas declarações acima, sob as penas da lei, e assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Fortaleza - CE, 07 de julho de 2020.

Ygor Almeida Paiva
JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA



TALITHA COSTA
ADVOGADA

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o nº 045.889.053-76, portador do RG de nº 30638018, PM/CE, residente e domiciliado à Rua Rua J. Pinto, 682, Palestina, Canindé/CE, CEP 62700-000.

OUTORGADA: TALITHA COSTA SOUZA, brasileira, casada, inscrita na OAB/CE sob o nº 36.565, com endereço profissional nesta urbe, à Av. Edilson Brasil Soares, nº 36, Fortaleza/CE, onde deverão receber todas as citações, intimações e notificações provenientes da outorga do presente instrumento.

Pelo presente instrumento particular de procuração, a outorgante acima qualificada nomeia e constitui sua bastante procuradora a outorgada também supra qualificado, a qual concede procuração geral para o foro, com os poderes das cláusulas *ad iucicia et extra*, nos termos do art. 5º § 2º, da Lei nº 8.906, de 04/07/1994, combinado com os poderes especiais do art. 38 do CPC, ou seja, confessar, desistir, transigir, renunciar o direito em que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, receber alvarás, podendo ainda substabelecê-la, com ou sem reserva de iguais poderes, bem como cancelar, para a segunda hipótese, os poderes conferidos ao(s) substabelecido(s).

Fortaleza, 07 de julho de 2020.

Ygor Almeida Paiva
JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA REGIONAL DE CANINDE
 Impresso nº 2019926352



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 432 - 5075 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **18/12/2019 08:41:07**
 Data / Hora da Ocorrência: **22/09/2019 02:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **ROD BR020, KM 337 - CAMPOS BELOS CARIDADE/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOSÉ YGOR ALMEIDA PAIVA	RG: 20072335496	CPF: 045.889.053-76	UF: CE
Endereço: RUA JOTA PINTO, 682	Orgão Emissor: SSPDS		
Bairro: ALTO DO MOINHO	Filiação: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA SILVA JOSE PEREIRA PAIVA		
Município: CANINDE/CE	CEP: 58200-000		
País: BRASIL	Telefone: (85) 9669-7157		

Histórico

Compareceu a esta Delegacia a pessoa acima qualificada para noticiar que na data e hora acima citado sofreu acidente de trânsito no endereço supramencionado; QUEera condutor do veiculo Marca/Modelo: VW/GOL CL MC, ANO/MOD.2014/2015, COR preta, Placa: OSQ4850 Número Chassi: 9BWAB45U4FP519611 , RENAVAM: 1205194832 , Proprietário: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA; Que estava trafegando na BR 020 vindo de fortaleza destino a Canindé quando próximo a Campos Belos em Caridade-CE perdeu o controle da direção de seu veículo; Que o declarante afirma que o carro colidiu com um barranco; Que afirma que não lembra muito do ocorrido e que acredita que tenha sido por conta da pancada na cabeça, todavia se que se recorda que foi atendido por populares que o levaram até a UPA em Canindé, e de lá foi encaminhado, no mesmo dia ao acidente, para o Hospital São Francisco em Canindé-CE; Que no Hospital São Francisco fizeram um RAIO X e foi constatado uma deformidade na coluna cervical; Que o declarante foi encaminhado para Emergência da Unimed (em Fortaleza-CE)e lá constataram uma fratura na c5 (cervical); Que o declarante verbaliza que ficou internado por 5 (cinco) dias; Que foi expedido exame de corpo delito; Que tem como testemunhas do acidente ocorrido as pessoas de nomes ANTONIO KLECIO SILVA ABREU Identidade funcional 30864867 (PMCE) e FABIANA CANDIDO VENANCIO RG 2003015080485 SSPDSCE. E NADA MAIS DISSE.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CANINDE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

RIVANDA BENEVIDES CAVALCANTE - MAT.: 30119371

DELEGACIA REGIONAL DE CANINDE

Consolidado em: 18/12/2019 08:48:14

Pág. 1 de 2

Impresso em: 18/12/2019 08:48:14



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CANINDE
Impresso nº 2019926346



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 432 - 5075 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

+ ygor almeida Paiva

VISTO DO DELEGADO(A) :

DANIEL ARAGÃO MOTA - MAT.: 300591-1-5



FICHA DE REFERÊNCIA

1. PREENCHER ESTA FICHA EM (TRÊS)
2. AO TERMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO ENTREGAR 2 (DUAS) VIAS AO USUÁRIO, ORIENTANDO-O PARA RETORNAR COM 1º UNIDADE DE ORIGEM.

UNIDADE DE ORIGEM: _____

DISTRITO SANITÁRIO: _____ MUNICÍPIO: _____

NOME: José Igor Almeida Paiva PRONTUÁRIO N° _____
 SEXO: M F DATA DE NASCIMENTO 13/12/92 OCUPAÇÃO: _____
 ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____ FONE: _____

MOTIVO DO ENCaminhamento:

Paciente após exame de tomografia, referência da Dr. Ana Paula e do Dr. Wagner. Pode ser considerado de solicitação.
 RESULTADO DE EXAME(S): ouvidos - tomografia

CONDUTA JÁ REALIZADA:

Algesia.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Dra. Thaysane Coelho
Assinatura
CRM/CEC 20594

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - Nº REGISTRO _____ FUNÇÃO _____ DATA _____ HORA _____

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL HOSPITALAR AUXÍLIO DIAGNÓSTICO PROCEDIMENTO: TomografiaUNIDADE DE REFERÊNCIA: _____ PROFISSIONAL: Tomologista DATA: 21/09/19 HORA: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA(*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

MUNICÍPIO: _____ PRONTUÁRIO N° _____ ALTA: _____ / _____ / _____

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO:

RESULTADO DO(S) EXAME(S): _____

DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL _____ CID: _____

SECUNDÁRIO 1 _____ CID: _____

SECUNDÁRIO 2 _____ CID: _____

PROPOSTA DE CONSULTA PARA SEGUIMENTO:

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM NÃO O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDIU COM O DIAGNÓSTICO? SIM NÃO

ASSINATURA DO CONSULTANTE - Nº REGISTRO _____ FUNÇÃO _____ DATA _____ HORA _____

FICHA DE ANAMNESE DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

Unidade Prestadora: Upa 24hs

Data: 22/09/29

ATENDIMENTO: N° 42

DADOS DO PACIENTES

Nome: José Ygor Almeida Paiva CNS: 16216762460000

Sexo: M Data de Nascimento: 13/12/1982 Idade: 26

Mãe: M. de S. Almeida Silveira

Endereço: "J" Pente, 682

Bairro: Altos dos mimos Cidade: P de

Cep: Telefone:

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE: HORA: 9:23

G: P: 13 PESO: T: PA: 140X78 ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

SANTO, 99%

QUEIXAS: dor coluna + estofila + dor MIE

ATENDIMENTO: <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO <input type="checkbox"/> CLÍNICO	TRANSFERIDOS DE OUTRO HOSPITAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> GSU <input type="checkbox"/> MEIOS PRÓPRIOS <input type="checkbox"/> SAMU	PROCUROU A UBS: CAUSAS: <input type="checkbox"/> ENCAMINHADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA <input type="checkbox"/> NÃO TINHA MÉDICO <input type="checkbox"/> POSTO ESTAVA FECHADO <input type="checkbox"/> NÃO RESOLVEU O PROBLEMA PORQUE: <input type="checkbox"/> NÃO É EFICIENTE <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> É LONGE DE CASA <input type="checkbox"/> NÃO HAVIA MÉDICO
---	---	--

OUTRAS CAUSAS: alergia + vítima de capamento (5)

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN.	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MIN.	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MIN.	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MIN.
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Politraumatismo/ TCE; <input type="checkbox"/> Queimaduras grandes; <input type="checkbox"/> Coma ou alteração de consciência; <input type="checkbox"/> Lesão da coluna vertebral; <input type="checkbox"/> Desconforto respiratório grave; <input type="checkbox"/> Dor no peito + falta de ar + cianose; <input type="checkbox"/> Vômito + perda da consciência ou dor torácica por + 30 min; <input type="checkbox"/> Perforação no peito, abdômen ou cabeça; <input type="checkbox"/> Crise Convulsiva; <input type="checkbox"/> Intoxicação exógenas ou tentativas de suicídio; <input type="checkbox"/> Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; <input type="checkbox"/> Hiper ou hipoglicemias (diagnosticadas); <input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória; <input type="checkbox"/> Alterações de SSVV + sintomas (diagnosticadas) <input type="checkbox"/> Hemorragias não controláveis; <input type="checkbox"/> Fraturas; ferimentos (cortes); 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cefaléia súbita ou rapidamente progressiva; <input type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental, desmaios; <input type="checkbox"/> História de convulsão; <input type="checkbox"/> Dor torácica Intensa; <input type="checkbox"/> Crise asmática ou desconforto respiratório; <input type="checkbox"/> Diabético + sudorese, alterações de estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipneia, taquicardia; <input type="checkbox"/> Alteração de sinais vitais em pacientes sintomáticos; <input type="checkbox"/> História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; <input type="checkbox"/> Epistaxe; <input type="checkbox"/> Dor forte de qualquer natureza; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal com dor abdominal; <input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; <input type="checkbox"/> Febre alta (39/40°) <input type="checkbox"/> Luxações, entorse + dor intensa; <input type="checkbox"/> Acidente por animais peçonhos; <input type="checkbox"/> Broncoespasmo. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Idade superior a 60 anos; <input type="checkbox"/> Pacientes escoltados; <input type="checkbox"/> Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; <input type="checkbox"/> Asma fora de crise <input type="checkbox"/> Enxaqueca <input type="checkbox"/> Dor de ouvido moderada a grave; <input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações de sinais vitais; <input type="checkbox"/> Sangramentos vaginal sem dor abdominal; <input type="checkbox"/> Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; <input type="checkbox"/> Abcessos; <input type="checkbox"/> Distúrbios neurovegetativos; <input type="checkbox"/> Lombalgia intensa; <input type="checkbox"/> Intercorrência ortopédicas; <input type="checkbox"/> Gastroenterite; 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Queixas sem alterações agudas; <input type="checkbox"/> Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos; <input type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente; <input type="checkbox"/> Uso de Benzilpenicilina. <p>PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.</p>



Paciente: 72054501 - JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Data Nasc.: 13/12/1992

fls. 19

Nome Social:

Idade: 26 Anos 10 Meses 18 Dias

Sexo: Feminino

Atendimento: 6628418

Carteira: 0630020057129223

Plano: MULTIPLAN - ENF

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade: EMERGENCIA AREA CRITICA

Leito: OBS 06

Data Doc.: 22/09/2019 12:06:59

Data de Internação: 22/09/2019

Dias de Internação: 0

Data Impress.: 22/09/2019 12:06

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

22/09/2019 12:06 12:06

QUEIXA PRINCIPAL

CAPOTAMENTO

HDA

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO), NÃO LEMBRA DO OCORRIDO. QUEIXA-SE DE DOR EM REGIÃO CERVICAL.

CONFERE COM ORIGINAL

DESCRÍÇÃO DO EXAME FÍSICO

ECG= 15 SEM LIMITAÇÕES MOTORAS OU ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE; TORAX NDN; ABDOME FLÁCIDO E SEM DOR À PALPAÇÃO

Ana Kelly Elias Mesquita
Aux. Adm. I - NAC
Mat. 8284

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

TRAUMA CERVICAL

CID: T008 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS ENVOLVENDO OUTRAS COMBINAÇÕES DE REGIÕES DO CORPO

EM CASO DE FRATURA :

EXPOSTA NÃO

COMORBIDADES

ASMA AVC HIPOTIREOIDISMO PNEUMOPATIA DPOC HAS HIPERTIREOIDISMO
 IRC DIABETES TABAGISMO CANCER OBESIDADE DOENÇA CONTAGIOSA
 CARDIOPATIA ETILISMO OUTROS NEGA COMORBIDADES

CONDUTA

ENCaminhamento MEDICAÇÃO IMAGEM LABORATORIO ALTA INTERNAÇÃO

JONAS ARAUJO E SILVA

CRM: 3826

COD.DOCUMENTO: 207

Versao : 31

CABEÇALHO: 5821

NOME : BOLETIM DE EMERGÊNCIA



Paciente: 72054501 - JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Data Nasc.: 13/12/1992

Nome Social:

Idade: 26 Anos 9 Meses 9 Dias

Sexo: Feminino

Atendimento: 6628418

Carteira: 0630020057129223

Plano: MULTIPLAN - ENF

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade:

Leito:

Data Doc.: 22/09/2019 17:38:03

Data de Internação: 22/09/2019

Dias de Internação: 0

Data Impress.: 22/09/2019 17:38

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

22/09/2019 17:38 17:38

QUEIXA PRINCIPAL

capotamento

HDA

paciente sofreu capotamento e na tC de coluna cervical foi evidenciado fratura de c5, paciente relata cervicalgia.



CONFERE COM ORIGINAL.

DESCRÍÇÃO DO EXAME FÍSICO

ndn .

Hospital Regional
Unimed
 Fortaleza
 Ana Kelly Elias Mesquita
 Aux. Adm. I - NAC
 Mat. 6284

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

fratura cervical

CID: T08 - FRATURA DA COLUNA, NIVEL NAO ESPECIFICADO**EM CASO DE FRATURA :**

EXPOSTA NÃO

COMORBIDADES

- ASMA AVC HIPOTIREOIDISMO PNEUMOPATIA DPOC HAS HIPERTIREOIDISMO
 IRC DIABETES TABAGISMO CANCER OBESIDADE DOENCA CONTAGIOSA
 CARDIOPATIA ETILISMO OUTROS NEGA COMORBIDADES

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO MEDICAÇÃO IMAGEM LABORATORIO ALTA INTERNAÇÃO

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-3/2001, Resolução CFM 182/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registros Eletrônicos em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 024.
 MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI 53672410300, AC VALIO RFB v6, 53672410300, 31/10/2018 16:33 BRT 31/10/2018.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).



COD.DOCUMENTO: 207

Versao : 31

CABEÇALHO: 5821

NOME : BOLETIM DE EMERGÊNCIA



Paciente: 72054501 - JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Data Nasc.: 13/12/1992

Nome Social:

Idade: 26 Anos 9 Meses 9 Dias

Sexo: Feminino

Atendimento: 6628418

Carteira: 0630020057129223

Plano: MULTIPLAN - ENF

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade:

Leito:

Data Doc.: 22/09/2019 16:23:39

Data de Internação: 22/09/2019

Dias de Internação: 0

Data Impress.: 22/09/2019 16:23

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

V.30

ALERGIAS:

PACIENTE 26 ANOS, SEXO MASCULINO;
 NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES;

HD: POLITRAUMA;

VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO DEU ENTRADA NESTA UNIDADE HOSPITALAR APRESENTANDO DOR CERVICAL E LOMBAR. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, RESTRITO O LEITO, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCORADO, COOPERATIVO, LUCIDO. CONFORME SOLICITAÇÃO MÉDICA RETIRADO PRANCHA E COLAR CERVICAL. REALIZADO TC DO CORPO TODO CORPO E RX DE TORAX E US ABDOMINAL. APÓS RESULTADOS, SOLICITADO PARACERER DO TRAUMATOLOGISTA DE COLUNA. PELE INTEGRA PARA LESÃO POR PRESSÃO; SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Hospital Regional
Unimed
 Fortaleza

CONFERE COM ORIGINAL.

Hospital Regional
Unimed
 Fortaleza
 Ana Kelly Elias Mesquita
 Aux. Adm. I - NAC
 Mat. 6284

JULIANA HENRIQUE DOS REIS

438914

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-3/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2008, tendo sido gerado em um sistema verificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 024.

JULIANA HENRIQUE DOS REIS: 64582796324, AC VALID RFB v5, 64582796268, 31/10/2019 15:33 BRT 31/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).





Paciente: 72054501 - JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Data Nasc.: 13/12/1992

Nome Social:

Idade: 26 Anos 9 Meses 9 Dias

Sexo: Feminino

Atendimento: 6628418

Carteira: 0630020057129223

Plano: MULTIPLAN - ENF

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade:

Leito:

Data Doc.: 22/09/2019 16:23:39

Data de Internação: 22/09/2019

Dias de Internação: 0

Data Impress.: 22/09/2019 16:23

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

V.30

ALERGIAS:

PACIENTE 26 ANOS, SEXO MASCULINO;
 NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES;

HD: POLITRAUMA;

VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO DEU ENTRADA NESTA UNIDADE HOSPITALAR APRESENTANDO DOR CERVICAL E LOMBAR. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, RESTRITO O LEITO, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCORADO, COOPERATIVO, LUCIDO. CONFORME SOLICITAÇÃO MÉDICA RETIRADO PRANCHA E COLAR CERVICAL. REALIZADO TC DO CORPO TODO CORPO E RX DE TORAX E US ABDOMINAL. APÓS RESULTADOS, SOLICITADO PARACERER DO TRAUMATOLOGISTA DE COLUNA. PELE INTEGRA PARA LESÃO POR PRESSÃO; SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Hospital Regional
Unimed
 Fortaleza

CONFERE COM ORIGINAL.

Hospital Regional
Unimed
 Fortaleza
 Ana Kelly Elias Mesquita
 Aux. Adm. I - NAC
 Mat. 6284

JULIANA HENRIQUE DOS REIS

438914

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-3/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2008, tendo sido gerado em um sistema verificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 024.

JULIANA HENRIQUE DOS REIS: 64582796324, AC VALID RFB v5, 64582796268, 31/10/2019 15:33 BRT 31/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).





Paciente: 72054501 - JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Data Nasc.: 13/12/1992

Nome Social:

Idade: 26 Anos 9 Meses 9 Dias

Sexo: Feminino

Atendimento: 6628418

Carteira: 0630020057129223

Plano: MULTIPLAN - ENF

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade:

Leito:

Data Doc.: 22/09/2019 16:23:39

Data de Internação: 22/09/2019

Dias de Internação: 0

Data Impress.: 22/09/2019 16:23

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

V.30

ALERGIAS:

PACIENTE 26 ANOS, SEXO MASCULINO;
 NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES;

HD: POLITRAUMA;

VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO DEU ENTRADA NESTA UNIDADE HOSPITALAR APRESENTANDO DOR CERVICAL E LOMBAR. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, RESTRITO O LEITO, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCORADO, COOPERATIVO, LUCIDO. CONFORME SOLICITAÇÃO MÉDICA RETIRADO PRANCHA E COLAR CERVICAL. REALIZADO TC DO CORPO TODO CORPO E RX DE TORAX E US ABDOMINAL. APÓS RESULTADOS, SOLICITADO PARACERER DO TRAUMATOLOGISTA DE COLUNA. PELE INTEGRA PARA LESÃO POR PRESSÃO; SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Hospital Regional
Unimed
 Fortaleza

CONFERE COM ORIGINAL.

Hospital Regional
Unimed
 Fortaleza
 Ana Kelly Elias Mesquita
 Aux. Adm. I - NAC
 Mat. 6284

JULIANA HENRIQUE DOS REIS

438914

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-3/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2008, tendo sido gerado em um sistema verificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 024.

JULIANA HENRIQUE DOS REIS: 64582796324, AC VALID RFB v5, 64582796268, 31/10/2019 15:33 BRT 31/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).





Paciente: 72054501 - JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Data Nasc.: 13/12/1992

Nome Social:

Idade: 26 Anos 9 Meses 9 Dias

Sexo: Feminino

Atendimento: 6628418

Carteira: 0630020057129223

Plano: MULTIPLAN - ENF

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade:

Leito:

Data Doc.: 22/09/2019 17:50:07

Data de Internação: 22/09/2019

Dias de Internação: 0

Data Impress.: 22/09/2019 17:50

EVOLUÇÃO MÉDICA

22/09/2019 17: 17:50
50

neurologia: papós discutir o caso com neurocirurgião de sobreaviso , o mesmo orientou-me para interná-lo, deixá-lo com colar cervical , liber a dieta que amanhã a neurocirurgia irá avaliá-lo e não há conduta cirurgica no momento.

Hospital Regional
Unimed
 Fortaleza

CONFERE COM ORIGINAL.

Hospital Regional
Unimed
 Fortaleza
 Ana Kelly Elias Mesquita
 Aux. Adm. I - NAC
 Mat. 8284

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 81/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 024.
 MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI 53872410300, AC VALID RFB v6, 53472410300, 31/10/2019 18:33 BRT 31/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).



MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI CRM / 8691

Atendimento: 6628418

Data anotação: 22/09/2019

Hora anotação: 21:10

Paciente: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Idade: 26 Anos 9 Meses

Data de Nascimento: 13/12/1992

Responsável: MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI

Setor: EMERGENCIA 24H - OBSERVACAO

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Anotação

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, AFEBRIL, EM AR AMBIENTE VEIO DA SALA DE TRAUMA POR ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, COM FRATURA DE COLUNA, FEITO AVP EM MSD PARA USO DE MEDICAÇÃO.FEZ EXAMES DE IMAGEM , SEQUE SOB CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza

CONFERE COM ORIGINAL.

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
Ana Kelly Elias Mesquita
Aux. Adm. I - NAC
Mat. 0234

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2008, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 024.
ANTONIA DE SOUSA:49138936372, AC VALID RFB v5, 49138936372, 31/10/2019 15:33 BRT 31/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).



COREN 3303

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



**HOSPITAL REGIONAL UNIMED
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução**

Página: 1 / 1
Emitido por: M08510
Em: 22/09/2019 15:20

Prescrição.:5110678 Data:22/09/2019 - 15:20 DIAS INTERNADO:0 Dias - Usuário:M08510
Atendimento: 6628418 - Paciente: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA
Data Nascimento: Dt Nasc: 13/12/1992 (26a 9m 10d)
Médico.....: JONAS ARAUJO E SILVA Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: JOÃO ODILO GONÇALVES PINTO - CRM - CE - 8510
FUNÇÃO: MEDICO(A)

2ª VIA



Classificação de Risco:AMARELO - URGENTE

PRESCRICAO MEDICA

PROCEDIMENTOS MÉDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
7 IMOBILIZACAO COLAR CERVICAL NAO GESSADO ; Exame: 3071258	1					

JOÃO ODILO GONÇALVES PINTO
CRM 8510

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
CONFERE COM ORIGINAL

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
Ana Kelly Elias Mesquita
Aux. Administrativo - NAC
Mat. 3224

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 024.
JOAO ODILO GONCALVES PINTO:72557494372, AC VALID RFB, 72557494372, 31/10/2019 15:33 BRT 31/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).



UNIMED FORTALEZA - DIR. DE RECURSOS PRÓPRIOS - PABX (85)3277-7000



**HOSPITAL REGIONAL UNIMED
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução**

Página: 1 / 1
Emitido por: U028284
Em: 31/10/2019 15:33

Prescrição.:5110297 Data:22/09/2019 - 12:07 DIAS INTERNADO:0 Dias - Usuário:M03826
Atendimento: 6628418 - Paciente: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA
Data Nascimento: Dt Nasc: 13/12/1992 (26a 10m 18d)
Médico..... MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid..... Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: JONAS ARAUJO E SILVA - CRM - CE - 3826
FUNÇÃO: MEDICO(A)

2ª VIA



Classificação de Risco:AMARELO - URGENTE

PRESCRICAO MEDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX TORAX - P.A. ; Exame: 3071177 Justificativa: TRAUMA	1					

2 ULTRASSOM ABDOMEN TOTAL ; Exame: 3071178 Justificativa: TRAUMA	1					
---	---	--	--	--	--	--

3 TC CRANIO OU ORBITAS OU SELA TURCA SEM CONTRASTE ; Exame: 3071179 Justificativa: TRAUMA	1					
--	---	--	--	--	--	--

4 TC COLUNA (CADA SEGMENTO) CERV.DORSAL.LOMBAR SEM CONTRASTE Justificativa: TRAUMA	1					
---	---	--	--	--	--	--

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza

CONFERE COM ORIGINAL

5 TC COLUNA (CADA SEGMENTO) DORSAL SEM CONTRASTE Justificativa: TRAUMA	1					
---	---	--	--	--	--	--

6 TC COLUNA (CADA SEGMENTO) LOMBAR SEM CONTRASTE Justificativa: TRAUMA	1					
---	---	--	--	--	--	--

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
Ana Kelly Elias Mesquita
Aux. Adm/I - NAC
Mat. 3284

JONAS ARAUJO E SILVA
CRM 3826

UNIMED FORTALEZA - DIR. DE RECURSOS PRÓPRIOS - PABX (85)3277-7000



Prescrição.:5110907 Data:22/09/2019 - 18:09 DIAS INTERNADO:0 Dias - Usuário:M08691

Atendimento: 6628418 - Paciente: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Data Nascimento: Dt Nasc: 13/12/1992 (26a 9m 10d)

Médico.....: MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI - CRM 8691

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL

Unid. Int.: EMERGENCIA AREA CRITICA Leito.: OBS 06 Cobertura:

Cid.....: Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo.: /

Classificação de Risco:URG

2ª VIA

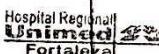


Classificação de Risco:AMARELO - URGENTE

PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
12 DEXAmetasona 10MG/2,5ML AMP + SF 0,9%	1	AMP		EV	12hs/12hs.	[22/09] 18:09
I-> SF 0,9% BOLSA 100ML	100	ML				[23/09] 06:09

MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI
CRM 8691



CONFERE COM ORIGINAL

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
Ana Kelly Lúcia Mesquita
Aux. Adm. I - NAC
Mat. 8284

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 024.

MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI: 53872410300, AC VALID RFB v5, 53872410300, 31/10/2019 15:33 BRT 31/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).



UNIMED FORTALEZA - DIR. DE RECURSOS PRÓPRIOS - PABX (85)3277-7000



**HOSPITAL REGIONAL UNIMED
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução**

Página: 1 / 1
Emitido por: M08691
Em: 22/09/2019 17:50

Prescrição.:5110873 Data:22/09/2019 - 17:49 DIAS INTERNADO:0 Dias - Usuário:M08691
Atendimento: 6628418 - Paciente: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA
Data Nascimento: Dt Nasc: 13/12/1992 (26a 9m 10d)
Médico....: MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI - CRM 8691
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

2ª VIA



Classificação de Risco:AMARELO - URGENTE

PRESCRECAO MEDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
				VO	3hs/3hs.	
11 DIETA BRANDA						[22/09] 17:49 20:49 23:49
						[23/09] 02:49 05:49 08:49 11:49
						14:49

MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI
CRM 8691

CONFERE COM ORIGINAL



Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
Ana Kelly das Mesquita
Auxiliar - NAC
AUX-NAC-6284

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 024.

MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI:53872410300, AC VALID RFB v5, 53872410300, 31/10/2019 15:33 BRT 31/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).



UNIMED FORTALEZA - DIR. DE RECURSOS PRÓPRIOS - PABX (85)3277-7000



HOSPITAL REGIONAL UNIMED
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: M08691
Em: 22/09/2019 17:44

Prescrição.:5110861 Data:22/09/2019 - 17:43 DIAS INTERNADO:0 Dias - Usuário:M08691
Atendimento: 6628418 - Paciente: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA
Data Nascimento: Dt Nasc: 13/12/1992 (26a 9m 10d)
Médico....: MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI - CRM 8691
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cld.....: Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

2ª VIA



Classificação de Risco:AMARELO - URGENTE

PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
10 CETOPROFENO 100MG FA + SF0,9% -> SF 0,9% BOLSA 100ML	1 FA 100 ML			EV	12hs/12hs.	[22/09] 17:43 [23/09] 05:43

MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI
CRM 8691

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
CONFERE COM ORIGINAL

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
Ana Kelly Elias Mesquita
Aux. Adm. I - NAC
Mat. 8284

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 024.
MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI:53872410300, AC VALID RFB v5, 53872410300, 31/10/2019 15:33 BRT 31/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).



UNIMED FORTALEZA - DIR. DE RECURSOS PRÓPRIOS - PABX (85)3277-7000

Atendimento: 6628418

Paciente: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Data de Nascimento: 13/12/1992

Médico Assistente: MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI

Prestador Responsável: MARIA ISABELA DE SOUZA CARNEIRO

Conselho / Número COREN - CE - 879195

Idade: 26 Anos 10 Meses

Leito Atual: OBS 06

Setor: EMERGENCIA 24H - OBSERVACAO

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 22/09/2019

Data anotação: 22/09/2019

Hora anotação: 12:10

Responsável: MARIA ISABELA DE SOUZA CARNEIRO

Leito:

Anotação

paciente J, I ,A, P, 26 ANOS DEU ENTRADA NESTA UNIDADE VÍTIMA DE CAPOTAMENTO ,VEIO CONCIENTE ORIENTADO ,VERBALIZA ,DE REPUSO EM MACA .IMOBILIZADO .COM COLAR SERVICAL ,AVALIADO PELO MÉDICO ,AGUARDA EXAMES DE REPOUSO NO LEITO COM GRADES ELEVADAS ,MONITORIZADO AOS CUIDADOS DA EQUIPE .

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza

CONFERE COM ORIGINAL

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
Ana Kelly Elias Mesquita
Aux. Administrativo - NAC
Nº 8284

HOSPITAL REGIONAL UNIMED
MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico
Relatório de Anotação de Enfermagem

Página 1 de 1
Emitido por: ANA KELLY ELIAS
MESQUITA
Data da Emissão: 31/10/2019 15:33

Atendimento: 6628418

Paciente: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Data de Nascimento: 13/12/1992

Médico Assistente: MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI

Prestador Responsável: MARIA ISABELA DE SOUZA CARNEIRO

Conselho / Número COREN - CE - 879195

Idade: 26 Anos 10 Meses

Leito Atual: OBS 06

Setor: EMERGENCIA 24H - OBSERVACAO

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 22/09/2019

Hora anotação: 12:14

Data anotação: 22/09/2019

Responsável: MARIA ISABELA DE SOUZA CARNEIRO

Leito:

Anotação

PACIENTE ENCAMINHADO PARA REALIZAR EXAMES DE IMAGEM CPM.

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza

CONFERE COM ORIGINAL

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
Ana Kelly Elias Mesquita
Aux. Adm. I - NAC
Mat. 6284

Data Nasc.: 13/12/1992



Paciente: 72054501 - JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Nome Social:

Idade: 26 Anos 9 Meses 9 Dias

Sexo: Feminino

Atendimento: 6628418

Carteira: 0630020057129223

Plano: MULTIPLAN - ENF

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade:

Leito:

Data Doc.: 22/09/2019 15:21:00

Data de Internação: 22/09/2019

Dias de Internação: 0

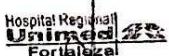
Data Impress.: 22/09/2019 15:21

EVOLUÇÃO MÉDICA

22/09/2019 15: 15:21
21

PACIENTE ASSINTOMATICO NO MOMENTO POREM TC DE COLUNA CERVICAL EVIDENCIOU FRATURA OSSEA AO NIVEL DE C5

- MANTENHO IMOBILIZACAO CERVICAL E SOLICITO PARECER ESPECIALIZADO.



CONFERE COM ORIGINAL



Ana Kelly Elias Mesquita
Aux. Adm. I - NAC
Mat. 3284

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 182/2007, Resolução CFO 91/2008, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 024.

JOÃO ODILIO GONÇALVES PINTO:72587494372, AC VALID RFB, 72587494372, 31/10/2019 15:33 BRT 31/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).



JOÃO ODILIO GONÇALVES PINTO

CRM / 8510



Paciente: 72054501 - JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Data Nasc.: 13/12/1992

fls. 34

Nome Social:

Idade: 26 Anos 9 Meses 9 Dias

Sexo: Feminino

Atendimento: 6628418

Carteira: 0630020057129223

Plano: MULTIPLAN - ENF

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade: EMERGENCIA AREA CRITICA

Lelto: OBS 06

Data Doc.: 22/09/2019 17:54:31

Data de Internação: 22/09/2019

Dias de Internação: 0

Data Impress.: 22/09/2019 17:54

Evolução de Enfermagem

22/09/2019 17:54

17:54

EM TEMPO, PACIENTE FOI AVALIADO PELO NEUROLOGISTA DE PLANTAO DRº MARCIO ÉRICK QUE SOLICITOU INTERNAMENTO CLINICO E SOLICITOU PARECER DO NEUROCIRURGIÃO DRº ALANDER QUE FICOU DE VIR AMANHÃ 23/09 NO DECORRER DO DIA.



CONFERE COM ORIGINAL

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
Ana Kelly Elias Mesquita
Aux. Adm. I - NAC
Mat. 8284

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 024.

JULIANA HENRIQUE DOS REIS 84592796268, AC VALID RFB v3, 84592796268, 31/10/2019 15:33 BRT 31/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).



JULIANA HENRIQUE DOS REIS

COREN / 438914

Atendimento: 6628418

Paciente: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Idade: 26 Anos 10 Meses

Data de Nascimento: 13/12/1992

Leito Atual: OBS 06

Médico Assistente: MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI

Setor: EMERGENCIA 24H - OBSERVACAO

Prestador Responsável: ANTONIA CRISTIANE MEDEIROS DE ARAUJO

Conselho / Número COREN - CE - 644441

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

- ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 22/09/2019

Hora anotação: 18:03

Data anotação: 22/09/2019

Leito: OBS 06

Responsável: ANTONIA CRISTIANE MEDEIROS DE ARAUJO

Anotação

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, AFEBRIL, EM AR AMBIENTE VEIO DA SALA DE TRAUMA POR ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, COM FRATURA DE COLUNA, FEITO AVP EM MSD PARA USO DE MEDICAÇÃO.FEZ EXAMES DE IMAGEM , AGUARDANDO PARECER MEDICO.

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza

CONFERE COM ORIGINAL

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
Ana Kelly Elias Mesquita
Aux. Adm. I - NAC
Mat. 8284



Paciente: 72054501 - JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Data Nasc.: 13/12/1992

fls. 36

Nome Social:

Idade: 26 Anos 10 Meses 18 Dias

Sexo: Feminino

Atendimento: 6628418

Carteira: 0630020057129223

Plano: MULTIPLAN - ENF

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade: EMERGENCIA AREA CRITICA

Leito: OBS 06

Data Doc.: 22/09/2019 12:06:59

Data de Internação: 22/09/2019

Dias de Internação: 0

Data Impress.: 22/09/2019 12:06

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

22/09/2019 12:06 12:06

QUEIXA PRINCIPAL

CAPOTAMENTO

HDA

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO), NÃO LEMBRA DO OCORRIDO. QUEIXA-SE DE DOR EM REGIÃO CERVICAL.

CONFERE COM ORIGINAL

DESCRÍÇÃO DO EXAME FÍSICO

ECG= 15 SEM LIMITAÇÕES MOTORAS OU ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE; TORAX NDN; ABDOME FLÁCIDO E SEM DOR À PALPAÇÃO

Ana Kelly Elias Mesquita
Aux. Adm. I - NAC
Mat. 8284

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

TRAUMA CERVICAL

CID: T008 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS ENVOLVENDO OUTRAS COMBINAÇÕES DE REGIÕES DO CORPO

EM CASO DE FRATURA :

EXPOSTA NÃO

COMORBIDADES

ASMA AVC HIPOTIREOIDISMO PNEUMOPATIA DPOC HAS HIPERTIREOIDISMO
 IRC DIABETES TABAGISMO CANCER OBESIDADE DOENÇA CONTAGIOSA
 CARDIOPATIA ETILISMO OUTROS NEGA COMORBIDADES

CONDUTA

ENCaminhamento MEDICAÇÃO IMAGEM LABORATORIO ALTA INTERNAÇÃO

JONAS ARAUJO E SILVA

CRM: 3826

COD.DOCUMENTO: 207

Versao : 31

CABEÇALHO: 5821

NOME : BOLETIM DE EMERGÊNCIA



Paciente: 72054501 - JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Data Nasc.: 13/12/1992

Nome Social:

Idade: 26 Anos 9 Meses 9 Dias

Sexo: Feminino

Atendimento: 6628418

Carteira: 0630020057129223

Plano: MULTIPLAN - ENF

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade:

Leito:

Data Doc.: 22/09/2019 17:38:03

Data de Internação: 22/09/2019

Dias de Internação: 0

Data Impress.: 22/09/2019 17:38

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

22/09/2019 17:38 17:38

QUEIXA PRINCIPAL

capotamento

HDA

paciente sofreu capotamento e na tC de coluna cervical foi evidenciado fratura de c5, paciente relata cervicalgia.



CONFERE COM ORIGINAL.

DESCRÍÇÃO DO EXAME FÍSICO

ndn .

Hospital Regional
Unimed
 Ana Kelly Elias Mesquita
 Aux. Adm. I - NAC
 Mat. 6284

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

fratura cervical

CID: T08 - FRATURA DA COLUNA, NIVEL NAO ESPECIFICADO**EM CASO DE FRATURA :**

EXPOSTA NÃO

COMORBIDADES

- ASMA AVC HIPOTIREOIDISMO PNEUMOPATIA DPOC HAS HIPERTIREOIDISMO
 IRC DIABETES TABAGISMO CANCER OBESIDADE DOENCA CONTAGIOSA
 CARDIOPATIA ETILISMO OUTROS NEGA COMORBIDADES

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO MEDICAÇÃO IMAGEM LABORATORIO ALTA INTERNAÇÃO

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-3/2001, Resolução CFM 182/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registros Eletrônicos em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 024.
 MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI 53672410300, AC VALIO RFB v6, 53672410300, 31/10/2018 16:33 BRT 31/10/2018.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).



COD.DOCUMENTO: 207

Versao : 31

CABEÇALHO: 5821

NOME : BOLETIM DE EMERGÊNCIA



Paciente: 72054501 - JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Data Nasc.: 13/12/1992

Nome Social:

Idade: 26 Anos 9 Meses 9 Dias

Sexo: Feminino

Atendimento: 6628418

Carteira: 0630020057129223

Plano: MULTIPLAN - ENF

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade:

Leito:

Data Doc.: 22/09/2019 16:23:39

Data de Internação: 22/09/2019

Dias de Internação: 0

Data Impress.: 22/09/2019 16:23

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

V.30

ALERGIAS:

PACIENTE 26 ANOS, SEXO MASCULINO;
 NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES;

HD: POLITRAUMA;

VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO DEU ENTRADA NESTA UNIDADE HOSPITALAR APRESENTANDO DOR CERVICAL E LOMBAR. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, RESTRITO O LEITO, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCORADO, COOPERATIVO, LUCIDO. CONFORME SOLICITAÇÃO MÉDICA RETIRADO PRANCHA E COLAR CERVICAL. REALIZADO TC DO CORPO TODO CORPO E RX DE TORAX E US ABDOMINAL. APÓS RESULTADOS, SOLICITADO PARACERER DO TRAUMATOLOGISTA DE COLUNA. PELE INTEGRA PARA LESÃO POR PRESSÃO; SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Hospital Regional
Unimed
 Fortaleza

CONFERE COM ORIGINAL.

Hospital Regional
Unimed
 Fortaleza
 Ana Kelly Elias Mesquita
 Aux. Adm. I - NAC
 Mat. 6284

JULIANA HENRIQUE DOS REIS

438914

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-3/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2008, tendo sido gerado em um sistema verificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 024.

JULIANA HENRIQUE DOS REIS: 64582796324, AC VALID RFB v5, 64582796268, 31/10/2019 15:33 BRT 31/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).





Paciente: 72054501 - JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Data Nasc.: 13/12/1992

Nome Social:

Idade: 26 Anos 9 Meses 9 Dias

Sexo: Feminino

Atendimento: 6628418

Carteira: 0630020057129223

Plano: MULTIPLAN - ENF

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade:

Leito:

Data Doc.: 22/09/2019 16:23:39

Data de Internação: 22/09/2019

Dias de Internação: 0

Data Impress.: 22/09/2019 16:23

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

V.30

ALERGIAS:

PACIENTE 26 ANOS, SEXO MASCULINO;
 NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES;

HD: POLITRAUMA;

VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO DEU ENTRADA NESTA UNIDADE HOSPITALAR APRESENTANDO DOR CERVICAL E LOMBAR. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, RESTRITO O LEITO, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCORADO, COOPERATIVO, LUCIDO. CONFORME SOLICITAÇÃO MÉDICA RETIRADO PRANCHA E COLAR CERVICAL. REALIZADO TC DO CORPO TODO CORPO E RX DE TORAX E US ABDOMINAL. APÓS RESULTADOS, SOLICITADO PARACERER DO TRAUMATOLOGISTA DE COLUNA. PELE INTEGRA PARA LESÃO POR PRESSÃO; SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Hospital Regional
Unimed
 Fortaleza

CONFERE COM ORIGINAL.

Hospital Regional
Unimed
 Fortaleza
 Ana Kelly Elias Mesquita
 Aux. Adm. I - NAC
 Mat. 6284

JULIANA HENRIQUE DOS REIS

438914

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-3/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2008, tendo sido gerado em um sistema verificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 024.

JULIANA HENRIQUE DOS REIS: 64582796324, AC VALID RFB v5, 64582796268, 31/10/2019 15:33 BRT 31/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).





Paciente: 72054501 - JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Data Nasc.: 13/12/1992

Nome Social:

Idade: 26 Anos 9 Meses 9 Dias

Sexo: Feminino

Atendimento: 6628418

Carteira: 0630020057129223

Plano: MULTIPLAN - ENF

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade:

Leito:

Data Doc.: 22/09/2019 16:23:39

Data de Internação: 22/09/2019

Dias de Internação: 0

Data Impress.: 22/09/2019 16:23

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

V.30

ALERGIAS:

PACIENTE 26 ANOS, SEXO MASCULINO;
 NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES;

HD: POLITRAUMA;

VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO DEU ENTRADA NESTA UNIDADE HOSPITALAR APRESENTANDO DOR CERVICAL E LOMBAR. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, RESTRITO O LEITO, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCORADO, COOPERATIVO, LUCIDO. CONFORME SOLICITAÇÃO MÉDICA RETIRADO PRANCHA E COLAR CERVICAL. REALIZADO TC DO CORPO TODO CORPO E RX DE TORAX E US ABDOMINAL. APÓS RESULTADOS, SOLICITADO PARACERER DO TRAUMATOLOGISTA DE COLUNA. PELE INTEGRA PARA LESÃO POR PRESSÃO; SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Hospital Regional
Unimed
 Fortaleza

CONFERE COM ORIGINAL.

Hospital Regional
Unimed
 Fortaleza
 Ana Kelly Elias Mesquita
 Aux. Adm. I - NAC
 Mat. 6284

JULIANA HENRIQUE DOS REIS

438914

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-3/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2008, tendo sido gerado em um sistema verificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 024.

JULIANA HENRIQUE DOS REIS: 64582796324, AC VALID RFB v5, 64582796268, 31/10/2019 15:33 BRT 31/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).





Paciente: 72054501 - JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Data Nasc.: 13/12/1992

Nome Social:

Idade: 26 Anos 9 Meses 9 Dias

Sexo: Feminino

Atendimento: 6628418

Carteira: 0630020057129223

Plano: MULTIPLAN - ENF

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade:

Leito:

Data Doc.: 22/09/2019 17:50:07

Data de Internação: 22/09/2019

Dias de Internação: 0

Data Impress.: 22/09/2019 17:50

EVOLUÇÃO MÉDICA

22/09/2019 17: 17:50
50

neurologia: papós discutir o caso com neurocirurgião de sobreaviso , o mesmo orientou-me para interná-lo, deixá-lo com colar cervical , liber a dieta que amanhã a neurocirurgia irá avaliá-lo e não há conduta cirurgica no momento.

Hospital Regional
Unimed
 Fortaleza

CONFERE COM ORIGINAL.

Hospital Regional
Unimed
 Fortaleza
 Ana Kelly Elias Mesquita
 Aux. Adm. I - NAC
 Mat. 8284

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 81/2008, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 024.
 MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI 53872410300, AC VALID RFB v6, 53472410300, 31/10/2019 18:33 BRT 31/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).



MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI CRM / 8691

Atendimento: 6628418

Data anotação: 22/09/2019

Hora anotação: 21:10

Paciente: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Idade: 26 Anos 9 Meses

Data de Nascimento: 13/12/1992

Responsável: MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI

Setor: EMERGENCIA 24H - OBSERVACAO

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Anotação

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, AFEBRIL, EM AR AMBIENTE VEIO DA SALA DE TRAUMA POR ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, COM FRATURA DE COLUNA, FEITO AVP EM MSD PARA USO DE MEDICAÇÃO.FEZ EXAMES DE IMAGEM , SEQUE SOB CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza

CONFERE COM ORIGINAL.

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
Ana Kelly Elias Mesquita
Aux. Adm. I - NAC
Mat. 0234

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2008, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 024.
ANTONIA DE SOUSA:49138936372, AC VALID RFB v5, 49138936372, 31/10/2019 15:33 BRT 31/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).



COREN 3505

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



**HOSPITAL REGIONAL UNIMED
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução**

Página: 1 / 1
Emitido por: M08510
Em: 22/09/2019 15:20

Prescrição.:5110678 Data:22/09/2019 - 15:20 DIAS INTERNADO:0 Dias - Usuário:M08510
Atendimento: 6628418 - Paciente: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA
Data Nascimento: Dt Nasc: 13/12/1992 (26a 9m 10d)
Médico.....: JONAS ARAUJO E SILVA Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: JOÃO ODILO GONÇALVES PINTO - CRM - CE - 8510
FUNÇÃO: MEDICO(A)

2ª VIA



Classificação de Risco:AMARELO - URGENTE

PRESCRICAO MEDICA

PROCEDIMENTOS MÉDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
7 IMOBILIZACAO COLAR CERVICAL NAO GESSADO ; Exame: 3071258	1					

JOÃO ODILO GONÇALVES PINTO
CRM 8510

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
CONFERE COM ORIGINAL

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
Ana Kelly Elias Mesquita
Aux. Administrativo - NAC
Mat. 3224

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 024.
JOAO ODILO GONCALVES PINTO:72557494372, AC VALID RFB, 72557494372, 31/10/2019 15:33 BRT 31/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).



UNIMED FORTALEZA - DIR. DE RECURSOS PRÓPRIOS - PABX (85)3277-7000



**HOSPITAL REGIONAL UNIMED
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução**

Página: 1 / 1
Emitido por: U028284
Em: 31/10/2019 15:33

Prescrição.:5110297 Data:22/09/2019 - 12:07 DIAS INTERNADO:0 Dias - Usuário:M03826
Atendimento: 6628418 - Paciente: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA
Data Nascimento: Dt Nasc: 13/12/1992 (26a 10m 18d)
Médico..... MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid..... Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: JONAS ARAUJO E SILVA - CRM - CE - 3826
FUNÇÃO: MEDICO(A)

2ª VIA



Classificação de Risco:AMARELO - URGENTE

PRESCRICAO MEDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX TORAX - P.A. ; Exame: 3071177 Justificativa: TRAUMA	1					

2 ULTRASSOM ABDOMEN TOTAL ; Exame: 3071178 Justificativa: TRAUMA	1					
---	---	--	--	--	--	--

3 TC CRANIO OU ORBITAS OU SELA TURCA SEM CONTRASTE ; Exame: 3071179 Justificativa: TRAUMA	1					
--	---	--	--	--	--	--

4 TC COLUNA (CADA SEGMENTO) CERV.DORSAL.LOMBAR SEM CONTRASTE Justificativa: TRAUMA	1					
---	---	--	--	--	--	--

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza

CONFERE COM ORIGINAL

5 TC COLUNA (CADA SEGMENTO) DORSAL SEM CONTRASTE Justificativa: TRAUMA	1					
---	---	--	--	--	--	--

6 TC COLUNA (CADA SEGMENTO) LOMBAR SEM CONTRASTE Justificativa: TRAUMA	1					
---	---	--	--	--	--	--

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
Ana Kelly Elias Mesquita
Aux. Adm/I - NAC
Mat. 3284

JONAS ARAUJO E SILVA
CRM 3826

UNIMED FORTALEZA - DIR. DE RECURSOS PRÓPRIOS - PABX (85)3277-7000



Prescrição.:5110907 Data:22/09/2019 - 18:09 DIAS INTERNADO:0 Dias - Usuário:M08691

Atendimento: 6628418 - Paciente: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Data Nascimento: Dt Nasc: 13/12/1992 (26a 9m 10d)

Médico.....: MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI - CRM 8691

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL

Unid. Int.: EMERGENCIA AREA CRITICA Leito.: OBS 06 Cobertura:

Cid.....: Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo.: /

Classificação de Risco:URG

2ª VIA

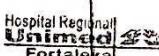


Classificação de Risco:AMARELO - URGENTE

PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
12 DEXAmetasona 10MG/2,5ML AMP + SF 0,9%	1	AMP		EV	12hs/12hs.	[22/09] 18:09
I-> SF 0,9% BOLSA 100ML	100	ML				[23/09] 06:09

MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI
CRM 8691



CONFERE COM ORIGINAL

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
Ana Kelly Lúcia Mesquita
Aux. Adm. I - NAC
Mat. 8284

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 024.

MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI: 53872410300, AC VALID RFB v5, 53872410300, 31/10/2019 15:33 BRT 31/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).



UNIMED FORTALEZA - DIR. DE RECURSOS PRÓPRIOS - PABX (85)3277-7000



**HOSPITAL REGIONAL UNIMED
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução**

Página: 1 / 1
Emitido por: M08691
Em: 22/09/2019 17:50

Prescrição.:5110873 Data:22/09/2019 - 17:49 DIAS INTERNADO:0 Dias - Usuário:M08691
Atendimento: 6628418 - Paciente: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA
Data Nascimento: Dt Nasc: 13/12/1992 (26a 9m 10d)
Médico....: MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI - CRM 8691
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

2ª VIA



Classificação de Risco:AMARELO - URGENTE

PRESCRECAO MEDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
				VO	3hs/3hs.	
11 DIETA BRANDA						[22/09] 17:49 20:49 23:49 [23/09] 02:49 05:49 08:49 11:49 14:49

MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI
CRM 8691

CONFERE COM ORIGINAL



Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 024.

MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI:53872410300, AC VALID RFB v5, 53872410300, 31/10/2019 15:33 BRT 31/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).



UNIMED FORTALEZA - DIR. DE RECURSOS PRÓPRIOS - PABX (85)3277-7000



**HOSPITAL REGIONAL UNIMED
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução**

Página: 1 / 1
Emitido por: M08691
Em: 22/09/2019 17:44

Prescrição.:5110861 Data:22/09/2019 - 17:43 DIAS INTERNADO:0 Dias - Usuário:M08691
Atendimento: 6628418 - Paciente: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA
Data Nascimento: Dt Nasc: 13/12/1992 (26a 9m 10d)
Médico....: MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI - CRM 8691
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cld.....: Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

2ª VIA



Classificação de Risco:AMARELO - URGENTE

PRESCRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
10 CETOPROFENO 100MG FA + SF0,9% -> SF 0,9% BOLSA 100ML	1 FA 100 ML			EV	12hs/12hs.	[22/09] 17:43 [23/09] 05:43

MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI
CRM 8691

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
CONFERE COM ORIGINAL

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
Ana Kelly Elias Mesquita
Aux. Adm. I - NAC
Mat. 8284

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 024.
MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI:53872410300, AC VALID RFB v5, 53872410300, 31/10/2019 15:33 BRT 31/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).



UNIMED FORTALEZA - DIR. DE RECURSOS PRÓPRIOS - PABX (85)3277-7000

HOSPITAL REGIONAL UNIMED**MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico****Relatório de Anotação de Enfermagem****Atendimento:** 6628418**Paciente:** JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA**Data de Nascimento:** 13/12/1992**Médico Assistente:** MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI**Prestador Responsável:** MARIA ISABELA DE SOUZA CARNEIRO**Conselho / Número** COREN - CE - 879195**Idade:** 26 Anos 10 Meses**Leito Atual:** OBS 06**Setor:** EMERGENCIA 24H - OBSERVACAO**Função:** TECNICO(A) EM ENFERMAGEM**ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM****Data de Referência:** 22/09/2019**Hora anotação:** 12:10**Data anotação:** 22/09/2019**Leito:****Responsável:** MARIA ISABELA DE SOUZA CARNEIRO**Anotação**

paciente J, I ,A, P, 26 ANOS DEU ENTRADA NESTA UNIDADE VÍTIMA DE CAPOTAMENTO ,VEIO CONCIENTE ORIENTADO ,VERBALIZA ,DE REPUSO EM MACA .IMOBILIZADO .COM COLAR SERVICAL ,AVALIADO PELO MÉDICO ,AGUARDA EXAMES DE REPOUSO NO LEITO COM GRADES ELEVADAS ,MONITORIZADO AOS CUIDADOS DA EQUIPE .

CONFERE COM ORIGINAL

Ana Kelly Elias Mesquita
Aux. Administrativo - NAC
Nº: 8284

HOSPITAL REGIONAL UNIMED
MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico
Relatório de Anotação de Enfermagem

Página 1 de 1
Emitido por: ANA KELLY ELIAS
MESQUITA
Data da Emissão: 31/10/2019 15:33

Atendimento: 6628418

Paciente: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Data de Nascimento: 13/12/1992

Médico Assistente: MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI

Prestador Responsável: MARIA ISABELA DE SOUZA CARNEIRO

Conselho / Número COREN - CE - 879195

Idade: 26 Anos 10 Meses

Leito Atual: OBS 06

Setor: EMERGENCIA 24H - OBSERVACAO

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 22/09/2019

Hora anotação: 12:14

Data anotação: 22/09/2019

Responsável: MARIA ISABELA DE SOUZA CARNEIRO

Leito:

Anotação

PACIENTE ENCAMINHADO PARA REALIZAR EXAMES DE IMAGEM CPM.

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza

CONFERE COM ORIGINAL

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
Ana Kelly Elias Mesquita
Aux. Adm. I - NAC
Mat. 6284

Data Nasc.: 13/12/1992



Paciente: 72054501 - JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Nome Social:

Idade: 26 Anos 9 Meses 9 Dias

Carteira: 0630020057129223

Unidade:

Data de Internação: 22/09/2019

Sexo: Feminino

Plano: MULTIPLAN - ENF

Leito:

Dias de Internação: 0

Atendimento: 6628418

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Data Doc.: 22/09/2019 15:21:00

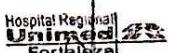
Data Impress.: 22/09/2019 15:21

EVOLUÇÃO MÉDICA

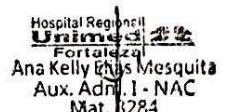
22/09/2019 15: 15:21
21

PACIENTE ASSINTOMATICO NO MOMENTO POREM TC DE COLUNA CERVICAL EVIDENCIOU FRATURA OSSEA AO NIVEL DE C5

- MANTENHO IMOBILIZACAO CERVICAL E SOLICITO PARECER ESPECIALIZADO.



CONFERE COM ORIGINAL



Ana Kelly Elias Mesquita
Aux. Adm. I - NAC
Mat. 3284

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 182/2007, Resolução CFO 91/2008, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 024.
JOÃO ODILIO GONÇALVES PINTO:72587494372, AC VALID RFB, 72587494372, 31/10/2019 15:33 BRT 31/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).



JOÃO ODILIO GONÇALVES PINTO

CRM / 8510



Paciente: 72054501 - JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Data Nasc.: 13/12/1992

fls. 51

Nome Social:

Idade: 26 Anos 9 Meses 9 Dias

Sexo: Feminino

Atendimento: 6628418

Carteira: 0630020057129223

Plano: MULTIPLAN - ENF

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade: EMERGENCIA AREA CRITICA

Lelto: OBS 06

Data Doc.: 22/09/2019 17:54:31

Data de Internação: 22/09/2019

Dias de Internação: 0

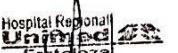
Data Impress.: 22/09/2019 17:54

Evolução de Enfermagem

22/09/2019 17:54

17:54

EM TEMPO, PACIENTE FOI AVALIADO PELO NEUROLOGISTA DE PLANTAO DRº MARCIO ÉRICK QUE SOLICITOU INTERNAMENTO CLINICO E SOLICITOU PARECER DO NEUROCIRURGIÃO DRº ALANDER QUE FICOU DE VIR AMANHÃ 23/09 NO DECORRER DO DIA.



CONFERE COM ORIGINAL

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
Ana Kelly Elias Mesquita
Aux. Adm. I - NAC
Mat. 8284

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 024.

JULIANA HENRIQUE DOS REIS 84592796268, AC VALID RFB v3, 84592796268, 31/10/2019 15:33 BRT 31/10/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).



JULIANA HENRIQUE DOS REIS

COREN / 438914

Atendimento: 6628418

Paciente: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Idade: 26 Anos 10 Meses

Data de Nascimento: 13/12/1992

Leito Atual: OBS 06

Médico Assistente: MARCIO ERICK DE OLIVEIRA VANDERLEI

Setor: EMERGENCIA 24H - OBSERVACAO

Prestador Responsável: ANTONIA CRISTIANE MEDEIROS DE ARAUJO

Conselho / Número COREN - CE - 644441

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

- ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 22/09/2019

Hora anotação: 18:03

Data anotação: 22/09/2019

Leito: OBS 06

Responsável: ANTONIA CRISTIANE MEDEIROS DE ARAUJO

Anotação

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, AFEBRIL, EM AR AMBIENTE VEIO DA SALA DE TRAUMA POR ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, COM FRATURA DE COLUNA, FEITO AVP EM MSD PARA USO DE MEDICAÇÃO.FEZ EXAMES DE IMAGEM , AGUARDANDO PARECER MEDICO.

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza

CONFERE COM ORIGINAL

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
Ana Kelly Elias Mesquita
Aux. Adm. I - NAC
Mat. 8284

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA, 27 ANOS SOFREU ACIDENTE AUTOMOBILISTICO EM SETEMBRO DE 2019, TENDO SIDO ATENDIDO NO HOSPITAL REGIONAL DA UNIMED, SENDO DIAGNOSTICADO FRATURA COMPRESSIVA DE CORPO VERTEBRAL DE C5 COM DISCRETA RETROPULSÃO PARA CANAL MEDULAR COM ABAULAMENTO DISCALC5C6 SEM COMPRIMIR MEDULA EOU SINAIS DE MIELOPATIA. PACIENTE SEM DÉFICIT NEUROLOGICO. CONDUZIDO TERAPEUTICA CONSERVADORA COM USO DE COLAR CERVICAL RIGICO PHILADELPHIA POR 3 MESES COM ACOMPANHAMENTO MENSAL COM CONTROLE RADIOLÓGICO, EVOLUINDO BEM COM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA , SEM LISTESE. SUSPENSO COLAR CERVICIAL APÓS 3 MESES COM BOM CONTROLE RADIOLÓGICO CLINICO.

Dr. Alander Sobreira Vanderlei
Neurocirurgião/Crâneo Coluna
CRM/CE 10374 / RJ 66666-000

DR ALANDER SOBREIRA VANDERLEI – CRM 10374
NEUROCIRURGIÃO

FORTALEZA, 19 DE FEVEREIRO DE 2020.

UNICLINIC DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Rua Eusébio de Sousa, 153 - Bairro José Bonifácio
Fortaleza/CE
(85) 3032-2927



Atendimento: 345198
Paciente.....: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA
Solicitante...: Dr.(a) JOAO PAULO DE V MATTOS
Data.....: 24/09/2019
Exame.....: 524658 RM COLUNA CERVICAL
Convênio.....: UNIMED

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL

MÉTODO

Exame realizado com a técnica Spin-Eco e Turbo Spin-Eco com imagens multiplanares em T1 e T2. Realizadas, também, sequência T1 pós contraste sem saturação de gordura (devido a artefatos de aparelho ortodontico).

ANÁLISE

Exame realizado em caráter de urgência.

Transição craniovertebral habitual.

Sinais de fratura do corpo vertebral de C5, com aparente encunhamento/redução da altura somática na sua porção anterossuperior, cuja avaliação óssea é melhor realizada através da Tomografia Computadorizada.

Associam-se sinais de edema ósseo em C5 e retropulsão sobre o muro posterior, bem como abaulamento discal difuso neste nível (C5-C6) tocando a face ventral do saco dural e discretamente assimétrico, maior à esquerda, insinuando-se à base foraminal deste lado, porém sem sinais de estenose foraminal. Há, também, sinais de redução da altura discal, fissura linear do anel fibroso e leve edema do ligamento longitudinal anterior nesta topografia.

Destaca-se, ainda, mínimo hipersinal em T2\STIR da medula espinhal no nível C5-C6, que pode estar relacionado ao evento traumático. Diâmetro anteroposterior do canal vertebral nesta topografia de 1,0 cm.

Questiona-se, ainda, aparente traço de descontinuidade cortical nas apófises espinhosas de C6 e D1.

Demais corpos vertebrais com alinhamento sagital posterior e altura somática preservadas.

Sinais de desidratação discal no nível C2-C3, sem redução da altura discal.

Articulações uncovertebrais de aspecto habitual.

Demais discos intervertebrais com morfologia e intensidade de sinal preservadas.

Canal vertebral e forames intervertebrais com amplitudes preservadas nos segmentos avaliados.

Musculatura paravertebral com morfologia e sinal normais.


Dr. TIAGO CASTELLO B. LYRA
Médico Radiologista
CRM - 13868

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 89. 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, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200069167

Vítima: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Data do Acidente: 22/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 89. 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, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200069167

Vítima: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Data do Acidente: 22/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**

**Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Perícia Forense do Estado do Ceará
Coordenadoria de Medicina Legal
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Canindé**

LAUDO PERICIAL

2019.0056592

Natureza do exame: Lesão Corporal (DPVAT)
Referência: B.O: - 432-5075/2019

Documento solicitante: Guia - 2131/2019
Órgão solicitante: Delegacia Regional de Canindé

Para verificar a autenticidade do documento acesse o endereço <http://dpvat.pefoce.ce.gov.br> e informe o código: GAL5f31770a09a2



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA REGIONAL DE CANINDE
 Impresso nº 2019926396



GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 432 - 5075 / 2019

GUIA Nº 432 - 2131 / 2019

CANINDE, 18 de Dezembro de 2019

Natureza do Exame: **CORPO DE DELITO**

Requisito à Perícia Forense o exame **LESAO CORPORAL** da pessoa abaixo qualificada:

Nome: **JOSÉ YGOR ALMEIDA PAIVA**

Nacionalidade: **BRASIL**

Naturalidade: **CANINDE/CE**

Data de Nascimento: **13/12/1992**

Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**

Grau de Instrução: **SUPERIOR COMPLETO**

Profissão: **SOLDADO PM**

Filiação: **JOSE PEREIRA PAIVA**

MARIA DO SOCORRO ALMEIDA SILVA

Documento de Identificação: **OUTROS**

Número: **306380-1-8**

Órgão Emissor: **PM**

UF: **CE**

Residência: **RUA JOTA PINTO, 682, ALTO DO MOINHO - CANINDE/CE**

Local da Ocorrência: **ROD BR020, KM 337 - CAMPOS BELOS CARIDADE/CE**

Data e Hora da Ocorrência: **22/09/2019 02:00**

Observação: **P FINS D DPVAT**

Laudo para: **DELEGACIA REGIONAL DE CANINDE**

76.386

**NÚCLEO DE PERÍCIA DE
CANINDE**

REGISTRO: 1648 / 2019

DATA: 20/12/19 HORA: 15:35

FUNCIONÁRIO: Camin

DELEGADO(A) DANIEL ARAGÃO MOTA - 300591-1-5

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

Declaro que recebi a Guia de número 432 - 2131 / 2019 em ____ / ____ / ____.

 GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ <i>Perícia Forense do Estado do Ceará</i>	Perícia Forense do Estado do Ceará Coordenadoria de Medicina Legal Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Canindé
LAUDO PERICIAL	Número: 2019.0056592
Lesão Corporal (DPVAT)	Páginas: 2/2

No dia 20 de Dezembro de 2019, no Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Canindé da Coordenadoria de Medicina Legal da Perícia Forense do Estado do Ceará, em Canindé-CE, pelo Coordenador(a) Sr(a) Francisco Hugo Leandro, foi designado o(a) perito(a) Dr(a) Eugênio Sávio Couto Pinheiro para proceder exame de Lesão Corporal (DPVAT), a fim de atender à solicitação do(a) Delegacia Regional de Canindé de acordo com o(a) Guia de número 2131/2019, descrevendo com a verdade todas as circunstâncias que encontrar, descobrir ou observar, e responder o(s) quesito(s) formulado(s).

DADOS:**SOLICITAÇÃO:** 76386

ENVIADO(S):

JOSÉ YGOR ALMEIDA PAIVA

PARECER:

HISTÓRICO: Periciando relata ter sofrido acidente de trânsito "capotamento". Fato ocorrido em 22/09/2019 por volta das 2h. Informa ter sofrido fratura óssea a nível cervical. No momento sem queixas. Porta xerox de relatório médico datado de 11/12/2019 carimbado e assinado pelo Dr. Alander Sobreira Vanderlei CRM 10374, Neurocirurgião, o qual informa: Paciente sofreu acidente no dia 22/09/2019 com traumatismo raque medular, com fratura compressiva de C6, sem compressão medular, sem deficit neurológico, vem em tratamento conservador com uso de colar cervical com controle radiológico evidenciando boa consolidação da fratura. Paciente de alta neurológica, liberado a retornar suas atividades laborativas a partir de Janeiro de 2020, CID S12.2. Porta xerox de resultado de exame pericial da Coordenadoria de Perícia Médica do Governo do Estado do Ceará datado de 21/11/2019 assinado eletronicamente por José Nazareno de Paula Sampaio, o qual informa licença de 60 dias a partir do dia 21/11/2019. **AO EXAME FÍSICO:** No momento não se verificam, externamente, lesões de interesse médico-legal. Paciente sem queixas.

QUESITOS:

- 1) Houve lesão de origem externa, com possível nexo causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?
- 2) Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do Art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

Resposta ao 1º) Sim.

Resposta ao 2º) Fratura compressiva de C6 (cervical 6) sem danos permanentes.

27 de Dezembro de 2019

Dr(a) Eugênio Sávio Couto Pinheiro
Médico Perito Legista Matrícula: 3000561-9



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Canindé

3^a Vara da Comarca de Canindé

Rua Doutor Gerônico Brígido Neto, 266, Bela Vista - CEP 62700-000, Fone: (85) 3343-5809, Canindé-CE - E-mail: caninde.3@tjce.jus.br

DESPACHO INICIAL (CITAÇÃO ELETRÔNICA)

Processo nº: **0050719-75.2020.8.06.0055**
 Classe: **Procedimento Comum Cível**
 Assunto: **Seguro**
 Requerente: **José Ygor Almeida Paiva**
 Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Defiro a gratuidade judiciária.

Deixo de designar audiência de conciliação/mediação, com fundamento no art. 334, § 4º, II do CPC, tendo em vista que as demandas desta natureza não comportam autocomposição antes da realização de perícia médica.

Cite-se a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT pelo portal eletrônico do e-SAJ para, no prazo de 15 (quinze) dias, contado a partir da ciência da citação por meio eletrônico, na forma do art. 5º da Lei nº. 11.419/2006, sob pena de ser considerado revel e presumirem-se verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte requerente. Determino, outrossim, a intimação da requerida para, no mesmo lapso temporal, juntar aos autos a cópia do processo administrativo relativo ao fato descrito na inicial.

Exp. Nec.

Canindé (CE), 29 de julho de 2020.

Tassia Fernanda de Siqueira

Juíza de Direito



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Canindé

3^a Vara da Comarca de Canindé

Rua Doutor Gerônico Brígido Neto, 266, Bela Vista - CEP 62700-000, Fone: (85) 3343-5809, Canindé-CE
- E-mail: caninde.3@tjce.jus.br

CARTA DE CITAÇÃO ON-LINE

Processo nº: **0050719-75.2020.8.06.0055**
 Classe: **Procedimento Comum Cível**
 Assunto: **Seguro**
 Requerente: **José Ygor Almeida Paiva e outro**
 Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**
 Senha do Processo: **Senha de acesso da pessoa selecionada << Informação indisponível >>**

Senhor(a) Representante Legal do(a)

A presente carta, extraída da ação em epígrafe, por determinação do(a) **Dr(a).** **Tassia Fernanda de Siqueira**, Juiz(a) de Direito da 3^a Vara da Comarca de Canindé, tem como finalidade a **CITAÇÃO** de V.Sa. Para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, contado a partir da ciência da citação por meio eletrônico, na forma do art. 5º da Lei 11.419/2006, sob pena de ser considerado revel e presumirem-se verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte requerente.

Este processo tramita eletronicamente. A íntegra do processo poderá ser visualizada pela internet no site www.tjce.jus.br informando o número do processo e a senha que segue à margem superior direita, documento pessoal e intransferível, a qual permite total acesso à tramitação processual, sendo considerada vista pessoal, consoante dispõe o § 1º do art. 9º da Lei nº. 11.419/2006, como parte integrante desta carta.

Canindé/CE, 29 de julho de 2020.

Servidor SEJUD
Provimento n.º 1/2019 da CGJ



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Canindé

3ª Vara da Comarca de Canindé

Rua Doutor Gerônico Brígido Neto, 266, Bela Vista - CEP 62700-000, Fone: (85) 3343-5809, Canindé-CE
- E-mail: caninde.3@tjce.jus.br

CARTA DE CITAÇÃO ON-LINE

Processo nº:	0050719-75.2020.8.06.0055
Apensos:	Processos Apensos << Informação indisponível >>
Classe:	Procedimento Comum Cível
Assunto:	Seguro
Requerente:	José Ygor Almeida Paiva
Requerido:	Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Prezado(a) Sr(a) Representante do(a) Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

A presente, extraída da ação em epígrafe, por determinação do **Dr(a). Tassia Fernanda de Siqueira**, Juiz(a) de Direito da 3ª Vara da Comarca de Canindé, tem como finalidade a **CITAÇÃO** de V.Sa. de todo o conteúdo da petição, para compor a lide e contestar a presente sob pena de revelia e confissão, ficando advertida de que, não sendo contestada a ação, no prazo de **15 dias**, presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos articulados pela parte(s) autora(s).

Canindé/CE, 25 de agosto de 2020.

Wellington Carvalho de Andrade
Supervisor de Unid. Judiciária



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Canindé

3ª Vara da Comarca de Canindé

Rua Doutor Gerônico Brígido Neto, 266, Bela Vista - CEP 62700-000, Fone: (85) 3343-5809, Canindé-CE - E-mail: caninde.3@tjce.jus.br

CERTIDÃO

Processo nº:	0050719-75.2020.8.06.0055
Apensos:	Processos Apensos << Informação indisponível >>
Classe:	Procedimento Comum Cível
Assunto:	Seguro
	José Ygor Almeida Paiva
Requerido	Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

CERTIFICA-SE que em 25/08/2020 o ato abaixo foi disponibilizado para o(a) Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT e encaminhado através do portal eletrônico e-SAJ.

Teor do ato: "Defiro a gratuidade judiciária. Deixo de designar audiência de conciliação/mediação, com fundamento no art. 334, § 4º, II do CPC, tendo em vista que as demandas desta natureza não comportam autocomposição antes da realização de perícia médica. Cite-se a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT pelo portal eletrônico do e-SAJ para, no prazo de 15 (quinze) dias, contado a partir da ciência da citação por meio eletrônico, na forma do art. 5º da Lei nº. 11.419/2006, sob pena de ser considerado revel e presumirem-se verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte requerente. Determino, outrossim, a intimação da requerida para, no mesmo lapso temporal, juntar aos autos a cópia do processo administrativo relativo ao fato descrito na inicial. Exp. Nec.".

Canindé/CE, 25 de agosto de 2020.