

SABOYA & BRANDÃO

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	JEOVA ALMEIDA PINTO		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	FORTALEZA/CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG n°	20088569068
Profissão	AUTONOMO	CPF n°	620.239.943-06
Endereço	RUA JACAUNA N 197		
Bairro	SIQUEIRA II	CEP	60732-340
Município/UF	FORTALEZA/CE		
Telefone	(85) 99737 9511 / 99659 9837		

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

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

Fortaleza/CE, 11 de setembro de 2020.

➤ 
OUTORGANTE

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

OUTORGANTE	JEOVA ALMEIDA PINTO		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	FORTALEZA/CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG n°	20088569068
Profissão	AUTONOMO	CPF n°	620.239.943-06
Endereço	RUA JACAUNA N 197		
Bairro	SIQUEIRA II	CEP	60732-340
Município/UF	FORTALEZA/CE		
Telefone	(85) 99737 9511 / 99659 9837		

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com às custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, CF/88, Art. 98 e ss. do CPC, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei n° 1.060/50.

Fortaleza/CE, 11 de setembro de 2020

➤ JEOVA ALMEIDA PINTO

DECLARANTE

SABOYA & BRANDÃO

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, Jeová Almeida Pinto, BRASILEIRO(A),
 (ESTADO CIVIL), (PROFISSÃO), PORTADOR DO RG Nº
 INSCRITO NO CPF SOB O Nº RESIDENTE E
 DOMICILIADO(A) NO ENDEREÇO
 DECLARO PARA

TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELOS DRS. **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**,
 BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**,
 BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**,
 BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS, ATUALMENTE, COM
 ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ -
 CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM
 A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA,
ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO JUDICIAL, BEM COMO
PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, ISENTO O ESCRITÓRIO SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS, REPRESENTADO ATRAVÉS DOS
 ADVOGADOS **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº
 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº
 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº
 26.103, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO
 EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE, TEL.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030/ (85) 98853-0069, DE TODA E
QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL, CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE
TANGE A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS DOCUMENTOS E/OU DADOS) E
VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E
EXCLUSIVAMENTE ESTAS RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.

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

CIENTE DE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO DA VALIDADE DE MENCIONADO DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O
 QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

FORTALEZA/CE 11 DE setembro DE 2020.

➤ Jeová Almeida Pinto
 DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

➤ RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE

➤ RUA LARGO MAJOR JOÃO RIBEIRO - Nº 35 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.811-695 - ITAPAJÉ/CE

Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: saboyabrandao@hotmail.com brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao@hotmail.com thiago.cs@hotmail.com

REPUBLICA ALTERNATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**VÁLIDA EM
 O TERRITÓRIO NACIONAL**
1471665370

PROIBIDO PLASTIFICAR
1471665370

CEARÁ

NOME
 JOAO BATISTA PINTO

SOC. CONTRIBUIÇÃO CATEGORIA
 20080650060 SGP CE

DATA NASCIMENTO
 04/03/1996

NASCIMENTO
 JOAO BATISTA PINTO
 EUGENIA ALMEIDA PAULA
 DR. PRIMITAS

PROFISSÃO
 [] [] []

CC
 [] [] []

CATEGORIA
 AB

Nº IDENTIFICADORA
 05380674850

VALIDADE
 20/10/2021

DATA EMISSÃO
 11/03/2016

SEM OBSERVAÇÃO

João Batista Pinto
 ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 06/04/2017

João Batista Pinto
 ASSINATURA DO TITULAR

67408406662
CE159853300



Nota Fiscal - Conta de Energia Utilizada - Grupo B - Sinalizado (N°)
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Vitorino, 180 - CEP 60235-340
CNPJ nº 07.347.251/0001-76 | CDP 08.135.848-3
Ata de Tenda Especial de Energia Especializada
data: dia 15/10/2020 às 12:59

Esta é a sua conta de

DADOS DO CLIENTE
Nome: JOSY ALMEIDA PINTO DE MENESES
Endereço: RU JACANAU 00197
80732-340 MARACANAU SIQUEIRA II
Classificação: Residência Plena
Modificação Tarifária: B1 RESIDENCIAL-CONV.
Ligação: MONOFÁSICO

DADOS DA MEDIÇÃO
Medidor: 1785119-FAE-008 - MA114U18
ÁREA RESERVADA AO CONTRÔLE FISCAL
2501.0889.3458.5078.7CB7.FCB8.7CB6.21DC

DADOS DO CLIENTE									
CPF / CNPJ: 026.587.333-38									
DADOS DE LEITURA									
Atividade: 2503.0200									
20/04/2020 21/05/2020									
Consumo (kWh)									
Tarifa (R\$/kWh)									
Valor (R\$)									
Próximo Mês									

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

Nota Fiscal - Conta de Energia Utilizada - Grupo B - Sinalizado (N°)
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Vitorino, 180 - CEP 60235-340
CNPJ nº 07.347.251/0001-76 | CDP 08.135.848-3
Ata de Tenda Especial de Energia Especializada
data: dia 15/10/2020 às 12:59

Esta é a sua conta de

DADOS DO CLIENTE
Nome: JOSY ALMEIDA PINTO DE MENESES
Endereço: RU JACANAU 00197
80732-340 MARACANAU SIQUEIRA II
Classificação: Residência Plena
Modificação Tarifária: B1 RESIDENCIAL-CONV.
Ligação: MONOFÁSICO

DADOS DA MEDIÇÃO
Medidor: 1785119-FAE-008 - MA114U18
ÁREA RESERVADA AO CONTRÔLE FISCAL
2501.0889.3458.5078.7CB7.FCB8.7CB6.21DC

DADOS DO CLIENTE									
CPF / CNPJ: 026.587.333-38									
DADOS DE LEITURA									
Atividade: 2503.0200									
20/04/2020 21/05/2020									
Consumo (kWh)									
Tarifa (R\$/kWh)									
Valor (R\$)									
Próximo Mês									

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

Nota Fiscal - Conta de Energia Utilizada - Grupo B - Sinalizado (N°)
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Vitorino, 180 - CEP 60235-340
CNPJ nº 07.347.251/0001-76 | CDP 08.135.848-3
Ata de Tenda Especial de Energia Especializada
data: dia 15/10/2020 às 12:59

Esta é a sua conta de

DADOS DO CLIENTE
Nome: JOSY ALMEIDA PINTO DE MENESES
Endereço: RU JACANAU 00197
80732-340 MARACANAU SIQUEIRA II
Classificação: Residência Plena
Modificação Tarifária: B1 RESIDENCIAL-CONV.
Ligação: MONOFÁSICO

DADOS DA MEDIÇÃO
Medidor: 1785119-FAE-008 - MA114U18
ÁREA RESERVADA AO CONTRÔLE FISCAL
2501.0889.3458.5078.7CB7.FCB8.7CB6.21DC

DADOS DO CLIENTE									
CPF / CNPJ: 026.587.333-38									
DADOS DE LEITURA									
Atividade: 2503.0200									
20/04/2020 21/05/2020									
Consumo (kWh)									
Tarifa (R\$/kWh)									
Valor (R\$)									
Próximo Mês									

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00

DADOS DA MEDIÇÃO				
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00
Consumo	108,20	0,00	0,00	0,00</



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 834 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/06/2020 15:57:26**
Data / Hora da Ocorrência: **07/04/2019 23:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R RIO GRANDE DO SUL, BELA VISTA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JEOVA ALMEIDA PINTO**
Nascimento: **30/05/1996** CPF: **620.239.943-06**
RG: **20088569068** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **EUGENIR ALMEIDA PAULA DE FREITAS**
JOAO BATISTA PINTO
Endereço: **RUA JACANAU, 36**
Bairro: **SIQUEIRA II**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99737-9511**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXN6119** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC30213R602793** Renavam: **792646460** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KSE** Ano Fabricação: **2002** Ano Modelo: **2003** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AZUL** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

COMPARECE A ESTE ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE NA DATA CITADA, A VITIMA TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA HXN-6119 NA RUA RIO GRANDE DO SUL QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA PILOTAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE. ////////////////

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

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Jeova Almeida Pinto** - C.P.F. - **620.239.943-06**, no dia **07/04/2019**, às **23h21min**, na **Rua Rio Grande do Sul**, no **Bairro Bela Vista**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P947223/2019**.

Fortaleza, 18 de Novembro de 2019.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat - 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



P- 947223/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 715B 14	PONTO DE APOIO: 05A	Nº DA OCORRÊNCIA: 1234
DATA: 07/05/2019	TURNO: noturno	EQUIPE: Adriano + Rubério
NOME: Jeoraa Almeida Pinto	IDADE: 22	SEXO: (M)
ENDEREÇO: Rio Grande, Sul 373	BAIRRO: Bela Vista	
REFERÊNCIA: Soreya Marmos		
QTY: 23:07	QUS: 23:21	QUY: 23:45
QUU: 00:20		
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão carro/moto		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO	☒ PRESENTE	☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE

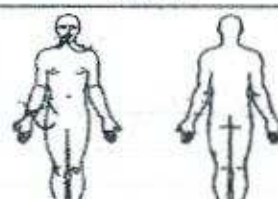
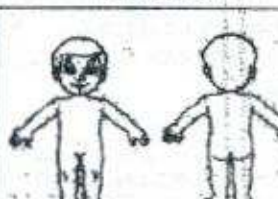
☒ PÉRVEAS	☐ OBSTRUÍDAS	POR: _____
---	-------------------------------------	------------

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

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	☒ NORMOCÁRDICO	☒ CORADA	☐ ≤ 2 seg	☒ SIM
	☐ TRAQUICÁRDICO	☐ SUDOREICA	☐ > 2 seg	☐ NÃO
	☐ BRADICÁRDICO	☐ PÁLIDA		
	☐ CHEIO	☐ QUENTE		

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

TOTAL:	NIENHUMA	NIENHUMA	NIENHUMA
PUPILAS:	☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)		
	☐ ALTERADAS		

E Exposição	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		Fratura Rádio "D" ? Sangramento importante hálio inferior Região (Mentociana)	

SAMPLA

FC:	PA:	FR:	GLIC.:	OXIM.:	TEMP.:
-----	-----	-----	--------	--------	--------

Paciente relata Colisão carro/moto o mesmo transportava na veículo motocicleta, Relata pontas expostas no momento da colisão, sem tomcope segundo o mesmo, Retirada do exposto por terceiro, paciente apresentava-se sintoma. O mesmo nega alergias, DM e HAS.

Registro de Atendimento Emergencial

Por: ANA MARIA EVANGELISTA DE GOES

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 07/04/2019 23:48:39	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 705408453844390	NOME: JEOVA ALMEIDA PINTO			Registro: 4851294			
CPF:	RG:	D. NASC: 30/05/1996	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR:		
NOME DA MÃE: EUGENIR ALMEIDA PAULA DE FREITAS			NOME DO PAI: JOAO BATISTA PINTO				
TIPO DE LOGRADOURO:	ENDEREÇO DO PACIENTE: R. SANTA CATARINA	Nº: 162	BAIRRO: PANAMERICANO				
COMPLEMENTO:	TELEFONE:	MUNICÍPIO: fortaleza	UF: CE	CEP:			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SHEILA SAMPAIO GOMES		PARENTESCO: CUNHADA		TELEFONE:			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:				
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete							
QUEIXAS: colisão moto carro, apresenta sangramento em manto, fx radio D, desorientação							
OBSERVAÇÕES: Trauma maior, dor moderada							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICO GERAL							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese: Paciente vítima de acidente de trânsito							
Exame Físico: Membro superior no M5 De fratura							
Conduta: Sangramento no manto							
Realizoso: Sutura							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

Nuame IJF Está Cópia
Contém Com a Original
Data 17/03/2020
Clentia bopes
Servidor

0301060061
CONSULTA MÉDICA

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 06/2019

DATA: 20/06/2019

Num AIH: 231910222821-2 / Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 06/2019 Data de Emissão: 11/06/2019

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0222 Leito: 0002

Doc autorizador: 980016003261132 Doc med resp: 182215039540018 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 182215039540018

CNS: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 7054084530001

Paciente: JEOVA ALMEIDA PINTO Prontuário: 2458578 Laudo:

Data Nasc.: 30/05/1996 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 620239943

Responsável pac.: JEOVA ALMEIDA PINTO Nome da Mãe: EUGENIR ALMEIDA PAULA DE FREITAS

Endereço: AMADEU FURTADO, 1278 - PARQUELANDIA Raça/Cor: PARDA

Município: 230440 - FORTALEZA UF: CE CEP: 60010-000 Telefone: (85)9881.

Procedimento solicitado: 04.08.02.046-6 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO Muda Proc.

Procedimento realizado: 04.08.02.042-3 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRACO (C/ SINTESE)

Diag. principal: S524-FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [U Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE

Diag. complementar: Causa Óbito: ✓

Caráter atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 11/04/2019 Data saída: 14/04/2019 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01: ✓

===[CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)]=====

CNPJ do Empregador: CNAER: -

Vínculo com a previdência: - CBO: -

===[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]=====

Linha	Ato/Proced	PF	IE CBO	CNS/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmp	Descrição
1	04.08.02.042-3	182215039540018	1	225270 182215039540018	3969800	1 042019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRACO (C/ SINTESE)
2	04.08.02.042-3	210157919150018	6	225151 210157919150018	3969800	1 042019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRACO (C/ SINTESE)
3	08.02.01.001-6		0	3969800	3969800	✓ 3 042019 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM ALMOÇO)
4	04.01.01.001-5	182215039540018	0	225270 182215039540018	3969800	✓ 1 042019 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
5	02.04.04.001-9	3969800	0	3969800	3969800	✓ 1 042019 RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO

===[VALORES DA PRÉVIA]=====

Forma de Organização	+Serv. Hospitalar+ +----- Serviço Profissional -----+ +-----					
	+---- Direto -----+ +---- Direto -----+ +---- Rateado -----+ +-----					
	Próprio Terceiro Próprio Terceiro Próprio Terceiro +-----					
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	32,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
04.00.02 MEMBROS SUPERIORES	375,19	0,00	0,00	0,00	172,11	0,00
08.02.01 DIARIAS	24,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Geral:	431,59	0,00	0,00	0,00	172,11	0,00

Número de Nascidos: 0 Número de Saídas: 0 N. Pré-Natal: 0
Vivos: 0 Mortos: 0 Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

"De acordo com a Portaria SAS/MS N. 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Agosto de 1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITALAparecido Carlos Parente Siqueira
Médico Auxiliar SMS: 0065527
CPF: 203.463.203-00



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

fls. 25

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600106530
NÚMERO DA AIH: 2319102228212

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 705408453844390 - JEOVA ALMEIDA PINTO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 30/05/1996 - 22 anos

NOME DA MÃE: EUGENIR ALMEIDA PAULA DE FREITAS

NOME DO RESPONSÁVEL: JEOVA ALMEIDA PINTO

ENDEREÇO: RUA: SANTA CATARINA, Nº 162

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 32555040

BAIRRO: PANAMERICANO

CEP: 60440795

UF:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S621 - Fratura de outro(s) osso(s) do carpo

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408020466-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 170156166780006 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 11/04/2019 - 11:29 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 23/04/2019 - 12:59

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

Dr. Carlos Parente Sucupira
Médico - Assistente SMS - CRM 5227
CPF: 203.063.100-00



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



fls. 26

POP 160 12600106530

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA	2 - CNES: 252914
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE : INSTITUTO PRAXIS	4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: JEOVA ALMEIDA PINTO		6 - Nº PRONTUÁRIO: 4851294		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 705408453844390	8 - DATA NASCIMENTO: 30/05/1996	9 - SEXO: ☐ Masc ☐ Fem	10 - RAÇA/COR	10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE/ PAI LUIZA GLEOTERIO DE SOUSA		12 - TELEFONE DE CONTATO:		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL N.I		14 - TELEFONE DE CONTATO:		
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): R.SANTA CATARINA 162 PANAMERICANO				
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: FORTALEZA	17 - COD. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: CE	19 - CEP:	

JUSTIFICATIVA N INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM **FRATURA DE PUNHO**, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO .

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DE PUNHO	24 - CID 10 PRINCIPAL: S621	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: Dr. PEREIRA BRANDAO OFTALMOLOGIA CRM 3130 - RQE 914
--	---------------------------------------	------------------------	--

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PUNHO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	
29 - CLÍNICA: TRAUMA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: EMERGÊNCIA	31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		34 - DATA SOLICITAÇÃO: 11/04/2019	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA:	40 - Nº DO BILHETE:	41 - SÉRIE:
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	42 - CNPJ DA EMPRESA:	43 - CNAE DA EMPRESA:	44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Adriano Carlos Brandão		47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO: () CNES () CPF	49 - Nº DOCUMENTO () CNES () CPF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 11/04/2019		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELH)	

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente



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



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

USUARIO: charlene.nobre - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

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

Atalho
 Acesso / Desconectar
 Operações

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE

705408453844390 - JEOVA ALMEIDA PINTO



NOME DA MÃE

EUGENIR ALMEIDA PAULA DE FREITAS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

4851294

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

30/05/1996 - 22 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

JEOVA ALMEIDA PINTO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(85) 32555040

ENDEREÇO

RUA: SANTA CATARINA, Nº 162

BAIRRO

PANAMERICANO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

Plantonista

MÉDICO

04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555040

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE SERA TRANSFERIDO PARA HOSPITAL DE APOIO INSTITUTO PRÁXIS.

Solicitação

NÚMERO

12600106530

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

11/04/2019 - 11:29

PROFISSIONAL

04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020466 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO

PROCEDIMENTO REALIZADO

CLÍNICA

13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

4 - URGÊNCIA

Justificativa da Internação

DIAGNÓSTICO INICIAL

S621 - Fratura de outro(s) osso(s) do carpo

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS
Causas externas
DEFINIÇÃO DO ACIDENTE

PACIENTE COM FRATURA DE PUNHO, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS.

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RX.

1 - NÃO SE APLICA

Voltar

Caso deseje cancelar a solicitação de internação você pode:

Cancelar solicitação

Caso deseje acessar as ocorrências da solicitação você pode:

Acessar ocorrências

FICHA DE INTERNAÇÃO

===[ADMISSÃO]=====

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201921001834	11/04/2019	15:32	PRAXIS	SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento			SISREG	AIH
URGENCIA				
Origem do Paciente		Clínica/Especialidade		
IJF		CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA		
Médico Solicitante		Médico Responsável		
5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO		5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO		
Procedimento Solicitado				Dias
0408020466 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO				2

===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]=====

Nome		Sexo	
JEOVA ALMEIDA PINTO		MASCULINO	
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil
30/05/1996	22 Anos	PARDA	SOLTEIRO(A)
Mãe	Pai		Religião
EUGENIR ALMEIDA PAULA DE FREITAS	JOAO BATISTA PINTO		NÃO INFORMADO
Conjuge	Responsável		Prontuário
	JEOVA ALMEIDA PINTO		2450578
CNS	Registro	Documento Informado	
705408453844390	201902570001580	RG: 62023994306 Emissão: 06/04/2017	
País	Município de Naturalidade		CEP
BRASIL	FORTALEZA/CE		60010-000
Município de Residência		Logradouro	
FORTALEZA/CE		RUA AMADEU FURTADO	
Número	Complemento		Bairro
1278			PARQUELANDIA
Fone Móvel	Fone Fixo	Ponto de Referência	
(85)9881.75985			
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)			
EMPREGADO INFORMAL / ENTREGADOR DE PUBLICAÇÕES			

===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]=====

Em caso de urgência avisar		Acomodação/Leito
JOSUE ALMEIDA PINTO - IRMAO		222/2
Tipo de Acomodação	Clínica	Posto de Enfermagem
ENFERMARIA	CLÍNICA CIRÚRGICA	POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: daiane.mariano	Data: 11/04/2019 Hora: 15:35:57 Tempo: 00:03:52	

===[TERMO DE RESPONSABILIDADE]=====

JEOVA ALMEIDA PINTO, abaixo assinado, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao seu diagnóstico, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 11 de abril de 2019

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS





**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

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

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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 13/04/19

Nome do paciente:	Leone Almeida Lima		
Nº Prontuário:		Categoria:	
Clínica:		Leito:	
Cirurgião:	[Signature]		
Anestesista:	[Signature]		
Tipo de Anestesia:	[Signature]		
1 Auxiliar:	[Signature]		
2 Auxiliar:	[Signature]		
3 Auxiliar:	[Signature]		
Instrumentadora:	[Signature]		
Circulante:	[Signature]		
Diagnóstico Pré-Operatório:	[Signature]		
Tipo de Operação/ Código:	10408020423		
Diagnóstico Pós-Operatório:	[Signature]		
Relatório Imediato do Patologista:	[Signature]		
Exame Radiológico no ato:			
Acidente e Incidentes:			
Contagem de Compressas:			

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

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

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista

MODELO 8.0



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza, CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandesstavora.com.br E-mail: hospitalfernandesstavora@ig.com.br

fls. 31

Data: 27/04/19

FICHA DE ANESTESIA

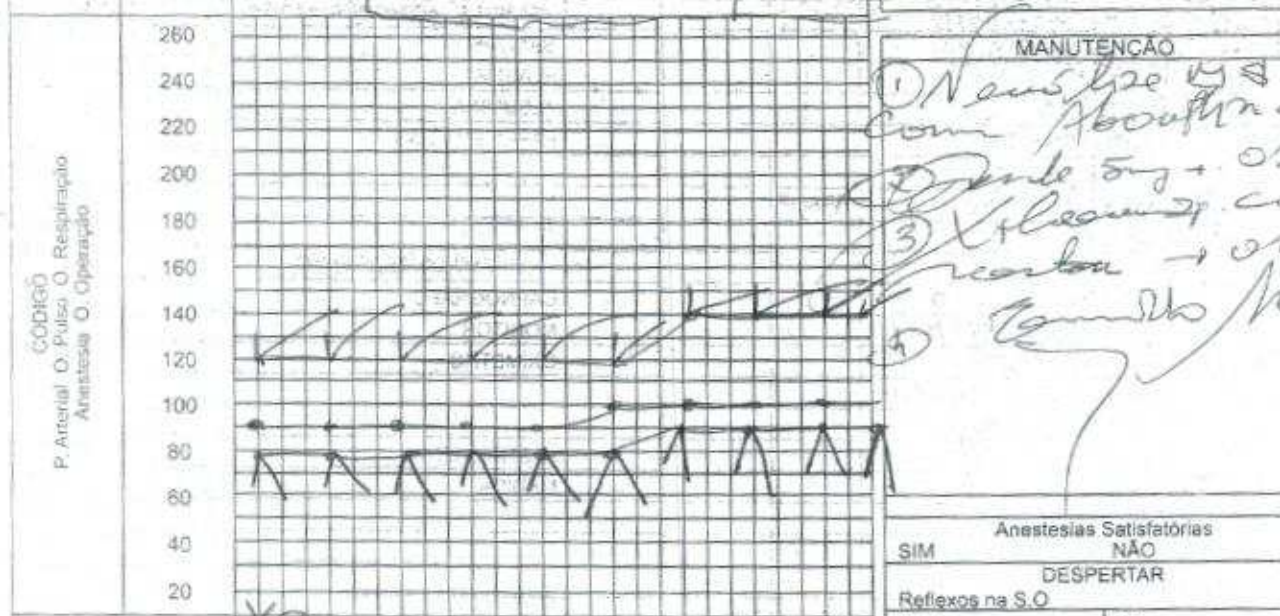
Nome do Paciente:	Leandro Almeida Costa		
Nº Prontuário:	Nº Controle:	Enf./	Leito:
Cirurgião:	Tempo de Sala:	Tempo de Oxigênio:	

IDADE	PESO	ALTURA	SEXO	TEMP	PLASO	RESO	PR. ART. MAX/MIN
20	70kg	1.67	M	36	93	73	120/80
TIPO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	CÁLCIO	
	1.1mm	133g/L	38.1%		3.2mg/dL	1.0mg/dL	

Ap. Respiratório	Ap. Circulatório	Ap. Digestivo	Ap. Urinário	Dentes	Pescoço	Diagnóstico Pré-Operatório	Risco
em conta	em conta	em conta	em conta	Norm	em conta	em conta	01
Anestésias Anteriores:				Medicação Pré-Anestésica:			
				Aplicada às: 11:00h			

Medicação Pré-Anestésica:	Aplicada às:	Efeito
Domate 5mg	11:00h	whoff

Agentes Anestésicos	Líquidos	INDUÇÃO
20 S	SF 1000ml + R2	Satisf. Excit
20		Tosse
0		Laringoespasm
0		Náuseas
		Vômitos
		Outros



SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	POSICÃO	AGENTES	ECNICA	PERAÇÃO	CIRURGIÕES	ANESTESISTAS	TEMPO DE ANESTESIA: Des	hrs =	Minutos	Pêda sangüinea aprox.	ml
	Decubito Dorsal	1 + 2 + 3 + 4					11:50	12:50	1h	Volüme sangüineo repouso	ml

Anestésias Satisfatórias	
SIM	NÃO
DESPERTAR	
Reflexos na S.O	
Obstr.	Co2
Excit	Náuseas
Vômitos	Outros
Para o leito com cânula	
SIM	NÃO
Condições	

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
201921001834 11/04/2019 15:32 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342
Médico Responsável
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342
Procedimento Solicitado
0408020466 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
222/2 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
JEOVA ALMEIDA PINTO MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
30/05/1996 22 Anos NÃO INFORMADO 2450578 201902570001580

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

Diagnóstico Principal
S621 - FRATURA DE OUTRO(S) OSSO(S) DO CARPO
Procedimento Realizado
0408020466 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO
Data Hora Motivo
14/04/2019 10:41 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

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

FORTALEZA(CE), 14 de abril de 2019

Responsável/
Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: aline.castelo

Data: 14/04/2019 Hora: 10:41:17



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



Prefeitura de
Fortaleza

fls. 33

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: JEOVA ALMEIDA PINTO		ID Paciente: 4851294
Data de Nascimento: 30/05/1996	Idade: 22 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: ITALO SANTOS		Data do Exame: 09/04/2019
LAUDO		

TC DO COTOVELO DIREITO

Realizados cortes axiais volumétricos sob técnica multislice helicoidal sem administração de produto de contraste com reconstruções multiplanares das imagens.

LAUDO:

Estruturas ósseas integras.
Espaços e superfícies articulares conservados.
Partes moles adjacentes sem alterações.

Nome IJF Está Cópia
Confere Com o Original
Data 17/03/2020
Eleilde Lopes
SERVIDOR

SILVANA PINHEIRO CRM 3914-CE

ABEMP

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins que o Sr. (a)

Jeová Almeida Pinto compareceu a esta

unidade de saúde para **FISIOTERAPIA**

no dia 22 / 08 / 19, no turno da

manhã.

Diagnóstico: Pós-operatório fratura
de punho.

* Paciente realizou 1 atendimento
de fisioterapia

Maracanaú 22 / 08 / 19

Dra. Isabel Dionísio
Fisioterapeuta
CREITO: 13477-F

ASSINATURA E CARIMBO



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



Prefeitura de
Fortaleza

fls. 35

R-56/PPA/2019

1713

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: JEOVA ALMEIDA PINTO		ID Paciente: 4851294
Data de Nascimento: 30/05/1996	Idade: 22 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: ITALO SANTOS		Data do Exame: 09/04/2019

LAUDO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO

TÉCNICA:

Obtidas imagens por aquisição volumétrica em tomógrafo sem uso de contraste venoso, com imagens processadas e analisadas em Workstation.

Traços de Fratura interessando:

1/3 Distal do Radio

Nuame IJF Está Cópias
Contém Com a Original
Data 17/03/2020
Alineida Lopes
Sely/2021

SILVANA PINHEIRO CRM 3914-CE



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

fove Muro Pts.
lado pido.

Atute fu o parent
eimo foi muntis
e cimpio po Fature
do lodo dntel Btp

Reitor - u m

28/10/19 Btp deputing

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE - CEP 60.310-002
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

Valterio Pinheiro
Tramitação
11/11/2019

MODEL 4

- Gelo - (20)
minutos
(2x dia)
punho (1)
cotovelo (2)

- Dido fênaco
Spray
3 x dia

- Toalha de
rosto.

Movimentar
cotovelo

- natação ou

2ª Via - Solicitante

Senhor Diretor,

JEOVA ALMEIDA PINTO, portador do(a) RG nº 62023994308, residente e domiciliado em FORTALEZA/CE no(a) RUA AMADEU FURTADO, 1278 - PARQUELANDIA, vem, pela presente, solicitar à esta instituição de saúde, a cópia do(a) PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO, datada de 11/04/2019.

Motivo: SOLICITAÇÃO DE DPVAT.

Entrega prevista para 27/10/2019

FORTALEZA/CE, 28 de August de 2019

Atendente



28 de August de 2019 MARIA NATALY DE SOUSA

****NÃO ESQUECER DE TRAZER ESTA VIA PARA RETIRADA DO DOCUMENTO****

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Realizo avaliação primária e secundária, curativo compressivo com gaze acalculada e atadura.

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

Adriana Guia
exam - CE
717821

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE:

FJF Centro

BOLETIM EMERG:

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ OUTRO:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

☒ SIM

☐ NÃO

ASS. DO RESPONSÁVEL:

cunhada

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

Fernando Rabelo
Emergencista
CRM 1110

EM:

/

/

às

hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU,

RG / CPF

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

SAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: Ortopedia e Traumatologia

Data: 1 / 1 / 20 às 12 : 59 h

Fratura rádio ulna
+ US. ① Internar

Dr. Guilherme Victor de Abreu
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
CRM 16787

+ Dr. Charles

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:

Data: 1 / 1 / 20 às 12 : 59 h

0301060029
CONSULTA MÉDICA
COM OBSERVAÇÃO

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:

Data: 1 / 1 / 20 às 12 : 59 h

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:

Data: 1 / 1 / 20 às 12 : 59 h

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Sinais Vitais/MT (h)

P.A:

T:

FC:

FR:

DESTINO - TRANSFERÊNCIA / ALTA

☐ Transferência ☐ Internação ☐ Alta Médica ☐ Alta à pedido ☐ Óbito

Data: 1 / 1 / 20 às 12 : 59 h Ass./Carimbo Médico:

ÓBITO

Primeiros Socorros: ☐ Sim ☐ Não

Data: 1 / 1 / 20 às 12 : 59 h

Corpo: ☐ PEFOCE ☐ SVO ☐ FAMÍLIA(D.O) Ass./Carimbo Médico:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- ① Retirar em defeito do
- ② Amarrar o músculo
- ③ Manter a serra operando
- ④ Retirar o filme em uma das
- ⑤ Fazer 11 a 12
- ⑥ da serra
- ⑦ Na ulna
- ⑧ Tendo

Assinatura
 Valterio P. M. da Silva
 CRM 6193

Assinatura do Cirurgião (Carimbo)



**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

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

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

PRÉ - REQUISIÇÃO - ANESTESIA

CÓD	MEDICAMENTOS	Unidade Medida	QUANT
313-1	ADRENALINA	AMP	
550-9	ÁGUA DESTILADA 1000ML	UND	
350-6	AMINOFILINA	AMP	
260-7	ATROPINA	AMP	
383-2	AMPICILINA 1G	FRAMP	
279-6	BICARBONATO DE SÓDIO	AMP	
281-0	CL. POTÁSSIO - 10%	AMP	
370-0	DIAZEPAM 10MG	AMP	
21415	MORFINA SULFATO 0,2mg/ml	AMP	
389-7	PETIDINA 100mg/2ml	AMP	
368-9	MIDAZOLAN 15 mg/3ml	AMP	01
444-8	ETILEFRINA	AMP	
397-2	ENFURANO 100ml	ML	
340-9	PROMETAZINA 50mg	AMP	
355-7	HIDROCORTIZONA 500mg	FRAMP	
399-9	HALOTANO 100ML	ML	
398-0	FENTANILA + DROPERIDOL	AMP	
396-4	CETAMINA	FRAMP	
386-7	CEFALOTINA	FRAMP	
388-8	FUROSEMIDA 2ML	AMP	
367-0	FENTANILA CITRATO 0,05mg/ml	FRAMP	
389-1	GENTAMICINA		
298-4	HEPARINA		
401-4	BUPIVACAÍNA 0,5%		
403-0	BUPIVACAÍNA + EPINEFRINA		
440-5	BUPIVACAÍNA PESADA		
8632-5	NALBUFINA		
359-0	PANCURÔNIO		
264-0	METOCLOPRAMIDA		
361-1	NEOSTIGMINE		
360-3	SEXAMETÔNIO 100mg	FRAMP	
400-6	THIOPENTAL		
358-1	ATACURIUM		
353-0	DICLOFENADO DE SÓDIO		01
406-5	LIDOCAÍNA COM VASOCONST		
408-1	LIDOCAÍNA + GLICOSE		
407-3	LIDOCAÍNA SEM ADRENALINA		
8811-4	CISATRACURIO 10MG		
8811-1	PROPOFOL		
362-0	NALOXONA		
8811-3	ISOFLURANO		
	SUFENTANIL		
	HYPNOMIDATE		

CÓD	MEDICAMENTOS	Unidade Medida	QUANT
SOROS			
553-3	Solução frutose 500ML	Tubo	
553-3	Solução de Manitol 250ML	Tubo	
559-2	Solução de Ringer lactato 500ML	Tubo	01
557-6	Soro fisiológico 0,9% 250ml	Tubo	
556-8	Soro fisiológico 0,9% 500ml	Tubo	02
1901-1	Soro fisiológico 1.000ml	Tubo	
558-4	Soro glicosado 5% 500ML	Tubo	
MATERIAIS			
	CATETER INTRAVENOSO		210-01
	AGULHA DESC. PERIDURAL		
	AGULHA DESC. P/RAQUE		
	EQUIPO P/ SORO		01
	SONDA ASP. TRAQUEAL		
	SONDA ENDOTRAQUEAL		
	SONDA NASOGÁSTRICA		
GASES MEDICINAIS			
	AR COMPRIMIDO		
	GÁS CARBÔNICO		
	OXIGÊNIO		
	OXÍDO NITROSO		
SANGUE - HEMODERIVADOS			
	SANGUE		
	PLASMA		
	ALBUMINA		
	PAPA HEMÁCIAS		
USO DE APARELHO			
	CAPNOGRAFO	h	
	MONITOR	h	
	OXÍMETRO	h	
JUSTIFICATIVA			
	MEDIDA		



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, 10 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200215995

Vítima: JEOVA ALMEIDA PINTO

Data do Acidente: 07/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEOVA ALMEIDA PINTO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

R\$ 1.687,50

Recebedor: JEOVA ALMEIDA PINTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000081786168-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você.