

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Antônia Maria Freitas da Rocha</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Estado Civil: <u>Solteira</u>	Profissão: <u>vendedora</u>	Carteira de Identidade: <u>2006009238271</u>
CPF nº: <u>047.449.413-62</u>	Residência: <u>R. Taífa, nº 49</u>	
Bairro: <u>Antônio Bezerra</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u> CEP: <u>60360-702</u>

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na rua Barbara de Alencar, nº 1920, apto 301, bloco,E, aldeota, Fortaleza - CE CEP: 60.140-000, fone: **(85) 9657.0528**
e-mail: KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instancia ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) autorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Fortaleza (CE), 08 de Junho de 2018.

x antônia maria freitas da Rocha

DECLARAÇÃO

Eu, antonía marcia Freitas da Rocha,
brasileiro(a), Solteira, vendedora, portador da Carteira de Identidade/RG nº
2006009238271, e inscrito no CPF/MF sob o nº 047.449.413-62, residente e
domiciliado na cidade de Fontalva, estado do Ceará, na Rua
Fafa, nº 49, declaro para os devidos fins
que possuo hiposuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas
processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha
família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fontalva (CE), 08 de Junho de 2.018.

x antonía marcia Freitas da Rocha

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



fls. 8

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5905 / 2017**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/11/2017 11:34:04**
Data / Hora da Ocorrência: **05/11/2017 09:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CEL MATOS DOURADO**
Complemento:
Bairro: **ANTONIO BEZERRA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A VAPT VUPT**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIA MARCIA FREITAS DA ROCHA**
Nascimento: **13/08/1991** CPF:
RG: **2006009238271** Orgão Emissor: **SSPDS** UF:
Filiação: **MARIA FREITAS DO NASCIMENTO**
ANTÔNIO JOSÉ FERREIRA DA ROCHA
Endereço: **TRAVESSA FAFÁ, 49**
Bairro: **ANTONIO BEZERRA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98620-9623**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQT0317** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC4110AR010142 Renavam: **174318430** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **COSMA DE SOUSA FARIAS** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE NO LOCAL, HORARIO E DATA ACIMA MENCIONADOS TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA HONDA/CG 125, DE PLACA NQT-0317 QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO "BATEU" NA TRASEIRA DA MOTOCICLETA QUANDO FAZIA UMA CONVERSÃO A DIREITA; QUE CAIU E FICOU LESIONADA; QUE A DECLARANTE FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL IJF CENTRO, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO. E NADA MAIS DISSE///

OBS: A FALSA COMUNICAÇÃO É PREVISTA NO ARTIGO 340 DO CPB E O PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO É DE SEIS MESES A PARTIR DA DATA DO F A T O .

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****MARIA GORETE TOMAZ VIANA - MAT.: 133917-1-8****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6**



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. **Antonia Marcia Freitas da Rocha**, no dia **05/11/2017**, às **09h55min**, na **Rua Coronel Matos Dourado**, no **Bairro Antônio Bezerra**. Vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P972310/2017**.

Fortaleza, 07 de dezembro de 2017

Atenciosamente,

Esther Cunha

Coord. do SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza

Reinaldo Silva Machado

Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Antonia Marcia Freitas da Rocha

CPF da Vítima

047.449.413-62

Data do Acidente

05/11/17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Fortaleza/CE, 18 de Dezembro de 17

Local e Data

Antonia Marcia

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Freitas da Rocha

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



HOSPITAL BATISTA MEMORIAL - HBM
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PÁGINA: 1 / 1

DATA: 06/11/2017

HORA: 15:28:46

47547

Prontuário
178860



Atendimento
25125



Reserva/Gula
12600073261



Data 06/11/2017 Hora 15:27

Paciente

ANTONIA MARCIA FREITAS DA ROCHA [CPF:]

Sexo Est. Civil
F SolteiroDt Nasc.
13/08/1991Telefone
85 86209623

R.G.

Código CNS

706808275743326

Endereço

MARTINS NETO

Num. Complemento
71

Profissão

Bairro

ANTONIO BEZERRA

Cidade
FORTALEZAUF
CE

Nome da Mãe

MARIA FREITAS DO NASCIMENTO

Responsável

ANTONIA MARCIA FREITAS DA ROCHA

Endereço
MARTINS NETONum.
71

Bairro

ANTONIO BEZERRA

Cidade
FORTALEZA

Cep

Telefone
85 86209623

Médico Atendente

258350 ARLINDO NOGUEIRA SOBRINHO [CRM: 7605] [CPF: 80727000497]

Médico Acompanhante

258350 ARLINDO NOGUEIRA SOB [CRM: 7605] [CPF: 80727000497]

Procedimento

303040084 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALI

Cid

S068 OUTR TRAUM INTRACRANIANOS

Tor

012401 RECEPCAO (INTERNAMENTO HOSPITALAR) 50 SUS

Origem

PACIENTES DO IJF

Acomodação

POSTO: 010216 - POSTO III ENFERMARIA: 016108 - ENFERMARIA 307 LEITO: 11 / ENF 307

Data mín. para alta - 06/11/2017

Data máx. para alta - 08/11/2017

Atendente -

RAVENA NADJA MARTINS

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [] Sim [] Não Data admissão 06/11/2017 Data alta 03/11/17

Internação anterior..? [] Sim [] Não Hora admissão 15:27 Hora alta 07:40:17

Alta....: Curado.....: [] Melhorado.....: [] Inalterado.....: [] Clínica..: Médica.....: []

Piorado.....: [] A pedido.....: [] Indisciplina.....: [] Cirúrgica.....: []

Transferido...: [] Falecimento....: [] Evasão.....: [] Obstétrica...: []

Diagnóstico:

Cid

Internação.: TLE

Definitivo...: DE

Histórico:

Pls admitido e qd e NE RCC15

Tratado com H2O com a P

Alta - 1

Ralo X:

Uti

Perm - 2

[] Simples

Entrada ____/____/____

Transf - 3

[] C/Contraste

Saída ____/____/____

Óbito - 4

Caract. Trat. ____/____/____

Motivo

[] Sangue..: [] Rh..: [] [] A [] B [] C [] D [] E [] F [] G

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO QUE TODOS OS DADOS ACIMA MENCIONADOS FORAM FORNECIDOS E CONFERIDOS POR MIM, COM BASE EM DOCUMENTOS LEGAIS, E QUE SÃO TOTALMENTE VERÍDICOS.

Amago de Sousa Junior
Assinatura do Paciente

RG

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL
CNPJ: 07.263.858/0001-34

Colmeia
11/2017

Colmeia
11/2017



HOSPITAL BATISTA MEMORIAL - HBM
Rua Professor Dias da Rocha, nº 1530 - Aldeota
Fone: (085) 3261 2999 - Fortaleza-CE

-----TERMO DE RESPONSABILIDADE CIRURGIA DE RISCO-----

Eu, A MESMA, RG: _____, CPF: _____, Responsável pelo paciente: Antonia Marcia Freitas Da Rocha
DOCUMENTO: _____.

Declaro que fui esclarecido(a) a respeito dos riscos da morbidade e mortalidade da Cirurgia de: _____
a queerei submetido(a).

Estou de Pleno acordo com a intervenção cirúrgica proposta pela equipe médica. Aceito os riscos da cirurgia, da anestesia, da transfusão de sangue e seus derivados, bem como o uso de medicamentos e autorizo a referida intervenção.

OBS: _____

Responsável: A MESMA
Endereço: R MARTINS NETO, 71, ANTONIO BEZERRA
CPF:
RG:

Testemunha: _____
Endereço: _____
CPF: _____
RG: _____

Fortaleza(CE), FORTALEZA, 06 de NOVENBRO de

Paciente/Responsável: Thiago De Souza Freitas

TERMO_RESP_DIVIDA_HBM

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL
CNPJ: 07.257.408/0001 - 34



Rua: Professor dias da Rocha nº1530 Bairro: Aldeota
Fone: (85) 3224.5417 - Fax: (85) 3261.1849
CNC: 07.263.866/0001-34

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"

TERMO DE CONHECIMENTO

EU Tricigo de Sousa Javira

CPF. 043 165 813-76 RG 4 Estou ciente que o Hospital

Batista Memorial não cobra de pacientes ou familiares qualquer valor financeiro de honorários médicos referentes aos internamento ou procedimento hospitalares oriundos do

Sistema Único de Saúde

ASS. DO PACIENTE

X Tricigo de Sousa Javira
ASS. DO RESPONSÁVEL

Fortaleza, ____ / ____ / ____

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL
CNPJ: 07.263.866/0001-34

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/06/2018 às 13:32, sob o número 01387890720188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do> Informe o processo 0138789-07.2018.8.06.0001 e código 37EDDFA

NOME:		DATA:	LEITO:	CONV:SUS	PRONT:
Antonia Maria Freitas da Rocha		06-21-17	307		
PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO DE ENFERMAGEM			
01	DIETA	SND			
02	Fenitoina 100 mg vo 8/8 h	06 14			
03	Antak 150mg vo 12/12h	06			
04	Tyler 30mg vo 6/6 h	06FK 12RF			
05	Dipirona 40gts 6/6 h SN	06FK 12RF			
06	Curativo com collagenase	06FK 12RF			
07	Cateter de O2 se NECESSARIO	06FK 12RF			
08	Plamet 2ml ev 8/8 se VOMITO	06FK 12RF			
09	SSVVI+ CCGG	06FK 12RF			
10		06FK 12RF			
11		06FK 12RF			
12		06FK 12RF			
13		06FK 12RF			
14		06FK 12RF			
15		06FK 12RF			
16		06FK 12RF			
17		06FK 12RF			
18		06FK 12RF			
19		06FK 12RF			
20		06FK 12RF			

(Circular stamp with text: NEUROLOGIA)

(Circular stamp with text: Talya Rodrigues Enfermeira COREN 489918)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

JB/RS 29/10/13

[illegible]

NOME:		DATA:	LEITO:	CONV:SUS	PRONT:
Antonio Nogueira Filho da Rocha		07/11/17	307		
PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO DE ENFERMAGEM			
01	DIETA <i>ln</i>	SND			
02	Fenitoina 100 mg vo 8/8 h	28 06			
03	Antak 150mg vo 12/12h	18 14			
04	Tylerx 30mg vo 6/6 h	18FF 24FF 06FF 12FF			
05	Dipirona 40qts 6/6 h SN	SIN 14 6			
06	Curativo com collagenase	SIN			
07	Cateter de O2 se NECESSARIO	SIN			
08	Plamet 2ml ev 8/8 se VOMITO	SIN			
09	SSVV+ CCGG				
10	<i>Dra Bc</i> <i>12/12h</i> <i>cl Paciente</i>	18 06			
11		<i>Emp Tallyta</i>			
12		453367			
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Antonio Nogueira Sobrinho
CRM 7605
NEUROCIRURGIA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE:		ENFERMARIA/LEITO		CONVÊNIO:	Nº PRONTUÁRIO
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM					
DATA	MANHÃ	TARDE	NOTURNO		
07/11/1978	às 09:00 P.M. - VO.	Às 14:00h - A.M.F.	22lbs paciente em	M -	
	lucida e consciente, ouve o paciente muito	Ativo de T.C.F. EVO	HTO diureco de TC5	T -	
	atento, verbaliza deambulando. lucida e consciente, ouve	orientada verbaliza	Evolui consciente	N -	
	aceitando dieta + medicação oferecida	toda verbaliza deambula suprimido	afetado aceita dieta		HIGIENE ORAL
	da, higienizada com D2 ambiente. PA = 120x70 mmHg	medicacao oferecida	PA 120x70 F-36°C	M -	
	+ troca de lençóis feita + med. realizado curativo	superfície por vo.	bimess presente	T -	
	vo. limpo e seco. Diurese espontânea -	Segue em ds de Enfermagem			
	de excreções. Eliminação. Paciente	Mª Lucineide de F. Lopes		N -	
	minações físicas referiu epaléia	Aux Enfermagem			MUDANÇA DE DECÚBITO
	lógicos @ Segue sendo m.c.p.m.	PA = 110x70 mmHg	referiu epaléia	M -	
	sob cuidados de enfermagem	T = 36,7°C	M.C.P.M.		
	PA = 120x70			T -	
	T = 36,6°C			N -	
	Brenna Queiroz R. Duo Téc. Enfermagem COREN 1084110				CURATIVO
					Característica da Ferida:
					a - () Incisão cirúrgica () limpa e seca
					() Hiperemiada
					b - () Úlcera () estágio I () estágio II
					() estágio III () estágio IV
					c - () Exudato seroso
					() Exudato serosanguinolento
					() Exudato sanguinolento
					() Exudato purulento
					d - () Tecido de granulação
					() Tecido necrótico () Fibrina
	COREN:	COREN:	COREN:	Ass:	

NOME:		DATA:	LEITO:	CONV:SUS	PRONT:
Ant ^o Márcia Freitas		08.11.17	307		
PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO DE ENFERMAGEM			
01	DIETA <i>br</i>	S/N			
02	Fenitoina 100 mg vo 8/8 h	22	06	14	
03	Antak 150mg vo 12/12h	18	06		
04	Tyler 30mg vo 6/6 h	18 EF	24	06	12
05	Dipirona 40gts 6/6 h SN	S/N	14	06	
06	Curativo com collagenase	S/N			
07	Cateter de O2 se NECESSARIO	S/N			
08	Plamet 2ml ev 8/8 se VOMITO	S/N			
09	SSVV+ CCGG				
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

(Circular stamp: Aliado Hospital Batista, 7605, NEURCYRURGIA)

(Stamp: Talita Sales, Enfermeira, COREN 445367)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MEMORIAL		NOME DO PACIENTE: <u>Antônia Marcia Fritos da R.</u>		ENFERMARIA/LEITO <u>307</u>		CONVÊNIO:		Nº PRONTUÁRIO	
DATA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				GLICEMIA CAPILAR			
		MANHÃ		TARDE		NOTURNO			
08.11.17		As 08:30hs, paciente A.M.F.R. & em Tto clínico de TCE evolui consciente orientada, verbalizando, deambulando, afébril, supineira em O2 ambiente, dieta + med VO oferecida, com AUP em M50 P) Im. Higienizada por aspersão + limpeza de feridas. Eliminações fisiológicas. Segue aos cuidados de enfermagem. PA: 120x70mmHg T= 36°C		As 13:30h retirando AUP, domSA ———— João Darc Téc. Enfermagem COREN: 1184097		As 21:00h Pcte em Tto Clínico de TCE, evolui consciente orientada, verbalizando, deambulando, afébril, supineira em O2 ambiente, dieta + med VO, oferecida, com AUP em M50 P) Im. Higienizada por aspersão + limpeza de feridas. Eliminações fisiológicas. Segue aos cuidados de enfermagem. PA: 120 x 70mmHg T= 36°C		M -	
		Leia Maria Teixeira		Joana Darc		Téc. Enfermagem		T -	
		Téc. Enfermagem		COREN: 1184097		SUA 283		N -	
		As 09:30hs, Realizada limpeza da ferida com MSE, dióxido de		Ass:		Ass:		HIGIENE ORAL	
		Ass: Leia Maria Teixeira		Ass:		Ass:		M -	
		Téc. Enfermagem		Téc. Enfermagem		Téc. Enfermagem		T -	
		COREN: 1213534		COREN: 1184097		COREN: 1184097		N -	
		COREN:		COREN:		COREN:		MUDANÇA DE DECÚBITO	
		COREN:		COREN:		COREN:		M -	
		COREN:		COREN:		COREN:		T -	
		COREN:		COREN:		COREN:		N -	
		COREN:		COREN:		COREN:		CURATIVO	
		COREN:		COREN:		COREN:		Característica da Ferida:	
		COREN:		COREN:		COREN:		a - () Incisão cirúrgica () limpa e seca	
		COREN:		COREN:		COREN:		() Hiperemiada	
		COREN:		COREN:		COREN:		b - () Úlcera () estágio I () estágio II	
		COREN:		COREN:		COREN:		() estágio III () estágio IV	
		COREN:		COREN:		COREN:		c - () Exudato seroso	
		COREN:		COREN:		COREN:		() Exudato serosanguinolento	
		COREN:		COREN:		COREN:		() Exudato sanguinolento	
		COREN:		COREN:		COREN:		() Exudato purulento	
		COREN:		COREN:		COREN:		d - () Tecido de granulação	
		COREN:		COREN:		COREN:		() Tecido necrótico () Fibrina	
		COREN:		COREN:		COREN:		Ass:	

NOME: <i>Antônio M. F. Silva</i>		DATA: <i>09/11/17</i>	LEITO: <i>307</i>	CONV:SUS	PRONT:
PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO DE ENFERMAGEM			
01	<i>DIETA <i>livre</i></i>				
02	<i>Fenitoina 100 mg vo 8/8 h</i>				
03	<i>Antak 150mg vo 12/12h</i>				
04	<i>Tyler 30mg vo 6/6 h</i>				
05	<i>Dipirona 40gts 6/6 h SN</i>				
06	<i>Curativo com colagenase</i>				
07	<i>Cateter de O2 se NECESSARIO</i>				
08	<i>Plamet 2ml ev 8/8 se VOMITO</i>				
09	<i>SSVV + CCGG</i>				
10	<i>Anta 14/11/17</i>				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Antônio M. F. Silva
NEUROLOGIA



"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
 Rua Prof. Dias da Rocha, 1530 - Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará
 Fone: (85) 3221.5417 - Fax: (85) 3261.1846

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

19/RS 29/10/23

NOME DO PACIENTE: <u>Antonio Marcia Freitas</u>		ENFERMARIA/LEITO <u>307</u>		CONVÊNIO:	Nº PRONTUÁRIO
DATA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
	MANHÃ	TARDE	NOTURNO	GLICEMIA CAPILAR	
09/11/17	07:40 Pct saiu			M -	
	de alta Hospitalar				
	— Brenna Quêzia F. Du. —			T -	
	— Téc. Enfermagem —			N -	
	— COREN 1084116 —				
				HIGIENE ORAL	
				M -	
				T -	
				N -	
				MUDANÇA DE DECÚBITO	
				M -	
				T -	
				N -	
				CURATIVO	
				Característica da Ferida:	
				a - () Incisão cirúrgica () limpa e seca	
				() Hiperemiada	
				b - () Úlcera () estágio I () estágio II	
				() estágio III () estágio IV	
				c - () Exudato seroso	
				() Exudato serosanguinolento	
				() Exudato sanguinolento	
				() Exudato purulento	
				d - () Tecido de granulação	
				() Tecido necrótico () Fibrina	
	Ass:	Ass:	Ass:	Ass:	
	COREN:	COREN:	COREN:		



"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
 Av. Padre Antônio Tomás, 2056 - Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará
 Fone: (85) 4005-2999 - Fax: (85) 4005-2945

DATA	HORA	• EVOLUÇÃO •
06/11/17		Re admissão e exame de NE Exame e exame de admissão no ECCIS Re a 1500 mg/ml D cd. Smtm
07/11/17		Re a 2000 mg/ml ECCIS PRFR cd Smtm
08/11/17		Re admissão no 1500 mg/ml ECCIS cd Smtm
09/11/17		Re a 2000 mg/ml ECCIS cd Smtm 1500 mg/ml

[Circular stamp: ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, CRM 7605, NEUROCIRURGIA]

[Circular stamp: ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, CRM 7605, NEUROCIRURGIA]

[Circular stamp: ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, CRM 7605, NEUROCIRURGIA]

[Circular stamp: ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, CRM 7605, NEUROCIRURGIA]

NOME: Antônio Manoel Furtado de Paula

APTO./LEITO: _____

CONV.: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/06/2018 às 13:32, sob o número 013878907. Para conferir o original, acesse o site <http://pesajce.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0138789-07.2018.8.06.0001 e código 37EDDEA.



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 14/11/2017 14:17:28

Por: EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 05/11/2017 10:25:34

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 706808275743326	NOME: ANTONIA MARCIA FREITAS DA ROCHA	Registro: 5535761
CPF: 04744941362	RG:	D. NASC: 13/08/1991
	ESTADO CIVIL:	SEXO: F
		RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA FREITAS DO NASCIMENTO	NOME DO PAI: ANTONIO JOSE FERREIRA DA ROCHA	
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: MARTINS NETO	Nº: 71
		BAIRRO: ANTONIO BEZERRA
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: FORTALEZA
		UF: CE
		CEP: 60360415

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: USI 91 COND. JANIO	PARENTESCO: AMIGA SHEILA	TELEFONE:
--------------------------	--------------------------	-----------

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:
------------------	-------------------	---------------------	------------------

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete
QUEIXAS: VITIMA DE COLISÃO CARRO X MOT, SEM CAPACETE, LACERAÇÃO EM REGIÃO FRONTAL,, HISTÓRIA DE CONVULSÃO NA CENA.
OBSERVAÇÕES: TRAUMA CRANIOENCEFALICO.

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Leve	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:		

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:	
Exame Físico:	
Conduta:	
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

SERVIÇO DE PROTOCOLO - 101
RAE TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 14/11/2017
MATRÍCULA 138267
Assinado por: [Assinatura]
SERVIDOR(A)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ARQUIVO GERAL	2006009230271
DATA DE Emissão	09/08/2012
NOME ANTONIA MARCIA FREITAS DA ROCHA	
FILIAÇÃO ANTONIO JOSÉ FERREIRA DA ROCHA MARIA FREITAS DO NASCIMENTO	
LOCALIDADE - CE	DATA DE NASCIMENTO 13/08/1991
DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: ANTONIO BEZERRA TERMO: 195165	
FOLHA: 126 LIVRO: A-166 FORTALEZA - CE	
CPF	047.449.411-62
2 VIA	ASSINATURA DO DETENTOR <i>Antonia Marcia Freitas da Rocha</i>
P.: 1	
LEI N. 7.116 DE 20-08-09	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DO CEARÁ	
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA	
DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL	
FOTO	
FOTO	
Polegar Direita	
antonia marcia freitas da rocha	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 01 00174312430
RNTTC: 0000000000
DATA: 2016

OSMA DE SOUSA FARIAS

FORIALEZA

CPF/CNPJ: 6840224368
PLACA: NBT0317/CE

CHASSI: 9C2J0C4110A010142

CATEGORIA: 09
Nº CHASSI: 9C2J0C4110A010142

PREMIO TARIFARIO (R\$): 14,34
IOF (R\$): 1,11
PREMIO TOTAL: 15,45

DATA DE PAGAMENTO: 28/09/2016

OBSERVAÇÕES:

LOCAL: FORIALEZA

ASSINATURA: Igor Pontes

DATA: 28/09/2016

SEGURO DPVAT
AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES
TRANSPORTADAS OU NÃO - S

CE Nº 012993673671 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2016
DATA DE EMISSÃO: 29/09/2016

CPF/CNPJ: 6840224368

PLACA: NBT0317/CE

CHASSI: 9C2J0C4110A010142

PRÊMIO TARIFÁRIO

DETRAN (R\$): 14,34
IOF (R\$): 1,11
TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO DPVAT: 15,45

DATA DE QUITAÇÃO: 28/09/2016

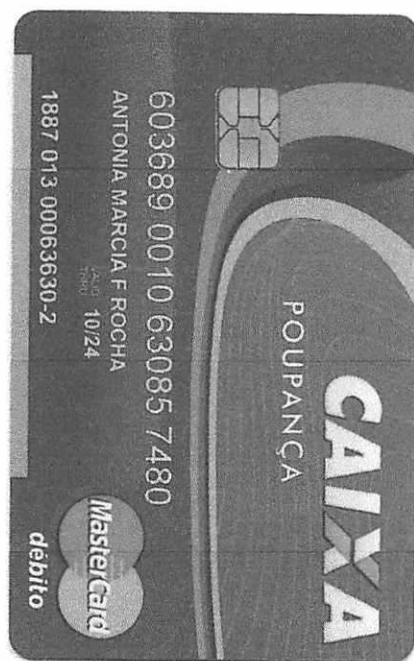
PARCELADO: ☐

SEGURODPVAT LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MOTOR: JC41E1A010142

00354





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 525409622

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
MAI/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
5746588 DV **6**

VENCIMENTO
01/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DESCRIÇÃO DA CONTA

Rota 10 01240 38 0238200 Medidor Poste
Nome FRANCISCO ELIALDO DE SOUZA SILVA 10656728 0000 0
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU FAFA 00050 A BEZERRA FORTALEZA 60360402

RG / CPF / CNPJ 056.979.953-85 CGF
Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado
FP 7475 7475 1 0 0 0

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação Prev. Próxima Leitura
23/05/2018 15/06/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

6695.A8AE.2BB1.3818.F0C1.8FAE.091C.3780

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
0,00 18% 0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)
0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

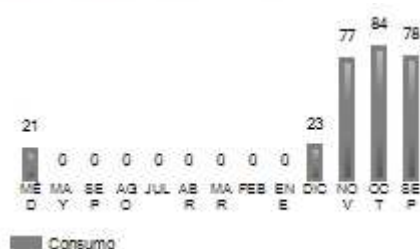
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 0,00

Conjunto

Mês MAR/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 5746588-6 N° da Nota Fiscal: 525409622 Total a Pagar (R\$): 0,00
Data de Emissão: 08/06/2018 Referência: MAI/2018 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

DR. ADROALDO SILVEIRA ARAGÃO

CRM – 1600

RELATÓRIO MÉDICO

Reflete, para o decorrer, junto ao DPVAT, que a Sra. Antonia Maria Freitas de Rocha infante que sofreu acidente de trânsito, 05.11.14, e tem TCE com perda consciente e Trauma contuso no peito;
 → * Região Frontal E ← CONUSAS ←
 recebe tratamento clínico com medicação específica - em Neurologia / Traumatologia; atualmente foi de alta definitiva apresentando as seguintes sequelas: permanece com crises de epilepsia, necessitando de uso contínuo de medicação / Dipirona; Hb apresenta dor e bloqueio funcional do flexo - extensão do pulso E; apresenta edema periorbital e instabilidade de deambulação.
 Comprometimento do TCE 25%.
 do do pulso E 50%.

FORTALEZA

12/01/18

Adroaldo S. Aragão
CRM 1600

* Vacante: UV 830

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2018

Carta nº: 12509059

A/C: ANTONIA MARCIA FREITAS DA ROCHA

Nº Sinistro: 3180003824
Vítima: ANTONIA MARCIA FREITAS DA ROCHA
Data do Acidente: 05/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARCOS ANTONIO DO NASCIMENTO ARAUJO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANTONIA MARCIA FREITAS DA ROCHA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001887

Conta: 0000063630-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

