# SABOYA & BRANDÃO
# ADVOGADOS ASSOCIADOS

## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

| | |
|---|---|
| **OUTORGANTE** | **MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA** |
| Nacionalidade | BRASILEIRO (A) |
| Natural | OCARA-CE |
| Estado Civil | CASADA (A) |
| RG nº | 20071664518 SSPCE 06/08/2008 |
| CPF nº | 055.767.713-03 |
| Profissão | ESTETICISTA |
| Endereço | RUA 2 (CJ TUPINAMBA DA FROTA) ,1017 |
| Complemento | |
| Bairro | ANTONIO BEZERRA |
| CEP | 60.361-270 |
| Municipio/UF | FORTALEZA-CE |
| Telefones | (85)98726-6529 OI (85) 99601 1688 (85) 98730-5792 |

**OUTORGADOS:** **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 para receber intimações na Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE, Tel.: (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069 / (85) 3022-0470. E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao_@hotmail.com.

**PODERES:** Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicia" 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 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, quinta-feira, 1 de fevereiro de 2018.

Maria Daiane Sampaio Moreira



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

SABOYA & BRANDÃO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

## DECLARAÇÃO

| | |
|---|---|
| DECLARANTE | MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA |
| Nacionalidade | BRASILEIRO (A) |
| Natural | OCARA-CE |
| Estado Civil | CASADA (A) |
| RG nº | 20071664518 SSPCE 06/08/2008 |
| CPF nº | 055.767.713-03 |
| Profissão | ESTETICISTA |
| Endereço | RUA 2 (CJ TUPINAMBA DA FROTA) ,1017 |
| Complemento | |
| Bairro | ANTONIO BEZERRA |
| CEP | 60.361-270 |
| Município/UF | FORTALEZA-CE |
| Telefones | (85)98726-6529 OI |

**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 as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5°, LXXIV, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei n° 1.060/50.

Fortaleza/CE, quinta-feira, 1 de fevereiro de 2018.

Maria Daiane Sampaio Moreira
**DECLARANTE**

Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE
Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069
E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br thiago_cs@hotmail.com marcelobrandao_@hotmail.com

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

# DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA , BRASILEIRO (A), CASADA (A), ESTETICISTA, PORTADOR DO RG Nº 20071664518 SSPCE 06/08/2008, INSCRITO NO CPF SOB Nº 055.767.713-03, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NA RUA 2 (CJ TUPINAMBA DA FROTA) ,1017, , ANTONIO BEZERRA, 60.361-270, FORTALEZA-CE, Telefone(s) (85)98726-6529 OI,

DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELO SR. NAZARENO GOMES DE SOUSA, BRASILEIRO, CASADO, AUTÔNOMO, PORTADOR DO RG Nº 8912005003649 SSPCE, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 314.320.693-49 E PELA SRA. SORAYA CRISTINA GOMES BARBOSA, BRASILEIRA, CASADA, AUTÔNOMA, PORTADORA DO RG Nº 4.340.774-0 SSPPR, INSCRITA NO CPF SOB O Nº 590.270.379-49, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA SÃO PAULO – Nº 32 – 6º ANDAR – SALA 609 – BAIRRO CENTRO – CEP: 60.030-100 – 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 PRESENTE PROCESSO ADMINISTRATIVO, 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 no OAB-CE sob o Nº 24.156, e MARCELO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE 26.103, todos com endereço profissional a Rua São Paulo, 32 2º Andar sala 204 Bairro Centro, CEP – 60.030-100 Fortaleza-CE, DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL, CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE TANGE A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS DOCUMENTOS E/OU DADOS) E VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.

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

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

FORTALEZA/CE, quinta-feira, 1 de fevereiro de 2018.

Maria Daiane Sampaio Moreira

DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007166451 - 8

DATA DE EXPEDIÇÃO 06/08/2008

NOME
MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA

FILIAÇÃO
ANTÔNIO MOREIRA NETO
MARIA DAS DORES SAMPAIO DA SILVA MOREIRA

DATA DE NASCIMENTO
12/07/1989

NATURALIDADE
OCARA - CE

DOC ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:ARUARU TERMO:7.602 FOLHA:84V
LIVRO:A-13 NORADA NOVA - CE

CPF

P.: 40

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/8/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

Polegar Direito

Maria Daiane Sampaio Moreira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
CPF
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS
Número de Inscrição
.055.767.713-03
Nome
MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA
Nascimento
12/07/1989

fls. 18

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

Cagece — Governo do Estado do Ceará — Secretaria das Cidades

**Nº de Inscrição:** 007041071

**DADOS DO CLIENTE**

Nome: RONALDO DOS SANTOS RAMOS
End. Leitura: RU 2 CJ JOSE TUPINAMBA FROTA, 1017, ANTONIO BEZERRA
Cidade: FORTALEZA — CEP: 60361-270
End. Entrega:
Cidade: — CEP:
Local: 001 Setor: 040 Subsetor: 00 Quadra: 0276 Subquadra: 00 Lote: 0093 Comp: 0000

**ECONOMIAS**

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

**INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO**

| Serviço | Medidor | Leitura Anterior | Leitura Atual | Volume (m³) | Média Semestral (m³) |
|---|---|---|---|---|---|
| AGUA | A04L331587 | 1121 | 1138 | 17 | 18 |

**DATAS**

Leitura Atual: 19/10/2017 — Emissão: 19/10/201 — Lacre Água: 452490
Leitura Anterior: 20/09/201 — Próxima Leitura: 20/11/201 — Lacre Esgoto: 70217

**QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:** 09/2017

| Nº de Amostras | Cloro | Turbidez | Cor | Coliformes Totais | Escherichia Coli |
|---|---|---|---|---|---|
| Exigidas | 541 | 541 | 128 | 541 | 541 |
| Analisadas | 554 | 554 | 554 | 554 | 554 |
| Em conformidade | 554 | 547 | 539 | 548 | 554 |

**MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 18 m3 | META: 14 m3.
Constatamos debito de R$ 75,11. Caso pago, desconsiderar.
O pedido de religacao de urgencia mudou. Agora vai ate meio dia.

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | Valor (R$) |
|---|---|
| AGUA | 51,11 |
| ESGOTO | 34,76 |
| JUROS DE 0,033% AO DIA | 0,37 |
| ACRESC. IMPONT. AGUA TARI | 0,28 |
| JUROS/MULTA TARIFA CONT | 0,04 |
| MULTA DE 2% | 2,90 |
| TARIFA DE CONTINGENCIA | 14,69 |

**HISTÓRICO DE VOLUME**

| Mês/Ano | Água (m³) | Esgoto (m³) |
|---|---|---|
| OUT/16 | 18 | 14 |
| NOV/16 | 22 | 17 |
| DEZ/16 | 23 | 18 |
| JAN/17 | 24 | 18 |
| FEV/17 | 23 | 18 |
| MAR/17 | 24 | 18 |
| ABR/17 | 24 | 19 |
| MAI/17 | 22 | 17 |
| JUN/17 | 16 | 12 |
| JUL/17 | 18 | 14 |
| AGO/17 | 16 | 12 |
| SET/17 | 15 | 12 |

**TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO**

| Descrição | Valor (R$) |
|---|---|
| PIS | 1,00 |
| COFINS | 4,98 |

**SUBSÍDIO**

| Descrição | Valor (R$) |
|---|---|
| VALOR DO SERVICO | 132,37 |
| VALOR DO SUBSIDIO | 28,02 |
| VALOR TOTAL A PAGAR | 104,35 |

| MÊS/ANO | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR (R$) |
|---|---|---|
| 10/2017 | 08/11/2017 | 104,35 |

**ONDE PAGAR SUA FATURA** I: 356615074556569 L: 3208 H: 08: 18: 41 R: 009 P: 001

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BB, Banco do Povo, Caixa Econômica Federal, Santander, Tribanco. Outros: Lotéricas. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Veja se não tem, e peça para seu gerente ou agência.

Central de Atendimento Cagece 0800 275 0195 — Cagece Mobile

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.3938, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3438.

ouvidoria.gov.br — 155

---

Cagece — Governo do Estado do Ceará — Secretaria das Cidades

**Fatura Mensal** — Via do agente arrecadador

**DADOS DO CLIENTE** 356615074556569 - 3208
Inscrição: 007041071 — Código do Responsável: — Mês/Ano: 10/2017
Local: 001 Setor: 040 Subsetor: 00 Quadra: 0276 Subquadra: 00 Lote: 0093 Comp: 0000
Cidade: FORTALEZA — Vencimento: 08/11/2017 — Total (R$): 104,35

82670000001 9 04350009500 5 00704107101 5 00070022015 5

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

fls. 20

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013569509590

| VIA | COD. RENAVAM | S.N.T.R.C. | EXERCÍCIO |
|---|---|---|---|
| 01 | 00588945110 | 0000000000 | 2017 |

PFT

NOME
RONALDO DOS SANTOS RAMOS
**********
**********
FORTALEZA /CE

| CPF/CNPJ | PLACA |
|---|---|
| 03075937380 | OSC3725/CE |

| PLACA ANT./UF | CHASSI |
|---|---|
| /CE | 9C2KC1680ER448226 |

| ESPÉCIE/TIPO | COMBUSTÍVEL |
|---|---|
| PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. | GASOL/ALCO |

| MARCA / MODELO | ANO FAB. | ANO MOD. |
|---|---|---|
| HONDA/CG150 FAN ESDI | 2013 | 2014 |

| CAP. / POT. / CIL. | CATEGORIA | COR PREDOMINANTE |
|---|---|---|
| 2P/OCV/149CC | PARTIC | VERMELHA |

IPVA

| COTA ÚNICA | VENC. COTA ÚNICA | VENC. / COTAS |
|---|---|---|
| *********,** | **/**/** | 1ª********* |
| | | 2ª********* |
| | | 3ª********* |

| FAIXA I.P.V.A. | PARCELAMENTO / COTAS |
|---|---|
| ******** | *********,** |

| PRÊMIO TARIFÁRIO (R$) | IOF (R$) | PRÊMIO TOTAL (R$) | DATA DE PAGAMENTO |
|---|---|---|---|
| | | | ******** |

SEGURO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES
**********
**********
**********
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

| LOCAL | DATA |
|---|---|
| FORTALEZA | 07/08/2017 |

Igor Ponte
Superintendente
DETRAN-CE

DENATRAN
CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013569509590 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

| EXERCÍCIO | DATA EMISSÃO |
|---|---|
| 2017 | 07/08/2017 |

| VIA | CPF / CNPJ | PLACA |
|---|---|---|
| 01 | 03075937380 | OSC3725 |

| RENAVAM | MARCA / MODELO |
|---|---|
| 00588945110 | HONDA/CG150 FAN ESDI |

| ANO FAB. | CALIBRE | Nº CHASSI |
|---|---|---|
| 2013 | 09 | 9C2KC1680ER448226 |

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

| FNS (R$) | DENATRAN (R$) | CUSTO DO SEGURO (R$) |
|---|---|---|
| 81,29 | 9,03 | 90,33 |

| CUSTO DO BILHETE (R$) | IOF (R$) | TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$) |
|---|---|---|
| 4,15 | 0,7 | 185,5 |

| PAGAMENTO | | DATA DE QUITAÇÃO |
|---|---|---|
| X COTA ÚNICA | PARCELADO | 01/08/2017 |

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**
CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: KC16E8E448226 02778

013569509590
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.
DE _____ DE _____
ASSINATURA

02778
OSC3725
CÓD. RENAVAM
00588945110
144020 02556

JAIME ARARIPE
Serviço Registral
Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará
Bel. Jaime de Alencar Araripe Júnior - Titular | Bel. Guilherme Augusto de Alencar Araripe - Substituto
Av. Mister Hull, 4965 - CEP 60156-001 - Fortaleza - Ceará | (85) 3255-3301 - cartorioalencar.com.br

(3477911177469) 1 AUTENTICAÇÃO - Certifico que esta fotocópia é reprodução fiel do original que me foi representado.==========
Fortaleza, 10 de novembro de 2017. Em testemunho da verdade.
SONIA MARIA MATOS MAGALHAES ARAUJO (Escrevente)
Valor Total R$ 2,29. FUNC: thays

HN802125 03/08 AUTENTICADO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o numero 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ronaldo dos Santos Ramos,

RG nº 2005010034694, data de expedição 15/07/14, Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 030.759.373.30, com domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua. 2 Conj Tupinambá da Feira Antonio Bezerra, nº 1017, complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Maria Daiane Sacapaio Moreira cujo o condutor era Ronaldo dos Santos Ramos.

Veículo: moto honda
Modelo: Fan 150
Ano: 2013/2014
Placa: OSC 3425
Chassi: 9C2KC1680ER448226
Data do Acidente: 22/04/2017
Local e Data: FORTALEZA 18 DE NOVEMBRO DE 2017.

Ronaldo dos Santos Ramos
Assinatura do Declarante

Ronaldo dos Santos Ramos
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

JAIME ARARIPE
Serviço Registral
Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará
Bel. Jaime de Alencar Araripe Júnior - Titular | Bel. Guilherme Augusto de Alencar Araripe - Substituto
Av. Mister Hull, 4965 - CEP 60356-001 - Fortaleza - Ceará | (85) 3235-3301 - cartorio@secrel.com.br
[illegible] Z Reconheço por AUTENTICA a(s) assinatura(s) de: RONALDO DOS SANTOS RAMOS
[illegible] confere c/ o padrão ref. nesta serventia. Dou fé.
Fortaleza, 18 de novembro de 2017. Em testemunho da verdade.
SANDRA MARIA MATOS MAGALHÃES ARAÚJO (Escrevente)
Total: R$ 4,00. Atos expedidos.

MFU 02
RECONHECIMENTO DE FIRMA
CG836.193

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

FLS. _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 3887 / 2017

### *Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **31/07/2017 10:30:26**
Data / Hora da Ocorrência: **22/04/2017 08:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA SILAS MUNGUBA**
Complemento:
Bairro: **SERRINHA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A IGREJA UNIVERSAL**

### *Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: **MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA**
Nascimento: **12/07/1989** CPF: **055.767.713-03**
RG: **2007166451-8** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DAS DORES SAMPAIO DA SILVA MOREIRA**
**ANTONIO MOREIRA NETO**
Endereço: **RUA 05 CONJ JOAO PAULO II, 274 CASA B**
Bairro: **JANGURUSSU**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.863-800**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98726-6529**

### *Noticiante(s)*

Daiane

Nome: **RONALDO DOS SANTOS RAMOS**
Nascimento: **01/07/1990** CPF: **030.759.373-80**
CNH: **05122861440** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **ESTELA DOS SANTOS RAMOS**
**RAIMUNDO RAMOS DO AMARAL**
Endereço: **RUA 02 CONJ TIPINAMBA DA FROTA, 1017**
Bairro: **ANTONIO BEZERRA** CEP: **60.361-270**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 3235-4066**

### *Dados do(s) Veículo(s)*

**1)** Placa: **OSC3725** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1680ER448226** Renavam: **588945110** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **RONALDO DOS SANTOS RAMOS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

### *Histórico*

AFIRMA O NOTICIANTE(PILOTO) QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA OSC-3725-CE, HABILITADO, CNH:05122861440 DETRAN CE, CAT. HAB. AB, MAS NÃO FICOU LESIONADO E A VITIMA NA SITUAÇÃO DE GARUPEIRA; QUE TRAFEGAVA PELA AV. SILAS MUNGUBA E A ESTAVA CHOVENDO NO LOCAL, QUANDO DE REPENTE PERDEU O CONTROLE DA MOTO E ACONTECEU A QUEDA NA VIA; QUE A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULAR SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DA PARANGABA. E NADA MAIS DISSE.//



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

FLS. _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3887 / 2017**

OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** _____
**CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** _____

**VISTO DO DELEGADO(A) :** _____
**MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9**

Maria Daiane Sampaio Moreira



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

Prefeitura de Fortaleza

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

# REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

## DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE: MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA
Nº DO PRONTUÁRIO: 287025
Nº DO BE: 142260
CATSUS:
NASCIMENTO: 12/07/1989(27 ANOS)
SEXO: F
RAÇA/COR: PARDO
NOME MÃE: MARIA DAS DORES SAMPAIO MOREIRA
NOME RESPONSÁVEL: NI
ENDEREÇO: RUA 05 274 JOAO PAULO II
MUNICÍPIO:
UF: CE
CONTATO:
CEP: NI

## OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE:

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA: ALGIA E ABRASÕES EM MMSS E MMII APOS TRAUMA HOJE. NEGA SINCOPE E VOMITOS
MOTIVO: AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA
SINTOMAS: NI
ESCALA DE DOR: 99 (ADULTO)

## SINAIS VITAIS

PESO: NI KG
PRESSÃO ARTERIAL: NI/NI
SAT O2: NI%
PULSO: NI
GLICEMIA: NI
TEMPERATURA: NI °C
ALERGIAS: NI
CLASSIFICAÇÃO: VERDE
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO: JOANA MOURA
DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 22/04/2017 09:00:49

## ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO: TRAUMATOLOGIA

## ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE:

DIAGNÓSTICO:
COD. PROCEDIMENTO:
CID:

SADT SOLICITADO: ( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRANIO ( ) RAIO-X _____ ( ) OUTROS

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

| MEDICAMENTO | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÕES |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

Impresso por raquel moura rodrigues de alencar em 30/06/2017 às 14:48:15
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA

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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

| PRESCRIÇÃO MÉDICA | OBSERVAÇÃO |
|---|---|
| | |

CONDUTA:

1 - ALTA: ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ A REVELIA ☐ TRANSFERÊNCIA

☐ REMOVIDO PARA: _____ GUIA Nº _____

DATA E HORA DA ALTA: __/__/__ HORA: __:__

2 - OBSERVAÇÃO: (ATÉ 24 h) ☐ DATA E HORA DA ALTA: __/__/__ HORA: __:__

3 - INTERNAÇÃO ☐ Nº PRONTUARIO: _____

DATA E HORA DA INTERNAÇÃO: __/__/__ HORA: __:__

ASS. CARIMBO MÉDICO

4 - PARA ÓBITO
ANTES DO 1º SOCORRO ☐ NÃO ☐ SIM DATA ÓBITO: __/__/__ HORA ÓBITO: __:__

DESTINO DO CORPO: 1 ☐ ENTREGUE A FAMÍLIA 2 ☐ I.M.L. 3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA 4 ☐ SVO

ASS. CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS. PACIENTE OU ACOMPANHANTE

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO

HOSPITAL ESTADUAL MARIA JOSÉ BARBOSA [illegible]
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o numero 01589841320180600001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

http://172.30.56.201/sigis/publicrela

Prefeitura Municipal de Fortaleza

Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL Mº JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

## REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

287025

12/07/1989(27 ANOS)

F

PARDO

NI

NI

AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA

NI

NI

J. ANA PAULA

Paciente Maria em acompanhamento ortopédico em tratamento de lesão no membro (MIC).

Pe Moreira

( ) OUTROS

DOUTOR: ( ) ATÉ 48 HORAS

Roberto Cezar Cruz Saraiva
CRE 4032
Ortopedia - Traumatologia

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

Emanuella Monteiro

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

| PRESCRIÇÃO MÉDICA | OBSERVAÇÃO |
|---|---|
| Rx pé E em 1 AP 1 oblíquo. | |
| Rx joelho E em 1 AP. | |
| Roberto César Cruz Saraiva CREMEC 4032 Ortopedia - Traumatologia | |

CONDUTA:

1 - ALTA: ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ A REVELIA ☐ TRANSFERÊNCIA

☐ REMOVIDO PARA: _____ GUIA Nº _____

DATA E HORA DA ALTA: __/__/____ HORA: __:__

2 - OBSERVAÇÃO (ATÉ 24 h) ☐ DATA E HORA DA ALTA: __/__/____ HORA: __:__

3 - INTERNAÇÃO ☐ Nº PRONTUÁRIO: _____

DATA E HORA DA INTERNAÇÃO: __/__/____ HORA: __:__ _____ ASS. CARIMBO MÉDICO

4 - PARA ÓBITO ANTES DO 1º SOCORRO ☐ NÃO ☐ SIM DATA ÓBITO: __/__/____ HORA ÓBITO: __:__

DESTINO DO CORPO: 1 ☐ ENTREGUE A FAMÍLIA 2 ☐ I.M.L. 3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA 4 ☐ SVO

_____ ASS. CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL _____ ASS. PACIENTE OU ACOMPANHANTE

_____ ASS. DO MÉDICO E CARIMBO

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

Emanuelle Monteiro

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

**ANTONIO PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO**

**DADOS PESSOAIS**

Atendimento 42661588 !Me2{"

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

04/10/2017 11:09:38

| Prontuário | Nome do Paciente | Sexo | Nascimento | Idade |
|---|---|---|---|---|
| 5772038 | MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA | F | 12/07/1989 | 28 |

| RG | CPF | Carteira Profissional | Estado Civil |
|---|---|---|---|
| 20071664518 | 5576771303 | | 2-SOLTEIRO |

| Endereço |
|---|
| R SÃO LUCAS,1080 - AEROLANDIA, MARACANAU(CE) CEP 61000000 |

| Telefone Residencial | Telefone Trabalho |
|---|---|
| 32577448 | |

## DADOS DO CONVENIO

| Convenio | MARIA DE FATIMA MONTEIRO DA SILVA 02180926367 |
|---|---|
| 22 HAPVIDA MATRIZ | 14 NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO |

| Carteira | Validade |
|---|---|
| 71633000001000010 | |

## DADOS DO ATENDIMENTO

| Setor |
|---|
| 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG |

| Data | Hora | Matricula | Tipo Atendimento |
|---|---|---|---|
| 26/04/2017 | 17:32 | | 2 CONSULTA CLINICA |

| Médico Atendente | Clinica |
|---|---|
| 72940158 LUCIANA CASCAO LIMA | 1-MEDICA |

| Médico Acompanhante | Peso (Kg) | Temperatura (ºC) |
|---|---|---|
| | | |

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/10/2017 11:08

Paciente: MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA **Dt. Nasc.:** 12/07/1989 **Atendimento:** 42661588 **Prontuário:** 5772038

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133223/4

Profissional(is): LUCIANA CASCAO LIMA CRM 12358 [1] Nº: 10562718 26/04/2017 às 17:41

| | | |
|---|---|---|
| **ANAMNESE** | | |
| Queixa Principal | PACIENTE RELATA QUEDA DE MOTO HA 5 DIAS. MULTIPLAS ESCORIAÇOES NA PERNA ESQ. REFERE DOR APENAS NO TORNOZELO ESQ. | [1] |
| CID10 | R52 DOR NCOP | [1] |
| CID10 | | |
| Complemento E Detalhes Do Diagnóstico | RX | [1] |
| **DIAGNÓSTICO** | | |
| CID10 | R52 DOR NCOP | [1] |

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

Assinatura

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

ANTONIO PRUDENTE

# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/10/2017 11:09

Paciente: MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA | Dt. Nasc.: 12/07/1989 | Atendimento: 42661588 | Prontuário: 5772038

Convênio: HAPVIDA MATRIZ | Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI | Leito: 133223/4

Profissional(is): LUCIANA CASCAO LIMA CRM 12358 [1] | Nº: 10563197 26/04/2017 às 17:59

| ANAMNESE | | |
|---|---|---|
| Queixa Principal | ORIENT, ANALGESIA, CURATIVO DIARIO. DEIXO SEM IMOBILIZAÇAO DEVIDO AS MULTIPLAS FERIDAS NO PE E TORNOZELO. | [1] |
| CID10 | S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO | [1] |
| CID10 | | |
| Complemento E Detalhes Do Diagnóstico | RETORNO 1 SEM | [1] |
| **DIAGNÓSTICO** | | |
| CID10 | S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO | [1] |

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

ANTONIO PRUDENTE

# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL **ANTONIO PRUDENTE** 04/10/2017 11:09

Paciente: MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA **Dt. Nasc.:** 12/07/1989 **Atendimento:** 42661588 **Prontuário:** 5772038
Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133223/4

Profissional(is): MARIA CRISTIANE DE SOUSA TEIXEIRA COREN 779318 [1] **Nº:** 10566763 26/04/2017 **às** 20:48

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

| | | |
|---|---|---|
| ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE | CURATIVO GRANDE REALIZADO AS 20:48, EM 26/04/2017 RESP. MARIA CRISTIANE DE SOUSA TEIXEIRA, COREN/CE 779318. | [1] |

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

**ANTONIO PRUDENTE**

# FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
## DADOS PESSOAIS

Atendimento
42729752

!MkÖ
W"

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

04/10/2017 11:12:26

| Prontuário | Nome do Paciente | Sexo | Nascimento | Idade |
|---|---|---|---|---|
| 5772038 | MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA | F | 12/07/1989 | 28 |

| RG | CPF | Carteira Profissional | Estado Civil |
|---|---|---|---|
| 20071664518 | 5576771303 | | 2-SOLTEIRO |

Endereço
R SÃO LUCAS,1080 - AEROLANDIA, MARACANAU(CE) CEP 61000000

| Telefone Residencial | Telefone Trabalho | |
|---|---|---|
| 32577448 | | |

## DADOS DO CONVENIO

| Convenio | |
|---|---|
| 22 HAPVIDA MATRIZ | 1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO |

| Carteira | Validade |
|---|---|
| 71633000001000010 | |

## DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
115300-RECEPCAO EMG ADULTO

| Data | Hora | Matricula | Tipo Atendimento |
|---|---|---|---|
| 30/04/2017 | 12:36 | | 4 CONSULTA RETORNO |

| Médico Atendente | Clinica |
|---|---|
| 2612119 PANMELLA BRAGA DOS SANTOS | 1-MEDICA |

| Médico Acompanhante | Peso (Kg) | Temperatura (ºC) |
|---|---|---|
| | | |

**AGUARDAR ATENDIMENTO NO GRUPO DE CONSULTORIOS ==> ALA AZUL**
**CLASSIFICACAO DE RISCO AZUL**

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

ANTONIO PRUDENTE

# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

30/04/2017 15:36

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE | Posto: | Leito: /

Paciente: MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA | Atendimento: 42729752 | Prontuário: 5772038 | Convênio: HAPVIDA

Profissional(ls): PANMELLA BRAGA DOS SANTOS CRM 15680 [1] | Nº: 10647583 30/04/2017 às 15:32

| | | |
|---|---|---|
| **ANAMNESE** | | |
| Queixa Principal | CHECO EXAMES. CD: ATB (PRESCRITO PELO TRAUMATOLOGISTA) + ORIENTAÇÃO | [1] |
| **PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO** | | |
| **DATA/HORA DA ALTA** | | |
| Data Da Alta | 30/04/2017 | [1] |
| Hora Da Alta | 15:33 | [1] |

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

ASSINATURA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

ANTONIO PRUDENTE

# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE | Posto: | Leito: / | 30/04/2017 13:11

Paciente: MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA | Atendimento: 42729752 | Prontuário: 5772038 | Convênio: HAPVIDA

Profissional(is): PANMELLA BRAGA DOS SANTOS CRM 15680 [1] | Nº: 10645261 | 30/04/2017 | às 13:03

## ANAMNESE

**Queixa Principal** [1]

PCT, 27 ANOS, HÁ 9 DIAS SOFREU ACIDENTE DE MOTO, COM ENTORSE EM TORNOZELO DIREITO. ESTAVA EM USO DE ANTIINFLAMATORIO. HÁ 3 DIAS EM USO DE CEFALEXINA. RELATA QUE DESDE ONTEM SENTE NAUSEAS, FEBRE, E CANSAÇO.
AO EXAME: BEG, AFEBRIL, NORMOCORADA, EUPNEICA, SAT 99% EM AA,
ACV RCR, 2T, BNF S/S, FC 99BPM, PA 110X60MMHG
AR COM MV+ SEM RUIDOS
MIE COM ESCORIAÇÕES EM CICATRIZAÇÃO, LESAO EM MALEOLO MEDIAL SEM SINAL E INFECÇÃO, POREM COM EDEMA RUBOR E CALOR EM PÉ.

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

CD: ANALGESIA + CURATIVOS + AVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA + EXAMES LAB + RX DE TORAX

CID10: R68 OUTR SINT E SINAIS GERAIS [1]

## DIAGNÓSTICO

**Hipótese Diagnóstica**

CID10: R68 OUTR SINT E SINAIS GERAIS [1]

## PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o numero 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

**ANTONIO PRUDENTE**

# FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

## DADOS PESSOAIS

Atendimento 42730310 !MI&-'' fls. 35

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

04/10/2017 11:13:14

| Prontuário | Nome do Paciente | Sexo | Nascimento | Idade |
|---|---|---|---|---|
| 5772038 | MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA | F | 12/07/1989 | 28 |

| RG | CPF | Carteira Profissional | Estado Civil |
|---|---|---|---|
| 20071664518 | 5576771303 | | 2-SOLTEIRO |

| Endereço |
|---|
| R SÃO LUCAS,1080 - AEROLANDIA, MARACANAU(CE) CEP 61000000 |

| Telefone Residencial | Telefone Trabalho | |
|---|---|---|
| 32577448 | | |

## DADOS DO CONVENIO

| Convenio | |
|---|---|
| 22 HAPVIDA MATRIZ | 1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO |

| Carteira | Validade |
|---|---|
| 71633000001000010 | |

## DADOS DO ATENDIMENTO

| Setor |
|---|
| 116900-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG |

| Data | Hora | Matricula | Tipo Atendimento |
|---|---|---|---|
| 30/04/2017 | 13:48 | | 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA |

| Médico Atendente | Clinica |
|---|---|
| 2663465 TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA | 6-TRAUMATOLOGICA |

| Médico Acompanhante | Peso (Kg) | Temperatura (ºC) |
|---|---|---|
| | | |

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

Assinatura

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

**ANTONIO PRUDENTE**

# FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
## DADOS PESSOAIS

Atendimento
42857832 !MxqC"

ESTE PRONTUARIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

04/10/2017 11:14:59

| Prontuário | Nome do Paciente | Sexo | Nascimento | Idade |
|---|---|---|---|---|
| 5772038 | MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA | F | 12/07/1999 | 28 |

| RG | CPF | Carteira Profissional | Estado Civil |
|---|---|---|---|
| 20071664518 | 5576771303 | | 2-SOLTEIRO |

| Endereço |
|---|
| R SÃO LUCAS,1080 - AEROLANDIA, MARACANAU(CE) CEP 61000000 |

| Telefone Residencial | Telefone Trabalho | |
|---|---|---|
| 32577448 | | |

## DADOS DO CONVENIO

| Convenio | |
|---|---|
| 22 HAPVIDA MATRIZ | 1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO |

| Carteira | Validade |
|---|---|
| 71633000001000010 | |

## DADOS DO ATENDIMENTO

| Setor |
|---|
| 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG |

| Data | Hora | Matricula | Tipo Atendimento |
|---|---|---|---|
| 06/05/2017 | 10:54 | | 4 CONSULTA RETORNO |

| Médico Atendente | Clinica |
|---|---|
| 1711890 EMILIO CRISOSTOMO LIMA VERDE | 6-TRAUMATOLOGICA |

| Médico Acompanhante | Peso (Kg) | Temperatura (ºC) |
|---|---|---|
| | | |

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

ANTONIO PRUDENTE

# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/10/2017 11:13

Paciente: MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA Dt. Nasc.: 12/07/1989 Atendimento: 42857832 Prontuário: 5772038

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(ia): EMILIO CRISOSTOMO LIMA VERDE CRM 12416 [1] Nº: 10786616 06/05/2017 às 11:15

## ANAMNESE

| | | |
|---|---|---|
| Queixa Principal | ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM LESAO EM TORNOZELO ESQUERDO. FERIDA COM AREA DE NECROSE EM TOPOGRAFIA DE MAL´´EOLO LATERAL | [1] |
| CID10 | S81 FERIM DA PERNA | [1] |

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

ANTONIO PRUDENTE

# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/10/2017 11:14

Paciente: MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA | Dt. Nasc.: 12/07/1989 | Atendimento: 42857832 | Prontuário: 5772038

Convênio: HAPVIDA MATRIZ | Posto: | Leito: /

Profissional(is): EMILIO CRISOSTOMO LIMA VERDE CRM 12416 [1] | Nº: 10788378 06/05/2017 às 12:28

## EVOLUÇÃO

Evolução Ambulatorial Pós-Terapêutica

REALIZADO DEBRIDAMENTO LOCAL DA FERIDA [1]

CD: CURATIVO DIARIO COM COLAGENASE
ANTIBIOTICOTERAPIA
RETONO EM 7 DIAS E EM 15 DIAS

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

ANTONIO PRUDENTE

# FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

## DADOS PESSOAIS

Atendimento 42874466

!MzUe"

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

04/10/2017 11:15:59

| Prontuário | Nome do Paciente | Sexo | Nascimento | Idade |
|---|---|---|---|---|
| 5772038 | MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA | F | 12/07/1989 | 28 |

| RG | CPF | Carteira Profissional | Estado Civil |
|---|---|---|---|
| 20071664518 | 5576771303 | | 2-SOLTEIRO |

| Endereço |
|---|
| R SÃO LUCAS,1080 - AEROLANDIA, MARACANAU(CE) CEP 61000000 |

| Telefone Residencial | Telefone Trabalho | |
|---|---|---|
| 32577448 | | |

## DADOS DO CONVENIO

| Convenio | |
|---|---|
| 22 HAPVIDA MATRIZ | 1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO |

| Carteira | Validade |
|---|---|
| 71633000001000010 | |

## DADOS DO ATENDIMENTO

| Setor |
|---|
| 116900-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG |

| Data | Hora | Matricula | Tipo Atendimento |
|---|---|---|---|
| 07/05/2017 | 22:19 | | 4 CONSULTA RETORNO |

| Médico Atendente | Clinica |
|---|---|
| 1274465 VICTOR PONTES PARAHYBA | 6-TRAUMATOLOGICA |

| Médico Acompanhante | Peso (Kg) | Temperatura (ºC) |
|---|---|---|
| | | |

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

ANTONIO PRUDENTE

# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/10/2017 11:15

Paciente: MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA | Dt. Nasc.: 12/07/1989 | Atendimento: 42874466 | Prontuário: 5772038

Convênio: HAPVIDA MATRIZ | Posto: | Leito: /

Profissional(is): VICTOR PONTES PARAHYBA CRM 10600 [1] | Nº: 10818817 07/05/2017 às 22:28

| | | |
|---|---|---|
| **ANAMNESE** | | |
| Queixa Principal | TRAUMA DO TORNOEZELO | [1] |
| CID10 | S93 LUXAC ENTORS DISTENS ARTIC LIG NIV TORNOZ P | [1] |
| **DIAGNÓSTICO** | | |
| CID10 | S93 LUXAC ENTORS DISTENS ARTIC LIG NIV TORNOZ P | [1] |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

**ANTONIO PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO**

**DADOS PESSOAIS**

Atendimento 42948153 !MÇtX"

STE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

04/10/2017 11:17:00

| Prontuário | Nome do Paciente | Sexo | Nascimento | Idade |
|---|---|---|---|---|
| 5772038 | MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA | F | 12/07/1989 | 28 |

| RG | CPF | Carteira Profissional | Estado Civil |
|---|---|---|---|
| 20071664518 | 5576771303 | | 2-SOLTEIRO |

| Endereço |
|---|
| R SÃO LUCAS,1080 - AEROLANDIA, MARACANAU(CE) CEP 61000000 |

| Telefone Residencial | Telefone Trabalho | |
|---|---|---|
| 32577448 | | |

## DADOS DO CONVENIO

| Convenio | |
|---|---|
| 22 HAPVIDA MATRIZ | 1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO |

| Carteira | Validade |
|---|---|
| 71633000001000010 | |

## DADOS DO ATENDIMENTO

| Setor |
|---|
| 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG |

| Data | Hora | Matricula | Tipo Atendimento |
|---|---|---|---|
| 10/05/2017 | 15:22 | | 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA |

| Médico Atendente | Clinica |
|---|---|
| 1669516 LEONARDO DE ARAUJO BRITO | 4-CIRURGICA |

| Médico Acompanhante | Peso (Kg) | Temperatura (ºC) |
|---|---|---|
| | | |

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

ANTONIO PRUDENTE

# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/10/2017 11:16

Paciente: MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA Dt. Nasc.: 12/07/1989 Atendimento: 42948153 Prontuário: 5772038

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/4

Profissional(is): LEONARDO DE ARAUJO BRITO CRM 12370 [1] Nº: 10891809 10/05/2017 às 15:44

| | | |
|---|---|---|
| **ANAMNESE** | | |
| Queixa Principal | TROCA DE CURATIVO | [1] |
| CID10 | Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS | [1] |
| **DIAGNÓSTICO** | | |
| CID10 | Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS | [1] |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

ANTONIO PRUDENTE

# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/10/2017 11:16

Paciente: MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA **Dt. Nasc.:** 12/07/1989 **Atendimento:** 42948153 **Prontuário:** 5772038

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133223/4

Profissional(is): MARIA IRLENE DIOGENES COREN 583498 [1] **Nº:** 10898085 10/05/2017 **às** 20:06

| SINAIS E SINTOMAS | | |
|---|---|---|
| **Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem** | Sim | [1] |

| CUIDADOS DE ENFERMAGEM | | |
|---|---|---|
| **ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE** | CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA REALIZADO AS 20:06, EM 10/05/2017 RESP. MARIA IRLENE DIOGENES, COREN/CE 583498.<br><br>CURATIVO COM IRUXOL/KOLAGENASE GRANDE REALIZADO AS 20:06, EM 10/05/2017 RESP. MARIA IRLENE DIOGENES, COREN/CE 583498. | [1] |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

ANTONIO PRUDENTE

# FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

## DADOS PESSOAIS

Atendimento 43186439

!N5cJ"

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

04/10/2017 11:18:02

| Prontuário | Nome do Paciente | Sexo | Nascimento | Idade |
|---|---|---|---|---|
| 5772039 | MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA | F | 12/07/1989 | 28 |

| RG | CPF | Carteira Profissional | Estado Civil |
|---|---|---|---|
| 20071664518 | 5576771303 | | 2-SOLTEIRO |

| Endereço |
|---|
| R SÃO LUCAS,1080 - AEROLANDIA, MARACANAU(CE) CEP 61000000 |

| Telefone Residencial | Telefone Trabalho | |
|---|---|---|
| 32577448 | | |

## DADOS DO CONVENIO

| Convenio | MARIA DE FATIMA MONTEIRO DA SILVA 02180926367 |
|---|---|
| 22 HAPVIDA MATRIZ | 14 NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO |

| Carteira | Validade |
|---|---|
| 71633000001000010 | |

## DADOS DO ATENDIMENTO

| Setor |
|---|
| 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG |

| Data | Hora | Matricula | Tipo Atendimento |
|---|---|---|---|
| 21/05/2017 | 15:32 | | 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA |

| Médico Atendente | Clinica |
|---|---|
| 1711890 EMILIO CRISOSTOMO LIMA VERDE | 6-TRAUMATOLOGICA |

| Médico Acompanhante | Peso (Kg) | Temperatura (ºC) |
|---|---|---|
| | | |

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

ANTONIO PRUDENTE

# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/10/2017 11:17

Paciente: MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA | Dt. Nasc.: 12/07/1989 | Atendimento: 43186439 | Prontuário: 5772038

Convênio: HAPVIDA MATRIZ | Posto: | Leito: /

Profissional(is): EMILIO CRISOSTOMO LIMA VERDE CRM 12416 [1] | Nº: 11161523 | 21/05/2017 | às 16:11

## ANAMNESE

| | | |
|---|---|---|
| Queixa Principal | LESAO EM REGI~~AO MALEOLAR<br>EM ACOMPANHAMENTO | [1] |
| CID10 | S81 FERIM DA PERNA | [1] |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

**ANTONIO PRUDENTE**

# FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

## DADOS PESSOAIS

Atendimento 43488933

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

04/10/2017 11:18:55

| Prontuário | Nome do Paciente | Sexo | Nascimento | Idade |
|---|---|---|---|---|
| 5772038 | MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA | F | 12/07/1989 | 28 |

| RG | CPF | Carteira Profissional | Estado Civil |
|---|---|---|---|
| 20071664518 | 5576771303 | | 2-SOLTEIRO |

| Endereço |
|---|
| R SÃO LUCAS,1080 - AEROLANDIA, MARACANAU(CE) CEP 61000000 |

| Telefone Residencial | Telefone Trabalho | |
|---|---|---|
| 32577448 | | |

## DADOS DO CONVENIO

| Convenio | MARIA DE FATIMA MONTEIRO DA SILVA 02180926367 |
|---|---|
| 22 HAPVIDA MATRIZ | 14 NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO |

| Carteira | Validade |
|---|---|
| 71633000001000010 | |

## DADOS DO ATENDIMENTO

| Setor |
|---|
| 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG |

| Data | Hora | Matricula | Tipo Atendimento |
|---|---|---|---|
| 04/05/2017 | 15:33 | | 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA |

| Médico Atendente | Clinica |
|---|---|
| 1659010 MARCOS DIAS COSTA XEREZ | 6-TRAUMATOLOGICA |

| Médico Acompanhante | Peso (Kg) | Temperatura (ºC) |
|---|---|---|
| | | |

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

**ANTONIO PRUDENTE**

# FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

## DADOS PESSOAIS

Atendimento 43489088

!NS}{"

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

04/10/2017 11:19:46

| Prontuário | Nome do Paciente | Sexo | Nascimento | Idade |
|---|---|---|---|---|
| 5772038 | MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA | F | 12/07/1989 | 28 |

| RG | CPF | Carteira Profissional | Estado Civil |
|---|---|---|---|
| 20071664518 | 5576771303 | | 2-SOLTEIRO |

| Endereço |
|---|
| R SÃO LUCAS,1080 - AEROLANDIA, MARACANAU(CE) CEP 61000000 |

| Telefone Residencial | Telefone Trabalho | |
|---|---|---|
| 32577448 | | |

## DADOS DO CONVENIO

| Convenio | | |
|---|---|---|
| 22 HAPVIDA MATRIZ | 1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO | |
| Carteira | Validade | |
| 71633000001000010 | | |

## DADOS DO ATENDIMENTO

| Setor | | | |
|---|---|---|---|
| 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG | | | |
| Data | Hora | Matricula | Tipo Atendimento |
| 04/06/2017 | 15:51 | | 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA |
| Médico Atendente | | | Clinica |
| 2128470 ROBERTO ESMERALDO NOGUEIRA BARBOSA | | | 4-CIRURGICA |
| Médico Acompanhante | | | Peso (Kg) / Temperatura (ºC) |
| | | | |

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

ANTONIO PRUDENTE

# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/10/2017 11:18

Paciente: MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA **Dt. Nasc.:** 12/07/1989 **Atendimento:** 43488933 **Prontuário:** 5772038

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** **Leito:** /

Profissional(is): MARCOS DIAS COSTA XEREZ CRM 11273 [1] **Nº:** 11502929 04/06/2017 **às** 15:48

| ANAMNESE | | |
|---|---|---|
| Queixa Principal | PCTE COM FERIMENTO NO TORNOZELO ESQUERDO<br>CD: AO CIRURGIAO | [1] |
| CID10 | M255 DOR ARTICULAR | [1] |
| **DIAGNÓSTICO** | | |
| CID10 | M255 DOR ARTICULAR | [1] |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

ANTONIO PRUDENTE

# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/10/2017 11:19

Paciente: MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA Dt. Nasc.: 12/07/1989 Atendimento: 43489088 Prontuário: 5772038

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/16

Profissional(is): ROBERTO ESMERALDO NOGUEIRA BARBOSA CRM 14529 [1] Nº: 11503298 04/06/2017 às 16:08

## ANAMNESE

| | | |
|---|---|---|
| Queixa Principal | ORIENTAÇÃO QUANTO AO FERIMNETO | [1] |
| CID10 | R68 OUTR SINT E SINAIS GERAIS | [1] |

## DIAGNÓSTICO

| | | |
|---|---|---|
| CID10 | R68 OUTR SINT E SINAIS GERAIS | [1] |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

Seguradora LIDER

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA

Nº Sinistro: 3170646032
Vitima: MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA
Data do Acidente: 22/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: NAZARENO GOMES DE SOUSA

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170646032.**

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no periodo de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06.** Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12947828

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.

## INISTRO 3170646032 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA
**COBERTURA** Invalidez
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE
**BENEFICIÁRIO** MARIA DAIANE SAMPAIO MOREIRA
**CPF/CNPJ:** 05576771303
**Posição em 15-12-2017 10:40:56**
A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

| Descrição | Tipo | Status | Nome |
|---|---|---|---|
| Comprovação de ato declaratório | Vitima | Pendente | |

A Vitima não possui ato declaratório

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 28/08/2018 às 15:54 , sob o número 01589841320188060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158984-13.2018.8.06.0001 e código 3BE550A.