



DANIEL FARIAS PORTO ADVOCACIA

PROCURAÇÃO
"AD JUDICIA ET EXTRA"

**OUTORGANTE:** Raimundo Eliton Oliveira MatosRG: 89070020173 40 SSP CeCPF: 410 268 533 - 20Nacionalidade: brasileiroEstado Civil: casadoProfissão: OperárioResidente e domiciliado: Cw. Contorno Leste Al. 32 apt 123Cidade: Itapecuru Estado: CE CEP: 61600-000

OUTORGADO: Dr. Daniel Farias Porto, brasileiro, casado, advogado, OAB-CE nº 20334, com escritório na cidade de Fortaleza-Ce, na Rua Bolivar Pinto Bandeira nº 237, Bairro Luciano Cavalcante, Fortaleza-Ce, CEP 60811-310.

Pelo presente instrumento particular de **PROCURAÇÃO**, o **outorgante** nomeia e constitui seu bastante procurador o **outorgado**, para o fim especial de agir judicialmente em ação de seu interesse, a fim de defender seus direitos perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ou respondendo ação judicial em que o **outorgante** figure em qualquer dos pólos, podendo responder, reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim convier, praticando todos os atos necessários ao satisfatório desempenho deste mandato dando tudo por firme e valioso.

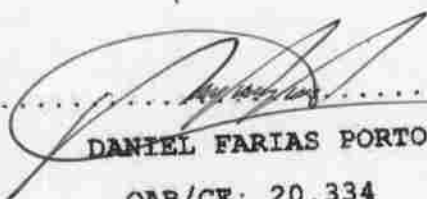
Fortaleza, de de 2011

Raimundo Eliton Oliveira Matos
 OUTORGANTE

**SUBSTABELECIMENTO**

Substabeleço **sem reservas**, em favor de Dr PAULO RICARDO MARINHO TIMBÓ, brasileiro, divorciado, advogado inscrito na OAB/CE sob nº 15.285, estabelecido nesta Capital, na Av. Antônio Sales, 1516, lj 04/06 - Dionísio Torres, CEP: 60.135-101, os poderes que me foram conferidos por Roimundo Clitem Oliveira Matoso em Ação de Cobrança de Seguro DPVAT a ser interposta contra qualquer uma das seguradoras conveniadas ao Consórcio DPVAT. Deste modo, o advogado ora substabelecido passa a ser responsável pelo processo em questão, inclusive fazendo jus a 100% dos honorários advocatícios pactuados com o cliente e os sucumbenciais a serem arbitrados em juízos.

Fortaleza, 13 de julho de 2011.



DANIEL FARIAS PORTO

OAB/CE: 20.334



SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, com reservas de estilo, em favor de Dra. VLÁDIA ARAÚJO MAGALHÃES - brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE nº 8.622, Dr. Claudio Pacheco Campelo, brasileiro, solteiro, estagiário de Direito, portador do CPF 033.738.453-35, ambos com endereço nesta Capital, na Av. Antônio Sales 1516, sala 04/08, Dionísio Torres, CEP 60.135-101, os poderes que me foram conferidos por RAIMUNDO CLEITON DE OLIVEIRA MATIAS para fins de ação de cobrança de seguro DPVAT.

Fortaleza, 30 de novembro de 2011.


PAULO RICARDO MARINHO TIMBÓ

OAB/CE : 15.285

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DO CEARÁ
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INSCRIÇÃO:

20334

NOME
DANIEL FARIAS PORTO

FILIAÇÃO
CONRADO FELIX PORTO
GLEUBA FARIAS PORTO

NATURALIDADE
FORTALEZA-CE

DATA DE NASCIMENTO
04/08/1970

RG
144276888 - SSPCE

CPF
377.420.943-04

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS
NÃO

VIA EXPEDIDO EM
14/07/2008

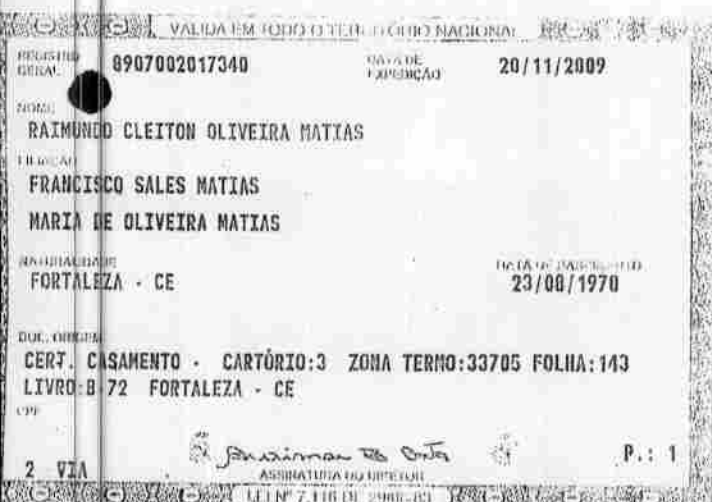
Hélio das Chagas Leite Neto
HÉLIO DAS CHAGAS LEITÃO NETO
PRESIDENTE

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei n° 8.906/94)

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 07402752

ASSINATURA DO PORTADOR

OBSERVAÇÕES



DECLARAÇÃONOME: *Raimundo Eliton Oliveira Matias*CPF: *410.268.533 - 20*ESTADO CIVIL: *casado*PROFISSÃO: *Operário*

Declaro de acordo com o art. 1º da lei 7115/83 c/c art.14, § 1º da lei 5584/70, não ter condições financeira de arcar com custas judiciais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio e da minha família, sendo beneficiário da **GRATUIDADE DE JUSTIÇA**, indicando para o patrocínio de minha causa o advogado em **PROCURAÇÃO**.

Fortaleza/Ce, 30 de Setembro de 2011.

Declaração Anual de Isento

Informamos que a Declaração Anual de Isento (DAI) da Secretaria da Receita Federal do Brasil foi instituída com o objetivo de manter atualizado o Cadastro de Pessoas Físicas (CPF).

Com a edição da Instrução Normativa RFB nº 864/2008, de 25 de julho de 2008, deixou de existir a Declaração Anual de Isento, a partir do ano de 2008.

A isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado, conforme previsto na Lei 7.115/83.

Assuntos Relacionados:

Verifique se seu CPF está regular

Saiba como regularizar seu CPF



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 34. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 119 - 3946 / 2010

Registrado na DELEGACIA DO 19. DISTRITO POLICIAL

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS

Data / Hora da Comunicação: 30/07/2010 14:00:28

Data / Hora da Ocorrência: 22/04/2010 22:30:00

Endereço da Ocorrência:

CONJUNTO ESPERANÇA FORTALEZA /CE

Ponto de Referência: EM FRENTE A FRIBRE

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: RAIMUNDO CLEITON OLIVEIRA MATIAS

Nascimento: 23/08/1970

RG: 8907002017340 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:

Relação: FRANCISCO SALES MATIAS

MARIA DE OLIVEIRA MATIAS

Endereço: R ALDIZIO PINHEIRO 1618

HENRIQUE JORGE

FORTALEZA CE BRASIL

Telefone: 86215535

Histórico

Informa a vítima que na data acima citada andava no próximo a Fábrica de rapão Fribe, quando foi atropelado pelo veículo passat, cor azul, cuja placa não foi anotada; Que desse acidente teve fraturas na perna direita, pulso e na cabeça; Que o motorista infrator não prestou socorro a vítima exalando-se do local; Que foi levado para o Hospital onde ficou internado dois meses e oito dias; E nada mais.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 19. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 660766-1-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

Roberto Cleiton Oliveira Matias

INSTITUTO Dr. JOSÉ FRÓTA
"24 horas de proteção à vida"

Fortaleza

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

EMITIDO EM: 23/04/2015
HORÁRIO: 00:52

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE: RAIMUNDO CLETON OLIVEIRA MATIAS Nº REGISTRO: 8850836

TIPO DOCUMENTO: REGISTRO CIVIL Nº DOCUMENTO: 8907002017340 DATA DE NASCIMENTO: 23/08/1970 SEXO: MASC RAÇA/COR: NAO INFO

NOME DA MÃE: MA. DE OLIVEIRA MATIAS (OB) TELEFONE DE CONTATO: _____

NOME DO RESPONSÁVEL: EDSON AMIGO DE TRABALHO TELEFONE DE CONTATO: _____

ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): AV. ALDÍLIO PINHEIRO 1092 RENTQUE JORGE TELEFONE DE CONTATO: _____

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: FORTALEZA CÓDIGO IBGE: _____ UF: CE CEP: _____

Ocorrência

LOCAL: ☐ RESIDÊNCIA ☐ INST. ENSINO ☐ TRABALHO ☐ ÁREA PÚBLICA (Especificar: _____)

IMBULANCIA/ORIGEM: _____ ACIDENTE/VEÍCULO: _____ PLACA: _____ HORA: _____ CONDUTOR: _____

LOCAL ACIDENTE: _____ MUNIC. OCORRÊNCIA: _____ CÔD. IBGE: _____

Tipo do Atendimento

1- ADULTO 3- TRAUMATOLÓGICO 5- OFTALMOLÓGICO 7- ENDOSCÓPICO RESPIRATÓRIO 9- SPA 11- CEATOX
2- PEDIÁTRICO 4- OTORRINO 6- ODONTOLÓGICO 8- ENDOSCÓPICO DIGESTIVO 10- CTQ

Motivo do Atendimento

CID PRINCIPAL: _____ CID SECUNDÁRIO: _____

Atendimento Médico

ANAMNESE: *Phase de Atropelamento*
em TCE + trauma forte

DIAGNÓSTICO: *POLI TRAUMATISMO CI TCE* CÓDIGO: _____ CID: _____

SADT SOLICITADOS: ☐ HC ☐ SU ☐ PCR ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRÂNIO ☐ RAO - X ☐ OUTROS

INDUTA: *dele*

DATA E HORA DO ATENDIMENTO: *23/04/15* h CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE: *[Assinatura]*

Parecer Médico 1

ESPECIALIDADE: *MD* DATA E HORA DA SOLICITAÇÃO: _____ CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE: _____

EXAME CLÍNICO: *Paciente CI TCE*
Glasgow 12

DIAGNÓSTICO: *Poli traumático* CÓDIGO: _____ CID: _____

INDUTA: *Ind. solicitada*

DATA E HORA DO ATENDIMENTO: *24/04/15* AS h CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: *[Assinatura]* ELAUBIA



SAME - IJF
ESTA CÓPIA CONFERE
COM A ORIGINAL
DATA: 23/03/2011
[Assinatura]
Matricula

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ESIO LIMA VERDE NETO, liberado nos autos em 07/07/2015 às 10:24. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0520837-91.2011.8.06.0001 e código 1AA0EFE.



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		1ª Via - FARMÁCIA	
Instituto Dr. José Frota		2ª Via - PACIENTE	
CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80			
Rua Senador Pompeu, 1757			
Bairro: Centro	Fone: 3255.5000		
Fortaleza - CE	CEP: 60025-001		
Paciente: <u>Raimundo Eleiton Oliveira</u>			
Endereço: <u>Rua Dos Vinte 1617</u>			
Prescrição: <u>ONAL</u>			
<u>① ULTRACET (30,571</u>		<u>03a.</u>	
<u>019. de 8h 18h e da</u>			
			
Data: <u>09/06/14</u>		Residente Ortopedia - Traumatologia	
		CRM: 10592	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		Carimbo e Assinatura do Médico	
Fornecedor			
Nome:		Data: / /	
Nº Ident.:	UF:	Fornecedor:	
Endereço:			
Nº:	Bairro:		
Cidade:	UF:		
CEP:	Tel.:	Carimbo e Assinatura	





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



Fortaleza

fls. 27

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		1ª Via - FARMÁCIA	
Instituto Dr. José Frota		2ª Via - PACIENTE	
CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80			
Rua Senador Pompeu, 1757			
Bairro: Centro	Fone: 3255.5000		
Fortaleza - CE	CEP: 60025-001		
Paciente: <u>Raimundo Eleiton Oliveira</u>			
Endereço: <u>Rua Dos Verde 1617</u>			
Prescrição: <u>016 AL</u>			
<u>01 ULTRACET (30571)</u>			
<u>01 g. de 81 VL - da</u>			
<u>2</u>			
Data: <u>09/06/14</u>		Carimbo e Assinatura do Médico	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		FORNECEDOR	
Nome:		Data: / /	
Nº Ident.:	UF:	Fornecedor:	
Endereço:			
Nº:	Bairro:		
Cidade:	UF:		
CEP:	Tel.:	Carimbo e Assinatura	



Dr. Felipe Costa
Assessoria Jurídica e Perícia
FONE: 3255.5000



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



fls. 28

EXTRA

LAUDO TÉCNICO PARA EMISSÃO DE AIH / FICHA DE INTERNAÇÃO

Nº BE:	Nº Prontuário:	Nº Reserva:	Nº AIH: 2330102499309
Unidade: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA			CNPJ: 07.835.044/0001-80
Nome do Paciente: MUNDO ELETION OLIVEIRA NATIA			Doc. Identificação: Tipo Nº
Data Nascimento: 31/08/1970	Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.	Profissão:	CBO/Trabalhador:
Endereço (Rua, Avenida): RUA SANTA FILOMENA		Número: 1243	Complemento: Bairro: HENRIQUE JORGE
CEP: 60510680	Município: FORTALEZA	UF: CE	Telefone Contato:
Nome da Mãe:		Responsável:	



PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE POR CAUSA EXTERNA

Tipo de Causa Externa:

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

CGC da Seguradora:

Nº Bilhete:

Série:

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE E/OU DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO

IS/PASEP/Nº Individual:

CNPJ/Empresa:

CNAE/Empresa:

Tipo de Acidente de Trabalho:

☐ Típico ☐ Trajeto

Vínculo com a Previdência:

☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Aposentado ☐ Não Segurado

CPF Médico Solicitante

Caráter Internação

Enf

Leito

CPF Médico Responsável

Ass. Médico Responsável

2033107387

37977440300

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS:

trauma por acidente de trânsito
foi decorado o trauma e
após com reperfusão

EXAME FÍSICO:

- hematomas +

ADT SOLICITADOS:

Exatona PA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

complicação

Diagnóstico Inicial: Hematomas e	CID:	Tipo de Internação: ☐ Cirúrgica ☐ Clínica
Procedimento Solicitado: Exatona PA	Código do Procedimento: 42008069	1041204016.6
Assinatura e Carimbo do Médico Examinador:		CRM: 1003
		Data: 06.05.10

H.000.002 Versão 1 - 01/SET/06 - 2 Vias com carbono e em formulário contínuo - Formato A4 (210X297).

SAME - IJF
ESTA CÓPIA CONFERE
COM A ORIGINAL

DATA: 23.03.2010
Reneilda Lopes
Matrícula



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
A honra de proteção à vida

LAUDO TÉCNICO PARA EMISSÃO DE AIH / FICHA DE INTERNAÇÃO

0 BE:	Nº Prontuário: <i>219233</i>	Nº Reserva:	Nº AIH: <i>2310102554903</i>
Unidade:	INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA		CNPJ: 07.835.044/0001-80
Nome do Paciente:	<i>Camilo Cleiton Oliveira Matias</i>		Doc. Identificação: Tipo N°
Data Nascimento:	Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.	Profissão:	CBO/Trabalhador:
<i>31/08/1970</i>			
Endereço (Rua, Avenida):	Número:	Complemento:	Bairro:
<i>Rua Santa Filomena</i>	<i>1343</i>		<i>Henrique Jorge</i>
CEP:	Município:	UF:	Telefone Contato:
<i>60510-680</i>	<i>Fortaleza</i>	<i>CE</i>	
Nome da Mãe:	Responsável:		
<i>Maria de Oliveira Matias</i>			
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE POR CAUSA EXTERNA			
Tipo de Causa Externa:			
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO			
CGC da Seguradora:	Nº Bilhete:	Série:	
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE E/OU DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO			
IS/PASEP/Nº Individual:	CNPJ/Empresa:	CNAE/Empresa:	Tipo de Acidente de Trabalho:
			☐ Típico ☐ Trajeto
Vínculo com a Previdência:			
☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Aposentado ☐ Não Segurado			
CPF Médico Solicitante	Caráter Internação	Enf	Leito
<i>10.331.073-87</i>			
CPF Médico Responsável		Ass. Médico Responsável	
<i>319.444.403-00</i>			
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS:			
<i>Ataque isquêmico "desconhecido" Pleuria encistada necessária anal. cirúrgica - Desconhece pleurite encistada</i>			
EXAME FÍSICO:			
ADT SOLICITADOS:			
<i>R2 Ovar PA</i> <i>42003016/0412030012</i>			
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:			
<i>Risco de vida</i>			
Diagnóstico Inicial:		Tipo de Internação:	
<i>pleurite encistada</i>		☐ Cirúrgica ☐ Clínica <i>efeito</i>	
Procedimento Solicitado:		Código do Procedimento:	
<i>1</i>		<i>42008069/104.12.04.016-E</i>	
Assinatura e Carimbo do Médico Examinador:		CRM	Data:
<i>[Assinatura]</i>		<i>1003</i>	<i>01.06.10</i>

0.000.002 Versão 1 - 01/SET/06 - 2 Vias com carbono e um formulário contínuo - Formato A4 (210x297).

SAME - YOTA
ESTA CÓPIA CONFERE
COM O ORIGINAL
DATA: *23/00/2011*
Cláudia Lopes
Matrícula

EXTRA

LAUDO TÉCNICO PARA EMISSÃO DE AIH / FICHA DE INTERNAÇÃO

Nº BE:	Nº Prontuário:	Nº Reserva:	Nº AIH: 2310102499298
Unidade: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA			CNPJ: 07.835.044/0001-80
Nome do Paciente: RAIMUNDO CLEITON OLIVEIRA MATIAS			Doc. Identificação: Tipo Nº
Data Nascimento: 23/08/1970	Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.	Profissão:	CBO/Trabalhador:
Endereço (Rua, Avenida): RUA SANTA FILomena		Número: 1243	Complemento: HENRIQUE JORGE
CEP: 60510680	Município: FORTALEZA	UF: CE	Telefone Contato:
Nome da Mãe:		Responsável:	



PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE POR CAUSA EXTERNA

Tipo de Causa Externa:		
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO		
CGC da Seguradora:	Nº Bilhete:	Série:
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE E/OU DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO		
IS/PIS/CEP/Nº Individual:	CNPJ/Empresa:	CNAE/Empresa:
Tipo de Acidente de Trabalho: ☐ Típico ☐ Trajeto		

Vínculo com a Previdência:					
☒ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Aposentado ☐ Não Segurado					
CPF Médico Solicitante	Caráter Internação	Enf	Leito	CPF Médico Responsável	Ass. Médico Responsável
21073107387				37977440300	

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS:
trauma vitais de acidente de trânsito e lesões hematórias e

EXAME FÍSICO:
- hematórias e

SADT SOLICITADOS:
Exames de Urina e Urina

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
Suficiente

Diagnóstico Inicial: Hematoma E	CID: J40	Tipo de Internação: ☐ Cirúrgica ☐ Clínica
Procedimento Solicitado: Tratamento conservador	Código do Procedimento: 12008069/0412040166	
Assinatura e Carimbo do Médico Examinador:	CRM: 1003	Data: 23/04/0

SAME - 101
ESTA CÓPIA CONFERE
COM A ORIGINAL
DATA: 23/08/2014
Cleandro Lopes
Médico



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



Fortaleza 4
115.32

RESUMO DE ALTA

Nome: RAIMUNDO CLETON DE OLIVEIRA		Reg/Prontuário:
Data Nascimento: / /	Profissão:	Procedência: 1929
Estado Civil: casado	Sexo: M	Naturalidade:
Clínica: Amimência	Enfermaria: 19	Leito: 23
Data/Hora Admissão: às		Data e Hora Alta: 09/06/10 às

1. Motivo de Alta: 1.1. Curado 1.2. Melhorado 1.3. Inalterado 1.4. A pedido 1.5. Internado p/ diagnóstico 1.6. Administrativa 1.7. Por Indisciplina 1.8. Evasão 1.9. Compl. trat. ambulatorial	2. Motivo de Permanência: 2.1. Por caract. próprias da doença 2.2. Por intercorrência do procedimento 2.3. Por motivo social 2.4. Por doença crônica 2.5. Por impossibilidade de convivência familiar 2.6. Outra internação (outro diagnóstico)	3. Transferências: 3.1. Tisiologia 3.2. Psiquiatria 3.3. Clínica Médica 3.4. Cirurgia 3.5. Obstetrícia 3.6. Berçário 3.7. Pediatria 3.8. Isolamento 3.9. Outros Traumatologia
--	--	---

4. Óbito COM Necropsia: 4.1. <48h paciente internado em estado agônico 4.2. <48h Paciente NÃO internado em estado agônico 4.3. Internado após 48 h 4.4. Óbito da parturiente com permanência do RN	5. Óbitos SEM Necropsia: 5.1. <48h paciente internado em estado agônico 5.2. <48h paciente NÃO internado em estado agônico 5.3. Internado após 48 h 5.4. Óbito da parturiente com permanência do RN
---	--

6. Alta por Reoperação: 6.1. Em politraumatizado com < 24 h da 1ª cirurgia 6.2. Em Politraumatizado com 24 a 48 h após a 1ª cirurgia 6.3. Em politraumatizado com 48 a 72 h após a 1ª cirurgia 6.4. Em politraumatizado com > 72 h após a 1ª cirurgia 6.5. Em cirurgia de emergência com < 24 h da 1ª cirurgia 6.6. Em cirurgia de emergência com 24 a 48 h após a 1ª cirurgia 6.7. Em cirurgia de emergência com 48 a 72 h após a 1ª cirurgia 6.8. Em cirurgia de emergência com > 72 h após a 1ª cirurgia 6.9. Em parturiente com permanência do RN.
--

RESUMO DA EVOLUÇÃO CLÍNICA: Paciente 39 anos, vítima de Politrauma (TCE + fratura MID + hemitorção) realizado diagnóstico, diagnóstico, diagnóstico, diagnóstico (diagnóstico primário) Evoluindo com melhora da consciência, estabilizado com manutenção adequada de suporte vital. Apresentando também quadro de desidratação por TCE
--

DIAGNÓSTICO INICIAL: Politraumatizado (TCE + fratura MID + hemitorção)

TERAPIAS E ACHADOS CIRÚRGICOS (Datas, Códigos dos Procedimentos, Achados): Realizado diagnóstico da TCE, diagnóstico da fratura MID, diagnóstico da hemitorção. da coluna cervical + diagnóstico da fratura da coluna cervical. Realizado diagnóstico da fratura da coluna cervical. e diagnóstico da fratura da coluna cervical.

PM 001.004 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A4 (210X297)

SAME - 131
 ESTA CÓPIA CONFERE
 COM A ORIGINAL
 DATA: 23/03/2011
Heinrich Lopes
 Matrícula: 1



INSTITUTO Dr. JOSÉ PROTA
"24 horas de proteção à vida"



Fortaleza 4

RESUMO DE ALTA



Nome: <i>Pamela Veron Oliveira Santos</i>		Reg/Prontuário:
Data Nascimento: <i>/ /</i>	Profissão:	Procedência:
Estado Civil:	Sexo:	Naturalidade:
Clínica: <i>70</i>	Enfermaria:	Leito: <i>1405</i>
Data/Hora Admissão: <i>30/04/10</i> às		Data e Hora Alta: às

1. Motivo de Alta: 1.1. Curado 1.2. Melhorado 1.3. Inalterado 1.4. A pedido 1.5. Internado p/ diagnóstico 1.6. Administrativa 1.7. Por Indisciplina 1.8. Evasão 1.9. Compl. trat. ambulatorial	2. Motivo de Permanência: 2.1. Por caract. próprias da doença 2.2. Por Intercorrência do procedimento 2.3. Por motivo social 2.4. Por doença crônica 2.5. Por impossib de vivência familiar 2.6. Outra internação (outro diagnóstico)	3. Transferência: 3.1. Tisiologia 3.2. Psiquiatria 3.3. Clínica Médica 3.4. Cirurgia 3.5. Obstetrícia 3.6. Berçário 3.7. Pediatria 3.8. Isolamento 3.9. Outros
--	--	--

4. Óbito COM Necrópsia: 4.1. <48h paciente internado em estado agônico 4.2. <48h Paciente NÃO Internado em estado agônico 4.3. Internado após 48 h 4.4. Óbito da parturiente com permanência do RN	5. Óbitos SEM Necrópsia: 5.1. <48h paciente internado em estado agônico 5.2. <48h paciente NÃO Internado em estado agônico 5.3. Internado após 48 h 5.4. Óbito da parturiente com permanência do RN
---	--

6. Alta por Reoperação: 6.1. Em politraumatizado com < 24 h da 1ª cirurgia 6.2. Em Politraumatizado com 24 a 48 h após a 1ª cirurgia 6.3. Em politraumatizado com 48 a 72 h após a 1ª cirurgia 6.4. Em politraumatizado com > 72 h após a 1ª cirurgia 6.5. Em cirurgia de emergência com < 24 h da 1ª cirurgia 6.6. Em cirurgia de emergência com 24 a 48 h após a 1ª cirurgia 6.7. Em cirurgia de emergência com 48 a 72 h após a 1ª cirurgia 6.8. Em cirurgia de emergência com > 72 h após a 1ª cirurgia 6.9. Em parturiente com permanência do RN.
--

RESUMO DA EVOLUÇÃO CLÍNICA:

** Paciente vítima de acidente de trânsito no percurso de politraumatismo
 * Trauma direto na dor dos ossos da perna (D), que não permitiu de consolidação
 quando a transferência aconteceu com o estado de trauma ortopédico*

DIAGNÓSTICO INICIAL: *trauma direto dos ossos da perna (D).*

TERAPIAS E ACHADOS CIRÚRGICOS (Datas, Códigos dos Procedimentos, Achados):

*Tratamento conservador da lesão com imobilização com gesso
 PTD no membro inferior direito.*

PH 000.004 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A4 (210X297).

SAME - IJF
 ESTA CÓPIA CONFERE
 COM A ORIGINAL
 DATA: *23/03/2011*
Denilda Lopes
 Matrícula



Clinica

Divina Luz
Consultórios Populares

= ATESTADO MÉDICO =

ATESTADO, PARA OS DEVIDOS
FINS, QUE O SR. RAIMUNDO CLE-
TON OLIVEIRA MARTINS

RG = 89070020/17340-SS PDS-CE,
SEGUNDO CERTAM DO I.V.F.,
SOFREU TRAUMATISMO CRÂNIO-
ENCAIFADO (CID-10 - S06.9) EM

23/04/2010; ATUALMENTE RE-
FERE INSÔNIA, CEFALÉIA, TONTU-
RAS, IMPACTABILIDADE E HIPO-
MNESES QUANDO CONSCIENTE
COM SÍNDROME DOS
TRAUMÁTICA (CID-10 F02).

DEFICITS PERMANENTES.
[Assinatura]

Dr. *[Assinatura]*
Neurologista

Dr. Amândio Pereira Sane Filho
CRM. CE 1279
Neurologista

Rua João Moreira, 327 - Centro - (ao lado da Santa Casa)
Fone.: 85 - 3454.1449

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO : A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

Nome completo da vítima

Edmundo Ailton Oliveira Moraes

Numero do sinistro

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)



Data do acidente : 23/04/2010 Data do início do tratamento médico: 23/04/2010

Nome completo e CRM do médico

Fco. Mardônio Salmito Almeida

Ortopedia - Traumatologia
CRM - 4411

Lesões resultantes do acidente :

TCE
TRAUMA DORSAL - HEMOTOMA TRAUMÁTICO
FRATURA DOS OSSOS DO PEITO DIREITA

CID - S02.6
CID - S27.1
CID - S82.2

Dados resumidos dos tratamentos realizados (datas) :

TRATAMENTO CONSERVADOR DE TCE
TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURAS DO PEITO
DRENAGEM CIRÚRGICA DO TUMOR - TUMOR FAMILAR

Existe algum defeito físico ou doença pré-existente ?

[] sim [x] não

Com relação a invalidez pode-se concluir que :

[] a invalidez é temporária portanto passível de recuperação significativa ou de cura.

[x] a invalidez é permanente, ou seja, não há possibilidade de recuperação significativa ou de cura.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o seguimento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATOMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1ª CEFALÉIA CRÔNICA

2ª DOR NAS COSTAS E NOS Membros

3ª VARISSIMO DA PELE DO PEITO E ENCAIXE DORSAL

4ª MANCHA CLAUDICANTE

5ª

23/04/2010 26/07/2011

Afirmo que assisti e/ou avalei a vítima no período de _____ a _____ e que as respostas acima são completas e verdadeiras.

Fco. Mardônio Salmito Almeida

LOCAL

26/07/2011

DATA

Fco. Mardônio Salmito Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 4411

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA