

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA****NOME:** Damiano Otaviano Silva**RG:** 97999009826**SSP/CE CPF:** 755323603-91

DECLARA de sã consciência e bem da verdade que VIVE E RESIDE em:

Logradouro: Rua São Geraldo, 78

Complemento: _____

Bairro Quitinho Cunha CEP: 60.000.000

Que a presente declaração é a expressão da verdade, a qual é feita nos termos e sob as penas da lei, pelo que me responsabilizo pela presente

Fortaleza/Ce, 12 DE Março 2019Damiano Otaviano

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
DAMIAO OTAVIANO SILVA

Nº de inscrição
755323603-91

Data do Nascimento
09/09/67



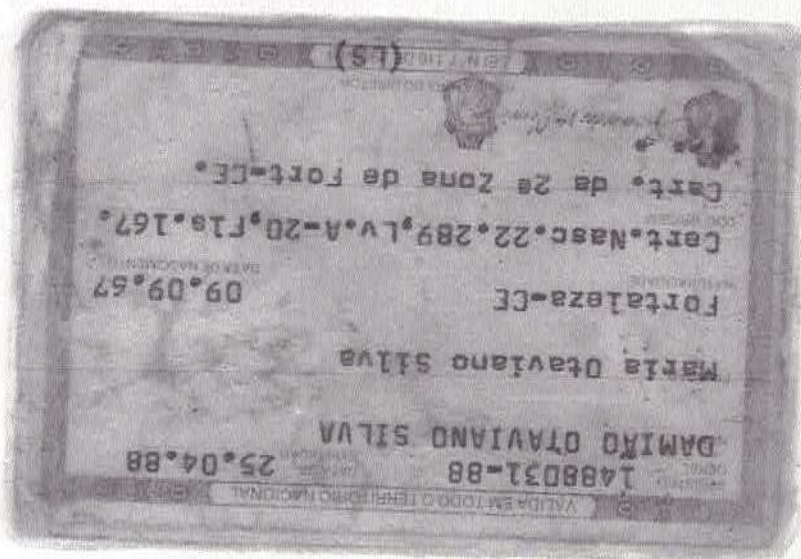
Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura
DAMIAO OTAVIANO SILVA *Damiao Otaviano Silva*

**S
E
R
V
I
D
O**

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 07/09/95



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 12

FLS.:

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3468 / 2018**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **09/08/2018 13:25:53**Data / Hora da Ocorrência: **02/05/2018 18:00:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA MISTER HULL**

Complemento:

Bairro: **PRESIDENTE KENNEDY**Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **DAMIAO OTAVIANO SILVA**Nascimento: **09/09/1967** CPF: **755.323.603-91**RG : **97999009826**Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **MARIA OTAVIANO SILVA****NC**Endereço: **RUA SÃO GERARDO, 78**Bairro: **QUINTINO CUNHA**Município: **FORTALEZA/CE**CEP: **60.000-000**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98677-0367****Dados do(s) Veículo(s)****1) Placa: HYT4996 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi:****9C2KD03308R023566 Renavam: 977959724 Tipo do Veículo:****MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES Ano****Fabricação: 2007 Ano Modelo: 2008 Combustível: GASOLINA Cor:****AMARELO Proprietário: DAMIAO OTAVIANO SILVA Situação: NÃO****INFORMADO Envolvimento: COLISAO****Histórico**

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA HYT-4996 NA FAIXA DA DIREITA DA AV. MISTER HULL QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE TRANSITAVA NA FAIXA DA ESQUERDA REALIZOU UMA CONVERSÃO PARA A DIREITA COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA - ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE.////////

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-0****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****x Damiao Otaviano Silva****VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-0**

100

DECLARAÇÃO

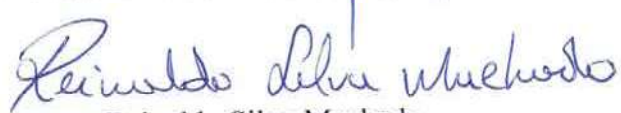
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Damião Otaviano Silva**, no dia **02/05/2018**, às **20h10min**, na **Avenida Mister Hull** no **Bairro Presidente Kennedy**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P217090/2018**.

Fortaleza, 07 de Junho de 2018.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

+ SINISTRO 3180430655 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA DAMIAO OTAVIANO SILVA****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev.

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO DAMIAO OTAVIANO SILVA**CPF/CNPJ:** 75532360391**Posição em 26-10-2018 16:36:07**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique Aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
25/10/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USB 81 PONTO DE APOIO: MMF Nº DA OCORRÊNCIA: 1026
DATA: 02/05/2018 TURNO: SN EQUIPE: J. Junior, C. C. C.
NOME: Domias Otaviano Silva IDADE: 50 SEXO: M
ENDEREÇO: Av. Mother Mull Nº 3210
REFERÊNCIA: Restaurante Picini BAIRRO: Presidente Kennedy
QTY: 19:47 QUS: 20:10 QUY: 20:25 QUU: 20:50
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão carro moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

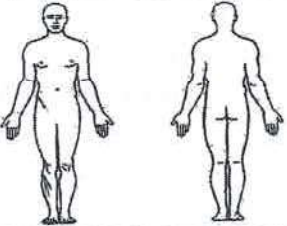
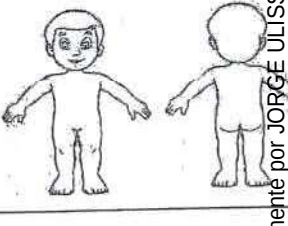
RESPOSTA AO CHAMADO EXPANSÃO TORÁCICA PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO ☒ PRESENTE ☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO ☐ AUSENTE ☐ AUSENTE
A ☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS POR: _____

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

C Circulação
PULSO PELE ENCHIMENTO CAPILAR SANGRAMENTO EXTERNO
☒ NORMOCÁRDICO ☐ CHEIO ☒ CORADA ☐ SUDOREICA ☐ ≤ 2 seg ☐ SIM
☐ TRAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME ☐ PÁLIDA ☐ SECA ☐ > 2 seg ☐ NÃO
☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL ☐ CIANÓTICA ☐ QUENTE ☐ FRIA
LOCAL: _____

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)

D Neurológico
ABERTURA OCULAR RESPOSTA VERBAL RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA ☒ 4 ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5 OBEDECE A COMANDOS
À VOZ ☐ 3 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4 LOCALIZA A DOR
À DOR ☐ 2 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3 MOVIMENTO DE RETIRADA
NENHUMA ☐ 1 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2 FLEXÃO ANORMAL
EXTENSÃO ANORMAL
TOTAL: 15 NENHUMA ☐ 1
PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

E Exposição
ADULTO LESÕES PEDIÁTRICO
 
Presença de fraturas de MMII

SAMPLA

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

Paciente vítima de colisão carro moto, o mesmo em movimento, perdeu o controle, atingiu o solo, apresentando fraturas de tipo 3 do fêmur, o membro foi imobilizado e o mesmo foi removido.

Assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA em 05/04/2019 às 06:23 sob o número 01224771920198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0122477-19.2019.8.06.0001 e código 4665FEED.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE DAMIAO OTAVIANO SILVA		NASCIMENTO 09/09/1967(50 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 168589	Nº DO BE 213116
CADUSUS		SEXO M	RAÇA/COR INDIGENA	
NOME MAE MARIA OTAVIANO SILVA		NOME RESPONSÁVEL PRIMO	UF CE	
ENDEREÇO RUA SÃO GERARDO 78 QUINTINO CUNHA		MUNICÍPIO FORTALEZA	CEP 60.352-576	
CONTATO (85)98642-5537				
OCORRÊNCIA				
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE				
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				
QUEIXA RELATA QUE SOFREU COLISÃO ENTRE CARRO E MOTO E APRESENTA DOR EM PERNA DIR.		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO		
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)		
SINAIS VITAIS		SAT O2 NI%	PULSO NI	GLICEMIA NI
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI			
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI			
CLASSIFICAÇÃO AMARELO		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO LANNA NHAYARA TEIXEIRA BRAZ		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 02/05/2018 20:29:10
ÁREA DE ATENDIMENTO				
ATENDIMENTO TRAUMA				
ANAMNESE				
<i>+ fratura da perna do pé direito</i> <i>do pé direito</i>				
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO		CID
SADY SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAO-X () OUTROS				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
MÉDICAMENTO		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		
02/05/18		<i>Dr. Carlos José Pereira da Costa</i> Ortopedia CRM/CE 3359		

Impresso por LANNA NHAYARA TEIXEIRA BRAZ em 02/05/2018 às 20:29:10
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.

DAMIAO OTAVIANO SILVA

35143

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEAN

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/04/2019 às 06:23, sob o número 012247719272019. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0122477-19.2019.8.06.0001 e código 4665FEE.



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
RG: 248803188

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE
Damiao Otaviano Silva

5 - Nº DO PRONTUÁRIO
168589

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
70300112229751173

8 - DATA DE NASCIMENTO
09/09/67

9 - SEXO
Masc. 1 Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
maria Otaviano Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO
986425537

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
Rua São Geraldo, 78 - Quintino Cunha

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Fortaleza

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF
CE 603152576

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Prontuário de acidente de trânsito, com lesões no membro superior direito e lesões no membro superior esquerdo.

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIG.

Marcia Ferreira
Médica
45632
Coordenadora de SAMU - HDEAM

18 - RACÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Sofrimento intenso

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Prontuário de acidente de trânsito

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

29 - Nº DO DOCUMENTO (PNS/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE)

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. José Ferreira da
Traumatologia / Ortopedia
CRM/CE 3358

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

2318102125670

12670020615



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE:	DANIEL FARIAS SILVA		
DATA DA CIRURGIA:	07/05/18	UNIDADE:	
CIRURGIÃO:	Dr. Edmar F. Lessa	2º AUX.:	
AUX. CIRCULANTE:	Dr. Edmar F. Lessa	AUX. INSTRUMENTADORA:	Hebe
ANESTESISTA:	Dr. Antônio J. J. J.	TIPO DE ANESTESIA:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	Fratura de fêmur +		
TIPO DE CIRURGIA:	Osteossíntese		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:			

EXAMES DURANTE ATO CIRURGICO: Rastrosopia

INTERCORRÊNCIAS DURANTE A CIRURGIA: Não

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcos Ramos
Nº 45632
Coordenador de SAMU HDEM

DESCRIÇÃO

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia intravenosa + cateterismo + monitorização com faixa de ECG
2. Acesso venoso no membro superior direito
3. Realização da fratura no fêmur e "ase" da "ase de barbot" com parafusos miniparafusos e fragmentos metálicos com placa DCP K 1/2 em espiga
4. Lavagem de 40 e 100 ml
5. Curativo com curativo em fêmur
6. Curativo no fêmur
7. Realização da fratura no membro superior direito com placa 1/2 curativo 3 curativos
8. Lavagem de 40 e 100 ml
9. Curativo no fêmur
10. Curativo no fêmur
11. Curativo no fêmur
12. Curativo no fêmur
13. Curativo no fêmur
14. Curativo no fêmur

Dr. Edmar F. Lessa
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - 22.739 TEO - 10472



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL Dr. EVANDRO AYRES DE MOURA



FICHA DE ANESTESIA

NOME: Damião Otaviano Silva

Nº PRONTUÁRIO: 168530

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA: <u>07/05/18</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO DE ANESTÉSICO	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	PLAQUETAS	GLICEMIA	OUTROS:	
	URINA		UREIA	CREATININA		

APARELHO RESPIRATÓRIO	ASMA		BRONQUITE
APARELHO CIRCULATORIO	ELETROCARDIOGRAMA		
APARELHO DIGESTIVO	DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO
ESTADO MENTAL	ANSIOLÍTICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	ESTADO GERAL		RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES	EMERGENCIA		ELETIVA
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	APLICADA ÀS		EFEITO

HORA		O ₂		PULSO		TEMPERATURA		RESPIRAÇÃO		SINAIS VITAIS	
AGENTES ANESTÉSICOS	Halogenados										
	Inotrópicos										
	Unidos										
	CÓDIGOS										
V. P. Arterial Sist.		X - Anestesia		D - Operação							
SIMBOLOS E NOTAS		POSICÃO		ANESTESIA		EQUILIBRIO		SINAIS VITAIS		OBSERVAÇÕES	

AGENTES	TÉCNICAS ANESTÉSICAS	CIRURGIA	CIRURGIÕES	ANESTESISTAS	OBSERVAÇÕES
<u>Propofol 2%</u>	<u>RAVIAN ESTERIL</u>	<u>FTO CIR. CONT. TUB. + TORACOTOMIA</u>	<u>Dr. Edilson Dr. Rômulo</u>	<u>Dr. Antonio</u>	

Antonio Jedson Martins
Médico - CRM: 5621

Antonio Jedson Martins
Médico - CRM: 5621

CANULAS	TEMPO GARROTE	PERDA SANGÜINEA
INÍCIO	TERMINO	DURAÇÃO

Este documento é uma cópia digitalizada do original. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0122477-19.2019.8.06.0001 e código 4665FE1. Sob o número 012247719201908060001, sob o número 012247719201908060001.

**FICHA DE EVOLUÇÃO DE PACIENTE - FEP**[illegible]

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Rua Cândido Mota, 294 - Ant. Bezerra - 60356-830 - 04.885.197/0010-35.
Fortaleza, Ceará, Brasil.
85 3488 3210

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEAM