



Alencar, Ribeiro & Sombra
Advogados Associados

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE:

Maria Eliana da Silva, brasileira, solteira,
autônoma, sem endereço eletrônico, portadora
do RG 200.501.91.08.305 SSP/DF e CPF nº 560.806.463-15
residente e domiciliado à Rua Consuelo Alves Reis,
nº 511, Bairro Marinho, cidade de Aquino,
Estado do Ceará CEP 61.100-000

OUTORGADOS: ALENCAR, RIBEIRO & SOMBRA ADVOGADOS

ASSOCIADOS S/S, registrada na OAB/CE sob o nº 0860, inscrição CNPJ nº
18.041.675/0001-44, endereço eletrônico, ars.juridico@gmail.com, através dos
advogados FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO, inscrito na
OAB/CE sob o nº 29.811, ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO, inscrito na
OAB/CE sob o nº 30.204 e FABIO LIMA SOMBRA, inscrito na OAB/CE sob o nº
27.447; com escritório profissional, à Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304,
Bairro Aldeota, CEP 60.170-002, Fortaleza – CE, onde receberão intimações.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao
OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra,
em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as
ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão,
usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais
para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir,
renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar
compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme
estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em
conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem
reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno,
e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro,
firme e valioso.

Fortaleza - CE, 02 de julho de 2018.

Maria Eliana da Silva
OUTORGANTE



Alencar, Ribeiro & Sombra
Advogados Associados

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e, sob as penas da Lei nº 7.115/83, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, ____ de ____ de 2018..

Maria Velani Da Silva

ASSINATURA
DO DECLARANTE

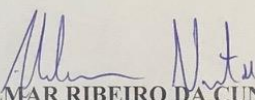


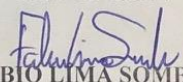
Alencar, Ribeiro & Sombra
Advogados Associados

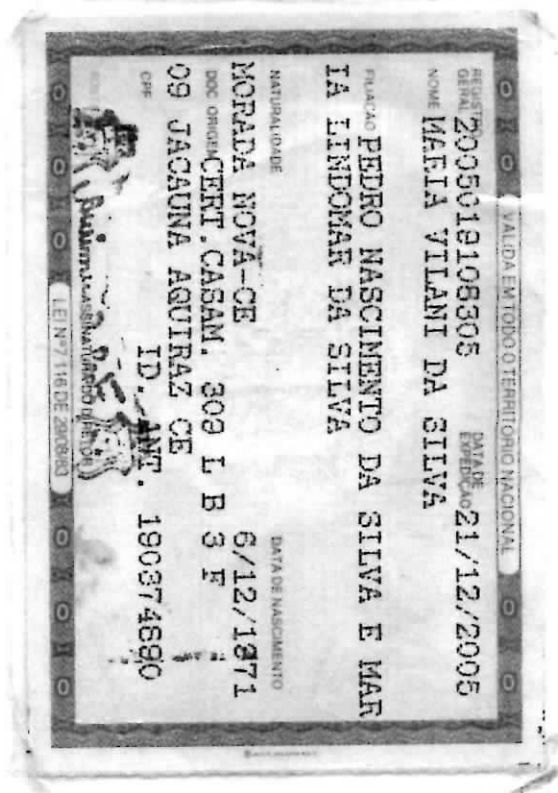
SUBSTABELECIMENTO

EU, ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/CE sob o n. 30.204, portador do CPF de nº. 994.876.753-53 e Dr. FABIO LIMA SOMBRA, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/CE 27.447, portador do CPF de nº 036.055.363-01, SUBSTABELEÇEMOS SEM RESERVA os poderes que nos foram conferidos por MARIA VILANI DA SILVA, para a advogada Dra. SARAH BASTOS DE ALENCAR – OAB/CE 33.781.

Fortaleza - CE, 18 de fevereiro de 2019.


ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO
OAB/CE 30.204


FABIO LIMA SOMBRA
OAB/CE 27.447



RECEBEMOS

10 ABR 2019

Maria Geomécide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Maria Vilani da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL 2005019108306 DATA 21/12/2005

NOME MARIA VILANI DA SILVA

TIPO PEDRO NASCIMENTO DA SILVA E MARIA LINDOMAR DA SILVA

NATURALIDADE MORADA NOVA-CE

DATA DE NASCIMENTO 6/12/1971

DOC ORIGEM CERT. CASAM. 309 L B 3 F

OS JACARUNA AGUIRAZ CE

ID. ANT. 190974680

 MINISTÉRIO DA ECONOMIA FINANÇAS E PREVIDÊNCIA SOCIAL		CIC	
NOME COMPLETO		MARIANA VILANI DA SILVA	
CPF		53806113 64	
NASCIMENTO		06.12.71	
ASSINATURA		<i>Mariana Vilani da Silva</i>	
TERA VALIDEZ SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE			

VALORES EM LINGUA PORTUGUESA E FRANCESA

ESTATISTICA E DOCUMENTACAO DEPARTAMENTO DE INTELIGENCIA DO COMANDO EM CHEFE FORCAs ARMADAS - CEF
DE USO COMBINATIONADO PARA CASOS DE INTERESSE DE SEGURANCA NACIONAL
PARA QUALQUER ORIENTACAO DE ATIVIDADE TRIBUTARIA, INCLUSIVE A INSCRICAO LOCAL DO DEPARTAMENTO
DO RECEITA FEDERAL

COMANDO DO AGENTE EMISSOR

30490/1537
05/01/1937
DFR-RUSSAS-CE.

NOTA: ADOPTAR A ASSINATURA DO TITULO SEMPRE RECEBIDA EM LINGUA PORTUGUESA E FRANCESA

RECEBIDO POR: AGENTE EMISSOR ASSINATURA DO TITULO

RECEBEMOS

10 ABR 2013

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
NPJ:21.487.736/0001-06

Nº DO CLIENTE
1198363-9
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 501752335
Rota 34 20004 58 183900 - 5 Data de Emissão 21/11/2017
Nome PEDRO NASCIMENTO DA SILVA
End. Postal PV LAMARAO 00000
DISTRITO CAMARA - AQUIRAZ - 61700000
Medidor 5972438 Poste 0000 A18S
Classe 04-RURAL MONOFASICO Fator de Potência
RG/CPF/CNPJ 560806463-15 CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Nov/2017	20/12/2017	20/12/2017

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjuntos	Mês	Padrão Individual			Apuração Individual		
		Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
JABUTÍ	Set 2017	10,73	21,46	42,92	6,77	10,15	0,00
	DIC 2017	7,59	15,12	30,59	1,00	2,00	0,00
	DMIC	5,78			6,77		

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

20ED.1115.6588.EDE3.E997.0750.7062.B3F5

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
19932	19852	1,00	79	0,00	79	30,86	30,86

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	30,86
JUROS DO MES	0,10
INDENIZACAO MENSAL DMIC	-0,26
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 3,70)	

VENCIMENTO 28/12/2017 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 30,70

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	14,78
Transmissão	1,48
Distribuição	10,84
Encargos Setoriais	3,47
Tributos (ICMS, COFINS)...	1,09
TOTAL	30,86

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

79	79	72	80	75	79	90	78	83	78	76	79	80
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
34,14	0,00	0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUINDO O DÍGITO VERIFICADOR."

NÃO FOI POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: FMT MEDIA-LEIT BIMESTRAL ART 66 RES 414

Consta desta fatura R\$ 1,09 referente a FISC e COFINS. Alíquotas: FISC:0,64% e COFINS:2,90%

RECEBEMOS

10 ABR 2018

Maria Cecília F. Nobre
Corretora de Seguros Enel
21.21.4977-36/0001-06

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Vilani da SilvaRG nº 2005019105305, data de expedição 21/12/05, Órgão SP Ce

CPF nº 560 806 113 68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>PV. Laranão</u>
Número	<u>S/N.</u>
Apto / Complemento	<u>Zona Rural</u>
Bairro	<u>Distrito Laranão</u>
Cidade	<u>Aquinoz</u>
Estado	<u>Peara</u>
CEP	<u>61.700.000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 9 8812. 0584</u>
E-mail	<u>Renzo</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Intaliza 04.04.2018.

Assinatura do Declarante: X Maria Vilani da Silva

RECEBEMOS

10 ABR 2018

Maria Lucineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
NIP 121 487.736/0001-16



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 207 - 219 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
 Data / Hora da Comunicação: 22/01/2018 11:36:42
 Data / Hora da Ocorrência: 29/12/2017 13:00:00
 Endereço da Ocorrência: RUA DA CONTERRANEA
 Complemento:
 Bairro:
 Ponto de Referência:

Município: AQUIRAZ/CE

Dados da(s) Vítima(s)

RECEBEMOS

Nome: MARIA VILANI DA SILVA
 Nascimento: 06/12/1971 CPF:
 RG: 2005019108305 Órgão Emissor:
 Filiação: MARIA LINDOMAR DA SILVA
 Endereço: RUA CONSUELO ALVES PIRES
 Bairro: MALVINAS
 Município: AQUIRAZ/CE
 País: BRASIL

10 ABR 2018
UF:

Maria Geonilde F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 Nº 121 487.736/0001-14

CEP: 61.700-000

Telefone: (85) 98797-0157

Histórico

A DECLARANTE AFIRMA QUE VINHA DE GARUPEIRA A MOTO HONDA CG 125 ANO 2002 MODELO 2003 COR VERMELHA CHASSI 9C2JC30213R608502 DE PLACA HXN 7984 DE PROPRIEDADE DO SENHOR FRANCISCO FERREIRA DE FREITAS SENTIDO CAMARA FORTALEZA QUANDO AO CHEGAR PRÓXIMO FABRICA DE ÁGUA CONTERRANEA O CONDUTOR DA MOTOCICLETA DERRAPOU NA VIA VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTO E SOFRER O ACIDENTE. O DECLARANTE SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO ALÉM DE FRATURA NO TORNOZELO ESQUERDO E NO BRAÇO ESQUERDO, QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA QUE TEM COMO TESTEMUNHAS DE SEU ACIDENTE O SENHOR DIEGO DE SOUSA AZEVEDO E A SENHORA FRANCISCA LUZIA DE SOUSA RODRIGUES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Daniel Menezes Alencar Gonçalves - MAT.: 300274-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

maria vilani da silva

VISTO DO DELEGADO(A):

MARCIA JANINE ESPINDOLA - MAT.: 198859-1-7

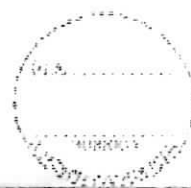


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 207 - 219 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 22/01/2018 11:36:42

Data / Hora da Ocorrência: 29/12/2017 13:00:00

Endereço da Ocorrência: RUA DA CONTERRANEA

Complemento:

Bairro:

Município: AQUIRAZ/CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

RECEBEMOS

Nome: MARIA VILANI DA SILVA

Nascimento: 06/12/1971 CPF:

RG: 2005019108305 Órgão Emissor:

Filiação: MARIA LINDOMAR DA SILVA

Endereço: RUA CONSUELO ALVES PIRES

Bairro: MALVINAS

Município: AQUIRAZ/CE

País: BRASIL

10 ABR 2018

UF:

Maria Geomêide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
Nº 121 487.736/0001-06

CEP: 61.700-000

Telefone: (85) 98797-0157

Histórico

A DECLARANTE AFIRMA QUE VINHA DE GARUPEIRA A MOTO HONDA CG 125 ANO 2002 MODELO 2003 COR VERMELHA CHASSI 9C2JC30213R608502 DE PLACA HYN 7989 DE PROPRIEDADE DO SENHOR FRANCISCO FERREIRA DE FREITAS SENTIDO CAMARA FORTALEZA QUANDO AO CHEGAR PROXIMO FABRICA DE AGUA CONTERRANEA O CONDUTOR DA MOTOCICLETA DERRAPOU NA VIA VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTO E SOFRER O ACIDENTE. O DECLARANTE SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO ALÉM DE FRATURA NO TORNOZELO ESQUERDO E NO BRAÇO ESQUERDO, QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS E ENCAMINHADO AD HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA QUE TEM COMO TESTEMUNHAS DE SEU ACIDENTE O SENHOR DIEGO DE SOUSA AZEVEDO E A SENHORA FRANCISCA LUZIA DE SOUSA RODRIGUES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

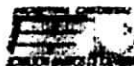
Daniel Menezes Alencar Gonçalves - MAT.: 300274-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

maria vilani da silva

VISTO DO DELEGADO(A):

MARCIA JANINE ESPINDOLA - MAT.: 198859-1-7



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



ANOTAÇÃO DE SALA

DADOS DO PACIENTE	NOME: <i>M.ª Vitoria de Silva</i>				PRONTUÁRIO: <i>9</i>
	ENFERMARIA:	LEITO:	SEXO: () M (X) F	IDADE:	DATA: <i>29/12/17</i>
DADOS DA CIRURGIA	TIPO: <i>Redução Inerente Colobelo 2 -</i>				INÍCIO: <i>13:00hs</i>
	CIRURGIÃO: <i>Dr. Max</i>				TERMINO:
	ANESTESISTA: <i>Dr. Jelson</i>		ANESTESIA: <i>Sedação</i>		
	ENFERMEIRA: <i>Natália</i>		INTRUMENTADORA:		CIRCIANTE: <i>Patricia/João</i>

MEDICAMENTOS		MEDICAMENTOS		UF	QUANT.
ADRENALINA 0,25mg	AMP	MARCAÍNA S/A	AMP		
AGUA DESTILADA	AMP	MARCAÍNA C/A	AMP		
AMINOFILINA	AMP	METOCLOPRAMIDA (PLASIL)	AMP		
ATROPINA	AMP	MIDAZALON (DORMONIO)	AMP		
BICARBONATO DE SÓDIO	AMP	MORFINA (DIMORF)	AMP		
BUPIVACAÍNA 0,25 S/A	AMP	METRONIDAZOL	AMP		
BUPIVACAÍNA 0,25 C/A	AMP	NARCAN	AMP		
CEFAZOLINA	AMP	NIMBIUM	AMP		
CEFALOTINA	AMP	PETIDINA (DOLATINA)	AMP		
CETAMINA (KETALAR)	AMP	PROFENID	AMP		
CLORETO DE CÁLCIO	AMP	PROPOFOL (DIPRIVAN)	AMP		<i>01</i>
CLORETO DE POTÁSSIO	AMP	QUELICIN	AMP		
CIPROFLAXACINA	AMP	RANITIDINA (CIMETIDINA)	AMP		
DIAZEPAN (DIENPAX)	AMP	SULFENTAMILA 2ml (SUFENTAL)	AMP		
DIPIRONA	AMP	TRAMAL	AMP		
DOPAMINA	AMP	PROSTIGMINE	AMP		
ETILFEFRINA (EFORTIL)	AMP				
ETOMIDATO (HIPNOMIDATO)	AMP				
FENITOÍNA (HIDANTAL)	AMP				
FENTAMILA (FENTANIL)	AMP				
FLUMAZENIL (LANEXAT)	AMP				
FUROSEMIDA (LASIX)	AMP				
GLICOSE	AMP				
GLUCONATO DE CÁLCIO	AMP				
HIDROCORTIZONA	AMP				
ISOFLURANO (FORANE)	AMP				
LIDOCAÍNA 2% C/A	AMP				
LIDOCAÍNA 2% S/A	AMP				
LIDOCAÍNA GEL	AMP				
LIDOCAÍNA SPRAY	AMP				
MARCAÍNA PESADA	AMP				

RECEBEMOS

10 ABR 2018

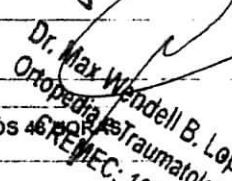
Maria Geconilde F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
E-04 487 726/0001-06

ANÁLISES DERIVADAS	QUANT.
ALBUMINA	
PAPA DE HEMACIAS	
PLASMA	
SANGUE	

	UF	QUANT.
GLUCOSADO 5% 500ml		
GLICOFISIOLÓGICO 0,5% 500ml		
SOLUÇÃO RINGER LACTADO 500ml		
FISIOLÓGICO 0,9%		<i>01</i>

Av. José Maria Torres de Almeida, 1578
MURICIELLO - CEP 60011-130

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE MARIA VILANI DA SILVA		Nº DO PRONTUÁRIO 5092465		Nº DO BE 250603	
CADSUS: 200849651120008		NASCIMENTO 06/12/1971(46 ANOS)		SEXO F	
NOME MÃE MARIA LINDOMAR DA SILVA		NOME RESPONSÁVEL NI		RACIA/COR PARDO	
ENDEREÇO RUA CONSUELO ALVES PIRES SN CAMARA		MUNICÍPIO AQUIRAZ		UF CE	
CONTATO (85) 98797-0157		CEP NI			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE DADOS DO ACIDENTE					
OCORRÊNCIA					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
QUEIXA QUEDA DA MOTO COM TRAUMATISMO NO COTOVELO E TORNOZELO E.				MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
SINTOMAS DOR				ESCALA DE DOR 5 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS					
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SAT O2 NI%	
TEMPERATURA NI °C		ALERGIAS NEGA		PULSO NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO RAIMUNDA MARLENÉ CARDOSO MARQUES			DATA E HORA DA CLASSIFI 29/12/2017 11:33
ÁREA DE ATENDIMENTO					
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA					
ATENDIMENTO MÉDICO					
HISTÓRICO QUEDA DE MOTOCICLETA E TRAUMA NO COTOVELO					
→ RX do cotovelo E AP/PENIL (controle)					
→ RX do tornozelo E AP/PENIL					
DIAGNÓSTICO LUXAÇÃO DO COTOVELO E FRATURA DO MÚRCULO		COD. PROCEDIMENTO 0303030227		CID 0303030200	
SOLICITADO: ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIO-X ☐ OUTROS					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
MÉDICAMENTO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
- 1000 MG E AXILOPAIN					
- 1000 MG 2 SEMANAS					
229					
227					
TIPO DE 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			
		 Dr. Max Wendell B. Lopes Ortopedia e Traumatologia CREMEC: 10107			

Impresso por NADJA DE ARÉA LEÃO E SOUSA em 29/12/2017 11:33:07

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 d Penal.

Redução incerta.

0408020223

Dr. Max Wendell B. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC-10107

RECEBEMOS

10 APR 2013

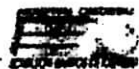
Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
21.487.736/0001-00

X Francisca Lúcia de Sousa
MARIA VILANI DA SILVA

19 01 18

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
21.487.736/0001-00

Ref



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA DA SAUDE DO MUNICIPIO
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



DADOS DO PACIENTE	NOME: <i>Me Vilma de Silva</i>			PRONTUARIO: <i>9</i>
	ENFERMARIA:	LEITO:	SEXO: () M (X) F	IDADE: <i>1</i>
DADOS DA CIRURGIA	TIPO: <i>Redução Ineruenta Colobelo Z -</i>			DATA: <i>29/12/17</i>
	CIRURGIÃO: <i>Dr. Max</i>			INICIO: <i>13:00hs</i>
	ANESTESISTA: <i>Dr. Jelson</i>			TERMINO:
	ENFERMEIRA: <i>Natália</i>			ANESTESIA: <i>Sedação</i>
			INTRUMENTADORA:	CIRCULANTE: <i>Debra/Josiane</i>

MEDICAMENTOS		UF	QUANT.
ADRENALINA 0,25mg	AMP		
AGUA OESTILADA	AMP		
AMINOFILINA	AMP		
ATROPINA	AMP		
BICARBONATO DE SÓDIO	AMP		
BUI :VACAINA 0,25 S/A	AMP		
BUPIVACAINA 0,25 C/A	AMP		
CEFAZOLINA	AMP		
CEFALOTINA	AMP		
CETAMINA (KETALAR)	AMP		
CLORETO DE CÁLCIO	AMP		
CLORETO DE POTÁSSIO	AMP		
CIPROFLAXACINA	AMP		
DIAZEPAN (DIENPAX)	AMP		
PIRONA	AMP		
DOPAMINA	AMP		
ETILLEFRINA (EFORTIL)	AMP		
ETOMIDATO (HIPNOMIDATO)	AMP		
FENITOINA (HIDANTAL)	AMP		
FENTAMILA (FENTANIL)	AMP		
FLUMAZENIL (LANEXAT)	AMP		
FUROSEMIDA (LASIX)	AMP		
GLICOSE	AMP		
GLUCONATO DE CÁLCIO	AMP		
HIDROCORTIZONA	AMP		
ISOFLURANO (FORANE)	AMP		
LIDOCAINA 2% C/A	AMP		
LIDOCAINA 2% S/A	AMP		
LIDOCAINA GEL	AMP		
LIDOCAINA SPRAY	AMP		
MARCAÍNA PESADA	AMP		
MARCAÍNA S/A	AMP		
MARCAÍNA C/A	AMP		
METOCLOPRAMIDA (PLASIL)	AMP		
MIDAZALON (DORMONIO)	AMP		
MORFINA (DIMORF)	AMP		
METRONIDAZOL	AMP		
NARCAN	AMP		
NIMBIUM	AMP		
PETIDINA (DOLATINA)	AMP		
PROFENID	AMP		
PROPOFOL (DIPRIVAN)	AMP		
QUELICIN	AMP		
RANITIDINA (CIMETIDINA)	AMP		
SULFENTAMILA 2ml (SUFENTAL)	AMP		
TRAMAL	AMP		
PROSTIGMINE	AMP		

RECEBEMOS

ALBUMINA	10 ABR 2018
PAPA DE HEMACIAS	
PLASMA	Maria Geconilde F. Nobre
SANGUE	Coretora de Seguros Eireli

GLUCOSADO 5% 500ml		
GLUCOFISIOLÓGICO 0,5% 500ml		
SOLUÇÃO RINGER LACTADO 500ml		
FISIOLÓGICO 0,9%		01



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

Fortaleza

29/12/17

PRONTUÁRIO: 5092465		NOME: Maria Vilani de Fátima		IDADE: 46a	SEXO: F
RESPIRAÇÃO:		TEMPERATURA:		PESO:	ALTURA:
HEMATÓCRITO:		GLICEMIA:		UREIA:	OUTROS:
DADOS CLÍNICOS					
AP. RESPIRATÓRIO:					
AP. CIRCULATORIO:				ELETROCARDIOGRAMA:	
AP. DISGESTIVO:		DENTES:		PESCOÇO:	AP. URINÁRIO:
ESTADO MENTAL:		MEDICAÇÃO EM USO:			ALERGIA:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:				ESTADO FÍSICO:	RISCO:

ANESTESIAS ANTERIORES:	MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:	HORAS:	EFEITO:
------------------------	---------------------------	--------	---------

DATA: 12/12/17	HORÁRIO: 15:30
AGENTES ANESTÉSICOS	MANUTENÇÃO
OZ	1) Anam...
AR	2) Monitori...
SEVOFLURANO	3) Ven...
ISOFLURANO	4) Oz 100% m...
PET CO2	5) propofol 1%
SPO2	20mg

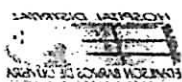
LIQUIDOS:	260	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20
CÓDIGOS: V - Pressão Arterial; O - Pulso; O - Operação	RECEBEMOS 10/01/18 157/0012-05 HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA Ass. Juremêta Tereza Costa - 1578 Marciano - C.R.F.												

Símbolos e Anotações:	
Posição: a	Cânulas:
Agentes: propofol 1% 20mg 6v + Oz 100% nasal + Oz 100% na	
Técnica: Sedação	
Procedimento: Red. mc. fixação do cotovelo	
Equipe: Cirurgião (s): Dr. Marcio Wendell	
Anestesista: J. Antonio	

Assinatura e carimbo

Antonio Jordon Martins

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 24/02/2019 às 17:53, sob o número 01133011620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113301-16.2019.8.06.0001 e código 44AAA02.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA



Fortaleza

SECRETARIA DE SAUDE

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

AV. JORNALISTA TOMAZ COELHO 1578 - MESSEJANA - FONE - 31051560

RECEITUÁRIO

NOME DO

PACIENTE:

MANA VILAGE DA SILVA

us

Suporte Fisioterapêutico motor (20 ss)

HQ: Lúcia do Couto (E)

RECEBEMOS

10 ABR 2018

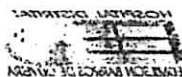
Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ nº 14.877.736/0001-06

Uso exclusivo do HDEBO - Messejana

Dr. Max Wendell B. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 10107

18 / 04 / 18

Uso exclusivo do HDEBO - Messejana



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

AV. JORNALISTA TOMAZ COELHO 1578 - MESSEJANA - FONE - 31051560

RECEITUÁRIO

NOME DO

PACIENTE:

Maria Velaz da Silva

via oral

①

Fraxon 500mg

para o consumo de 12
em 12 horas por 7 dias.

RECEBEMOS

10 ABR 2018

Maria Geomede F. Nobre
Corretora de Seguros Fiel
01 407 736100

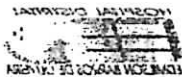
Dr. Max Wendell B. Lopes
Ortopedia e Traumatologia

CREMEC: 10107

Receita 29 de 12 de 2017

Uso exclusivo do HDEBO - Messejana

Uso exclusivo do HDEBO - Messejana



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA DE SAÚDE



Fortaleza

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

AV. JORNALISTA TOMAZ COELHO 1578 - MESSEJANA - FONE - 31051560

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que MARIA VILANE
DA SILVA foi atendida em 29/12/17 com
FRATURA DO MÚLCULO LATERAL ESQUERDO E LUXAÇÃO
DO COTOVEL ESQUERDO. ENCONTRA-SE DE ALTA
APÓS TRATAMENTO CONSERVADOR.

Fortaleza, 03/02/2018

Uso exclusivo do HDEBO - Messejana

Uso exclusivo do HDEBO - Messejana

Dr. Max Wendell B. Lopes
Ortopedia e Traumatologia

CREMEC: 10107

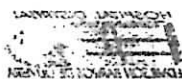
Recebido em _____ de 20____

Assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/02/2019 às 17:53, sob o número 01133011620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113301-16.2019.8.06.0001 e código 44AAA02

RECEBEMOS

10 ABR 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-00



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA DE SAÚDE



Fortaleza

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

AV. JORNALISTA TOMAZ COELHO 1578 - MESSEJANA - FONE - 31051560

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

Antonio Manoel

Atendo para as seguintes condições: Maria Vilela
da Silva, 24 anos, em 20/02/19, com
histórico de trauma por queda de altura
em acidente doméstico, apresentando
lesões traumáticas em membros inferiores.

Fortaleza, 20/02/2019

Uso exclusivo do HDEBO - Messejana

Uso exclusivo do HDEBO - Messejana

Dr. Max Wendell B. Lopes
Ortopedia e Traumatologia

CREMEC: 10107

RECEBEMOS

10 ABR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE MARIA VILANI DA SILVA		DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 5092465	Nº DO BE 250603
CADUS 200849851120008	NASCIMENTO 06/12/1971(46 ANOS)	SEXO F	RAÇA/COR PARDO		
NOME MAE MARIA LINDOMAR DA SILVA	NOME RESPONSÁVEL NI	MUNICÍPIO AQUIRAZ		UF CE	
ENDEREÇO RUA CONSUELO ALVES PIRES SN CAMARA	CEP NI				
CONTATO (85) 98797-0157					
OCORRÊNCIA					
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE DADOS DO ACIDENTE					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
QUEIXA QUEDA DA MOTO COM TRAUMATISMO NO COTOVELO E TORNOZELO E.	MOTIVO ACIDENTE DE MOTO				
SINTOMAS DOR	ESCALA DE DOR 5 (ADULTO)				
SINAIS VITAIS					
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLICEMIA NI	
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA				
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO RAIMUNDA MARLENÉ CARDOSO MARQUES			DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 29/12/2017 11:33	

ÁREA DE ATENDIMIENTO
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

655 SE

QUESTÃO DE MOTOBILOTA e/ou MAQUINA NO COTIDIANO

→ Per no covered E no (perfil) (control)

→ Rx do Yarnozêdo E AP/Perfil

DIAGNOSTICO LUXAÇÃO DO COTOVELO E FRATURA DO MALKOLO DOB. PROCEDIMENTO 0303030227 CID 0303030227

SADT SOLICITADO: ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIQ-X ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
- 1000 GOTA X ACILLOPALMA		
- RETORNO 2 SEMANAS		
	229	
	227	
		Dr. Max W. Otonari

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 NADJA DE ARÉIA LEÃO E SOUSA em 29/12/2017 11:33:07

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.

REDUÇÃO INCREMENTAL.

0408020223

M Francisca Lúcia de Sousa
MARIA VILANI DA SILVA

29 01 18

Dr. Max Wendell B. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC-10107

Ref-



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



ANDAR: 3º

DADOS DO PACIENTE	NOME: <i>Me Vilma de Silva</i>			PRONTUÁRIO: <i>9</i>
	ENFERMARIA:	LEITO:	SEXO: () M (X) F	IDADE:
DADOS DA CIRURGIA	TIPO: <i>Redução Ineruenta Colobelo 2 -</i>			DATA: <i>29/12/17</i>
	CIRURGIÃO: <i>Dr. Max</i>			INÍCIO: <i>13:00hs</i>
	ANESTESISTA: <i>Dr. Jelson</i>			TERMINO:
	ANESTESIA: <i>Gedacina</i>			
	ENFERMEIRA: <i>Natália</i>	INTRUMENTADORA:		CIRCUANTE: <i>Debra/2017</i>

MEDICAMENTOS		MEDICAMENTOS		UF	QUANT.
ADRENALINA 0,25mg	AMP	MARCAÍNA S/A	AMP		
AGUA OESTILADA	AMP	MARCAÍNA C/A	AMP		
AMINOFILINA	AMP	METOCLOPRAMIDA (PLASIL)	AMP		
ATROPINA	AMP	MIDAZALON (DORMONIC)	AMP		
BICARBONATO DE SÓDIO	AMP	MORFINA (DIMORF)	AMP		
BUI - VACAÍNA 0,25 S/A	AMP	METRONIDAZOL	AMP		
BUPIVACAÍNA 0,25 C/A	AMP	NARCAN	AMP		
CEFAZOLINA	AMP	NIMBIUM	AMP		
CEFALOTINA	AMP	PETIDINA (DOLATINA)	AMP		
CETAMINA (KETALAR)	AMP	PROFENID	AMP		
CLORETO DE CÁLCIO	AMP	PROPOFOL (DIPRIVAN)	AMP		<i>UP</i>
CLORETO DE POTÁSSIO	AMP	QUELUCIN	AMP		
CIPROFLAXACINA	AMP	RANITIDINA (CIMETIDINA)	AMP		
DIAZEPAN (DIEHPAX)	AMP	SULFENTAMILA 2ml (SUFENTAL)	AMP		
DIPIRONA	AMP	TRAMAL	AMP		
DOPAMINA	AMP	PROSTIGMINE	AMP		
ETILEFRINA (EFORTIL)	AMP				
ETOMIDATO (HIPNOMIDATO)	AMP				
FENITOINA (HIDANTAL)	AMP				
FENTAMILA (FENTANIL)	AMP				
FLUMAZENIL (LANEXAT)	AMP				
FUROSEMIDA (LASIX)	AMP				
GLICOSE	AMP				
GLUCONATO DE CÁLCIO	AMP				
HIDROCORTIZONA	AMP				
ISOFLURANO (FORANE)	AMP				
LIDOCAÍNA 2% C/A	AMP				
LIDOCAÍNA 2% S/A	AMP				
LIDOCAÍNA GEL	AMP				
LIDOCAÍNA SPRAY	AMP				
MARCAÍNA PESADA	AMP				

	QUANT.
ALBUMINA	
PAPA DE HEMACIAS	
PLASMA	
SANGUE	

	QUANT.
GLUCOSADO 5% 500ml	
GLUCOFISIOLÓGICO 0,9% 500ml	
SOLUÇÃO RINGER LACTADO 500ml	
FISIOLÓGICO 0,9%	<i>500ml</i>

Debra

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS			
NOME DO PACIENTE MARIA VILANI DA SILVA		Nº DO PRONTUÁRIO 5092465	Nº DO BE 250603
CADÚSUS 200849651120008		NASCIMENTO 06/12/1971 (46 ANOS)	SEXO F
NOME MÃE MARIA LINDOMAR DA SILVA		NOME RESPONSÁVEL NI	RACIA/COR PARDOS
ENDEREÇO RUA CONSUELO ALVES PIRES SN CAMARA		MUNICÍPIO AQUIRAZ	UF CE
CONTATO (85) 98797-0157		CEP NI	
OCORRÊNCIA			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEIXA QUEDA DA MOTO COM TRAUMATISMO NO COTOVELO E TORNOZELO E.		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
SINTOMAS DOR		ESCALA DE DOR 5 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA		GLICEMIA NI
CLASSIFICAÇÃO VERDE		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO RAIMUNDA MARLENÉ CARDOSO MARQUES	DATA E HORA DA CLASSIFIC 29/12/2017 11:33:07
ÁREA DE ATENDIMENTO			
ÁREA DE ATENDIMENTO 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
ANÊSE QUEDA DE MOTOCICLETA E TRAUMA NO COTOVELO			
→ RX DO COTOVELO E AP/PENIL (CONTROLE)			
→ RX DO TORNOZELO E AP/PENIL			
DIAGNÓSTICO LUXAÇÃO DO COTOVELO E FRATURA DO MÚRCULO		COD. PROCEDIMENTO 0303030227	CID 0303030200
SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
- PARA BOM E AXILOPARM		RECEBEMOS 10 ABR 2018 Maria Cecileide F. Nobre Corretora de Seguros Eireli 11-21 497.736/0001-00	
- RETORNO 2 SEMANAS			
TIPO DE ALTA/SAÍDA		Dr. Max Wendell B. Lopes Ortopedia e Traumatologia CREMEC: 10107	
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 NADJA DE ÁREA LEÃO E SOUSA em 29/12/2017 11:33:07

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 Penal.

RENÚNCIA INCOMPLETA.

0408020223

Dr. Max Wendell B. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 10107

Maria Vilani da Silva
MARIA VILANI DA SILVA

19/01/18

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jarmilma Tormaz Coelho, 1578
Mossoró - CEP: 6554-810

Fortaleza

Ceará

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA DA SAUDE DO MUNICIPIO
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



ANOTAÇÃO DE SALA

DADOS DO PACIENTE	NOME: <i>M^{te} Vitorina da Silva</i>			PRONTUARIO:
	ENFERMARIA:	LEITO:	SEXO: () M (X) F	IDADE:
DADOS DA CIRURGIA	TIPO: <i>Redução Inerente do Coléculo Z -</i>			DATA: <i>29/12/17</i>
	CIRURGIÃO: <i>Dr. Max</i>			INICIO: <i>13:00hs</i>
	ANESTESISTA: <i>Dr. Jelson</i>			TERMINO:
	ENFERMEIRA: <i>Natália</i>			ANESTESIA: <i>Gedacina</i>
	INTRUMENTADORA:			CIRCULANTE: <i>Carla / Jelson</i>

MEDICAMENTOS		UF	QUANT.
ADRENALINA 0,25mg	AMP		
AGUA OESTILADA	AMP		
AMINOFILINA	AMP		
ATROPINA	AMP		
BICARBONATO DE SÓDIO	AMP		
BU: VACAINA 0,25 S/A	AMP		
BUPIVACAINA 0,25 C/A	AMP		
CEFAZOLINA	AMP		
CEFALOTINA	AMP		
CETAMINA (KETALAR)	AMP		
CLORETO DE CÁLCIO	AMP		
CLORETO DE POTÁSSIO	AMP		
CIPROFLAXACINA	AMP		
DIAZEPAN (DIENPAX)	AMP		
DIPIRONA	AMP		
DOPAMINA	AMP		
ETILFEFRINA (EFORTIL)	AMP		
ETOMIDATO (HIPNOMIDATO)	AMP		
FENITOINA (HICANTAL)	AMP		
FENTAMILA (FENTANIL)	AMP		
FLUMAZENIL (LANEXAT)	AMP		
FUROSEMIDA (LASIX)	AMP		
GLICOSE	AMP		
GLUCONATO DE CÁLCIO	AMP		
HIDROCORTIZONA	AMP		
ISOFLURANO (FORANE)	AMP		
LIDOCAINA 2% C/A	AMP		
LIDOCAINA 2% S/A	AMP		
LIDOCAINA GEL	AMP		
LIDOCAINA SPRAY	AMP		
MARCAÍNA PESADA	AMP		
MEDICAMENTOS		UF	QUANT.
MARCAÍNA S/A	AMP		
MARCAÍNA C/A	AMP		
METOCLOPRAMIDA (PLASIL)	AMP		
MIDAZALON (DORMONIO)	AMP		
MORFINA (DIMORF)	AMP		
METRONIDAZOL	AMP		
NARCAN	AMP		
NIMBIUM	AMP		
PETIDINA (DOLATINA)	AMP		
PROFEND	AMP		
PROPOFOL (DIPRIVAN)	AMP		
QUELICIN	AMP		
RANITIDINA (CIMETIDINA)	AMP		
SULFENTAMILA 2ml (SUFENTAL)	AMP		
TRAMAL	AMP		
PROSTIGMINE	AMP		

PRODUTOS RESERVADOS	QUANT.
ALBUMINA	
PAPA DE HEMACIAS	
PLASMA	
SANGUE	

PRODUTOS RESERVADOS	QUANT.
GLICOSADO 5% 500ml	
GLICOFISIOLÓGICO 0,5% 500ml	
SOLUÇÃO RINGER LACTADO 500ml	
FISIOLÓGICO 0,9%	0.1



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE MARIA VILANI DA SILVA		DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 5092465	Nº DO BE 250603
CADRUH 200849651120008	NOME MÃE MARIA LINDOMAR DA SILVA	NASCIMENTO 06/12/1971(46 ANOS)	SEXO F	RAÇA/COR PARDO	
ENDEREÇO RUA CONSUELO ALVES PIRES SN CAMARA	MUNICÍPIO AQUIRAZ	UF CE			
CONTATO (85) 98797-0157	CEP NI				
OCORRÊNCIA					
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
QUEDA DA MOTO COM TRAUMATISMO NO COTOVELO E TORNOZELO E.			MOTIVO ACIDENTE DE MOTO		
SINTOMAS DOR			ESCALA DE DOR 5 (ADULTO)		
SINAIS VITAIS					
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLICEMIA NI	
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA				
CLASSIFICAÇÃO VERDE		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO RAIMUNDA MARLENÉ CARDOSO MARQUES		DATA E HORA DA CLASSIFIC 29/12/2017 11:33:	

AREA DE ATENDIMENTO
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

QUESTÃO DE MATEMÁTICA e/ou FÍSICA NO CONTEÚDO

→ Rx no covered E NP (Pencil) (control)

→ Rx do paciente E Al/pesfil

DIAGNÓSTICO Luxação do cotovelo E fratura do rádio COO. PROCEDIMENTO 0303030227 CID 0303030227
SADI SOLICITADO ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRÂNIO ☐ RAIO-X ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA		
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES

- Үлсн ботн к ахилоралун

- RETURN 2 SOURCE

229
227

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

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por NADJA DE ARÊA LEÃO E SOUSA em 29/12/2017 11:33:07

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.

PROTEÇÃO INCUBIDORA.

0408020223

M Francisca Lúcia de Sousa
MARIA VILANI DA SILVA

19 01 18

Dr. Max Wendell B. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC-10107

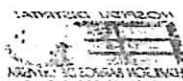
EDMILSON OLIVEIRA

1578

FUGIO 8711

Kefauver

COPY



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA DE SAÚDE



Fortaleza

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

AV. JORNALISTA TOMAZ COELHO 1578 - MESSEJANA - FONE - 31051560

RECEITUÁRIO

NOME DO

PACIENTE:

MARIA VILAS D SILVA

VIO ORC

①

FRANCOX 500mg

para o consumo de 12

em 12 horas por 7 dias.

Uso exclusivo do HDEBO - Messejana

Uso exclusivo do HDEBO - Messejana

Dr. Max Wendell B. Lopes

Ortopedia e Traumatologia

CREMEC: 10107

Receita 24 de 12 de 20 17

RECEBEMOS

10 ABR 2018

Maria Gecineide F. Nobre

Corretora de Seguros Eireli

NPJ:21.487.736/0001-06

[illegible]

OBSERVAÇÕES:

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

Fortaleza

29/12/17

PRONTUÁRIO: 5092465		NOME: Maria Vilani de F. Flor		IDADE: 46a	SEXO: F
RESPIRAÇÃO:		TEMPERATURA:		PESO:	ALTURA:
HEMATÓCRITO:		GLICEMIA:		UREIA:	OUTROS:
DADOS CLÍNICOS					
AP. RESPIRATÓRIO:					
AP. CIRCULATORIO:				ELETROCARDIOGRAMA:	
AP. DIGESTIVO:		DENTES:		PESCOÇO:	AP. URINÁRIO:
ESTADO MENTAL:		MEDICAÇÃO EM USO:			ALERGIA:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:				ESTADO FÍSICO:	RISCO:
ANESTESIAS ANTERIORES:			MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:		HORAS: EFEITO:
DATA: 12/12/17		HORÁRIO: 13h30			
AGENTES ANESTÉSICOS		MANUTENÇÃO			
OZ		1) Anam...			
AR		2) Monitoriz...			
SEVOFLURANO		3) Venócl...			
ISOFLURANO		4) Oz 100% m...			
PET CO ₂		5) propofol 1%			
SPO ₂		20mg			
LÍQUIDOS:		CONDICÕES			
CÓDIGOS: V - Pressão Arterial; O - Pulso; O - Respiração; Ax - Anestesia; O - Operação		RECEBEMOS			
260		10/01/18			
240		4.555.137/0012-05			
220		HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA			
200		10/01/18			
180		10/01/18			
160		10/01/18			
140		10/01/18			
120		10/01/18			
100		10/01/18			
80		10/01/18			
60		10/01/18			
40		10/01/18			
20		10/01/18			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES:					
Posição: a		Cânulas:			
Agentes: propofol 1% 20mg 6V + Oz 100% m... + Oz 100% m...					
Técnica: Sedação					
Procedimento: Red. mc. fixação do cotovelo					
Equipe: Cirurgião (s): Dr. Marc W. Wendell					
Anestesista: Dr. Antonio J. Martins					
Assinatura e carimbo					
Antonio J. Martins					
Médico - CRM: 5521					

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/02/2019 às 17:53, sob o número 01133011620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113301-16.2019.8.06.0001 e código 44AAA02.

[illegible]

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado de Ceará, protocolado em 27/02/2019 às 17:53, sob o número 01133011620198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113301-16.2019.8.06.0001 e código 44AAA02.

CLÍNICA DO CORAÇÃO



Aperto que Unio V. V. V.
da Silva sofreu acidente
de moto em 28/12/2017
sendo com consequente
fratura do M. A. do
humeros esquerdo e
luxação do cotovelo eq.
permanecendo com
incapacidade funcional
sem possibilidade de realizar
suas atividades de vida diária.

RECEBEMOS

10 ABR 2018

Maria Geacineide r. Nobre
Corretora de Seguros S/lt
NPJ: 21.487.736/0001

Dr. Carlos Efreim Lustosa da Costa
CREMEC 2183 - CPF: 002.365.943-20
Clínica Médica - Cardiologia
Medicina do Trabalho

Dr. Carlos Efreim Lustosa da Costa
CREMEC 2183 - CPF: 002.365.943-20
Clínica Médica - Cardiologia
Medicina do Trabalho

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - CE Nº **013867840325**

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLAÇA ANT / UF: **53174950325** / **CE**
CHASSI: **HXM7989/CE**
ESPECIE TIPO: **902JC30213R608502**
COMBUSTIVEL: **GASOLINA**
MARCA / MODELO: **HONDA / CG 125 TITAN KSE**
ANO FAB: **2002** ANO MOD: **2003**
CATEGORIA: **2P/12CV/124CC** PARTIC: **1** COR PREDOMINANTE: **VERMELHO**
CAP / POT / CIL: **2P/12CV/124CC** VENC. COTA ÚNICA: **1** VENC. COTAS: **1**
COTA ÚNICA: **1** FAIXA LPIVA: **1** PARCELAMENTO / COTAS: **2** VENC. COTAS: **2**
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): **4,15** IOF (R\$): **0,7** PRÊMIO TOTAL (R\$): **4,85** DATA DE PAGAMENTO: **30/10/2017**

NOME: **FRANCISCO PEREIRA DE FREITAS**
CPF / CNPJ: **53174950325** PLACA: **HXM7989/CE**
EXERCÍCIO: **2017**

LOCAL: **AGUIRAZ** DATA: **02/11/2017**
Assinatura: **Isabel Ferreira**
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013867840325 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: **2017** DATA EMISSÃO: **02/11/2017**
VIA: **01** CPF / CNPJ: **53174950325** PLACA: **HXM7989**
RENAVAM: **00793080517** MARCA / MODELO: **HONDA / CG 125 TITAN K**
ANO FAB: **2002** CAT. TIE: **09** Nº CHASSI: **902JC30213R608502**

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$): **81,29** DENATRAN (R\$): **9,03** CUSTO DO SEGURO (R\$): **90,33**
CUSTO DO BILHETE (R\$): **4,15** IOF (R\$): **0,7** TOTAL DO BILHETE (R\$): **185,5**

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITACÃO: **30/10/2017**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.804/0001-04

MOTOR: **JC30E23608502**

00034



10 ABR 2018
Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CPF: 21.487.736/0001-06

Maria Gecineide F. No
Corretora de Seguros Ei
0J-21.487.736/000

RECEBEMOS

10 ABR 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

ENFREQUENTEMENTOS PAGUE MENOS S/A
FARMACIAS PAGUE MENOS
RUA VILA CE 040, 2300
TAMANDARÁ - EUSEBIO - CEARÁ
DESENVOLVIDO E VOLTE SEMPRE
CNPJ: 06.626.253/0495-92
IE: 06.589.274-8
29/12/2017 15:23:31 CCF: 262733 COO: 50033

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	DESCRIÇÃO	UN.	VL UNIT(R\$)	ST	VL ITEM(R\$)
1	7880637073238	PLANTAX 500MG 14x14 1 UN F1				34,99
desconto item 1						-6,94
TOTAL R\$						27,95
QUANTIDADE						100,00
TROCO R\$						72,05

ND: 5: 3E3019FC31955626C626547C88A9386F
CPF CLIENTE SEMPRE: 569.***.***-68
Irib aprox R\$: 3,67 Federal e 0,00 Estadual
Fonte: IBPT 337913
CNPJ/CPF consumidor: 569.806.113-00
NOME: MARIA VILANI DA SILVA

29/12/2017 15:24:25
SNEDA IF 31200
ECF-IF VERSÃO: 01.00.05 ECF: 003 L3: 495
OPR: 74069 VER: 48142
CHEC/SINCH: 29/12/2017 15:24:25
FAB: SMO31000000000011846

FAB: SMD31000000000011846

Maria Getúlio de F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06



RECEBEMOS

10 ABR 2018

Maria Geórgia F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06



BRADESCO

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE

DATA: 16/03/2018

HORA: 13:46 H

FAVORECIDO: MARIA VILANI DA SILVA

AGENCIA: 5386-4 CONTA: 0013250-0

DEPOSITANTE: O PRÓPRIO FAVORECIDO

AG. ACOELHEDORA: 5386 N. SEQ: 00328 TERM: 100 AUT: 628

VALOR EM DINHEIRO:



RECEBEMOS

10 ABR 2018

Maria Cecília F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-66



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Mara Vilani da Silva

CPF da Vítima

560.806.113/68

Data do Acidente

29.12.17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

RECEBEMOS

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
01.21.487.736/0001-06

Aguinês 04 de Abril de 2018

Local e Data

Mara Vilani da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Vimto Poder Para as
creditoras que vemter na
minha casa para ver o caso

Fiquei feliz a minha

Sandra pois estou de
CAMA pois gostava

com minha em minha

Para com my

RECEBEMOS

Passo SOBREVIVER com 10 ABR 2018

mas tranquilidade

OBMADO BAO Este Total

X Maria Vilani da Silva

Maria Geórgia F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06