



CAROLINA FREITAS  
ADVOCACIA

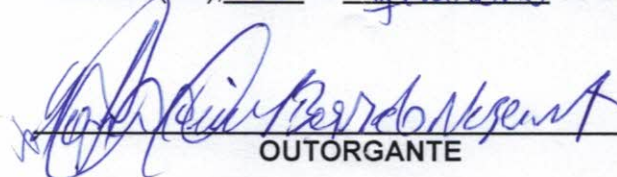
PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

|                                                         |                            |                                  |
|---------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| Outorgante: <u>Rogério Cleudio Borges do Nascimento</u> |                            | Data Nasc:                       |
| Estado Civil: <u>solteiro</u>                           | Profissão: <u>autônomo</u> | Nacionalidade: <u>brasileiro</u> |
| RG: <u>94103000 8334</u>                                | CPF: <u>371.872.953-91</u> |                                  |
| Endereço: <u>Rua: 31 G Nova Consunção n.º 401</u>       |                            |                                  |
| Cidade: <u>Fortaleza-CE</u>                             | CEP: <u>60.348-050</u>     |                                  |

**OUTORGADO:** CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, CEP: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEC participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 28 de dezembro de 2019.

  
OUTORGANTE

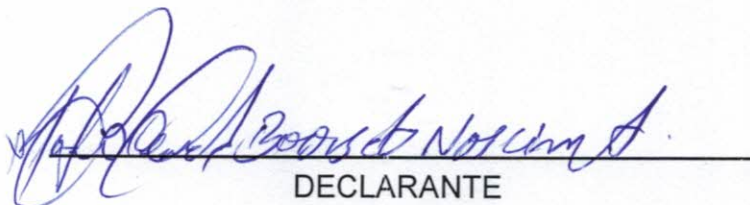


CAROLINA FREITAS  
ADVOCACIA

### DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,  
Rogério Plexudio Barros do Nascimento, residente e  
 domiciliado na Rua 31 G Nova Amargosa, nº 701,  
 bairro: -, na cidade de Fortaleza, portador(a) do  
 RG nº 94 03 000 8334, inscrito(a) no CPF nº 371.872.953-91,  
 estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu  
 próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que  
 declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que  
 assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com  
 esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 28 de Janeiro de 20 19.

  
 DECLARANTE



CAROLINA FREITAS  
ADVOCACIA

### DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela Sr(a) Rogério Claudio Barros do Nascimento presente, o (a) Declarante Declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 18 de fevereiro 2019.

DECLARANTE

#### TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS  
ADVOCACIA

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, Doçrio Claudio Barros do Nascimento, brasi  
leiro(a), Salvador, autônomo, portador(a) de cédula  
de identidade nº. 04030008334, inscrito(a) no CPF sob o  
nº 371.872.953-21, DECLARO que tenho domicílio e sou  
residente na Rua: 31 G Nova Esperança, nº 701,  
Bairro -, CEP: - /CE, conforme  
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 18 de fevereiro 20 19.

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. \_\_\_\_\_

RG Nº:

CPF Nº:

2. \_\_\_\_\_

RG Nº

CPF Nº



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



Impresso nº 201817217

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4145 / 2018

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: **21/09/2018 12:41:52**  
 Data / Hora da Ocorrência: **30/10/2017 20:00:00**  
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA PRESIDENTE CASTELO BRANCO**  
 Complemento:  
 Bairro: **BARRA DO CEARA** Município: **FORTALEZA/CE**  
 Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ROGERIO CLAUDIO BARROS DO NASCIMENTO**  
 Nascimento: **23/07/1970** CPF: **371.872.953-91**  
 RG: **94030008334** Orgão Emissor: **SSPC** UF:  
 Filiação: **TEREZINHA BARROS DO NASCIMENTO**  
**ADONIAS MODESTO DO NASCIMENTO**  
 Endereço: **RUA 31, 701**  
 Bairro: **CONJUNTO NOVA ASSUNCAO**  
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.348-050**  
 País: **BRASIL** Telefone: **98919-0929**

**Histórico**

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, ATRAVESSAVA ANDANDO A AV. PRESIDENTE CASTELO BRANCO QUANDO FOI ATROPELADO POR UM CARRO DE PLACAS NAO ANOTADAS, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. 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 :**

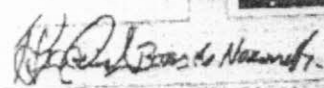
**FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

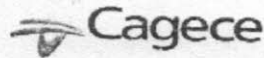
**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**

24 SET 2018

| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                                                                                                                                                                |  | VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL                                                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>ESTADO DO CEARÁ</b><br>SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL<br>PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ<br>ALIENADORA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS                  |  | <b>REGISTRO GERAL</b> 94030088334 <b>DATA DE EXPIRAÇÃO</b> 30/10/2014                                                        |  |
|  <b>POLEGAR DIREITO</b><br> |  | <b>ROGERIO CLAUDIO BARROS DO NASCIMENTO</b><br><b>ADONIAS MODESTO DO NASCIMENTO</b><br><b>TEREZINHA BARROS DO NASCIMENTO</b> |  |
|                                                                                                              |  | <b>NATURALIDADE</b> PACAJUS - CE <b>DATA DE NASCIMENTO</b> 23/07/1978                                                        |  |
| <b>CERT. NASCIMENTO</b> <b>CARTÓRIO: ITAIPABA</b> <b>TERMO: 0006536</b> <b>FOLHA:</b>                                                                                                         |  | <b>132 LIVRO: A00012</b> <b>PACAJUS - CE</b>                                                                                 |  |
| <b>CPF</b> 37187295391                                                                                                                                                                        |  | <b>2 VIA</b> <b>ASSINATURA DO DIRETOR</b> <b>LEI Nº 7.116 DE 20-08-83</b>                                                    |  |
| <b>CARTEIRA DE IDENTIDADE</b>                                                                                                                                                                 |  | <b>P.: 1</b>                                                                                                                 |  |

COPIA RECURSOS  
24 SET 2016



Nº de Inscrição:

001721747

ROGERIO C H DO NASCIMENTO

RU 31 CJ NOVA ASSUNCAO, 701, VILA VELHA  
FORTALEZA

60348-050

001 045 0148 0146 0000

001 000 000 000

AGUA R09F240714 191 188 7 8

12/09/2018  
11/08/201812/09/2018  
13/10/2018  
07/20182804606  
2306482

|     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|
| 533 | 533 | 126 | 533 | 533 |
| 545 | 545 | 538 | 543 | 543 |
| 545 | 535 | 508 | 529 | 543 |

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 6 m3 | META: 10 m3.  
Constatamos debito de R\$ 65,60. Caso pago, desconsiderar.  
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

AGUA  
ESGOTO34,80  
30,80

|        |    |    |
|--------|----|----|
| set/17 | 8  | 6  |
| out/17 | 9  | 7  |
| nov/17 | 16 | 12 |
| dez/17 | 9  | 7  |
| jan/18 | 10 | 8  |
| fev/18 | 9  | 7  |
| mar/18 | 6  | 4  |
| abr/18 | 12 | 9  |
| mai/18 | 10 | 8  |
| jun/18 | 6  | 4  |
| jul/18 | 7  | 5  |
| ago/18 | 8  | 6  |

PIS 0,63  
COFINS 3,13VALOR DO SERVICO 69,50  
VALOR DO SUBSIDIO 3,90  
VALOR TOTAL A PAGAR 65,60

09/2018

02/10/2018

65,60

I: 356615075273768 L: 0367 H: 07:17:12 R: 128 P: 001

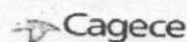


Cagece

Cagece

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece,  
conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 3101.1918, nas lojas de atendimento, de 8h  
às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h  
às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br).  
Friedland Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e  
Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental. Demais  
localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado  
do Ceará

Fatura Mensal  
Vale do imposto  
diferencial

356615075273768 - 0367

001721747

09/2018

001 045 0148 0146 0000

FORTALEZA

02/10/2018

65,60

82640000000 4 65600009700 5 00172174701 0 00068522015 4



CAGECE REGULADORAS

24 SET 2018

**SINISTRO 3180481675 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** ROGERIO CLAUDIO BARROS DO NASCIMENTO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev  
Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** ROGERIO CLAUDIO BARROS DO NASCIMENTO**CPF/CNPJ:** 37187295391**Posição em 13-02-2019 19:41:42**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

| Pagamento  | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|------------|----------------------|------------------|--------------|
| 26/12/2018 | R\$ 2.531,25         | R\$ 0,00         | R\$ 2.531,25 |



## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Rogério Cláudio Barros do Nascimento** - C.P.F. **371.872.953-91**, no dia **30/10/2017**, às **20h40min**, na **Avenida Presidente Castelo Branco (Leste-Oeste)**, no **Bairro Barra do Ceará**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P322229/2018**.

Fortaleza, 24 de agosto de 2018.

Atenciosamente,

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

Reinaldo Silva Machado  
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

Reinaldo Silva Machado  
Protocolo/SAME-SAMU 192  
Regional Fortaleza  
Mat. 54558-1

COMPREV SEGUNDOS  
F. 24 SET 2018



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de  
**Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde

## PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 01 PONTO DE APOIO: NMIF I Nº DA OCORRÊNCIA: 1041  
 DATA: 30/10/2017 TURNO: SN EQUIPE: Lívio, Dênis + Colares + ...  
 NOME: Gregório Claudio Borges do Nascimento IDADE: 97 SEXO: M  
 ENDEREÇO: R. Costa Lima presidente Costa Lima  
 REFERÊNCIA: Casa Branca BAIRRO: Br. de ...  
 QTY: 20:20 QUS: 20:40 QUR: 20:53 QUY: 21:07 QUU: 21:53

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

## RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO  
☒ RESPONSIVO  
☐ NÃO RESPONSIVO  
 EXPANSÃO TORÁCICA  
☒ PRESENTE  
☐ AUSENTE  
 PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)  
☒ PRESENTE  
☐ AUSENTE  
 A ☒ PERVEAS ☐ OBSTRUIDAS POR: \_\_\_\_\_

B **PADRÃO RESPIRATÓRIO**  
☒ EUPNEICO  
☐ TAQUIPNEICO  
☐ BRADIPNEICO  
☐ AGÔNICA/AUSENTE  
**INSPEÇÃO**  
☐ NORMAL  
☐ ALTERADA: \_\_\_\_\_  
**PALPAÇÃO/PERCUSSÃO**  
☐ NORMAL  
☐ ALTERADA: \_\_\_\_\_  
**AUSCULTA**  
☐ NORMAL  
☐ ALTERADA: \_\_\_\_\_

C **PULSO**  
☒ NORMOCÁRDICO  
☐ TAQUICÁRDICO  
☐ BRADICÁRDICO  
☒ CHEIO  
☐ FILIFORME  
☐ IMPALPÁVEL  
**PELE**  
☒ CORADA  
☐ PÁLIDA  
☐ CIANÓTICA  
☐ SUDOREICA  
☒ SECA  
☐ QUENTE  
☐ FRIA  
**ENCHIMENTO CAPILAR**  
☒ ≤ 2 seg  
☐ > 2 seg  
**SANGRAMENTO EXTERNO**  
☒ SIM  
☐ NÃO

D **ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)**  
**ABERTURA OCULAR**  
 ESPONTÂNEA ☒ 4  
 À VOZ ☐ 3  
 À DOR ☐ 2  
 NENHUMA ☐ 1  
**RESPOSTA VERBAL**  
 ORIENTADO (A)/SORRI (P) ☒ 5  
 CONFUSO (A)/CHORO CONSOLÁVEL (P) ☐ 4  
 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A)/INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3  
 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A)/GEMENTE (P) ☐ 2  
 NENHUMA ☐ 1  
**RESPOSTA MOTORA**  
 OBEDECE A COMANDOS ☒ 6  
 LOCALIZA A DOR ☐ 5  
 MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4  
 FLEXÃO ANORMAL ☐ 3  
 EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2  
 NENHUMA ☐ 1  
**TOTAL:** 15  
**PUPILAS:** ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)  
☐ ALTERADAS:

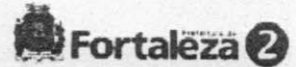
**ADULTO**  
  
**LESÕES**  
 - lesão em base cervical  
 - lesão  
 - lesão lateral em região  
 - lesão em região lateral (D)  
 - lesão em região lateral (sem dor)  
**PEDIÁTRICO**

**SAMPLA**  
 FC: 50 PA: 120 x 70 FR: 16 GLIC: — OXIM: 97.2% TEMP: —

- HIPERTENSÃO  
 - DIABETES



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



|                                                                                                                                               |  |                                                          |  |                                                  |                               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------|-------------------------------|--|
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:<br><b>INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA</b>                                                                   |  |                                                          |  |                                                  | 2 - CNES:<br><b>2529149</b>   |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: <b>INSTITUTO PRÁXIS</b>                                                                               |  |                                                          |  |                                                  | 4 - CNES:                     |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE: <b>ROGERIO CLAUDIO BARROS DO NASCIMENTO</b>                                                                             |  |                                                          |  |                                                  | PRONTUÁRIO:<br><b>5534943</b> |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):<br><b>701009885155999</b>                                                                                 |  | 8 - DATA NASCIMENTO:<br><b>23/07//1970</b>               |  | 09-SEXO<br>(*)M ( )F                             |                               |  |
| 11 - NOME DA MÃE/PAI:<br><b>TEREZINHA BARROS DO NASCIMENTO</b>                                                                                |  | 12 - TELEFONE DE CONTATO<br><b>989190929</b>             |  | 10-RAÇA/COR                                      |                               |  |
| 13 - NOME DO RESPONSÁVEL<br><b>NI</b>                                                                                                         |  | 14 - TELEFONE DE CONTATO:                                |  | 10.1 - ETNIA                                     |                               |  |
| 15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, N°)<br><b>31-701- VILA VELHA</b>                                                                              |  |                                                          |  |                                                  |                               |  |
| 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:<br><b>FORTALEZA</b>                                                                                             |  | 17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:                                |  | 18 - UF:<br><b>CE</b>                            |                               |  |
|                                                                                                                                               |  |                                                          |  | 19 - CEP:                                        |                               |  |
| 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS :<br><br><b>PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ,NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO .</b>       |  |                                                          |  |                                                  |                               |  |
| 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:<br><b>RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS</b>                                                         |  |                                                          |  |                                                  |                               |  |
| 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):<br><b>ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS</b> |  |                                                          |  |                                                  |                               |  |
| 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:<br><b>FX. PLATO TIBIAL</b>                                                                                          |  | 24 - CID 10 PRINCIPAL:<br><b>S821</b>                    |  | 25 - CID10 SECUNDÁRIO:                           |                               |  |
| 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:<br><b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL</b>                                       |  |                                                          |  |                                                  |                               |  |
| 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:<br><b>04.08.05.055-1</b>                                                                                         |  |                                                          |  |                                                  |                               |  |
| 29 - CLÍNICA:<br><b>TRAUMATO</b>                                                                                                              |  | 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:<br><b>EMERGENCIA</b>         |  | 31 - DOCUMENTO:<br>( ) CNS ( ) CPF               |                               |  |
| 32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:                                                                                                             |  | 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:                   |  | 34 - DATA SOLICITAÇÃO:<br><b>02/11/2017</b>      |                               |  |
| 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):                                                                                                            |  | 36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO                            |  | 37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO                |                               |  |
| 38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO                                                                                                            |  | 39 - CNPJ DA SEGURADORA:                                 |  | 40 - Nº DO BILHETE:                              |                               |  |
| 41 - SÉRIE:                                                                                                                                   |  | 42 - CNPJ DA EMPRESA:                                    |  | 43 - CNAE DA EMPRESA:                            |                               |  |
| 44 - CBOR.                                                                                                                                    |  | 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                          |  | 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:           |                               |  |
| ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO                                                    |  | 47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR:                                 |  | 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: |                               |  |
| 48 - DOCUMENTO:                                                                                                                               |  | 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: |  | 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:                        |                               |  |
| ( ) CNES ( ) CPF                                                                                                                              |  | 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):        |  | 53 - Nº DO REGISTRO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: |                               |  |

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

24 SET 2018



# HOSPITAL FERNANDES TÁVORA

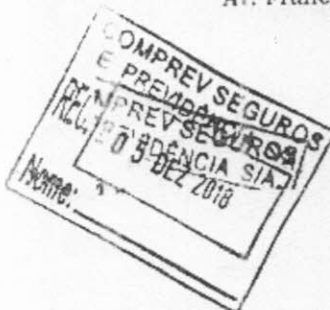
ATENDIMENTO Neleto

Atesto que Rogério  
Mário Távora do  
Machado foi portador  
de uma lesão na região da  
planta do pé esquerdo com  
comprometimento da pele,  
sendo a mesma lesionada por um  
desfilamento da pele e  
referido com a necessidade  
de pele e suture de emergência  
e de alta imediata.

27/11/18

Dr. Carlos M. Maciel  
Ortopedia  
CREMEC 5342

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.  
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.  
Fone/Fax: (85) 3228.2555  
www.hospitalfernandestavora.com.br  
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com



MODELO 4

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA  
 AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)  
 CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

==[ ADMISSÃO ]==

|                                                                 |            |       |                                       |               |
|-----------------------------------------------------------------|------------|-------|---------------------------------------|---------------|
| Número                                                          | Data       | Hora  | Convênio                              | Classificação |
| 201721003249                                                    | 02/11/2017 | 14:54 | PRAXIS                                | RUE - SMS     |
| Caráter de Atendimento                                          |            |       | SISREG                                | AIH           |
| ELETIVO                                                         |            |       |                                       |               |
| Origem do Paciente                                              |            |       | Clinica/Especialidade                 |               |
| IJF                                                             |            |       | CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA    |               |
| Médico Solicitante                                              |            |       | Médico Responsável                    |               |
| 5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO                           |            |       | 5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO |               |
| Procedimento Solicitado                                         |            |       |                                       | Dias          |
| 6408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL |            |       |                                       | 3             |

==[ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ]==

|                                                |                 |                           |                                 |               |
|------------------------------------------------|-----------------|---------------------------|---------------------------------|---------------|
| Nome                                           |                 |                           |                                 | Sexo          |
| ROGERIO CLAUDIO BARROS DO NASCIMENTO           |                 |                           |                                 | MASCULINO     |
| Nascimento                                     | Idade           | Raça/Cor                  | Estado Civil                    | Religião      |
| 23/07/1970                                     | 47 Anos         | PARDA                     | SOLTEIRO(A)                     | NÃO INFORMADO |
| Mãe                                            |                 |                           | Pai                             |               |
| TEREZINHA BARROS DO NASCIMENTO                 |                 |                           | ADONIAS MODESTO DO NASCIMENTO   |               |
| Conjuge                                        |                 |                           | Responsável                     | Prontuário    |
|                                                |                 |                           | ROGERIO CLAUDIO BARROS DO NASCI | 2443541       |
| CNS                                            | Registro        |                           | Documento Informado             |               |
| 701009885155999                                | 201702570003468 |                           | CPF: 37187295391                |               |
| País                                           |                 | Município de Naturalidade |                                 | CEP           |
| BRASIL                                         |                 | FORTALEZA/CE              |                                 | 60348-180     |
| Município de Residência                        |                 |                           | Logradouro                      |               |
| FORTALEZA/CE                                   |                 |                           | RUA 31                          |               |
| Número                                         | Complemento     |                           | Bairro                          |               |
| 701                                            |                 |                           | VILA VELHA                      |               |
| Fone Móvel                                     | Fone Fixo       |                           | Ponto de Referência             |               |
| (85)9881.90929                                 | (85)9932.86050  |                           |                                 |               |
| Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO) |                 |                           |                                 |               |
| DESEMPREGADO / SEM OCUPACAO DEFINIDA           |                 |                           |                                 |               |

==[ CONTATO/ACOMODAÇÃO ]==

|                            |                  |                        |
|----------------------------|------------------|------------------------|
| Em caso de urgência avisar |                  | Acomodação/Leito       |
| ROGERIO CLAUDIO            |                  | 205/3                  |
| Tipo de Acomodação         | Clinica          | Posto de Enfermagem    |
| ENFERMARIA                 | CLÍNICA MÉDICA   | POSTO DE ENFERMAGEM 01 |
| Atendente: helenia         | Data: 02/11/2017 | Hora: 15:00:31         |
|                            |                  | Tempo: 00:06:16        |

==[ TERMO DE RESPONSABILIDADE ]==

ROGERIO CLAUDIO BARROS DO NASCIMENTO, abaixo assinado, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao seu diagnóstico, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 02 de novembro de 2017

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

*[Assinatura]*

CONF. SEGUROS  
 24 SET 2018

USUÁRIO: maíne\_santos - UNIDADE: IJ INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:  
Acompanhar Solicitação de  
Internação

## VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Siga os passos abaixo:  
Seleção de situação  
Seleção da solicitação  
Visualização da solicitação  
Lista de ocorrências  
Inclusão de ocorrência  
Visualização de ocorrência  
Confirmação de cancelamento  
Registro de transferência  
Confirmação de transferência  
Operação finalizada com sucesso

Para retomar a lista de solicitações clique em Voltar

## Identificação do paciente

|                                                     |                                                                             |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <b>CNS - PACIENTE</b>                               | 701009885155695 - ROGERIO CLAUDIO BARROS DO NASCIMENTO                      |
| <b>NOME DA MÃE</b>                                  | TEREZINHA BARROS DO NASCIMENTO                                              |
| <b>NÚMERO DO PRONTUÁRIO</b>                         | 5534943                                                                     |
| <b>DATA DE NASCIMENTO - IDADE</b>                   | 23/07/1970 - 47 anos                                                        |
| <b>SEXO</b>                                         | MASCULINO                                                                   |
| <b>NOME DO RESPONSÁVEL</b>                          | O MESMO                                                                     |
| <b>TELEFONE DO RESPONSÁVEL</b>                      |                                                                             |
| <b>ENDEREÇO</b>                                     | RUA 31 (CJ NOVA ASSUNCAO), Nº 701                                           |
| <b>BAIRRO</b>                                       | VILA VELHA                                                                  |
| <b>ESTADO DE RESIDÊNCIA</b>                         | CEARA                                                                       |
| <b>MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</b>                      | FORTALEZA                                                                   |
| <b>Plantonista</b>                                  |                                                                             |
| <b>MÉDICO</b>                                       | 24459836300 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS                                    |
| <b>TELEFONE PARA CONTATO</b>                        | (85) 32556037                                                               |
| <b>OBSERVAÇÕES IMPORTANTES</b>                      | PACIENTE TRANSFERIDO PARA INSTITUTO PRÁXIS.                                 |
| <b>Solicitação</b>                                  |                                                                             |
| <b>NÚMERO</b>                                       | 12800973068                                                                 |
| <b>SITUAÇÃO</b>                                     | SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO                                            |
| <b>CENTRAL DE REGULAÇÃO</b>                         | 23044021 - FORTALEZA                                                        |
| <b>DATA - HORA</b>                                  | 02/11/2017 - 11:48                                                          |
| <b>PROFISSIONAL</b>                                 | 24459836300 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS                                    |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>                      | 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANTO TIBIAL               |
| <b>PROCEDIMENTO REALIZADO</b>                       |                                                                             |
| <b>CLÍNICA</b>                                      | 13 - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA                                     |
| <b>CLÍNICA COMPLEMENTAR</b>                         |                                                                             |
| <b>CARÁTER DA INTERNAÇÃO</b>                        | 3 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA ANTES DA INTERNAÇÃO                          |
| <b>GRAU DE PRIORIZAÇÃO</b>                          | 4 - URGÊNCIA                                                                |
| <b>Justificativa da internação</b>                  |                                                                             |
| <b>DIAGNÓSTICO INICIAL</b>                          | S821 - Fratura de extremidade proximal da tíbia                             |
| <b>DIAGNÓSTICO PRINCIPAL</b>                        |                                                                             |
| <b>DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO</b>                       |                                                                             |
| <b>DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS</b>             |                                                                             |
| <b>PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b>        | PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO. |
| <b>CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b>        | ANAMNESE + RX EXAMES CLÍNICOS.                                              |
| <b>PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS</b> | RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS                                             |
| <b>Causas externas</b>                              |                                                                             |
| <b>DEFINIÇÃO DO ACIDENTE</b>                        | 1 - NÃO SE APLICA                                                           |

Voltar

Caso deseje cancelar a solicitação de internação você pode:

Cancelar solicitação

Caso deseje acessar as ocorrências da solicitação você pode:

Acessar ocorrências

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA  
24 SET 2018



H O S P I T A L  
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.  
CNPJ: 07275084/0001-15 CGF ISENTO  
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza-CE  
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555

www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@ig.com.br

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data 03 11 11

Nome do paciente: Rogério claudio Barros do Nascimento  
 Nº Frontoário: 244 3541 Categoria:

Nº Frontuário: 244 3542

**Categoria:**

Clasificación: Comunista

Leito:

Ministério: 10<sup>o</sup> Carlos Marcelo

Anestesista: Dr. Paulo Fernando

Tipo de Anestesia: Rápid + sedação.  
Auxiliar: —

1 Auxiliar: —

2 Auxiliar:

3. Auxiliar:

instrumentadora: Rodrigo  
Circulante: Rodrigo

Circulante: Patricia

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura do Planeto tibial

Tipo de Operação/ Código:

Proteus mirabilis 2 gms

0 4 0 8 0 5 0 5

**Diagnóstico Pós-Operatório:**

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato:

**Acidente e Incidentes:**

**Origem de Compressas:**

|                                                |                              |                      |
|------------------------------------------------|------------------------------|----------------------|
| Início da Cirurgia<br>12:40                    | Término da Cirurgia<br>13:40 | Duração do Cirurgia  |
| Início do Oxigênio                             | Término do Oxigênio          | Duração do Oxigênio  |
| Duração da Anestesia (Total de Minutos)<br>601 |                              | Minutos c/ Acréscimo |

### Anestesia Ocorrências Principais

**Classificação da Cirurgia:**

LIMPA: 

POT. CONTAMINADA:

CONTAMINADA: /

INFECTADA:

Assinatura da

(10)

Assinatura Anestesista

Principals

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDENCIA S/A.

24 SET 2018

Dr. Paulo Fernando Silveira Brax  
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA  
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)  
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

# TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

## ===[ INTERNAÇÃO ]=====

Número Data Hora Convênio/Plano  
201721003249 02/11/2017 14:54 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S  
Médico Solicitante  
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342  
Médico Responsável  
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342  
Procedimento Solicitado  
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

## ===[ ACOMODAÇÃO ]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem  
223/2 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

## ===[ PACIENTE ]=====

Nome Sexo  
ROGERIO CLAUDIO BARROS DO NASCIMENTO MASCULINO  
Nascimento Idade Religião Prontoário Registro  
23/07/1970 47 Anos NÃO INFORMADO 2443541 201702570003468

## ===[ DADOS DA ALTA ]=====

Diagnóstico Principal  
S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA  
Procedimento Realizado  
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL  
Data Hora Motivo  
05/11/2017 11:20 ALTA MELHORADO

## ===[ DECLARAÇÃO ]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente ROGERIO CLAUDIO BARROS DO NASCIMENTO, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 05 de novembro de 2017

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

24 SET 2018

Responsável/  
Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)  
Responsável  
pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: silvana.sousa

Data: 05/11/2017 Hora: 11:20:41