



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	Jose Orlando Maveiro de Abreu		
NACIONALIDADE	Brasileira	NATURAL	
RG	94002066023	ESTADO CIVIL	casado
CPF	757.655.433-91	PROFISSÃO	Colaborador
ENDEREÇO	Rua Itapeva, 286, Casa B		
BAIRRO	Camandézinho	CEP	60732-150
MUNICIPIO / UF	Fortaleza - Ce		
FONES	85986996236 85987649725		
E-MAIL	RC527310@gmail.com		

OUTORGADA: NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo – Fortaleza – CEP 60.325-700.

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 FENASEG, 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, desistir, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, 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 o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 28 de março de 2019.

Jose Orlando Maveiro de Abreu
outorgante



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Jose Orlando Marinho de Abreu, Brasileiro(a),
Casado, Colaborador, portador da Carteira de
 Identidade/RG nº 94002066023 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o
 nº 757.655.433-91, residente e domiciliado na cidade de
Fortaleza, estado Ceará, na Rua
Itapoa, Casa B, Nº 286, Camindizinho,
 declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de
 arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o
 de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 28 de março de 20 19.

Jose Orlando Marinho de Abreu

Declarante



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Jose Orlando Marreiros de Abreu, brasileiro(a),
Casado, Colunador, portador(a) do RG nº
94002066023, inscrito no CPF sob nº
757.655.433-91, residente e domiciliado no endereço
Rua Itapora, 286, casa B - Banindezinhos,

Declaro para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que tem total e plena consciência da propositura da **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT**, em seu nome e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo administrativo, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a **Dra. NAJMA MARIA SAID SILVA**, brasileira, solteira, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 28.394, com escritório profissional a Rua Antônio Drumond, nº 1051, bairro Monte Castelo, CEP 60.325-700, Fortaleza-CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e, ou administrativa no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

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

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza (CE), 28 de março de 20 19.

Jose Orlando Marreiros de Abreu

Declarante.

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO

Eu, Jose Orlando Marreiro de Alencar,
Brasileiro(a), casado, cobrador, portador da cédula de Identidade Nº
94002066023 E CPF Nº 757.655.433-91, capaz,
nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
Rua Itapoa, 286, casa B - Camindezinho

na Cidade de Fortaleza, Estado Ceara, CEP
60732-150, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais
declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada
DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito
fornecida.

Fortaleza, 28, de março, de 2019.

Jose Orlando Marreiro de Alencar
DECLARANTE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

INTERPRINT LTDA.

VALIUA EM 10000
O TERRITÓRIO NACIONAL
1289839614

PROIBIDO PLASTIFICAR
1289839614

NOME
JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
94002066023 SSP CE

CPF
757.655.433-91

DATA NASCIMENTO
27/10/1976

FILIAÇÃO
ANTONIO ALVES DE ABREU
TEREZINHA MARREIRO DE ABREU

PERMISSÃO
ACC
CATHAB
AB

Nº REGISTRO
03940121355

VALIDADE
29/07/2021

1º HABILITAÇÃO
28/09/2006

OBSERVAÇÕES
A ;
EXERCE ATIV REMUNERADA;

Assinatura do Portador: *Jose Orlando Marreiro de Abreu*

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
01/08/2016

Assinatura do Emissor: *Igor Vasconcelos Ponte*
IGOR VASCONCELOS PONTE

18681199529
CE154715476

DETRAN-CE (CEARA)

fls. 22

IPA

DAMS

Scanned by CamScanner

31 JAN. 2019

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/05/2019 às 17:11, sob o número 01360338820198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0136033-88.2019.8.06.0001 e código 495BE20.



Esta é a segunda via de

MAR/2019Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco**N° DO CLIENTE****8891598****DV 0****VENCIMENTO****01/05/2019****TOTAL A PAGAR (R\$)****40,02****DESCRIÇÃO DA CONTA****Quantidade** **Tarifa** **Valor (R\$)**End. da Unidade Consumidora **RU ITAPOA 00286 CS B CANINDEZINHO FORTALEZA 60732150**RG / CPF / CNPJ **025.547.763-50** **CGF**Classe **B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA** Fator de Potência **0****INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
1422	1313	1	109	0	109

DATAS DE LEITURA

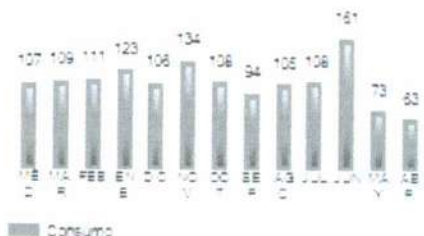
Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
27/03/2019	26/04/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**5E27.AA43.4806.3651.9700.CDE0.1892.BBBF****ICMS**

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**Veja a legenda no verso desta conta. **CM: 16,13**Conjunto **BOM JARDIM**Mês **JAN/ 2019**

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,17	6,35	12,70	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,77			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) **Compensado kg (CO₂)** **Consciência Ecológica! (% CO₂)**

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTOautenticação mecânica **cliente**

N° do Cliente:

8891598-0N° da Nota Fiscal: **567828265**Total a Pagar (R\$): **40,02**

Data de Emissão:

17/04/2019Referência: **MAR/2019**N° de Controle: **0008891598 00014 4315 2 25****83830000000-4 40020031000-9 00088915980-7 00144315254-1**



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

Impresso nº 201938048

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 181 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **16/01/2019 12:34:22**
 Data / Hora da Ocorrência: **07/10/2018 17:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA CORONEL VIRGILIO NOGUEIRA**
 Complemento:
 Bairro: **BOM JARDIM** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU**
 Nascimento: **27/10/1976** CPF: **757.655.433-91**
 CNH: **03940121355** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
 Filiação: **TEREZINHA MARREIRO DE ABREU**
ANTONIO ALVES DE ABREU
 Endereço: **RUA ITAPOA, 286 CASA B**
 Bairro: **CANINDEZINHO**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.732-150**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98699-6236**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NUN6676** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KC1610AR061250 Renavam: **252797493** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 TITAN MIX KS** Ano
 Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
 Cor: **PRETA** Proprietário: **MARIA FABIANA DOS SANTOS ABREU**
 Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA NUN-6676-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA CORONEL VIRGÍLIO NOGUEIRA E AO DESVIAR DE UM ANIMAL (CACHORRO) NA VIA E COMO A VIA NAO TINHA SINALIZAÇÃO NEM HORIZONTAL E NEM VERTICAL ATRAVESSOU A VIA E ACONTECEU A COLISÃO COM A UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO. E NADA MAIS DISSE.///
 OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
 PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Jose Orlando Marreiro de Abreu

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 16/01/2019 12:46:37

Pág. 1 de 2

Impresso em: 16/01/2019 12:46:37



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

fls. 26



Impresso nº 201938048

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 181 / 2019

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMA - MAT.: 012875-1-6



31 JAN. 2019

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 16/01/2019 12:46:37

Pág. 2 de 2

Impresso em: 16/01/2019 12:46:37

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

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA** 2 - CNES: **2|5|2|9|1|4|9**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **INSTITUTO PRAXIS** 4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU** PRONTUÁRIO: **5583961**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: **708002372813021** 8 - DATA NASCIMENTO: **27/10/1976** 09 - SEXO: **() M () F** 10 - RAÇA/COR: 10.1 - ETN:

11 - NOME DA MÃE/PAI: **TEREZINHA MARREIRO DE ABREU** 12 - TELEFONE:

13 - NOME DO RESPONSÁVEL 14 - TELEFONE DE CONTATO:

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): **ITAPOA, 286 SIQUEIRA**

16 - MUNICÍPIO: **FORTALEZA** 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 18 - UF: **CE** 19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE COM FRATURA DE CLAVICULA, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **FX .CLAVICULA** 24 - CID 10: **S420** 25 - CID10 SECUNDÁRIO: 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE CLAVICULA** 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0408010150**

29 - CLÍNICA: **TRAUMA** 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **EMERGENCIA** 31 - DOCUMENTO: **() CNS () CPF** 32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 34 - DATA SOLICITAÇÃO: **19/10/2018** 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 39 - CNPJ DA SEGURADORA: 40 - Nº DO BILHETE: 41 - SÉRIE:

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 42 - CNPJ DA EMPRESA: 43 - CNAE DA EMPRESA: 44 - CBOR:

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: **Raimundo Sérgio Rodrigues da Costa**

48 - DOCUMENTO: 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **Auditor CRM - 2804**

() CNES () CPF **CPF: 059.859.343 - 0**

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **/ /** 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO): **CRM - Fortaleza**

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

if
denominação

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



Prefeitura de
Fortaleza

fls. 28

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: JOSE ORLANDO MAREIRO DE ABREU		ID Paciente: 5583961
Data de Nascimento: 07/01/1977	Idade: 41 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: DR GENTIL		Data do Exame: 07/10/2018
LAUDO		

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA

TÉCNICA: Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, sem administração de contraste iodado:

- Parênquima encefálico com valores de atenuação normais.
- Sistema ventricular anatômico.
- Linha média centrada.
- Cisternas preservadas
- Fossa posterior sem peculiaridades
- Não evidenciado hematoma extra-axial
- Fratura cranianatemporal direita com afundamento de fragmento ósseo e hematoma subgaleal

FRANCISCO JOSE MAGALHÃES PINTO
CRM 5214

31 JAN. 2019



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600095453
NÚMERO DA AIH: 2318103226285

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 708002372813021 - JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 27/10/1976 - 41 anos

NOME DA MÃE: TEREZINHA MARREIRO DE ABREU

NOME DO RESPONSÁVEL: JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU

ENDEREÇO: RUA: ITAPOA, Nº 286

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 32555040

BAIRRO: SIQUEIRA

CEP: 60732150

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S420 - Fratura da clavícula

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408010150-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 210157963640009 - RICARDO EVANGELISTA MARROCOS DE ARAGAO

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 19/10/2018 - 16:28 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 22/10/2018 - 12:13

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

31 JAN. 2019



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do
Ceará
Coordenadoria de Regulação,
Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação
Estadual do SUS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

USUARIO: charlene.nobre - UNIDADE: IJF 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 ocorrência
 Inclusão de ocorrência
 Visualização de ocorrência
 Confirmação de cancelamento
 Registro de transferência
 Confirmação de transferência
 Operação finalizada com sucesso

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

Identificação do paciente	708002372813021 - JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU 
CNS - PACIENTE	ABREU
NOME DA MÃE	TEREZINHA MARREIRO DE ABREU
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	5583961
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	27/10/1976 - 41 anos
SEXO	MASCULINO
NOME DO RESPONSÁVEL	JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU
TELEFONE DO RESPONSÁVEL	(85) 32555040
ENDEREÇO	RUA: ITAPOA, Nº 286
BAIRRO	SIQUEIRA
ESTADO DE RESIDÊNCIA	CEARA
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	FORTALEZA
Plantonista	
MÉDICO	41689984368 - RICARDO EVANGELISTA MARROCOS DE ARAGAO
TELEFONE PARA CONTATO	(85) 32555040
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	PACIENTE SERA TRANSFERIDO PARA HOSPITAL DE APOIO INSTITUTO PRÁXIS.
Solicitação	
NÚMERO	12600095453
SITUAÇÃO	SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO
CENTRAL DE REGULAÇÃO	23044021 - FORTALEZA
DATA - HORA	19/10/2018 - 16:28
PROFISSIONAL	41689984368 - RICARDO EVANGELISTA MARROCOS DE ARAGAO
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0408010150- - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA
PROCEDIMENTO REALIZADO	
CLÍNICA	13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
CLÍNICA COMPLEMENTAR	
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

31 JAN. 2019



HOSPITAL BATISTA MEMORIAL - HBM
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PÁGINA: 1 / 1
DATA: 08/10/2018
HORA: 21:18:11

Prontuário
181474



Atendimento
28419



Reserva/Guia

12600094727



Data 08/10/2018 Hora 21:17

Paciente

JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU [CPF:]

Endereço

EMILIO DE MENEZES

Bairro

BONSUCESSO

Nome da Mãe

TEREZINHA MARREIRO DE ABREU

Responsável

JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU

Bairro

BONSUCESSO

Sexo Est. Civil

M Casado

Dt Nasc.

27/10/1978

Telefone

85 87649724

R.G.

Código CNS

708002372813021

Num. Complemento

1077

Profissão

Cidade

FORTALEZA

UF

CE

Endereço

EMILIO DE MENEZES

Cidade

FORTALEZA

Num.

1077

Telefone

85 87649724

Cep

Médico Atendente

258350 ARLINDO NOGUEIRA SOBRINHO [CRM: 7605] [CPF: 80727000497]

Médico Acompanhante

258350 ARLINDO NOGUEIRA SOB [CRM: 7605] [CPF: 80727000497]

Procedimento

0303040084 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALI

Cid

S068 OUTR TRAUM INTRACRANIANOS

Setor

12401 RECEPCAO (INTERNAMENTO HOSPITALAR) 50 SUS

Origem

PACIENTES DO IJF

Acomodação

POSTO: 010216 - POSTO III ENFERMARIA: 016113 - ENFERMARIA 312 LEITO: 23/312-14

Data mín. para alta - 08/10/2018

Data máx. para alta - 10/10/2018

Atendente -

RAVENA NADJA MARTINS

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [] Sim [] Não Data admissão 08/10/2018

Data alta 11/10/18

Internação anterior..? [] Sim [] Não Hora admissão 21:17

Hora alta 13:20:45

Alta....: Curado.....: [] Melhorado.....: [] Inalterado.....: [] Clínica..: Médica.....: []

Piorado.....: [] A pedido.....: [] Indisciplina.....: [] Cirúrgica.....: []

Transferido...: [] Falecimento...: [] Evasão.....: [] Obstétrica...: []

Diagnóstico:

Internação.: TU

Definitivo...: DE

Histórico:

de esctiv. q qd - TC ECC 15
TZ de cu 1stst+ 1stst 1stst 1stst

31 JAN. 2018

Alta - 1
Perm - 2
Transf - 3
Óbito - 4

Raio X:

[] Simples

[] C/Contraste

Uti

Entrada

Saída

Caract. Trat.

Carimbo e Assinatura do Médico

Motivo

[] Sangue..: [] Rh..: [] [] A [] B [] C [] D [] E [] F [] G

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO QUE TODOS OS DADOS ACIMA MENCIONADOS FORAM FORNECIDOS E CONFERIDOS POR MIM, COM BASE EM DOCUMENTOS LEGAIS, E QUE SÃO TOTALMENTE VERÍDICOS.

JOSE MARIA FARIAS

Assinatura do Paciente

94002311915

RG

NOME: **Done Honorando Nanius de**

DATA: **Abuel**

LEITO: **08-10-18**

CONV: **SUS**

PRONT: **Posto 3**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO DE ENFERMAGEM

01	DIETA	SND
02	Fenitoína 100 mg vo 8/8 h	08/11/18
03	Antak 150mg vo 12/12h	08/11/18
04	Tylen 30mg vo 6/6 h	08/11/18
05	Dipirona 40gts 6/6 h SN	08/11/18
06	Curativo com colagenase	08/11/18
07	Cateter de O2 se NECESSARIO	SN
08	Plamet 2ml ev 8/8 se VOMITO	SN
09	SSVV+ CCGG	08/11/18
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Armando Nogueira Sobrinho
Neurocirurgia
CRM 3605

Marlene Nogueira de O. Barros
Doutora em Enfermagem

NOME: Jose Gilvando MARCINHO

DATA: 09.10.18 LEITO: 314 CONV: SUS PRONT:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO DE ENFERMAGEM

01	DIETA <i>le</i>	SND		
02	Fenitoína 100 mg vo 8/8h	02	06	14
03	Antak 150mg vo 12/12h	18	06	14
04	Tylen 30mg vo 6/6h	18	06	14
05	Dipirona 40gts 6/6h SN	SN		
06	Curativo com colagenase	SN		
07	Cateter de 02 se NECESSARIO	SN		
08	Planmet 2ml ev 8/8 se VOMITO	SN		
09	SSV ⁺ CCGG	Rotina		
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Alfredo Nogueira Sobrinho
Neurocirurgião
CRM 1805

Assinatura
ELENOR
28.10.2018

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]



DECLARAÇÃO



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **José Orlando Marreiro de Abreu - C.P.F. 757.655.433-91**, no dia **07/10/2018**, às **17h35min**, na **Rua Coronel Virgílio Nogueira**, no **Bairro Bom Jardim**, 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 **P448821/2018**.

Fortaleza, 27 de novembro de 2018.

Atenciosamente,

ATO

31 JAN. 2019

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



P- 44882112018

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: Bernardo 02 PONTO DE APOIO: Maraponga Nº DA OCORRÊNCIA: 0996
DATA: 07/10/2018 TURNO: T1/T2 EQUIPE: Widlaney, Kalvio, Cláudio, Ruy
NOME: Jose Orlando Mairino de Abreu IDADE: 41 SEXO: Masc.
ENDEREÇO: Rua Cornelia Virgilio Nogueira BAIRRO: Bom Jardim
REFERÊNCIA: Viz. Meca. Boa sorte
QTY: 17:25 QUS: 17:35 QUV: 18:25 QUU: 18:45
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colapso Cardio x Mto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

☐ RESPONSIVO
☒ NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA

☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

☐ PÉRVEAS

☐ OBSTRUÍDAS

POR: _____

PADRÃO RESPIRATÓRIO

☒ EUPNEICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/ AUSENTE

INSPEÇÃO

☒ NORMAL
☐ ALTERADA: _____

PALPAÇÃO / PERCUSSÃO

☒ NORMAL
☐ ALTERADA: _____

AUSCULTA

☒ NORMAL
☐ ALTERADA: _____

PULSO

☒ NORMOCÁRDICO
☐ TRAQUICÁRDICO
☐ BRADICÁRDICO
☒ CHEIO
☐ FILIFORME
☐ IMPALPÁVEL

LOCAL: radial

PELE

☒ CORADA
☐ PÁLIDA
☐ CIANÓTICA
☐ SUDOREICA
☒ SECA
☒ QUENTE
☐ FRIA

ENCHIMENTO CAPILAR

☒ ≤ 2 seg
☐ > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO

☐ SIM
☒ NÃO

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

ABERTURA OCULAR

ESPONTÂNEA ☐ 4
À VOZ ☒ 3
À DOR ☒ 2
NENHUMA ☐ 1

TOTAL: 10

RESPOSTA VERBAL

ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☐ 5
CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4
PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3
SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☒ 2
NENHUMA ☐ 1

RESPOSTA MOTORA

OBEDECE A COMANDOS ☒ 5
LOCALIZA A DOR ☒ 4
MOVIMENTO DE RETIRADA ☒ 3
FLEXÃO ANORMAL ☒ 2
EXTENSÃO ANORMAL ☒ 1
NENHUMA ☐ 0

PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

ADULTO



LESÕES

Corte na 3 suturadas
no nariz (D)
hematoma abdominal
ex D de dor de
doença

PEDIÁTRICO



FC: 79 bpm PA: 90 (mt) FR: 16/min GLC: 143 mg/dl OXIM: 99% nu TEMP: 36.1

Vítima: Jose Orlando Mairino de Abreu
DN: 27/10/1976 - 41 anos
Material Utilizado: gelo 18 (Op) Equip: RT (Op) Mascara venturi 50% (Op) Oxímetro 154h (Op) Kit: glicemia (Op) lançete glicemia (Op) esparadrapo 5x5 alcoól 70% algodão 2g
Cláudio Ruy
44583

QTY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUR: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUV: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUU: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHEGADA 11.41

① SRL 500ml, OLA, EV, opaco.

800 (17:35)

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

Paciente vítima de colisão carro x moto, de capacete, com perda de consciência no local, sinais de embriaguez, estável hemodinamicamente, olhos sem reação, agitado, sem sinais de sangramento. Fornecido O2 suplementar, estável da padão respiratório. Transferido ao IJF para avaliação de neurologia.

ASS. / CRM:

Dr. Kelvio Silva
Médico
CREMEC

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente, 01, 4/2 vítima de colisão carro x moto, com sinais de ingestão de álcool, apresenta corte na sutural da nuca (d) + hematoma na região abdominal e é avaliado por Dr. Kelvio, premiado com + curativo completo + oler curado, encaminhado ao IJF Centro, sem intercorrências durante o transporte.

ASS. / COREN:

Andréa Pereira
11/5/18

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

Colisão carro x moto

Removido ao IJF Centro

ASS.:

William

UNIDADE DE SAÚDE:

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ OUTRO:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM

☒ NÃO

ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

BOLETIM EMERG:

558394

EM:

07, 10, 18

às 18:12

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

Documentação 3 + foto + Sinais vitais

ficaram com o CUR

no CURS

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM:

11/5/18

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG / CPF _____
DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: _____ às _____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



Av. Humberto Monte, 1440 - Parquelândia - CEP: 60450-000
Telefone: (85) 3283.4764 / 96800.6776

fls. 43

Data do acidente	07/10/2018	Internou-se para tratamento em virtude do acidente que o vitimou	☐ Clínico ☒ Cirúrgico
Data da internação	07/10/2018	JOSE ORLANDO M. DA ABREU	
Nome hospital	E.F. SENEZ	Data da alta hospitalar	26/10/2018
Encontrou no segurado outros defeitos físicos, moléstias ou doenças existentes antes da data do acidente? Cite especificando lesões/doenças e o percentual de perda funcional.			
NÃO			
Quais os tratamentos que o segurado foi submetido até a data indicada acima?			
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVICULA COM REDUÇÃO + FIXAÇÃO + TRATAMENTO CONSERVADOR + OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA EM TCG + FICAR TEMPORAL DTE COM ACOMODAMENTO			
Foram esgotados todos recursos terapêuticos visando a recuperação do paciente? Justifique		Data da definição da(s) seqüela(s)	
SIM		16/01/19	
Descrição da seqüela permanente com perda funcional causada pelo acidente de qual o segurado foi vítima		Grau (mínimo, médio ou máximo) ou precursual	
INCAPACIDADE FUNCIONAL DO OMBRO DTE		40% =	
CEFALEIA + TONTURA + NAUSEA		30% =	
ALTA MÉDICA DEFINITIVA 16/01/2019			
Nome do médico responsável	JOÃO BATISTA G. DA SILVA	CRM	5155
Local	FORTALEZA - CE	Assinatura reconhecida do médico	
Data	16/01/2019		
Assinatura / rubrica			

João Batista Gomes da Silva
Médico
CRM 5155 CPO 228.56.03



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 01/11/2018 12:25:16

Por: EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 07/10/2018 18:26:10	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 708002372813021	NOME: JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU			Registro: 5583961	
CPF: 75765543391	RG:	D. NASC: 27/10/1976	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RACIA/COR: Parda
NOME DA MÃE: TEREZINHA MARREIRO DE ABREU			NOME DO PAI: ANTONIO ALVES DE ABREU		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: ITAPOA		Nº: 286	BAIRRO: SIQUEIRA	
COMPLEMENTO: CS B	TELEFONE:	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60732150	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: SAMU USA-02 COND WILLIAM		PARENTESCO:		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com automóvel / microônibus (acidente de carro). Ocupante de um auto traumatizado em acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda					
QUEIXAS: hoje colisão carro e moto trauma toracabdominal, desorientado					
OBSERVAÇÕES: mecanismo de trauma significativo					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

31 JAN

[illegible]

Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0136033-88.2019.8.06.0001 e código 495BE2A.



"MEDICINA E CUIDADO
Rua Prof. Dias da Rocha, 15 - Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Cear.
Fone: (85) 3224.5417 - Fax: (85) 3261.1846

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

16 JAN 2019

18/PS 28

NOME DO PACIENTE: José Orlando Afonso de Abreu		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		Nº PRONTUÁRIO	
DATA	MANHÃ	TARDE	NOTURNO	CONVÊNIO:	
11/10	Atividade Paciente 1.8.11.13.20 0.1m de ritmo de T-; Bunku' orelha do umbilical, que as duas e mudoia - com oquecimento em com o queito para bomho novo de bomho novo de bomho novo de T- 120x70 mmHg - T- 36°C - 35.6 x 32.9.			M -	GLICEMIA CAPILAR
				T -	
				N -	HIGIENE ORAL
				M -	
				T -	
				N -	MUDANÇA DE DECÚBITO
				M -	
				T -	
				N -	
					CURATIVO
					Característica da Ferida:
				a - () Incisão cirúrgica () limpa e seca	
				b - () Úlcera () estágio I () estágio II	
				() estágio III () estágio IV	
				c - () Exudato seroso	
				() Exudato serosanguinolento	
				() Exudato sanguinolento	
				() Exudato purulento	
				d - () Tecido de granulação	
				() Tecido necrótico () Fibrina	
				Ass:	
COREN:	COREN:	COREN:	COREN:		

DATA	HORA	EVOLUÇÃO.
08/10/18		Receita e gl e NE ECCIS Receita para gl e E cd Smt
09/10/18		Receita e gl e NE ECCIS cd Receita
10/10/18		Receita e gl e NE ECCIS cd Receita
11/10/18		Receita e gl e NE ECCIS cd Receita

NOME: Jose Dilsa Nana da

APTO./LEITO: _____

CONV.: _____

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
08/10/2019	21:40	• EVOLUÇÃO • Evangelina JOMA, O, 41a. admitido nesta unidade, admiuho hospital 15F, no tto clínico TCE. Evolui consciente, orientado, verbal- izando, deambulando. Apele, normocardico, normo- kico. Supneio em ar ambiente, aceita parcialmente dieta Vo ofertada. Sem sinais periféricos. Eliminações fisiológi- cas presentes espontânea. Relata que talvez elaventa este- queando. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem T: 36,2°C. PA: 140x90mmHg Martha S. M. Alegias medicamentosas. Natália Moreira de O. Barros COREN-CE: 434.875 - EBF Natália Moreira de O. Barros COREN-CE: 434.875 - EBF
09/10/18	10:00	Pac. J.O.M.A O, 41a. no 3º dia de internamento para tra- tamento clínico de TCE, evolui em ar ambiente, parcialmente orientado, verbalizando, deambulando, Supneio (14mm), capilar (35,2c), normocardico (76BPM) apresentando pico hipertensivo - (140x90mmHg), aceita dieta oral oferecida, eliminações urinárias presente e intestinais cursante no momento, segue aos cuidados da equipe. Jeffa Terceiro de Azevedo Enfermeira COREN 287.303 Janice de Azevedo 10 JAN. 2019
10.10.18	15:30	J.O.M.A. O, 41a. Em tto clínico de TCE. Evolui consciente, orientado, verbaliza, deambula. Sup- neio em O2 ambiente, aceita dieta Vo + me- dicção prescrita. Eliminações fisiológicas presentes. Segue aos cuidados de enferma- gem. Jeffa Terceiro de Azevedo Enfermeira COREN 287.303

OME: João Blando Manoel de Deus

APTO./LEITO: 314

CONV.: _____

Visual Hospub - INSTITUTO DR. JOSE FROTA - PRESCRIÇÃO MÉDICA

Identificação do Paciente

Prontuário: **5583961** Nome do Paciente: Data de Nascimento: Sexo:

Profissional: **DIRECAO DA EMERGENCIA**

Atividade: **MEDICO(QUALQUER ESPECIALIDADE)**

Data Registro: **08/10/2018 07:50:46**

Descrição:

JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU

1-DIETA BRANDA

2-SF 2000ML EV 28GTS/MIN

3-PROFENID 100MG +100ML SF EV DE 12/12HS

4-ANTAK 50MG EV /DIA

5-HIDANTAL 2ML EV DE 8/8HS

6-DIPIRONA 2ML EV SOS

7-TRAMAL 100MG+100ML SF EV DE 12/12HS SN

8-SSVV

TRANSF. HBM

Data da Impressão: 08/10/2018 07:50:49

DIRECAO DA EMERGENCIA - C.R.M./C.R.O.:10424
Carimbo e Assinatura do Médico

31 JAN. 2019

08/10

☐ HCT
☐ HCT

08/10/2018 07:41

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

FICHA DE INTERNAÇÃO

===[ADMISSÃO]=====

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201821004933	19/10/2018	20:52	PRAXIS	SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento			SISREG	AIH
ELETIVO				
Origem do Paciente			Clínica/Especialidade	
IJF			CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA	
Médico Solicitante			Médico Responsável	
5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES			5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES	
Procedimento Solicitado				Dias
0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA				2

===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]=====

Nome			Sexo
JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU			MASCULINO
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil
27/10/1976	41 Anos	PARDA	CASADO(A)
Mãe			Religião
TEREZINHA MARREIRO DE ABREU			CATÓLICO (A)
Conjuge			Pai
FABIANA SANTOS ABREU			ANTONIO ALVES DE ABREU
CNS	Registro	Documento Informado	Responsável
708002372813021	201802570004501	NÃO INFORMADO	JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU
País			Prontuário
BRASIL			2448183
Município de Residência			CEP
FORTALEZA/CE			60732-150
Número	Complemento		Município de Naturalidade
286			QUIXERAMOBIM/CE
Fone Móvel	Fone Fixo		Logradouro
(85)9869.96236	(85)9876.24972		RUA ITAPOA
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)			Bairro
DESEMPREGADO / COBRADOR DE TRANSPORTES COLETIVOS (EXCETO TREM)			SIQUEIRA

===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]=====

Em caso de urgência avisar		Acomodação/Leito
JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU		234/1
Tipo de Acomodação	Clínica	Posto de Enfermagem
APARTAMENTO SIMPLES	CLÍNICA CIRÚRGICA	POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: maria.nataly	Data: 19/10/2018	Hora: 20:58:23
		Tempo: 00:05:55

===[TERMO DE RESPONSABILIDADE]=====

JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU, 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), 19 de outubro de 2018

RESPONSÁVEL

Jose Orlando Marreiro de Abreu

TESTEMUNHAS

31 JAN. 2019

MS-DATAUS
VERSÃO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL

ESPELHO DA AIH

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 12/2018

DATA: 28/11/2018

Num AIH: 231810322628-5 ✓ Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 12/2018 Data de Emissão: 19/10/2018

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0224 ✓ Leito: 0004
Doc autorizador: 708505329547275 Doc med resp: 206633842350003 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 206633842350003
CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 7080023728130
Paciente: JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU Prontuário: 2448183 ✓ Laudo: ✓
Data Nasc.: 27/10/1976 Sexo: MASCULINO ✓ Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: IGNORADO ✓ Doc.
Responsável pac.: JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU Nome da Mae: TEREZINHA MARREIRO DE ABREU
Endereço: ITAPOA, 286 - SIQUEIRA Raça/Cor: PARDA
Município: 230440 - FORTALEZA UF: CE CEP: 60732-150 Telefone: (85)9876.2497
Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO Muda Proc.?: N

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
Diag. principal: S420-FRATURA DA CLAVÍCULA Diag. Secundário: V239-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM COLISÃO COM VEICULO
Diag. complementar: Causa Óbito: -
Carater atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR
Data internação: 19/10/2018 Data saída: 27/10/2018 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01: ✓

==[CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)]==

CNPJ do Empregador: CNAER: - CBO: -

Vínculo com a previdência: -

==[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]==

Linha	Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmpt	Descrição
1	04.08.06.019-0	206633842350003	1	225270	206633842350003	3969800 1 102018 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA M
2	04.08.06.019-0	980016297389026	6	225151	980016297389026	3969800 1 102018 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA M
3	04.08.01.015-0	206633842350003	1	225270	206633842350003	3969800 1 102018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLA
4	04.08.01.015-0	980016297389026	6	225151	980016297389026	3969800 1 102018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLA
5	07.02.03.089-0	09069959000158	0		09069959000158	3969800 ✓ 1 102018 PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM (I
6	08.02.01.019-9		0		3969800	3969800 ✓ 2 102018 DIARIA DE PERMANENCIA A MAIOR
7	02.04.04.006-0	3969800	0		3969800	3969800 ✓ 1 102018 RADIOGRAFIA DE CLAVICULA

==[VALORES DA PRÉVIA]==

Forma de Organização	+ - Serv. Hospitalar + - Serviço Profissional - - - - - + - - - - -						
	+ - - - - Direto - - - - + + - - - Direto - - - - + - - - - Rateado - - - - +		Próprio Terceiro Próprio Terceiro Próprio Terceiro + - Total				
04.08.01 CINTURA ESCAPULAR	275,52	0,00	0,00	0,00	135,72	0,00	411,24
04.08.06 GERAIS	460,58	0,00	0,00	0,00	160,29	0,00	620,87
07.02.03 OPM EM ORTOPEDIA	183,81	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	183,81
08.02.01 DIARIAS	32,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,38
Total Geral:	952,29	0,00	0,00	0,00	296,01	0,00	1.248,30

==[DADOS DAS ÔRTESES/PRÓTESES]==

Linha Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Registro ANVISA	CNPJ Fabricante
5 25414 ✓	09.069.959/0001-58 ✓				
Número de Nascidos	Número de Saídas	N. Pré-Natal			
Vivos: 0 Mortos: 0	Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0				

"De acordo com a Portaria SAS/MS N. 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Agosto de 1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL MARIANO SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/05/2019 às 17:11, sob o número 01360338820190060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0136033-88.2019.8.06.0001 e código 495BE2E.

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número	Data	Hora	Convênio/Plano
201821004933	19/10/2018	20:52	INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S

Médico Solicitante
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Médico Responsável
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Procedimento Solicitado
0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito	Tipo de Acomodação	Clínica	Posto de Enfermagem
224/4	ENFERMARIA	CLÍNICA CIRÚRGICA	POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome	Sexo
JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU	MASCULINO

Nascimento	Idade	Religião	Prontuário	Registro
27/10/1976	41 Anos	CATÓLICO (A)	2448183	201802570004501

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

Diagnóstico Principal
-

Procedimento Realizado
0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

Data	Hora	Motivo
27/10/2018	15:01	ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU, 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 conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 27 de outubro de 2018

Responsável/ Representante Legal	<i>Maria das graças marreiro de abreu</i> Nome Legível	Assinatura
Enfermeira(o) Responsável pela Liberação	<i>Manuela Rocha T. Asfor</i> Nome Legível	<i>Manuela Asfor</i> Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: manuela.asfor

Data: 27/10/2018 Hora: 15:01:33



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07.75084/0001-15 - CGF: ISENT0
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.316-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 26/10

Nome do paciente: JOSE ORLAUBO MOREIRA		Categoria:
Nº Prontuário: 2448283	Dr. Josafá Fernandes Traumato - Ortopedista	Leito: 234.1
Clínica: HFT	Dr. Josafá Fernandes	
Cirurgião: DR. JOSAFÁ		
Anestesista: DR. EDUARDO		
Tipo de Anestesia: BLOQUEIO + geral balanceada		
1 Auxiliar:		
2 Auxiliar:		
3 Auxiliar:		
Instrumentadora: RODRIGO ANDRADE		
Circulante: CLECIANE LISBON		
Diagnóstico Pré-Operatório:		
Tipo de Operação/ Código:		
Diagnóstico Pós-Operatório: Fratura na clavícula (404010150)		
Relatório Imediato do Patologista:		
Exame Radiológico no ato: Osteotomia na clavícula (404060190)		
Acidente e Incidentes:		

Contagem de Compressas:

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo
11:00 ~ 12:30		

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA: X
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

Eduardo Brandão
Médico Anestesiologista
CRM 15.442 CE

Assinatura Anestesista

MODELO 80



**HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TAVORA**



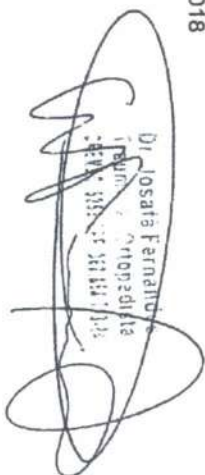
ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU portador do documento 7 necessita de 90 dia(s) de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

CID.: S420

FORTALEZA/CE, 26 de Outubro de 2018

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
CRM/CE 5253


Dr. Josafá Fernandes
Bairro: Antepedra
CEP: 60310-002



**HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TAVORA**



31 JAN. 2019

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU portador do documento 7 necessita de 90 dia(s) de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

CID.: S420

FORTALEZA/CE, 26 de Outubro de 2018

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
CRM/CE 5253


Dr. Josafá Fernandes
Bairro: Antepedra
CEP: 60310-002

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª Via - Farmácia

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		
Nome: Dr. FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES	CRM: CRM/CE	Nº: 5253
Endereço: AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE		
Cidade: FORTALEZA/CE	Fone: (85) 32287350	

PACIENTE

Nome: JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU Idade: 41 ano(s)
Endereço: RUA ITAPOA, 286 - SIQUEIRA - FORTALEZA/CE
R

USO ORAL

1) CEFADROXILA 500mg

20 COMPRIMIDOS

TOMAR UM COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS POR DEZ DIAS SEGUIDOS

FORTALEZA/CE, 26 de Outubro de 2018

Francisco Josafá Fernandes
CRM/CE 5253

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	Órgão Emissor:
Identif.:	
Endereço:	UF:
Município:	
Fone:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Data: 26/10/2018	
Assinatura do Farmacêutico	

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

2ª Via - Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		
Nome: Dr. FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES	CRM: CRM/CE	Nº: 5253
Endereço: AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE		
Cidade: FORTALEZA/CE	Fone: (85) 32287350	

PACIENTE

Nome: JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU Idade: 41 ano(s)
Endereço: RUA ITAPOA, 286 - SIQUEIRA - FORTALEZA/CE
R

USO ORAL

1) CEFADROXILA 500mg

20 COMPRIMIDOS

TOMAR UM COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS POR DEZ DIAS SEGUIDOS

FORTALEZA/CE, 26 de Outubro de 2018

Francisco Josafá Fernandes
CRM/CE 5253

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	Órgão Emissor:
Identif.:	
Endereço:	UF:
Município:	
Fone:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Data: 26/10/2018	
Assinatura do Farmacêutico	



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO SIMPLES



PACIENTE

Nome: JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU Idade: 41 ano(s)
Endereço: RUA ITAPOA, 286 - SIQUEIRA - FORTALEZA/CE
R

USO ORAL

1) CETOPROFENO 100 MG

TOMAR 1 COMP DE 12/12 h

FORTALEZA/CE, 26 de Outubro de 2018

Dr. Francisco José A. Fernandes
CRM/CE 5253

Indutivo de 2/2 dias
- 20 dias de 15 dias
- 15 dias de 15 dias
- 15 dias de 15 dias



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO SIMPLES



PACIENTE

Nome: JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU Idade: 41 ano(s)
Endereço: RUA ITAPOA, 286 - SIQUEIRA - FORTALEZA/CE
R

USO ORAL

1) CETOPROFENO 100 MG

TOMAR 1 COMP DE 12/12 h

FORTALEZA/CE, 26 de Outubro de 2018

FRANCISCO JOSAFIA FERNANDES
CRM/CE 5253



HFT

H O S P I T A L

FERNANDES TÁVORA

fls. 58

Joné Orlando M. de Abreu

* Solicito fisioterapia
p/ o MS 9 (30/11)
fratura de vertebra
em consolidação

H9:

31 JAN. 2019

22/11/18

Dr. Josafá Fernandes
Traumato - Ortopedista
CREMEC 5253

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

SINISTRO 3190085954 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU**CPF/CNPJ:** 75765543391**Posição em 25-04-2019 11:21:55**

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.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/03/2019	R\$ 5.062,50	R\$ 0,00	R\$ 5.062,50