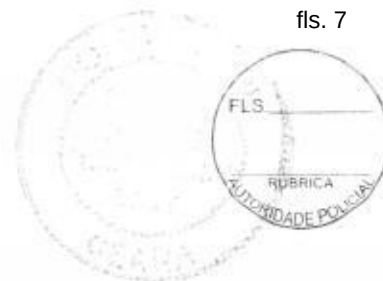




GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019801760



fls. 7

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3749 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **06/11/2019 14:08:58**
Data / Hora da Ocorrência: **26/12/2018 11:20:00**
Endereço da Ocorrência: **AV AUGUSTO DOS ANJOS, VILA PERI - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **MACAVI**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **NILSON PINHEIRO DOS SANTOS FILHO**
Nascimento: **15/11/1988** CPF: **043.818.043-76**
RG: **603777624** Órgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA EDNA GOMES**
NILSON PINHEIRO DOS SANTOS
Endereço: **RUA VITAL BRASIL, 183**
Bairro: **BONSUCESSO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98632-2819**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NVA4767** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC4110BR301004** Renavam: **271084030** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **NILSON PINHEIRO DOS SANTOS FILHO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA NVA-4767 NA AV. AUGUSTO DOS ANJOS QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS SAIU DE UM POSTO DE GASOLINA ATRAVESSANDO A REFERIDA AVENIDA SEM OS DEVIDOS CUIDADOS E COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA PILOTAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB. PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: NILSON PINHEIRO DOS SANTOS FILHO

VISTO DO DELEGADO(A) : [Assinatura]



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019801760

fls. 8



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3749 / 2019

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Nilson Pinheiro dos Santos Filho** - C.P.F. **043.818.043-76**, no dia **26/12/2018**, às **11h55min**, na **Avenida Augusto dos Anjos**, no **Bairro Vila Peri**, 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 **P512321/2019**.

Fortaleza, 18 de janeiro de 2019.

Atenciosamente,


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

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


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

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



P. 512321/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: BERNACHE-1 PONTO DE APOIO: CHESF Nº DA OCORRÊNCIA: 0427
DATA: 26/12/2018 TURNO: MT EQUIPE: Machado + George
NOME: Vitor Pinheiro dos Santos Filho IDADE: 30 SEXO: M
ENDEREÇO: Av. Augusto de Azevedo 2260
REFERÊNCIA: Próximo a MACAVI BAIRRO: Vila Peró
QTY: 11:36 QUS: 11:55 QUY: 12:32 QUU: 12:50
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: colisão com moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

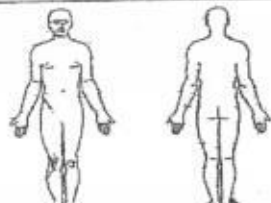
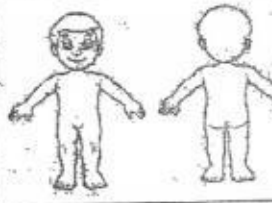
RESPOSTA AO CHAMADO EXPANSÃO TORÁCICA PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO ☐ NÃO RESPONSIVO ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE

☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS POR:
A

B Respição
PADRÃO RESPIRATÓRIO INSPEÇÃO PALPAÇÃO / PERCUSSÃO AUSCULTA
☒ EUPNEICO ☐ NORMAL ☐ NORMAL ☐ NORMAL
☐ TAQUIPNEICO ☒ ALTERADA: Fratura ex- ☒ ALTERADA: nas inter- ☐ ALTERADA:
posta com de- sa na tornozelo
formidade no tornozelo ☐ DIREITO
do direito

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

D Neurologia
ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)
ABERTURA OCULAR RESPOSTA VERBAL RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA ☒ 4 ☐ 5 OBEDECE A COMANDOS ☒ 6
À VOZ ☐ 3 ☐ 4 LOCALIZA A DOR ☐ 5
À DOR ☐ 2 ☐ 3 MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4
NENHUMA ☐ 1 ☐ 2 FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
NENHUMA ☐ 1
TOTAL: 15
PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

E Exatidão
ADULTO LESÕES PEDIÁTRICO
 
- Fratura exposta no tornozelo
do direito, com deformidade
- Escoriações na pele di-
reita (dolorida).

SAMPLA
FC: 84 PA: 130x70 FR: 20 GLUC: OXIM.: TEMP.: N

→ Não alergias medicamentosas ou alimentar.

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

→ Vítima de acidente motocarro, ao sair, piloto da moto, plaspow-15, neta cinco e usava capacete (já tirado).
 → Refere dor intensa no tornozelo direito (fratura exposta).
 → Realizar limpeza + bandagem + imobilização do membro referido e avaliação secundária

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☒ UNIDADE DE SAÚDE: UJE - CENTRO

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ OUTRO:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM

☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

Isabela Batista dos Santos
 (ESPOSA)

Keren Gracy Alexandrino
 Emergência
 CPF: 10.132

EM:

às

hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

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:



Registro de Atendimento Emergencial

SAÚDE
HOSPITALAR

Emitido em: 26/12/2018 12:39:42

Por: MARIA DE NAZARE PINHEIRO UCHOA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 26/12/2018 12:34:32	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 700700983541270	NOME: NILSON PINHEIRO DOS SANTOS FILHO			Registro: 5595801	
CPF: 04381804376	RG: 603777624	D. NASC: 15/11/1985	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA EDNA GOMES		NOME DO PAI: NILSON PINHEIRO DOS SANTOS			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: VITAL BRASIL		Nº: 116	BAIRRO: BONSUCESSO	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 986322819	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60541705	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: JOSEFA		PARENTESCO: ESPOSA		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete					
QUEIXAS: POLITRAUMA COM LESAO SANGRANTE MID HÁ HORAS, ECG15-TRAZIDO PELO SAMU					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LÓCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICA MEDICA		→ Traumatologia			
ATENDIMENTO MÉDICO					

Anamnesis:

Exame Físico:

Conduta:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

FC: 84 Sat Oz: 98

T(°C): _____ GLICEMIA: _____

GLASCOW: O 15

* Glicemia Se Glasgow: +5 ICE e Hiperba de Urab.

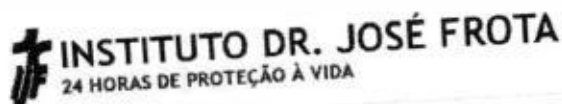
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro - CEP 60.025-06
Fortaleza, Ceará, Brasil. (085) 3255.5000

EMR_EmergencyAttention

Página 1 d

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 28/12/2019 às 08:30, sob o número 02032747920198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0203274-79.2019.8.06.0001 e código 5B3070A.

Imprimir



Resumo de alta

NOME: NILSON PINHEIRO DOS SANTOS FILHO
 LEITO: 11922
 DATA DE INTERNACAO: 26/ 12/2018
 DATA DA ALTA: //
 BE/PRONT: 5595801
 CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA
 IDADE: 30
 DIAGNOSTICOS: Fratura do perônio [fíbula] (OPERADA)
 CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:
 STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:
 STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO
 RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Mapa de Cirurgias

Osmar Leite
MÉDICO
 Dias Int. # Hora Leito Staff Residentes Material Observação Status da marcação

29 DEZ 2018

CRM 6934

Ass.:

Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para
 Dr. *[Assinatura]*

Data: ____/____/____

Imprimir



Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: NILSON PINHEIRO DOS SANTOS FILHO

LEITO: 11922

DATA DE
INTERNACAO: 26/12/2018

DATA DA ALTA: //

BE/PRONT: 5595801

CIDADE DE
ORIGEM: FORTALEZA

IDADE: 30

DIAGNOSTICOS: Fratura do perônio [fibula] (OPERADA)

CONDUTA
DECIDIDA
PARA CADA
LESAO:STAFF QUE
OPEROU NA
EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO:	STAFF INDEFINIDO
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO

Ass: _____

Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para

Dr. João

Data: ____/____/____

Dispensa do trabalho por:

HG Residencia - Projeto Gestão de Serviços e Residências Médicas

Osmar Leite
MÉDICO

29 DEZ 2018

CRM 6934



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

NOME : NILSON PINHEIRO DOS SANTOS FILHO

SOLICITO:

1) 45 SESSÕES DE FISIOTERAPIA

HD: FRATURA EXPOSTA NO TORNOZELO DIREITO

Dr. Felipe Rodrigues B. Mendes
Médico Residente
Traumatologia e Ortopedia
CREMEC 16020

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua: Barão do Rio Branco, 1816 - Centro CEP 60.025-061 - Fone 3255-5000



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

em nome da proteção à vida

Boletim de Emergência Reg.:

O Sr.(a)

Nelson Pinheiro S. Filho

Foi atendido (a) neste Hospital no dia ____ / ____ / ____, às ____ : ____ h.

Tendo como causa do socorro:

fratura no tornozelo

Observações:

fractura lateral por 30 (trinta) dias.

Fortaleza, 13 de 03 de 20019

Médico de Plantão - CRM:

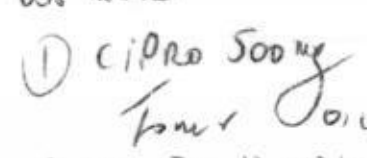
*Dr. Josafá Fernandes
Traumato - Ortopedia*

CPF:

CREMEC: 0001 CPF: 001.054.713-01

Mais doc: 3q WordCPL Boletim de Emergência Reg.doc

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		1ª Via - FARMÁCIA
Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		2ª Via - PACIENTE
Paciente: <u>MILTON PINTO DE S. SILVA</u>		
Endereço: <u>Rua Virgílica, N.º 116</u>		
Prescrição:  Us. Int.  1445 Data: <u>24/12/18</u> <u>26/12/18</u> <u>2018</u>		
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		FORNECEDOR
Nome:		Carimbo e Assinatura do Médico  29 DEZ 2018 CRM 10334
No Ident.: UF:		
Endereço:		
No:	Bairro:	
Cidade:	UF:	
CEP:	Tel.:	Data: <u>1 1</u> Fornecedor: Carimbo e Assinatura

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		1ª Via - FARMÁCIA	
Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		2ª Via - PACIENTE Dr. Josafá Fernandes Traumato - Ortopedista CREMOC: 5951 CPF: 382.854.713-04	
Paciente:		Nilton Figueira J. Filho	
Endereço:		Rua Suelmo - Fortaleza	
Prescrição:		① Kollagenare pomada <u>Hulo</u> aplicar 1 x dia	
Data: 13/03/19		Dr. Josafá Fernandes Traumato - Ortopedista CREMOC: 5951 CPF: 382.854.713-04 Carimbo e Assinatura do Médico	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		FORNECEDOR	
Nome:		Data: / /	
Nº Ident.:		Fornecedor:	
Endereço:			
Nº:			
Beiró:			
Cidade:		UF:	
CEP:		Tel.:	
		Carimbo e Assinatura	



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		1ª Via - FARMÁCIA 2ª Via - PACIENTE Dr. Josafá Fernandes Traumatologista - Ortopedista CREMOC: 5253 CPF: 162.154.713-14
Paciente: <u>Nilton Pinheiro S. Filho</u>		
Endereço: <u>Rua S. Paulo - Fortaleza</u>		
Prescrição:		
① <u>Kollagenare pomada</u> <u>Hulo</u> <u>aplicar 1x dia</u>		
Data: <u>13/03/19</u>		Dr. Josafá Fernandes Traumatologista - Ortopedista CREMOC: 5253 CPF: 162.154.713-14
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		FONECEDOR
Nome: _____		Data: <u>1 / 1</u>
Nº Ident.: _____ UF: _____		Fornecedor: _____
Endereço: _____		
Nº: _____ Bairro: _____		
Cidade: _____ UF: _____		
CEP: _____ Tel.: _____		Carimbo e Assinatura



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
043.818.043-76

Nome
NILSON PINHEIRO DOS SANTOS FILHO

Nascimento
15/11/1988

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
6032.2868.377A.15AE

A autenticidade deste comprovante deve
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 15:29:35 do dia 14/09/2015 (hora e data)
dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
ARTES E OFÍCIOS DE IDENTIFICAÇÃO

NILSON PINHEIRO DOS SANTOS FILHO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR: SP
 603777624 SSP

CPF: 043.838.043-76 DATA NASCIMENTO: 15/11/1988

PERIÓDO: NILSON PINHEIRO DOS SANTOS MAREIA EDNA GOMES

RENDA: R\$ 1.200,00 ACQ: 15/11/2017 CAL: 15/11/2017

1º REGISTRO: 06772070276

2º REGISTRO: 28/09/2021 1ª VALIDADE: 02/01/2017

1643037918

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

1643037918

LOCAL: FORTALEZA, CE

ASSINATURA DO TITULAR: *[Assinatura]*

DATA EMISSÃO: 19/06/2018

43460348666
 CE165546689

CEARA



0203274-79.2019

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: NILSON PINHEIRO DOS SANTOS FILHO brasileiro(a),
estado civil Solteiro, profissão PEJEMANGEM, inscrito(a) sob o CPF nº
043.818.043-76 e RG nº _____, residente
e domiciliado na Rua Vinte e Nove, nº 183
Bairro Bom Sucesso, na cidade de Fortaleza-CE, telefone 98637.7819
abaixo firmado, nomeia e constitui o seu bastante procurador judicial:

OUTORGADO: **MÔNICA ALMEIDA DA SILVA**, brasileira, divorciada, advogada devidamente inscrito na OAB-CE
sob os números **25.813**, com endereço profissional, para onde deverão ser encaminhadas às intimações e
notificações, Rua 24 de Maio, nº 220, Bairro Centro, Fortaleza-Ceará, telefones: (85) 98834.5308 –
99737.8888.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante acima qualificado nomeia e constitui seu
bastante procurador o outorgado também supra qualificado, ao qual concede procuração para o foro em geral, com os
poderes das cláusulas "ad judicium e et extra judicium", para sua representação e defesa, em qualquer Juízo, Instância ou
Tribunal, nos termos do artigo 5º, parágrafo 2º da Lei nº 8.906/94, podendo portanto, promover quaisquer medidas
judiciais ou administrativas, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e
quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado(a) acima descrito, os poderes para receber
citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, renunciar o direito em que se funda a ação,
firmar compromissos e acordos, ratificar em Juízo, receber, dar quitação, receber alvará judicial, pedir justiça gratuita e
assinar declaração de hipossuficiência econômica requerer falência ou concordata, podendo, ainda, o outorgado,
substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

Fortaleza (CE), 07 de Dezembro de 2019.

X NILSON PINHEIRO DOS SANTOS FILHO

OUTORGANTE

Fortaleza-CE

85 99811.1818 | monicaalmeida.adv@gmail.com