



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	Eudirleene Almeida Pinheiro		
NACIONALIDADE	Brasileira	NATURAL	Fortaleza
RG	06639384648	ESTADO CIVIL	casada
CPF	604 259 32330	PROFISSÃO	Analista adm.
ENDEREÇO	Rua Mario Filho n: 99		
BAIRRO	monclheim	CEP	60264380
MUNICIPIO / UF	Fortaleza CE		
FONES	(85) 999000301		
E-MAIL	lenajrestash@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), 06 de dezembro de 2019.

Eudirleene Almeida Pinheiro
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, Eudislene Almeida Pinheiro, Brasileiro(a),
casada, analista adm., portador da Carteira de
Identidade/RG nº 06619384648-SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o
nº 604.259.123-10, residente e domiciliado na cidade de
Fortaleza, estado Ceará, na Rua
Mario Filho, Nº 99, Mondubim,
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), 06 de dezembro de 20 19.

Eudislene Almeida Pinheiro

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, Eudislene Almeida Pinheiro, brasileiro(a),
casada, analista adm., portador(a) do RG nº
06619384648, inscrito no CPF sob nº
604.259.123-40, residente e domiciliado no endereço
Rua Maria Filho, nº 99 - Bairro: Monte Lim,

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), 06 de dezembro de 2019.

Eudislene Almeida Pinheiro

Declarante.

José Hallys Freitas

TESTEMUNHA:

CPF: 087575003-32NASC: 26/03/1986

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
EUDELISLENE ALMEIDA PINHEIRO

DOC. IDENTIDADE / ORD. EMISSOR UF
 2009009182939 SSP CE

CPF
 604.259.123-10

DATA NASCIMENTO
 18/06/1991

FILIAÇÃO
 FRANCISCO EUDES
 PINHEIRO NOGUEIRA
 HELENI ALMEIDA
 PINHEIRO

PERMISSÃO **ACC** **CAT. HAB.**
 AB

Nº REGISTRO
 06619384648

VALIDADE
 14/01/2021

1ª HABILITAÇÃO
 13/05/2016

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO;

Euadelislene Almeida Pinheiro
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 26/06/2017

Igor Vancugueli Costa
 ASSINATURA DO EMISSOR

76182650514
 CE160041481

CEARA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1491286143

PROIBIDO PLASTIFICAR
1491286143

DADOS DO CLIENTE

Nome: EUDISLENE ALMEIDA PINHEIRO

End. Leitura: RU MARIO FILHO, 99, NOVO HONDUBIN

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60764-180

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001 Setor: 028 Quadra: 0413 Lote: 0372 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A19N063683	18	26	8	9

DATAS

Leitura Atual: 10/07/2019 Emissão: 10/07/2019 Lacre Água: 3560291
Leitura Anterior: 10/06/2019 Próxima Leitura: 09/08/2019 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 05/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	526	526	125	526	526
Analisadas	533	533	533	530	530
Em conformidade	529	525	506	515	530

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.

Diga não ao abuso e a exploração sexual contra a criança e o adolescente. DENUNCIE! Disque 100 ou procure o Conselho Tutelar mais próximo de sua residência. Não precisa se identificar. O sigilo é garantido.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	28,30	jul/18	6	0
MULTA DE 2%	0,57	ago/18	6	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,01	set/18	8	0
		out/18	6	0
		nov/18	7	0
		dez/18	6	0
		jan/19	8	0
		fev/19	9	0
		mar/19	9	0
		abr/19	5	0
		mai/19	13	0
		jun/19	10	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,27	VALOR DO SERVIÇO	41,68
COFINS	1,38	VALOR DO SUBSÍDIO	12,80
		VALOR TOTAL A PAGAR	28,88
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)	
07/2019	01/08/2019	28,88	

ONDE PAGAR SUA FATURA

I: 356443081127005 L: 8065 H: 13:10:47 R: 056 P: 001

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFacil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

Central de Atendimento
Cagece
0800 275 0195

Cagece
MOBILE

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras. Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br. Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.

consumidor.gov.br
Esgoto, Efluentes, Resíduos
Reclame aqui!

155
Ouvidoria do Estado


Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 010524398 Código de Responsável: 356443081127005 - 8065 Mês/Ano: 07/2019

Local: 001 Setor: 028 Quadra: 0413 Lote: 0372 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

Cidade: FORTALEZA Vencimento: 01/08/2019 Total (R\$): 28,88

82690000000 9 28880009000 4 01052439801 2 03004022015 1





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 21

FLS.

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1741 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **18/04/2018 14:05:36**

Data / Hora da Ocorrência: **19/01/2018 07:20:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA FRANCISCO JOSÉ DE ALBUQUERQUE**

Complemento: **C/ RUA DOUTORA WANDA SIDOU**

Bairro: **CAJAZEIRAS**

Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EUDISLENE ALMEIDA PINHEIRO**

Nascimento: **18/06/1991** CPF: **604.259.123-10**

CNH: **06619384648** Orgão Emissor: **DETRAN**

UF: **CE**

Filiação: **HELENI ALMEIDA PINHEIRO**

FRANCISCO EUDES PINHEIRO NOGUEIRA

Endereço: **RUA MARIO FILHO, 99**

Bairro: **MONDUBIM**

Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 99900-0307**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POM1258** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:

9C6RE2120J0011443 Renavam: **1131130151** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/YBR125I FACTOR ED** Ano

Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**

Cor: **PRETA** Proprietário: **JOSE HALLYS FREITAS** Situação: **NÃO**

INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA POM-1258 NA RUA FRANCISCO JOSÉ DE ALBUQUERQUE QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS AVANÇOU A PREFERENCIAL, QUE A VITIMA PARA NÃO COLIDIR COM O REFERIDO CARRO FREOU A MOTO MAS A MOTO DERRAPOU VINDO A VITIMA PERDER O CONTROLE DA MOTO, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. 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:

Eudislene Almeida Pinheiro

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



DECLARAÇÃO

2ª VIA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. **Eudislene Almeida Pinheiro**, no dia **19/01/2018**, às **08h20min**, na **Rua Francisco José de Albuquerque Pereira**, no **Bairro Cajazeiras**, vítima de acidente de trânsito.

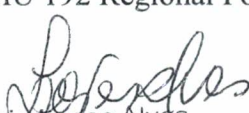
Documento requerido pelo Sr. **José Hallys Freitas**. Processo nº **P162931/2018**.

Fortaleza, 16 de julho de 2019.

Atenciosamente,


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

Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza


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

Maurício Lopes Alves
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

P.162931/2018



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 64 PONTO DE APOIO: Casa Nº DA OCORRÊNCIA: 0163

DATA: 19/01/18 TURNO: NY EQUIPE: Figueira + Gonçalves

NOME: Brenda Lene Pereira Pinheiro IDADE: 26 SEXO: F

ENDEREÇO: Rua José de Albuquerque BAIRRO: Cajazeiras

REFERÊNCIA: QTY: 8:00 QUS: 8:20 QUR: 8:45 QUY: 9:00 QUU: 9:40

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colapso ventral + motor + tra

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

☒ RESPONSIVO
☐ NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA

☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

A

vias aéreas

☒ PERVEAS ☐ OBSTRUÍDAS

POR:

B

respiração

PADRÃO RESPIRATÓRIO

☒ EUPNEICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:

PALPAÇÃO/PERCUSSÃO

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:

AUSCULTA

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:

C

circulação

PULSO

☒ NORMOCÁRDICO ☐ CHEIO
☐ TAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME
☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL

PELE:

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

ENCHIMENTO

CAPILAR

☐ ≤ 2 seg
☐ > 2 seg

SANGRAMENTO

EXTERNO

☒ SIM
☐ NÃO

D

neuroológico

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

ABERTURA OCULAR

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

TOTAL:

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

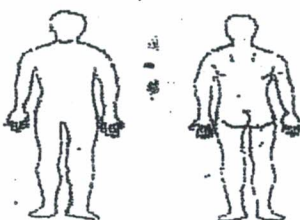
PUPILAS:

☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS:

E

exposição

ADULTO



LESÕES

PEDIÁTRICO



SAMPLA

FC: 69 PA: x FR: 16 GLIC.: OXIM.: 99% TEMP:



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
ULTRASSOM - HAPFOR
NºPedido: 24177051

Data 15/03/2018
Pag 1 de 1

Paciente...: 15913346 EUDISLENE ALMEIDA PINHEIRO

Nascimento.: 18/06/1991 Sexo: F

CPF.: 60425912310

Endereco...: R RUA MÁRIO FILHO 99 NOVO MONDUBIM FORTALEZA CE 60764180 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 81200019721000024

Solicitante: Dr(a) PAULO HENRIQUE SOUZ

Queixa Principal:

Exame:

DOPPLER JOELHO ESQUERDO - EMERGÊNCIA

!TBilQ

4931703822

TÉCNICA: Exame realizado com transdutor de 7,5 Mhz:

ANÁLISE: O exame sonográfico do Joelho esquerdo mostra:

- Moderado derrame articular.
- Ligamento patelar com morfologia e padrão fibrilar conservado.
- Tendões quadricipital de aspecto usual.
- Ligamentos colaterais medial e lateral preservados.
- Ausência de imagens císticas.
- Dopplerfluxometria sem alteração ao método.

PARECER:

- Moderado derrame articular.

ATENÇÃO: ULTRASSONOGRRAFIA É UM EXAME COMPARATIVO!
GUARDE ESSE FILME PARA FUTURAS COMPARAÇÕES.

EF

ANDREA SOUSA COSTA - CRM 17202-CE

[illegible]



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
ULTRASSOM - HAPFOR
NºPedido: 24177051

Data 15/03/2018
Pag 1 de 1

Paciente...: 15913346 EUDISLENE ALMEIDA PINHEIRO

Nascimento...: 18/06/1991 Sexo: F

CPF.: 60425912310

Endereco...: R RUA MÁRIO FILHO 99 NOVO MONDUBIM FORTALEZA CE 60764180 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 81200019721000024

Solicitante: Dr(a) PAULO HENRIQUE SOUZ

Queixa Principal:

Exame:

DOPPLER JOELHO ESQUERDO - EMERGÊNCIA

!TBil8

4931703821

TÉCNICA: Exame realizado com transdutor de 7,5 Mhz:

ANÁLISE: O exame sonográfico do Joelho esquerdo mostra:

- Moderado derrame articular.
- Ligamento patelar com morfologia e padrão fibrilar conservado.
- Tendões quadricipital de aspecto usual.
- Ligamentos colaterais medial e lateral preservados.
- Ausência de imagens císticas.
- Dopplerfluxometria sem alteração ao método.

PARECER:

- Moderado derrame articular.

ATENÇÃO: ULTRASSONOGRRAFIA É UM EXAME COMPARATIVO!
GUARDE ESSE FILME PARA FUTURAS COMPARAÇÕES.

EF

ANDREA SOUSA COSTA - CRM 17202-CE

[illegible]

6 Relatório Médico - Invalidez por Acidente

A ser preenchido pelo médico assistente do sinistrado

Data do acidente 19/01/2018 Internou-se para tratamento em virtude do acidente que o vitimou ☐ Clínico ☒ Cirúrgico

Data da internação EVDISLENE ALMEIDA PINHEIRO

Nome hospital FROTI NHA MESSEJANA Data da alta hospitalar:

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 COM RECONSTITUIÇÃO CIRÚRGICA DE LESÃO PORTE CONTUSÃO NO JOELHO ESA + FISIOTERAPIA 40SS

Foram esgotados todos recursos terapêuticos visando a recuperação do paciente? Justifique

SIM. CID S. 87.

Data da definição da(s) seqüela(s)

20/04/18

Descrição da seqüela permanente com perda funcional causada pelo acidente de quê o segurado foi vítima

INCAPACIDADE FUNCIONAL DO JOELHO ESA
DOR AMOBILIZACÃO
LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS
ALTA MÉDICA DEFINITIVA 20/04/18

Grau (mínimo, médio ou máximo) ou percentual

40%

Nome do médico responsável

JOÃO BATISTA GOMES DA SILVA

CRM

5155

Local

FORTALEZA - CE

Firma reconhecida do médico

Data

16/07/19

Assinatura / carimbo

PÁGINA 2/2

Mod. 230/058 - Maio

João Batista Gomes da Silva
Médico
CRM 5155 CPF: 228.775.973-91



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
EUDISLENE ALMEIDA PINHEIRO

CADUSUS

NOME MÃE
HELENI ALMEIDA PINHEIRO

ENDEREÇO
RUA MÁRIO FILHO 99 NOVO MONDUBIM

CONTATO

NASCIMENTO

18/06/1991(26

ANOS)

NOME RESPONSÁVEL

NI

MUNICÍPIO

FORTALEZA

Nº DO
PRONTUÁRIO
5094918

SEXO

F

RACIA

BRANCO

UF

CE

CEP

60.764-180

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA
ENCAMINHADA PELO SAMU COM LACERAÇÃO DE MÉDIA EXTENSÃO, E DOR EM REGIÃO PATELAR ESQUERDA,
APÓS TRAUMA EM COLISÃO CARRO/MOTO

MOTIVO

AValiação CIRURGICA

SINTOMAS

NI

ESCALA DE DOR

99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

PESO

NI KG

TEMPERATURA

NI °C

PRESSÃO ARTERIAL

NI/NI

ALERGIAS

DIPIRONA

SAT O2

NI%

PULSO

NI

GLICEMIA

NI

CLASSIFICAÇÃO
VERDE

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
NADJA DE ÁREA LEÃO E SOUSA

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO
EMERGENCIA CIRURGICA / TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

QUEDA DE MOTOCICLETA COM TRAUMA NO JOELHO (E). RX NÃO EVIDENCIA
TUMOR. MECANISMO EXTENSOR DO JOELHO PRESERVADO.

→ RX DO TÓRAX PA

→ RX DO JOELHO E APÉLFER

→ RX DA MÃO E APÍOCL.

DIAGNÓSTICO

Fractura no joelho / envia para mão

0303090200

COD. PROCEDIMENTO CID

SADT SOLICITADO:

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X

() OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Rotapain 1ano 1M.

2) Drela zero

3) Aguardar RX tórax

Dr. Max Weber
Ortopedia e Traumatologia
Endoscopia Digestiva
Diagnóstico
CREMEC: 101010058

CONFERE COM ORIGINAL

ALTA/SAÍDA:

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

- DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por NADJA DE ÁREA LEÃO E SOUSA em 19/01/2018 09:23:16

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

Cirurgia Geral (SUM):

Realizada sutura em joelho Esq.

Sutura

401010058

Repa TCE, dor abdominal
Refere dor torácica frontal

CO: RX

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA
Dr. Max Weber
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 101010058
PI: Alex

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ASS./CRM:

ASS./COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☐ UNIDADE DE SAÚDE:

☐ LIBERADO

☐ ÓBITO →

☐ RECUSA

☐ NO LOCAL

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ DURANTE O TRANSPORTE

BOLETIM EMERG:

☐ OUTRO:

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM

☐ NÃO

ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:

EM: / / às

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

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:

SINISTRO 3190436837 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EUDISLENE ALMEIDA PINHEIRO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA
DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO EUDISLENE ALMEIDA PINHEIRO

CPF/CNPJ: 60425912310

Posição em 06-12-2019 09:13:19

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.