



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <i>Valdemir Costa Lima</i>		Data Nasc: <i>13/09/1976</i>
Estado Civil: <i>casado</i>	Profissão: <i>autônomo</i>	Nacionalidade: <i>brasileiro</i>
RG: <i>2002002353978</i>	CPF: <i>640.783.703-06</i>	
Endereço: <i>Rua Jesuralem, 51-61, nº 1019, casa A, Passare</i>		
Cidade: <i>Fortaleza</i>	CEP: <i>60.862-226</i>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de 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 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, 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 o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 31 de Janeiro de 2020.

Valdemir Costa Lima
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Valdemir Costa Lima, residente e
domiciliado na Rua Jerusalém, pt-61, casa A, nº 1019,
bairro: Passaré, na cidade de Fortaleza, portador(a) do
RG nº 2002002353978, inscrito(a) no CPF nº 640.783.703-06,
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, 31 de Janeiro de 20 20.

Valdemir Costa Lima

DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Valdemir Costa Lima, brasileiro(a), casado, autônomo, portador(a) de cédula de identidade nº 2002002353978, inscrito(a) no CPF sob o nº 640.783.703-06, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Rua Jerusalém, nº 1019, Bairro Passaré, CEP: 60.862 - 226/CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 31 de Janeiro 2020.

Valdemir Costa Lima

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº :

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o (a)
Sr(a) Valdemir Costa Lima 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, 31 de Janeiro 2020.

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Polgar Direito

valdemir costalima

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2002002353978 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/06/2019

VALDEMIR COSTA LIMA

FILIAÇÃO JOSE VALMIR DE LIMA MARIA COSTA LIMA

FORTALEZA - CE DATA DO NASCIMENTO 13/07/1976

DOG ORIGIN CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:3 ZONA TERMO:8761 FOLHA:01 LIVRO:9

FORTALEZA - CE 640.783.703-06

CPF 2 VIA ASSINATURA DO DIRETOR P.: 175

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCO ADRIANO SILVA ALVES

End. Leitura: RUA JERUSALÉM 51-01, 1019, R. PASSARE

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60862-75

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local:

001

Setor:

061

Quadra:

0167

Lote:

0505

Comp:

0000

Subsetor:

00

Subquadra:

00

ECONOMIAS

Residencial:

000

Comercial:

001

Industrial:

000

Pública:

000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^{m³}	Média Semest
ÁGUA	A16F126659	288	299	11	9

DATAS

Leitura Atual:

09/01/2020

Emissão:

09/01/2020

Leitura Anterior:

09/12/2019

Próxima Leitura:

08/02/2020

Lacre Água:

368889

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

11/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia
Exigidas	526	526	125	526	526
Analisadas	558	556	558	558	558
Em conformidade	555	552	334	537	558

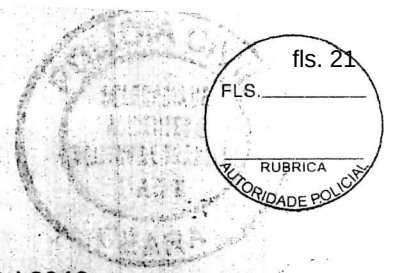
MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 7 m³ | META: 7 m³.

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2019, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS
Valor (R\$)
HISTÓRICO DE VOLUME

		Mês/Ano	Água (m³)
ÁGUA	53,02		
JUROS/MULTA TARIFA CONT	0,13	nov/19	13
MULTA DE 2%	1,25	dez/19	10
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,23		
ACRESC. IMPONT. ÁGUA TARI	0,69		
TARIFA DE CONTINGÊNCIA	23,12		



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3120 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/09/2019 16:18:32**
Data / Hora da Ocorrência: **12/01/2019 15:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R RAUL BARBOSA, AEROLANDIA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **VALDEMIR COSTA LIMA**
Nascimento: **13/09/1976** CPF: **640.783.703-06**
RG: **277119194** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA COSTA LIMA**
JOSE VALMIR DE LIMA
Endereço: **RUA JERUSALEM, 1019**
Bairro: **PASSARE**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98425-0226**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PEDALANDO UMA BICICLETA QUANDO FOI ATROPELADO POR UMA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADAS, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR PARA INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 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) :

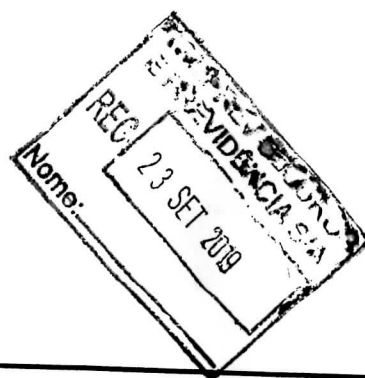
MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7



Registro de Atendimento Emergencial

Por: MÁRCIA REJANE PEREIRA DE MORAIS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 12/01/2019 17:59:01	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 709706043349290	NOME: VALDEMIR COSTA LIMA				Registro: 5598208		
CPF: 64078370306	RG: 00277119194	D. NASC: 13/09/1976	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA COSTA LIMA				NOME DO PAI: JOSE VALMIR DE LIMA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: F			Nº: 21	BAIRRO: PASSARE		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: , 986357555	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 60348130		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: bm. resgate 33/cond- sub Ritacio				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 motociclista, Colisão com um veículo a pedal							
QUEIXAS: pac. vítima de colisão moto x carro com trauma na cabeça com história de desmaio , há 02 hora , ECG - 15 , trazido pelos bombeiros							
OBSERVAÇÕES: trauma craneoencefálico - história de inconsciência							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO				
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:			





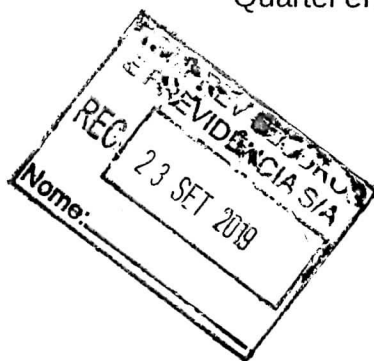
**Governo do
Estado do Ceará
Corpo de Bombeiros Militar
Batalhão de socorro de urgência**

CERTIDÃO

Nº 25 / 2019.

O CORPO DE BOMBEIROS MILITAR, Através do Batalhão de Socorro de Urgência - BSU, Certifica para os devidos fins que a guarnição do Resgate 33 / Alfa 03, viatura modelo ambulância, atendeu uma ocorrência de acidente de trânsito (Colisão moto x bicicleta), na Av. Raul Barbosa, S/N - Bairro Aerolândia, às 17:25h do dia 12 de Janeiro de 2019, tendo como vítima, Valdemir Costa Lima, 43 anos de idade, que foi transportado para o Hospital IJF Centro.

Quartel em Fortaleza, 18 de Junho de 2019.



Recebi em: ____/____/2019

CPF/RG _____

Reginaldo de Araújo Lauretino
REGINALDO DE ARAÚJO LAURETINO - ST BM
Matrícula: 104.423-1-1
Escalante/aux. Adm do BSU
MAI FUNC BMCE

Av. Aristóbulo Quevedo, 3208 – Maraponga – CEP 60711-085 Fortaleza – Ceará – Brasil

Fone: (0xx85) 32984992 – CGC: 35025022/0001-90 CGF: 06932855-2

Fundado em: 31/05/1989 - Site: www.cb.ce.gov.br

“vidas alheias e riquezas salvar”



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Voluntário logo hiva

- holo p'lo.

Atrop fu o p'nta
aive fã p'nta a
cunip p' uxoo
Aôus-chas Dut
Folici / dor x hiteas
Furionel. Solutp exilio
clavo p' 90 (Nueito)
Lus

Instituto Clínico de Fortaleza S/A Ltda.

Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE, CEP 60.310-000

Fone/Fax: (85) 3228.2555

www.hospitalfernandestavora.com.br

E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

25/02/2019

=====

NOME DO PACIENTE: 709706043349290-VALDEMIR COSTA LIMA
TELEFONE DO PACIENTE:
DATA DE NASC.: 13/09/1976
ENDEREÇO: PASSARE - RUA F, Nº 21
NOME DA MÃE: MARIA COSTA LIMA
Nº. AGENDAMENTO: 240004738379 - 71F
PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
PROCEDIMENTO: 0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA
ESPECIALIDADE DO PROCEDIMENTO: 16 - ORTOPEDIA
SUBESPECIALIDADE: CIRURGICO
MUNICÍPIO SOLICITANTE: 230440-FORTALEZA
UNIDADE DE CADASTRO: 3969800-INSTITUTO PRAXIS
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 3969800-INSTITUTO PRAXIS
OBSERVAÇÃO: CONSULTA DE PACIENTE POS CIRURGIA TRAUMATOLOGICA, PACIENTE IJF,
CIRURGIA HFT
ESTABELECIMENTO EXECUTOR: 3969800 - INSTITUTO PRAXIS
ENDEREÇO: AV FRANCISCO SA - Nº 5445 TELEFONE: 32843636
BAIRRO: ALVARO WEYNE
MUNICIPIO: FORTALEZA
PROFISSIONAL: 28945263349 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO
DATA/HORA DO AGENDAMENTO: 27/03/2019 07:00

=====

ESPELHO DA AIH

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 04/2019

DATA: 27/03/2020

Num AIH: 231910178605-6 Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 04/2019 Data de Emissão: 11/02/2020

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0204 Leito: 0002

Doc autorizador: 980016003261132 Doc med resp: 182215039540018 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 182215039540018

CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 7097060433492

Paciente: VALDENIR COSTA LIMA Prontuário: 2449346 Laudo:

Data Nasc.: 13/09/1976 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 2002002353978

Responsável pac.: VALDENIR COSTA LIMA Nome da Mãe: MARIA COSTA LIMA

Endereço: RUA F, 21 - PASSARE Raça/Cor: PARDA

Município: 230440 - FORTALEZA UF: CE CEP: 60743-800 Telefone: (85)9973.0151

Procedimento solicitado: 04.08.01.015-0 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

Muda Proc.?: S

Procedimento realizado: 04.08.06.017-4 OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE

Diag. principal: M868-OUTRA OSTEOMIELOITE Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE

Diag. complementar: Causa Óbito:

Carater atendimento: 02 - URGENCIA Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 11/02/2019 Data saída: 25/02/2019 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01:

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

CNPJ do Empregador: CNAER:

Vínculo com a previdência: - CBO:

===[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]=====

Linha	Ato/Proced	PF	IE	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmp	Descrição
1	04.08.06.017-4	182215039540018	1	225270	182215039540018	3969800	1 022019 OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE
2	04.08.06.017-4	210157919150018	6	225151	210157919150018	3969800	1 022019 OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE
3	03.01.01.017-0	210158059320008	0	225125	210158059320008	3969800	2 022019 CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
4	08.02.01.001-6	3969800	0	3969800	3969800	3969800	14 022019 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERMANENCIA A MAIOR)
5	04.01.01.001-5	182215039540018	0	225270	182215039540018	3969800	13 022019 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
6	08.02.01.019-9	3969800	0	3969800	3969800	3969800	8 022019 DIARIA DE PERMANENCIA A MAIOR
7	02.04.04.006-0	3969800	0	3969800	3969800	3969800	1 022019 RADIOGRAFIA DE CLAVICULA
8	02.06.01.007-9	3969800	0	3969800	3969800	3969800	1 022019 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

===[VALORES DA PRÉVIA]=====

Forma de Organização	+ - Serv. Hospitalar + - Serviço Profissional + -							
	+ - Direto + - Direto + - Rateado + -							
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Total
02.06.01 TOMOGRAFIA DA CABECA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL	97,44	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	97,44
03.01.01 CONSULTAS MEDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE NIVEL-SU	0,00	0,00	0,00	0,00	35,17	0,00	35,17	35,17
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	421,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	421,20	421,20
04.08.06 GERAIS	455,29	0,00	0,00	0,00	190,23	0,00	645,52	645,52
08.02.01 DIARIAS	241,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	241,52	241,52
Total Geral:	1.215,45	0,00	0,00	0,00	225,40	0,00	1.440,85	1.440,85

Número de Nascidos: 0 Número de Saídas: 0 N. Pré-Natal: 0
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

Reada 20/1

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Valdemir Corti Lima

vítima de acidente de trânsito, em 12/01/2019, sofreu:

Fratura da clavícula direita

CID - S42.0

TCE - S06.0

e submeteu-se a tratamento(s): C1100611

Redução e fixação da fratura
Tratamento clínico de TCEencontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:Quiloma da cabeça e tórax
frequentescicatrizes na região da clavícula
direita, dor e desconforto
bloqueio no ombro da mesma
mão e no membro superior
direito. Não apresenta
dificuldade de movimento
com alguma perda funcional
prejudicial ao trabalho

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

Ortopedia - Traumatologia

CRM 4411

001272019



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

fls. 28

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600102683
NÚMERO DA AIH: 2319101786056

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 709706043349290 - VALDEMIR COSTA LIMA

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 13/09/1976 - 42 anos

NOME DA MÃE: MARIA COSTA LIMA

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

ENDEREÇO: RUA F, Nº 21

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO: PASSARE

CEP:

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: 980016003704808 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 11/02/2019 - 16:56 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 11/02/2019 - 21:48

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

unissusweb.com.br

Página: 1

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 31/01/2020 às 17:27, sob o número 02077442220208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0207744-22.2020.8.06.0001 e código 5DFC375.



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: **2529149**
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **INSTITUTO PRAXIS** 4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **VALDEMIR COSTA LIMA** PRONTUÁRIO: **5598208**
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: **709706043349290** 8 - DATA NASCIMENTO: **13/09/1976** 09-SEXO: **()M ()F** 10-RAÇA/COR: 10.1 - ETNIA:
11 - NOME DA MÃE/PAI: **MARIA COSTA LIMA** 12 - TELEFONE:
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: **N.I.** 14 - TELEFONE DE CONTATO:
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): **F 21 PASSARE**
16 - MUNICÍPIO: **FORTALEZA** 17 - Cód. 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: **11/02/2019** 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 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
() CNES () CPF 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

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

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

===[ADMISSÃO]=====

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201921000782	11/02/2019	19:45	PRAXIS	SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento			SISREG	AIH
ELETIVO			12600102683	
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
VALDEMIR COSTA LIMA			MASCULINO
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil
13/09/1976	42 Anos	PARDA	SOLTEIRO(A)
Mãe			Religião
MARIA COSTA LIMA			NÃO INFORMADO
Conjuge			Pai
			JOSE VALMIR DE LIMA
		Responsável	Prontuário
		MARIA COSTA LIMA	2449346
CNS	Registro	Documento Informado	
709706043349290	201902570000220	RG: 2002002353978	Emissão: 30/06/2011
País		Município de Naturalidade	CEP
BRASIL		FORTALEZA/CE	60743-800
Município de Residência		Logradouro	
FORTALEZA/CE		RUA RUA F	
Número	Complemento	Bairro	
21		PASSARE	
Fone Móvel	Fone Fixo	Ponto de Referência	
(85)9862.61083	(85)9973.01517		
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)			
EMPREGADO FORMAL / ZELADOR DE EDIFICIO			

===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]=====

Em caso de urgência avisar	Acomodação/Leito
MARIA COSTA	204/2
Tipo de Acomodação	Clínica
ENFERMARIA	CLÍNICA MÉDICA
Posto de Enfermagem	
POSTO DE ENFERMAGEM 01	
Atendente: maria	Data: 11/02/2019 Hora: 19:52:07 Tempo: 00:07:08

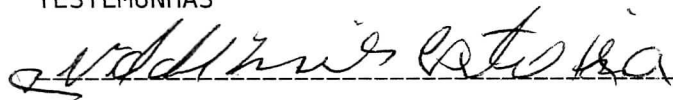
===[TERMO DE RESPONSABILIDADE]=====

MARIA COSTA LIMA, abaixo assinado, responsável pelo paciente VALDEMIR COSTA LIMA, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 11 de fevereiro de 2019

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data:

23/02/14

Nome do paciente:	Valdemir Costa Lima		
Nº Prontuário:		Categoria:	
Clínica:		Leito:	
Cirurgião:	Dr. Valdemir Costa Lima		
Anestesista:	Dr. Roberto Carlos de Azevedo		
Tipo de Anestesia:	Gaseosa com Durex Synt. Prof. 40ml		
1 Auxiliar:	Dr. Carlos Roberto de Azevedo		
2 Auxiliar:			
3 Auxiliar:			
Instrumentadora:			
Circulante:			
Diagnóstico Pré-Operatório:	Osteomielite no fêmur do		
Nome de Operação/ Código:	Ho 0408060174		
Diagnóstico Pós-Operatório:	Ho cirurgia Ortopedia		
Relatório Imediato do Patologista:			
Exame Radiológico no ato:	chumb D		
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

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

Enfa. Raissa C. Fernandes
Assinatura da Enfermeira(o)
COREN 442.03

Dr. Roberto Carlos de Azevedo
Assinatura Anestesista
CRM 2021
CPE 045.085.213-04

MODELO 8.0

Ese documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 31/01/2020 às 17:27, sob o número 02077442220208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0207744-22.2020.8.06.0001 e código 5DFC27E.

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
201921000782 11/02/2019 19:45 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
204/2 ENFERMARIA CLÍNICA MÉDICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
VALDEMIR COSTA LIMA MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
13/09/1976 42 Anos NÃO INFORMADO 2449346 201902570000220

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

Diagnóstico Principal
S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA
Procedimento Realizado
0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA
Data Hora Motivo
25/02/2019 14:34 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente VALDEMIR COSTA LIMA, 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), 25 de fevereiro de 2019

Responsável/ Representante Legal Nome Legível Assinatura

Enfermeira(o) Responsável pela Liberação Nome Legível Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: karoline.pontes Data: 25/02/2019 Hora: 14:34:18

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190690441

Vítima: VALDEMIR COSTA LIMA

Data do Acidente: 12/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALDEMIR COSTA LIMA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: VALDEMIR COSTA LIMA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003418

Conta: 0000030092-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

