



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	ESTEFANY BEZERRA DA SILVA		
NACIONALIDADE	BRASILEIRA	NATURAL	
RG	2017005278-2	ESTADO CIVIL	Solteira
CPF	626.780.363-59	PROFISSÃO	Advogada
ENDEREÇO	RUA: FELIPE CAMARÃO, 500		
BAIRRO	NOSSA SENHORA DAS GRACAS	CEP	60110-000
MUNICIPIO / UF	FORTALEZA - CEARÁ		
FONES	(85) 98529-6730 / (85) 99925-3719		
E-MAIL	MC527310@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, renunciar, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, receber e dar 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) 10 de JANEIRO de 2020

x Estefany Bezerra da Silva
outorgante

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507
✉ najma.said.adv@gmail.com
@ najmasaid_adv
☑ Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, ESTEFANY BEZERRAS DA SILVA
 Brasileiro(a), Solteira, Labelletrada, portador da Carteira de
 Identidade/RG nº 626.780.363.59 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº
RUA: FELIPE CAMARÃO, 500, residente e domiciliado na cidade de
FORTALEZA, estado Ceará, na Rua
RUA FELIPE CAMARÃO, Nº 500, NOSSA SENHORA DAS CRUZES

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), 10 de Janeiro de 2020.

✍ Estefany Bezerra da Silva

Declarante



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, ESTEFANY BEZERRA DA SILVA,
brasileiro(a), Solteira, Calabrês, portador(a) do
RG nº 2017005278-2, inscrito no CPF sob nº
026.780.363-59, residente e domiciliado no endereço
RUA: FELIPE CORREIA, 500 / NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

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), 10 de Junho de 2020.

ESTEFANY BEZERRA DA SILVA
Declarante.

TESTEMUNHA:

CPF:

Najma Said

OAB/CE 28.394

TESTEMUNHA:

CPF:

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najma.said.adv@gmail.com

📍 najmasaid_adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO

Eu, ESTEFANY BEZERRA DA SILVA,
 Brasileiro(a), Solteira, Labelerine, portador da cédula de Identidade Nº
2017005278-2 E CPF Nº 626.780.363.59, capaz,
 nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
RUA: FELIPE CAMARÃO, 500
BAIRRO: NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS
 na Cidade de FORTALEZA, Estado CEARA, CEP
60110-000, 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, 10, de JANEIRO, de 2020.

Estefany Bezerra da Silva

DECLARANTE

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507
 ✉ najma.said.adv@gmail.com
 @ najmasaid_adv
 📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
 Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>ESTEFANY BEZERRA DA SILVA</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>Rua: FEUPE CHAMARÃO, 500</u>		Profissão: <u>Soldado</u>
CPF nº: <u>626.780.363.59</u>	RG n: <u></u>	Estado Civil: <u>solteira</u>
Bairro: <u>Nossa Senhora das Graças</u>	Cidade: <u>FORTALEZA</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>60110-000</u>	Telefone: <u>85989300670</u>	

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o (a) acima qualificado (a) DECLARO(A), sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente:

FORTALEZA - CE, 10 de JANEIRO de 2020
Estefany Bezerra da Silva

Assinatura

Lei Nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983

O PRESIDENTE DA REPUBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.

Paragrafo único – O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em Processo Penal.

Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na Legislação aplicável.

Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.

Brasília, e, 29 de Agosto de 1983: 162ª da Independência e 95ª da República.

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85-98799.2088 / 99955.5507

✉ najmasaid.adv@gmail.com

📧 najmasaid_adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo

PROIBIDO PLASTIFICAR

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA E FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

Robson Bezerra da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Scanned by CamScanner

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2017005278 - 2

DATA DE EXPEDIÇÃO 11/01/2017

NOME ESTEFANY BEZERRA DA SILVA

EDUAÇÃO CARLOS ALBERTO DA SILVA

NATURALIDADE FORTALEZA - CE

DOC. ORGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 3 ZONA TERMO: 226758 FOLHA: 248

LIVRO: A-195 FORTALEZA - CE

CPF

DATA DE NASCIMENTO 20/12/1998

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 4

Scanned by CamScanner

fls. 22

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAUJA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/02/2020 às 10:02, sob o número 02103139320208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0210313-93.2020.8.06.0001 e código 5F00A10.



Scanned by CamScanner

IMPORTANTE *Informazioni importanti per chi desidera ricevere la propria copia della rivista. Per ricevere la rivista gratuitamente, è necessario compilare e spedire questo coupon a: "L'Espresso" - 20133 Milano - Via Broletto, 15. Per ricevere la rivista a € 10,00, è necessario compilare e spedire questo coupon a: "L'Espresso" - 20133 Milano - Via Broletto, 15. Per ricevere la rivista a € 15,00, è necessario compilare e spedire questo coupon a: "L'Espresso" - 20133 Milano - Via Broletto, 15. Per ricevere la rivista a € 20,00, è necessario compilare e spedire questo coupon a: "L'Espresso" - 20133 Milano - Via Broletto, 15. Per ricevere la rivista a € 25,00, è necessario compilare e spedire questo coupon a: "L'Espresso" - 20133 Milano - Via Broletto, 15. Per ricevere la rivista a € 30,00, è necessario compilare e spedire questo coupon a: "L'Espresso" - 20133 Milano - Via Broletto, 15. Per ricevere la rivista a € 35,00, è necessario compilare e spedire questo coupon a: "L'Espresso" - 20133 Milano - Via Broletto, 15. Per ricevere la rivista a € 40,00, è necessario compilare e spedire questo coupon a: "L'Espresso" - 20133 Milano - Via Broletto, 15. Per ricevere la rivista a € 45,00, è necessario compilare e spedire questo coupon a: "L'Espresso" - 20133 Milano - Via Broletto, 15. Per ricevere la rivista a € 50,00, è necessario compilare e spedire questo coupon a: "L'Espresso" - 20133 Milano - Via Broletto, 15. Per ricevere la rivista a € 55,00, è necessario compilare e spedire questo coupon a: "L'Espresso" - 20133 Milano - Via Broletto, 15. Per ricevere la rivista a € 60,00, è necessario compilare e spedire questo coupon a: "L'Espresso" - 20133 Milano - Via Broletto, 15. Per ricevere la rivista a € 65,00, è necessario compilare e spedire questo coupon a: "L'Espresso" - 20133 Milano - Via Broletto, 15. Per ricevere la rivista a € 70,00, è necessario compilare e spedire questo coupon a: "L'Espresso" - 20133 Milano - Via Broletto, 15. Per ricevere la rivista a € 75,00, è necessario compilare e spedire questo coupon a: "L'Espresso" - 20133 Milano - Via Broletto, 15. Per ricevere la rivista a € 80,00, è necessario compilare e spedire questo coupon a: "L'Espresso" - 20133 Milano - Via Broletto, 15. Per ricevere la rivista a € 85,00, è necessario compilare e spedire questo coupon a: "L'Espresso" - 20133 Milano - Via Broletto, 15. Per ricevere la rivista a € 90,00, è necessario compilare e spedire questo coupon a: "L'Espresso" - 20133 Milano - Via Broletto, 15. Per ricevere la rivista a € 95,00, è necessario compilare e spedire questo coupon a: "L'Espresso" - 20133 Milano - Via Broletto, 15. Per ricevere la rivista a € 100,00, è necessario compilare e spedire questo coupon a: "L'Espresso" - 20133 Milano - Via Broletto, 15.*

8385000001-6 32690031200-1 03108550507-2 00000345443-6



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 507 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **26/01/2018 10:33:34**
Data / Hora da Ocorrência: **09/01/2018 19:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA PASTEUR C/**
Complemento: **RUA DOM QUITINHO**
Bairro: **CRISTO REDENTOR** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE ESPETINHO PAULINHO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ESTEFANY BEZERRA DA SILVA**
Nascimento: **20/12/1998** CPF: **626.780.363-59** UF: **CE**
RG: **2017005278-2** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA ROSALBA BEZERRA BRANCO**
CARLOS ALBERTO DA SILVA
Endereço: **RUA FELIPE CAMARAO, 500**
Bairro: **PIRAMBU** CEP: **60.310-790**
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: **(85)**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **PNP4106** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BGJB6930FB226701** Renavam: **1056864955** Tipo do Veículo: **AUTOMOVE** Marca / Modelo: **CHEVROLET/COBALT 1.4 LT** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **VALDECI MUNIZ FALCAO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **PNW1867** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC2500HR201349** Renavam: **1129461529** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 START** Ano Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **JULIO CEZAR OLIVEIRA BRITO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA A DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, QUEM PILOTAVA A MOTOCICLETA, DE PLACA PNW-1867-CE, ERA ANTONIO ALVES LINHARES NETO, HABILITADO, CNH:03265756226 DETRAN CE, CAT. HAB. AB, MAS NÃO FICOU LESIONADO E A VITIMA NA SITUAÇÃO DE GARUPEIRA (ESTEFANY BEZERRA DA SILVA); QUE TRAFEGAVA PELA AV. PASTEUR; QUE UM OUTRO VEICULO DE PLACAS PNP-4106, AVANÇOU A PREFERENCIAL, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UM POPULAR QUE PASSAVA NO LOCAL SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO. E NADA MAIS DISSE.//
OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.



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



BOLETIM DE Ocorrência N° 301 - 507 / 2018
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 7. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antonio Bezerra de Azevedo

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]==

Número Data Hora Convênio/Plano
201821000157 11/01/2018 15:58 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342
Médico Responsável
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342
Procedimento Solicitado
0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

===[ACOMODAÇÃO]==

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
227/2 APARTAMENTO SIMPLES CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]==

Nome Sexo
ESTEFANY BEZERRA DA SILVA FEMININO
Nascimento Idade Religião Prontoúário Registro
20/12/1998 19 Anos NÃO INFORMADO 2444416 201802570000155

===[DADOS DA ALTA]==

Diagnóstico Principal
S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA
Procedimento Realizado
0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA
Data Hora Motivo
16/01/2018 09:46 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]==

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente ESTEFANY BEZERRA DA SILVA, 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), 16 de janeiro de 2018

Responsável/
Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Garimbo

Usuário responsável: rayssa.cavalcante

Data: 16/01/2018 Hora: 09:46:28

DADOS DO PACIENTE

Nome	Nascimento	Sexo	Idade
ESTEFANY BEZERRA DA SILVA	20/12/1998	FEMININO	19 ano(s)
Mãe	CNS	Registro	Local
MARIA ROSALBA BEZERRA BRANCO	702906531963770	201802570000155	POSTO DE ENFERMAGEM 03, 222/2

EVOLUÇÕES - DATA 05/03/2018

05/03/2018 19:45:05	E.B.S., 19 ANOS, HD. RETIRADA DE PINOS. EVOLUI COM GLASGOW:15, CONSCIENTE, ORIENTADA, VERBALIZANDO. EUPNEICA EM AA. DIETA VO. DEAMBULA. SEM AVP. PELE INTEGRAL P LP. DIURESE PRESENTE E EVACUAÇÕES AUSENTES. PCT COM SSVV ESTAVEIS	NATHALIE SOARES DE FRANÇA DE SANTANA COREN/CE 455537
------------------------	--	---



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

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

fls. 29

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 18-10/18

Nome do paciente: Elizabeth Bezerra da Silva

Nº Prontuário: 244416

Dr. Josafá Fernandes

Categoria:

Clinica: Ortopedia

Traumato - Ortopedista

Leito:

Cirurgião: Dr. Josafá

CREMESP: 5153 CPE: 361-154-111-11

Anestesista: Dr. Nivaldo

Tipo de Anestesia: Bloqueio + sedação

1 Auxiliar:

2 Auxiliar:

3 Auxiliar:

Instrumentadora: Rodrigo

Circulante: Nail

Diagnóstico Pré-Operatório:

Tipo de Operação/ Código:

Poli-traumatismo 4 1 5 0 3 0 0 1 3

Diagnóstico Pós-Operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente e Incidentes:

Contagem de Compressas: 4080604

Início da Cirurgia

08:00

Término da Cirurgia

08:45

Duração do Cirurgia

45 min

Início do Oxigênio

08:00

Término do Oxigênio

08:45

Duração do Oxigênio

45 min

Duração da Anestesia (Total de Minutos)

Minutos c/ Acréscimo

Anestesia Ocorrências Principais

Classificação da Cirurgia:

LIMPA: X

POT. CONTAMINADA:

CONTAMINADA:

INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista

FICHA DE INTERNAÇÃO

==[ADMISSÃO]==

Número 201821000157 Data 11/01/2018 Hora 15:58 Convênio PRAXIS Classificação RUE - SMS
Caráter de Atendimento ELETIVO SISREG AIH
Origem do Paciente IJF
Médico Solicitante 5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO Clínica/Especialidade CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Procedimento Solicitado 0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA Médico Responsável 5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO Dias 2
==[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome ESTEFANY BEZERRA DA SILVA Sexo FEMININO
Nascimento 20/12/1998 Idade 19 Anos Raça/Cor SEM INFORMAÇÃO Estado Civil SOLTEIRO(A) Religião NÃO INFORMADO
Mãe MARIA ROSALBA BEZERRA BRANCO Pai CARLOS ALBERTO DA SILVA
Conjuge Responsável ESTEFANY BEZERRA DA SILVA Prontuário 2444416
CNS 702906531963770 Registro 201802570000155 Documento Informado RG: 20170052782 Emissão: 11/01/2017
País BRASIL Município de Naturalidade FORTALEZA/CE CEP 60420-400
Município de Residência FORTALEZA/CE Logradouro RUA FELIPE CAMARAO
Número 500 Complemento Bairro CRISTO REDENTOR
Fone Móvel (85)9890.48614 Fone Fixo Ponto de Referência
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO) DESEMPREGADO / SEM OCUPACAO DEFINIDA

==[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==

Em caso de urgência avisar MARIA ROSALBA BEZERRA BRANCO (MAE) Acomodação/Leito 227/2
Tipo de Acomodação APARTAMENTO SIMPLES Clínica CLÍNICA CIRÚRGICA Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: ingridandrade Data: 11/01/2018 Hora: 16:17:05 Tempo: 00:18:23
==[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

ESTEFANY BEZERRA DA SILVA, 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), 11 de janeiro de 2018

RESPONSÁVEL *Estefany Bezerra da Silva*

TESTEMUNHAS



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial

SAÚDE **HOSPITALAR**

Emitido em: 24/01/2018 8:18:2

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 09/01/2018 20:14:21	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 702906531963770	NOME: ESTEFANY BEZERRA DA SILVA			Registro: 5545211			
CPF: 62678036359	RG: 20170052782	D. NASC: 20/12/1998	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Branca		
NOME DA MÃE: MARIA ROSALBA BEZERRA BRANCO		NOME DO PAI: CARLOS ALBERTO DA SILVA					
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: FELIPE CAMARAO	Nº: 500	BAIRRO: CRISTO REDENTOR				
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60310790			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: PAC VEIO POR MEUS PRÓPRIOS / MARIA		PARENTESCO: MAE			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: colisão moto carro há 30 min, relato de cefaleia intensa, dor em MSD							
OBSERVAÇÕES: trauma maior, dor moderada							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: TO							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
DATA 24/01/2018 MATRÍCULA 13826 SERVIDORIA							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Portaleira - C.A. 001
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENTA
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Portaleira - BA - 45.833-000
CEP: 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228 2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 05/03/2020

Nome do paciente:	Gregory Bezerra da Silva	Categoria:	
Nº Prontuário:	2444416	Leito:	
Clinica:	Ortopedia		
Cirurgião:	Dr. Claudio		
Anestesista:	Dr. Magaly		
Tipo de Anestesia:	Local + geral		
1 Auxiliar:			
2 Auxiliar:			
3 Auxiliar:			
Instrumentadora:			
Circulante:	Ana Rita		
Diagnóstico Pré-Operatório:	Del. de m. m.		
Tipo de Operação/ Código:	1000	☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
Diagnóstico Pós-Operatório:	050802536		
Relatório Imediato do Patologista:			
Exame Radiológico no ato:			
Acidente e Incidentes:			
Contagem de Compressas:	05 unid		

	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
	18:50	19:20	
	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: X
	CONTAMINADA: /
	INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

Maria Magaly Marques Dantas
CRM 2021
CPF 055.213-04
Assinatura Anestesista



**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

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

Data: 07/07/20

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: <u>Estefany Bezerra da Silva</u>																													
Nº Prontuário: <u>2444416</u>			Nº Controle: <u>30002</u>			Enf.: <u>1</u>		Leito: <u>1</u>																					
Cirurgião: <u>Dr. Cleide Eufem</u>			Tempo de Sala: <u>30 min</u>			Tempo de Oxigênio: <u>12</u>																							
IDADE	PESO	ALTURA	SEXO	TEMP	PULSO	RESPIR	PR. ART. MAX/MIN																						
<u>19</u>			<u>F</u>	<u>36.2</u>	<u>62</u>	<u>12</u>																							
TIPO SANGÜINEO		HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	URINA																						
Ap Respiratório: <u>Normal</u>					Asma																								
Ap Circulatório: <u>Normal</u>					Bronquite																								
Ap Digestivo: <u>Normal</u>					E.C.G. <u>Normal</u>																								
Ap Urinário: <u>Normal</u>					Alergia: <u>Não</u>																								
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Dentes no Ombro</u>					Estado Mental: <u>Normal</u>																								
Anestésias Anteriores: <u>Não</u>					Ataraxicos: <u>Não</u>																								
Medicação Pré-Anestésica: <u>Dormiente + Anal</u>					Corticóides: <u>Não</u>																								
Aplicada às: <u>18.50h</u>					Hipotensores: <u>Não</u>																								
Efeito: <u>Estabilizado</u>					Outras Drogas: <u>Não</u>																								
Agentes Anestésicos	20	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> </table>								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																				
Líquidos		<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> </table>								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																				
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																				
CÓDIGO P. Arterial O Pulso O Respiração Anestesia O Operação	260																												
	240																												
	220																												
	200																												
	180																												
	160																												
	140																												
	120																												
	100																												
	80																												
60																													
40																													
20																													
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES																													
POSIÇÃO: <u>Decubito Dorsal</u> AGENTES: <u>1 + 2 + 3</u> TÉCNICA: <u>Pre-Operatório</u> OPERAÇÃO: <u>Exatidão</u> CIRURGIÕES: <u>Dr. Cleide Eufem</u> ANESTESISTAS: <u>Dr. Cleide Eufem</u> TEMPO DE ANESTESIA: Das <u>18.50</u> hrs às <u>19.20</u> hrs = <u>30</u> minutos Anestesiista: <u>Maria Márcia Moura</u>																													

DADOS DO PACIENTE

Nome	ESTEFANY BEZERRA DA SILVA	Nascimento	20/12/1998	Sexo	FEMININO	Idade	19 ano(s)
Mãe	MARIA ROSALBA BEZERRA BRANCO	CNS	702905531963770	Registro	201802570000155	Local	POSTO DE ENFERMAGEM 03, 227/2

EVOLUÇÕES - DATA 15/01/2018

15/01/2018 06:00:55	E.B.S, FEMININO, 19 ANOS. ADMITIDA PARA TTO CIRÚRGICO DE CLAVÍCULA ESQUERDA. EVOLUI COM GLASGOW 15, CONSCIENTE, ORIENTADA, VERBALIZANDO SUAS NHB'S. EUPNEICA EM AA. ACEITA DIETA VO OFERECIDA. MANTENDO AVP EM MSD 14/01/18, PÉRVIO, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. DEAMBULA. COM PELE ÍNTEGRA PARA LP, DIURESE PRESENTE E EVACUAÇÕES AUSENTES. SEGUE COM OS SSVV ESTÁVEIS. SEM QUEIXAS.	VIVIANE NOBREGA GULARTE AZEVEDO COREN/CE 504010
15/01/2018 18:11:14	paciente foi para o cc as 14:15 e voltou as 17:38	GIOVANA MELO RODRIGUES COREN/CE 484617

DADOS DO PACIENTE

Nome	Nascimento	Sexo	Idade
ESTEFANY BEZERRA DA SILVA	20/12/1998	FEMININO	19 ano(s)
Mãe	CNS	Registro	Local
MARIA ROSALBA BEZERRA BRANCO	702906531963770	201802570000155	POSTO DE ENFERMAGEM 03, 222/2

EVOLUÇÕES - DATA 05/03/2018

05/03/2018 21:05:00	PCT DE ALTA COM SSVV ESTAVEIS.	NATHALIE SOARES DE FRANÇA DE SANTANA COREN/CE 455537
------------------------	--------------------------------	--



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

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES:
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA				2529149
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: INSTITUTO PRAXIS				4 - CNES:
Identificação do Paciente				PRONTUÁRIO:
5 - NOME DO PACIENTE: ESTEFANY BEZERRA DA SILVA				5545211
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 702906531963770	8 - DATA NASCIMENTO: 20/12/1998	09 - SEXO () M () F	10 - RAÇA/COR	10.1 - ETN
11 - NOME DA MÃE/PAI: MARIA ROSALBA BEZERRA BRANCO		12 - TELEFONE:		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL NI		14 - TELEFONE DE CONTATO:		
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO) FELIPE CAMARAO 500-CRISTO REDENTOR				
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 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 PRINCIPAL: 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 - NOME DO DOCUMENTANTE: OTOLINGUISTICA - CL. MEDICA	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		34 - DATA SOLICITAÇÃO: 11/01/2018	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 HOSPITAL
48 - DOCUMENTO: () CNES () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
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



**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: anna.carvalho - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

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

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE

702906531963770 - ESTEFANY BEZERRA DA
SILVA 

NOME DA MÃE

MARIA ROSALBA BEZERRA BRANCO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5545211

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

20/12/1998 - 19 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

A PRÓPRIA

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(85) 989048614

ENDEREÇO

FELIPE CAMARAO, N° 500

BAIRRO

CRISTO REDENTOR

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

Plantonista

MÉDICO

09154000300 - ANTONIO ISRAEL PINHEIRO

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE SERÁ TRANSFERIDO PARA:
INSTITUTO PRÁXIS

Solicitação

NÚMERO

12600081369

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

18/03/2018 - 17:29

PROFISSIONAL

09154000300 - ANTONIO ISRAEL PINHEIRO

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

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

4 - URGÊNCIA

Justificativa da Internação

DIAGNÓSTICO INICIAL

S420 - Fratura da clavícula

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Scanned by CamScanner

DADOS DO PACIENTE

Nome	Nascimento	Sexo	Idade
ESTEFANY BEZERRA DA SILVA	20/12/1998	FEMININO	19 ano(s)
Mse	CNS	Registro	Local
MARIA ROSALBA BEZERRA BRANCO	702908531983770	201802570000155	POSTO DE ENFERMAGEM 03, 227/2

EVOLUÇÕES - DATA 16/01/2018

16/01/2018 09:44:46	PACIENTE SEGUE DE ALTA HOSPITALAR, SENDO ENTREGUES O ATESTADO MÉDICO + ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM + RECEITAS MÉDICAS À ACOMPANHANTE, A SRTA. CATIA ARAUJO CARVALHO. TRANSPORTADA EM CADEIRA PELO MAQUEIRO.	RAYSSA CAVALCANTE FERNANDES COREN/CE 442038
------------------------	---	--

DADOS DO PACIENTE

Nome	Nascimento	Sexo	Idade
ESTEFANY BEZERRA DA SILVA	20/12/1998	FEMININO	19 ano(s)
Mãe	CNS	Registro	Local
MARIA ROSALBA BEZERRA BRANCO	702906531963770	201802570000155	POSTO DE ENFERMAGEM 03, 227/2

EVOLUÇÕES - DATA 12/01/2018

12/01/2018 09:08:15	E.B.S, FEMININO, 19 ANOS. ADMITIDA PARA TTO CIRÚRGICO DE CLAVÍCULA ESQUERDA. EVOLUI COM GLASGOW 15, CONSCIENTE, ORIENTADA, VERBALIZANDO SUAS NHB'S. EUPNEICO EM AA. ACEITA DIETA VO OFERECIDA. MANTENDO AVP EM MSD 11/01/18, PÉRVIO, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. DEAMBULA. COM PELE ÍNTEGRA PARA LP. DIURESE PRESENTE E EVACUAÇÕES AUSENTES. SEGUE COM OS SSVV ESTÁVEIS. SEM QUEIXAS.	RAYSSA CAVALCANTE FERNANDES COREN/CE 442038
------------------------	---	--

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]==

Número Data Hora Convênio/Plano
201821000966 05/03/2018 07:35 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Médico Responsável
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Procedimento Solicitado
0408060352 - RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO

===[ACOMODAÇÃO]==

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
222/2 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]==

Nome Sexo
ESTEFANY BEZERRA DA SILVA FEMININO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
20/12/1998 19 Anos NÃO INFORMADO 2444416 201802570000155

===[DADOS DA ALTA]==

Diagnóstico Principal

Procedimento Realizado

0408060352 - RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO

Data Hora Motivo

05/03/2018 21:05 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]==

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

FORTALEZA(CE), 05 de março de 2018

Responsável/
Representante Legal

Nathalie F. Santana

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Nathalie F. Santana

Nome Legível

Nathalie F. Santana
ENFERMEIRA
COREN: 455.537
Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: nathalie.santana

Data: 05/03/2018 Hora: 21:05:59

DADOS DO PACIENTE

Nome	Nascimento	Sexo	Idade
ESTEFANY BEZERRA DA SILVA	20/12/1998	FEMININO	19 ano(s)
Mãe	CNS	Registro	Local
MARIA ROSALBA BEZERRA BRANCO	702906531963770	201802570000155	POSTO DE ENFERMAGEM 03, 227/2

EVOLUÇÕES - DATA 13/01/2018

13/01/2018 17:00:02	E.B.S, FEMININO, 19 ANOS. ADMITIDA PARA TTO CIRÚRGICO DE CLAVÍCULA ESQUERDA. EVOLUI COM GLASGOW 15, CONSCIENTE, ORIENTADA, VERBALIZANDO SUAS NHB'S. EUPNEICO EM AA. ACEITA DIETA VO OFERECIDA. MANTENDO AVP EM MSD 12/01/18, PÉRVIO, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. DEAMBULA. COM PELE ÍNTEGRA PARA LP. DIURESE PRESENTE E EVACUAÇÕES AUSENTES. SEGUE COM OS SSVV ESTÁVEIS. SEM QUEIXAS.	RAYSSA CAVALCANTE FERNANDES COREN/CE 442038
------------------------	---	--



**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

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
Data: 15/01/19

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: <u>Rodolfo P. Bezerra</u>																																																																																																													
Nº Prontuário: <u>12345</u>			Nº Controle: <u>1234</u>			Enf/		Leito																																																																																																					
Cirurgião: <u>Dr. João da Silva</u>			Tempo de Sala: <u>15 min</u>			Tempo de Oxigênio: <u>15 min</u>																																																																																																							
IDADE: <u>45</u>	PESO: <u>75</u>	ALTURA: <u>1,70</u>	SEXO: <u>M</u>	TEMP: <u>36,5</u>	PULSO: <u>60</u>	RESR: <u>12</u>	PR ART. MAX/MIN																																																																																																						
TIPO SANGÜÍNEO	HEMACIAS: <u>5,06 mm</u>	HEMOGLOBINA: <u>12,7 g/dl</u>	HEMATÓCRITO: <u>38,3%</u>	GLICEMIA	URÉIA	URINA																																																																																																							
Ap Respiratório: <u>Plano normal</u>					E CG: <u>Normal</u>																																																																																																								
Ap Circulatório: <u>Claro</u>					Alergia: <u>Não</u>																																																																																																								
Ap Digestivo: <u>Normal</u>					Estado Mental: <u>Boa</u>																																																																																																								
Ap Urinário: <u>Normal</u>					Alaraxicos																																																																																																								
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Intestino delgado</u>					Corticóides																																																																																																								
Anestesias Anteriores: <u>Não</u>					Hipotensores																																																																																																								
Medicação Pré-Anestésica: <u>10mg de Midazolam</u>					Outras Drogas																																																																																																								
Aplicada às: <u>08:00h</u>					Efeito: <u>Boa</u>																																																																																																								
Agentes Anestésicos	20	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> </table>								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																																																																																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																				
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																																																																																																				
Líquidos		<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> </table>								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																																																																																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																				
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																																																																																																				
CODIG. P. Arterial O Pulso O Respiração Anestesia O Operação	260	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> <tr><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td></tr> <tr><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td><td>39</td><td>40</td></tr> <tr><td>41</td><td>42</td><td>43</td><td>44</td><td>45</td><td>46</td><td>47</td><td>48</td><td>49</td><td>50</td></tr> <tr><td>51</td><td>52</td><td>53</td><td>54</td><td>55</td><td>56</td><td>57</td><td>58</td><td>59</td><td>60</td></tr> <tr><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td><td>68</td><td>69</td><td>70</td></tr> <tr><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td><td>76</td><td>77</td><td>78</td><td>79</td><td>80</td></tr> <tr><td>81</td><td>82</td><td>83</td><td>84</td><td>85</td><td>86</td><td>87</td><td>88</td><td>89</td><td>90</td></tr> <tr><td>91</td><td>92</td><td>93</td><td>94</td><td>95</td><td>96</td><td>97</td><td>98</td><td>99</td><td>100</td></tr> </table>								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
	1									2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																											
	11									12	13	14	15	16	17	18	19	20																																																																																											
	21									22	23	24	25	26	27	28	29	30																																																																																											
	31									32	33	34	35	36	37	38	39	40																																																																																											
	41									42	43	44	45	46	47	48	49	50																																																																																											
	51									52	53	54	55	56	57	58	59	60																																																																																											
	61									62	63	64	65	66	67	68	69	70																																																																																											
	71									72	73	74	75	76	77	78	79	80																																																																																											
	81									82	83	84	85	86	87	88	89	90																																																																																											
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																																																																																				
240																																																																																																													
220																																																																																																													
200																																																																																																													
180																																																																																																													
160																																																																																																													
140																																																																																																													
120																																																																																																													
100																																																																																																													
80																																																																																																													
60																																																																																																													
40																																																																																																													
20																																																																																																													
SIMBOLOS E ANOTAÇÕES		POSICÃO: <u>Decubito dorsal</u> AGENTES: <u>1 + 2 + 3 + 4 + 5</u> TECNICA: <u>Intubação</u> OPERAÇÃO: <u>Prostatectomia</u> CIRURGIÃO: <u>Dr. João da Silva</u> ANESTESISTA: <u>Dr. Roberto Silva</u> TEMPO DE ANESTESIA: <u>08h 15m</u> Anestesiologista: <u>Dr. Roberto Silva</u>																																																																																																											
SIM		Anestesia Satisfatória: <u>NÃO</u> Despertar: <u>Reflexos na S.O.</u> Obstr: <u>Co2</u> Excil: <u>Náuseas</u> Vômitos: <u>Outros</u> Para o leito com cânula: <u>SIM</u> Condições: <u>Boa</u> Perda sanguínea aprox. ml Volume sanguíneo repouso ml																																																																																																											

DADOS DO PACIENTE

Nome	Nascimento	Sexo	Idade
ESTEFANY BÉZERRA DA SILVA	20/12/1998	FEMININO	19 ano(s)
Mãe	CNS	Registro	Local
MARIA ROSALBA BEZERRA BRANCO	702906531963770	201802570000155	POSTO DE ENFERMAGEM 03, 227/2

EVOLUÇÕES - DATA 14/01/2018

14/01/2018 14:50:05	E.B.S, FEMININO, 19 ANOS. ADMITIDA PARA TTO CIRÚRGICO DE CLAVÍCULA ESQUERDA. EVOLUI COM GLASGOW 15, CONSCIENTE, ORIENTADA, VERBALIZANDO SUAS NHB'S. EUPNEICO EM AA. ACEITA DIETA VO OFERECIDA. MANTENDO AVP EM MSD 12/01/18, PÉRVIO, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. DEAMBULA. COM PELE ÍNTEGRA PARA LP. DIURESE PRESENTE E EVACUAÇÕES AUSENTES. SEGUE COM OS SSVV ESTÁVEIS. SEM QUEIXAS.	JULIO CESAR DE OLIVEIRA SILVA COREN/CE 500527
------------------------	---	--



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

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA				
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA			2 - CNES: 2529149	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: INSTITUTO PRÁXIS			4 - CNES:	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
5 - NOME DO PACIENTE: ESTEFANY BEZERRA DA SILVA			PRONTUÁRIO: 5545211	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 702906531963770		8 - DATA NASCIMENTO: 20/12/1998	09 - SEXO () M () F	10 - RAÇA/COR
11 - NOME DA MÃE/PAI: MARIA ROSALBA BEZERRA BRANCO		12 - TELEFONE DE CONTATO		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL N.I		14 - TELEFONE DE CONTATO:		
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO) FELIPE CAMARAO 500-CRISTO REDENTOR				
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: FORTALEZA		17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: CE	19 - CEP:
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACIENTE TRANSFERIDO DO IJF PARA LEITO DE RETAGUARDA NO INSTITUTO PRÁXIS, DEVERÁ REALIZAR 2º TEMPO CIRÚRGICO DE CORREÇÃO DE FRATURA DE CLAVÍCULA.				
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.CLAVÍCULA		24 - CID 10 PRINCIPAL: S420	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA			28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408010150	
29 - CLÍNICA: TRAUMATO	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: EMERGENCIA	31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF		32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		34 - DATA SOLICITAÇÃO: 18/03/2018		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO): Otorrinolaringologista
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA:		40 - Nº DO BILHETE:
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		42 - CNPJ DA EMPRESA:		41 - SÉRIE:
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				43 - CNAE DA EMPRESA:
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		44 - CBOR:		
AUTORIZAÇÃO				
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: <i>Dr. Juliana</i>			52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO: () CNES () CPF			47 - Cód. Órgão Emissor:	
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /				

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

FICHA DE INTERNAÇÃO

==[ADMISSÃO]==

Número 201821000966 Data 05/03/2018 Hora 07:35 Convênio PRAXIS Classificação SEM CLASSIFICAÇÃO
SISREG AIH

Caráter de Atendimento
ELETIVO

Origem do Paciente
IJF

Médico Solicitante
5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

Clínica/Especialidade
CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Médico Responsável
5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

Procedimento Solicitado
0408060352 - RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO

Dias
1

==[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome ESTEFANY BEZERRA DA SILVA Sexo FEMININO

Nascimento 20/12/1998 Idade 19 Anos Raça/Cor SEM INFORMAÇÃO Estado Civil SOLTEIRO(A) Religião NÃO INFORMADO

Mãe MARIA ROSALBA BEZERRA BRANCO Pai CARLOS ALBERTO DA SILVA

Conjuge Responsável ESTEFANY BEZERRA DA SILVA Prontuário 2444416

CNS 702906531963770 Registro 201802570000155 Documento Informado RG: 20170052782 Emissão: 11/01/2017

País BRASIL Município de Naturalidade FORTALEZA/CE CEP 60420-400

Município de Residência FORTALEZA/CE Logradouro RUA FELIPE CAMARAO

Número 500 Complemento Bairro CRISTO REDENTOR

Fone Móvel (85)9890.48614 Fone Fixo Ponto de Referência

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)
DESEMPREGADO / SEM OCUPACAO DEFINIDA

==[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==

Em caso de urgência avisar ESTEFANY BEZERRA DA SILVA Acomodação/Leito 222/2

Tipo de Acomodação ENFERMARIA Clínica CLÍNICA CIRÚRGICA Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 03

Atendente: maria.nataly Data: 05/03/2018 Hora: 07:37:30 Tempo: 00:01:58

==[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

ESTEFANY BEZERRA DA SILVA, 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), 05 de março de 2018

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS



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: marines santos - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

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

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE

702906531963770 - ESTEFANY BEZERRA DA
SILVA



NOME DA MÃE

MARIA ROSALBA BEZERRA BRANCO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5545211

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

20/12/1998 - 19 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

A MESMA

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

FELIPE CAMARAO, Nº 500

ENDEREÇO

CRISTO REDENTOR

BAIRRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

Plantonista

MÉDICO

00093440391 - FERNANDO ANTONIO MENDES
FACANHA

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 325555037

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE SERÁ TRANSFERIDO PARA:
INSTITUTO PRÁXIS.

Solicitação

NÚMERO

12600077402

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

11/01/2018 - 14:00

PROFISSIONAL

00093440391 - FERNANDO ANTONIO MENDES
FACANHA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408010150- - TRATAMENTO CIRURGICO DE
FRATURA DA CLAVICULA

PROCEDIMENTO REALIZADO

CLÍNICA

13 - CIRURGICO -
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

3 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA ANTES DA
INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

4 - URGÊNCIA

Justificativa da Internação

ESPelho DA AIH
O.E: M230440001 URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA APRESENTAÇÃO: 02/2018 DATA: 22/01

Num AIH: 231810145852-0 Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 02/2018 Data de Emissão: 11/01

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0227 Leito: 0002

Doc autorizador: 980016293908789 Doc med resp: 206633842350003 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 2066338423

CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 702906531

Paciente: ESTEFANY BEZERRA DA SILVA Prontuário: 2444416 Laudo:

Data Nasc.: 20/12/1998 Sexo: FEMININO Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 201700527

Responsável pac.: ESTEFANY BEZERRA DA SILVA Nome da Mãe: MARIA ROSALBA BEZERRA BRANCO

Endereço: FELIPE CAMARAO, 500 - CRISTO REDENTOR Raça/Cor: SEM INFORMAÇÃO

Município: 230440 - FORTALEZA UF: CE CEP: 60420-400 Telefone: (85)9890.

Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO Muda Proc.

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Diag. principal: S420-FRATURA DA CLAVÍCULA Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM AC

Diag. complementar: Causa Óbito:

Carater atendimento: 06 - OUTROS TIPOS DE LESOES E ENVENENAMENTOS POR AGENTES QUIMICOS OU FISICOS Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 11/01/2018 Data saída: 16/01/2018 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 Cmt	Descrição
1 04.08.01.015-0	206633842350003	1 225270	206633842350003	3969800	1 012018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
2 04.08.01.015-0	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1 012018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
3 04.08.06.045-0	206633842350003	1 225270	206633842350003	3969800	1 012018 TENOMIORRAFIA
4 04.08.06.045-0	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1 012018 TENOMIORRAFIA
5 08.02.01.001-6		0	3969800	3969800	5 012018 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (C
6 08.02.01.019-9		0	3969800	3969800	1 012018 DIARIA DE PERMANENCIA A MAIOR
7 02.02.02.038-0	6913326	0	6913326	6913326	1 012018 HEMOGRAMA COMPLETO
8 02.02.02.014-2	6913326	0	6913326	6913326	1 012018 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE
9 02.02.02.013-4	6913326	0	6913326	6913326	1 012018 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBO
10 02.04.04.006-0	3969800	0	3969800	3969800	1 012018 RADIOGRAFIA DE CLAVICULA

==[VALORES DA PRÉVIA]==

Forma de Organização	+--Serv. Hospitalar+ +----- Serviço Profissional -----+		+---- Direto ----+ +---- Direto ----+ +---- Rateado ----+		+---- Próprio Terceiro Próprio Terceiro Próprio Terceiro +	
04.08.01 CINTURA ESCAPULAR	275,52	0,00	0,00	0,00	80,92	0,00
04.08.06 GERAIS	124,25	0,00	0,00	0,00	107,78	0,00
08.02.01 DIARIAS	56,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Geral:	455,96	0,00	0,00	0,00	188,70	0,00

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. 12906, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Renise Azevedo Cavalcante
Auditor CRM 5162
CRM 240-323704
SISIL FORTALEZA

RELATÓRIO MÉDICO

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

Estefany Bezerra da Silva

vítima de acidente de trânsito, em 09/01/2018, sofreu:

fratura da clavícula est
lado do membro direito.
CID - S42.0

e submeteu-se a tratamento(s):

cirurgia, osteossíntese e
fixação com
fio de ligamento 30 pontos.

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

cicatrizes no membro da clavícula
e ombro isquias
duras, desconforto, leve perda
o arco articular, ossos
cudricas, mas restam
muito melhor de movimentos com
conos. prejudicada
ouvida. Comprometida a
função. Dito membro
de fraturas

19/06/18

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
CREMEC 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

SINISTRO 3190650185 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ESTEFANY BEZERRA DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO ESTEFANY BEZERRA DA SILVA
CPF/CNPJ: 62678036359

Posição em 10-01-2020 17:27:17

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R\$00.000,00
Juros e Correção: R\$00.000,00
Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
18/12/2019	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25