



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <i>Cícero Evandro de Nascimento</i>		Data Nasc: <i>20/03/1978</i>
Estado Civil: <i>casado</i>	Profissão: <i>autônomo</i>	Nacionalidade: <i>brasileiro</i>
RG: <i>96002223257</i>	CPF: <i>580.523.483-15</i>	
Endereço: <i>Rua Alves Bezerra, nº 76, no Liqueira</i>		
Cidade: <i>Fortaleza</i>	CEP: <i>60.736-130</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), 12 de Fevereiro de 20 20.

Cícero Evandro de Nascimento
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Cícero Evandro do Nascimento, residente e
domiciliado na Rua Alves Bezerra, nº 76,
bairro: Liquirina, na cidade de Fortaleza, portador(a) do
RG nº 96002223257, inscrito(a) no CPF nº 580.523.483-15,
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, 12 de Julho de 20 20.

Cícero Evandro do Nascimento

DECLARANTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 12/02/2020 às 16:40, sob o número 02108622020208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0210862-06.2020.8.06.0001 e código 5F364A8.



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Licero Evandro do Nascimento, brasi
leiro(a), casado, autônomo, portador(a) de cédula
de identidade nº. 96002223257, inscrito(a) no CPF sob o
nº 580.523.483-15, DECLARO que tenho domicílio e sou
residente na Rua Alvos Bezerra, nº 76,
Bairro Diqueira, CEP: 60.736 - 130 /CE, conforme
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 12 de Fevereiro 2020.

Licero Evandro do Nascimento

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o (a)
Sr(a) Picero Evandro do Nascimento 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, 12 de Fevereiro 2020.

Picero Evandro do Nascimento

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polegar Direito

PROIBIDO PLASTIFICAR

Cléo Lúcio do Nascimento

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

THE NAME GROUP & MORE

FAC 15-DRUSE

VÁLIDA

R. TÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

96002223257

DATA DE
EXPEDIÇÃO

02/04/2018

NOME

CÍCERO EVANDRO DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO

MARIA DO NASCIMENTO

NATURALIDADE

JUAZEIRO DO NORTE - CE

DATA DE NASCIMENTO

20/03/1978

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: MARROCOS TERMO: 10215 FOLHA: 153

LIVRO: A-9 JUAZEIRO DO NORTE - CE

CPF

580.523.483-15

2 VIA

*Franklin Delano Zagallo do eite*

ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 6

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

THOMAS GROS & SONS



CICERO EVANDRO DO NASCIMENTO
 RUA ALVES BEZERRA, 76,
 SIQUEIRA
 60736-130 FORTALEZA (CE)



7010192433000061000008182930030220



Estado do Ceará
Secretaria de Segurança e Defesa Social - SSPDS
Polícia Civil do Estado do Ceará
Delegacia Geral de Polícia Civil
Departamento de Polícia da Capital - DPC
Trigésimo Segundo Distrito Policial

C E R T I D ã O

Antonio Paula da Silva, Escrivão de Polícia Civil, lotado na Trigésima Segunda Delegacia Distrital, no uso de suas atribuições legais, etc...

CERTIFICA que nesta data, compareceu em Cartório o Sr. CÍCERO EVANDRO DO NASCIMENTO, portador do RG 96002223257 SSPDS/CE e CPF 580.523.483-15, residente na Rua Alves Bezerra, nº 76, Siqueira-Fortaleza/CE., onde vem informar que: foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido por volta das 17h47min, do dia 02/04/2019, na Av. Osório de Paiva, Parangaba, quando pilotava a motocicleta, marca HONDA/NXR 150 BROS MIX ESD, COR PRETA, ANO/MOD. 2009/2010, de PLACA NQO-7320/CE, CHASSI 9C2KD0510AR000725, RENAVAM 181443899, LICENCIADA EM NOME DE: FLÁVIO BENÍCIO VASCONCELOS, caiu dentro de um buraco existente na via, vindo a cair ao solo, sendo socorrido pelo SAMU para o Frotinha de Parangaba, onde foi submetido a procedimento cirúrgico. O REFERIDO É VERDADE. DOU FÉ.///

Cartório do 32º Distrito Policial, em 02 de Outubro de 2019.

Antonio Paulo da Silva
Escrivão de Polícia
Mat. 97.122

DECLARANTE:

Cícero Evandro do Nascimento

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO ESTATÍSTICO - SANE



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria de Saúde



DECLARAÇÃO



**SAMU
192**

SAMU 192 Regional Fortaleza

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. Cicero Evandro do Nascimento - C.P.F. - 580.523.483-15, no dia 02/04/2019, às 17h47min, na Avenida General Osório de Paiva, no Bairro Parangaba, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº P755850/2019.

Fortaleza, 05 de Julho de 2019

Atenciosamente,

MAURICIO LOPES ALVES
 Responsável - Protocolo
 SAMU 192 Regional Fortaleza

Mauricio Lopes Alves
 Responsável - Protocolo
 SAMU 192 Regional Fortaleza

Reinaldo Silva Machado
 Responsável - Protocolo
 SAMU 192 Regional Fortaleza

Reinaldo Silva Machado
 Responsável - Protocolo
 SAMU 192 Regional Fortaleza

RUA PADRE GUERRA, 1310 - PARQUELANDIA - CEP: 60455-300
 FONE: (85) 3452 9141
 FORTALEZA-CE
 ouvidoria@samu.fortaleza.ce.gov.br

Scanned by CamScanner



Prefeitura de
Fortaleza

HOSPITAL DIST

REFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
TAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

fls. 25

REGISTRO DE A

ENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
CICERO EVANDRO DO NASCIMEI

Nº DO PRONTUÁRIO
374289

Nº DO B
268091

CADUS

NASCIMENTO
20/03/1978(41
ANOS)

SEXO
M

RACIA
PARBO

NOME MAE
MARIA DO NASCIMENTO

ENDERECO
RUA ALVES BEZERRA 76 SIQUEI

CONTATO

MUNICIPIO
FORTALEZA

CE

CEP
60.736-130

LOCAL DA OCORRENCIA/TRANSPORTE/DADOS DO

OCORRÊNCIA

QUEIXA
PCT TRAZIDO PELO SAMU USI O VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, REFE
DEFORMIDADE + LACERAÇÃO E MÃO ESQUERDA JÁ SUTURADA.

E TRAUMA EM PERNA ESQUERDA COM

MOTIVO
QUEDA DE MOTO

SINTOMAS
NI

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

PESO
NI KG

PRESSAO ARTERIAL
130/80

SINAIS VITAIS

SAT O2
98%

PULSO
71

GLUCOSE
NI

TEMPERAT
NI °C

ALERGIAS
NEGA

CLASSIFICAÇÃO
AMARELO

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
BRUNA KARINE AMORIM DA COSTA

DATA E HORA
CLASSIFICAÇÃO
02/02/2020
18:11:54

ÁREA
TRAUMATOLOGIA

REA ATENDIMENTO

ENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

Samu: "pech-ta moto" (pc)

Trm (P)

03070812

DIAGNÓSTICO

CCU.
PROCEDIMENTO

CID

SADT SOLICITADO:
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO

() OUTROS

MÉDICAMENTO

RESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

fcl m (P) o (P)

HOSPITAL DISTRIAL M. JOSE BARROSO DE OLIVEIRA

ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

f. Aput e t (P) g. 7

PP: Saba

Mônica Saba
Mat.15134

B. fcl p (P) t (P)

TIPO DE ALTA/SAÍDA

() INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

ALTA/SAÍDA:

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIR () EVA SÃO () TRANSFERÊNCIA
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () A IAT. PATOL

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por bruna karine amorim da costa em 02/02/2019 às 18:11:54

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

HOSPITAL DISTRIAL M. JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Paulo Elyel Frota Ponte
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 9314 SBOT: 11263

PP: Saba
Mônica Saba
Mat.15984

CICERO EVANDRO DO NASCIMENTO

Paulo Elyel Frota Ponte
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 9314 SBOT: 11263

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS OLIVEIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 12/02/2020 às 16:40, sob o número 2020.8.06.0001 e código 5F364A8. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0210862-9 e código 5F364A8.



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PROPOSTURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PROTEÇÃO DE DADOS
AV. Celso de Faria nº 1117 - Parangaba - CEP 44.720-600
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3131-7322

CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CERR - CERR

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LMI)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE *Piceno Evandro de Nascimento*

ENDEREÇO DO PACIENTE *RUA: ALVES BEZERRA Nº 76*

BAIRRO *SIQUEIRA* **MUNICÍPIO** *FORTALEZA* **UF** *CE* **CEP**

DATA DO NASCIMENTO *20/03/1978* **SEXO** *1. MASC* **CONDIÇÃO** *2. S. SEGURADO* **4. S. CONJUGE** **6. S. FILHO** **8. S. OUTRO DTP**

N.º DA MÃE *MARIA DO NASCIMENTO*

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE		CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL	CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO
C. INT.	PROCEDIMENTO SOLICITADO		
DATA DA EMISSÃO <i>05/04/2019</i>			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente sofreu acidente de moto no 03/03, apresentando fratura do fêmur e fêmur E Mm. biceps

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

pp. [assinatura]
Mônica Saba
Mat. 15984

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

RX e exame físico

DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura fêmur fêmur

TIPO DE CLÍNICA

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. CIRÚRGICA | ☐ 2. OBSTÉTRICA |
| ☐ 3. CLÍNICA MÉDICA | ☐ 4. TISIOPEUMOL |
| ☐ 5. PSIQUIÁTRICA | ☐ 6. PEDIÁTRICA |
| ☐ 9. OUTROS | |

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Anestesia ex fratura fêmur

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

Dr. Yuri [assinatura]
Ortopedia - Traumatologia
Ouro de Pólvora e Alagôas do I-
CEMEC 14.500 - 15.000 14.851

DATA

05/04/19

HORA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 12/04/2020 às 16:00, sob o número 186206202008060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0210862-06.2020.8.06.0001 e código 5F364A8.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL INFÂNCIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FUNDADA EM 1960
AV. Odeleir de Fátima nº 1337 - Península - CEP 60.730-000 - Fortaleza-CE
Telefone (85) 3333-3361 - Fax (85) 3331-7913

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

374209

Paciente: Luciano Evandro do Nascimento

Data da Operação: 05/10/19 Enfermaria: _____ Leito: _____

Operador: Dr. Nelson Matos

1º Auxiliar: Dr. Yuri Machado

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Dra. Catiana

Tipo de Anestesia: Insuflexão e sedação

Diagnóstico Pré-operatório: fratura cominada da tíbia e fíbula

Tipo de Operação: tratamento cirúrgico fratura da tíbia com
inerte e placa

Diagnóstico Pós-operatório: o mesmo

Relatório Imediato Patologista: _____

Exame Radiológico no ato: RX

Acidente durante a operação: _____

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

limpa

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

- Posicionando paciente em DDN, antissepsia
da pele, limpeza das feridas com solução
de Iodine, curativo inicial com gaze e fita.
Anestesia por bloqueio, exposição da fratura, limpeza
com solução de água oxigenada, redução da
fratura com auxílio de tração manual e
tábua e preenchimento a fíbula com
5 fios de aço, fixação a tíbia com
101 placa DCP e 07 parafusos RX e 02
parafusos anilhas. Realizado curativo e SRA
em 02 ER.

Dr. Yuri Oliveira Machado
Ortopedia Traumatologia
Ortopedia Pediátrica e Afecções do Pê
CREMEC 14.331 - REC 14.651

Dr. Nelson Matos
Ortopedia Traumatologia
CREMEC 14.331 - REC 14.651

HOSPITAL INFÂNCIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Dr. Saba

Mônica Saba
Mat.15984

PRONTUÁRIO

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome: <u>Piceno Francisco do Nascimento</u>				
Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			<u>02/10/2019</u>	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
<u>01/10/19</u>	<u>flex pont de T1ho (E)</u> <u>A DE p tr em</u> <u>Paulo Elzei Frota Ponte</u> Ortopedia Traumatologia CREMEC-2014 SBO: 11283 <u>Mônica Saba</u> Mat. 15984 <u>Paulo Elzei Frota Ponte</u> Ortopedia Traumatologia CREMEC-2014 SBO: 11283
<u>02/04/19</u>	<u>C.R.N. 41a, masculino. Admitido no CC para</u> <u>lesão de fratura exposta de fêmur esquerdo</u> <u>em tibia (E) + fratura de mão (E). Trauma</u> <u>de, orientado, supine, em ambiente. CVL em</u> <u>MSE peris. Magn. HAS + DM + alergia medicamentosa.</u> <u>Examinado a SRPA.</u> <u>Em tempo, pele uncominhada no perit. C. 102</u>
<u>02.04.19</u> <u>23:30</u>	<u>Paciente 84 anos. Admitida nesta unidade proveniente do CC. RD</u> <u>fratura exposta tibia esquerda. Involui consciente, orientado, vitali-</u> <u>zando, afilil, supine, em ambiente. AVP em MSE. Alergia DM + HAS +</u> <u>alergias medicamentosas. Examinado fisiológico presente. Segue sob os</u> <u>avidações de enfermagem.</u> <u>03/10/19</u> <u>Pele em fôlhas e fôlhas do perit. reabre</u> <u>Impressão cirúrgica</u> <u>Síndrome Cirúrgica definitiva</u>

Dr. Carlos Winkler
Ortopedia Traumatologia
CREMEC-2014 SBO: 11283

CERTIDÃO NARRATIVA

Certifico, em virtude da faculdade que me é conferida por lei, que o Sr. Cicero Evandro do Nascimento, deu entrada nesta unidade hospitalar, no dia 02/04/2019, sob prontuário nº 374289, com o diagnóstico de fratura exposta da perna esquerda, sendo necessário a realização de limpeza cirúrgica no dia 02 de abril de 2019 e tratamento cirúrgico no dia 05 de abril de 2019, recebendo alta médica do especialista no dia 06 de abril de 2019.

Atenciosamente

Fortaleza 22 de abril de 2019


Mônica Maria Saba Ferreira
Coordenadora do same

Mônica Maria Saba Ferreira
Coordenadora do NAC
CPF: 259.052.953-87
Mat: 15984

Avenida Osório de Paiva, 1127 Parangaba – Fortaleza – Ceará
CEP 60.720-640 – Fone (85) 31317322



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DR. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PRONTUÁRIO DE FORTALEZA
Av. Odeão de Fátima, nº 2337 - Parangaba - CEP 64.730-900 - Fortaleza-Ce
Telefone: (85) 3321-3211 - Fax: (85) 3321-3212

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

Paciente: _____

Data da Operação: 02/04/2019 Enfermaria: _____ Leito: _____

Operador: <u>Roberto Munda</u>	1º Auxiliar: _____
2º Auxiliar: _____	3º Auxiliar: _____
Instrumentador: _____	Anestesista: <u>Andressa</u>

Tipo de Anestesia: _____ CRM 15101

Diagnóstico Pré-operatório: _____

Tipo de Operação: ligadura cirúrgica

Diagnóstico Pós-operatório: _____

R. ório Imediata Patologista: _____

Exame Radiológico no ato: _____

Acidente durante a operação: _____

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

Sub costal

aberto

aberto

ligadura

ligadura

ligadura

ligadura

sutura profunda
região

HOSPITAL DISTRICTAL DR. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Dr. Danilo

Mônica Saba
Mat. 15984

Nome: Licero Roanduo do Nascimento

Prontuário Nº: _____

Enfermaria: _____ Leito: _____

Data: <u>05/04/2019</u>	Pres. Arterial: <u>152 x 76</u>	Pulso: <u>84</u>	Respiração:	Temperatura:	Peso: <u>90 kg</u>	Altura:
Tipo Sanguíneo:	Hemácias:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Uréia:	Outros:
Urina:						

Ap. Respiratório: <u>NDN</u>	Asma: <u>Nega</u>	Bronquite:
Ap. Circulatório: <u>NDN</u>	Eletrocardiograma:	
Ap. Digestivo: <u>NDN</u>	Dentes:	Pescoço:
Estado Mental: <u>consciente, calado</u>	Ataraxicos:	Corticóides:
Diagnóstico Pré-operatório: <u>fratura exposta tíbia e</u>	Alergia: <u>Nega</u>	Hipotensores:
Anestesias Anteriores:	Estado Físico: <u>ASA II</u>	Risco:

M	ção Pré-anestésica: <u>20:15</u> <u>20:35</u>	Aplicadas às:	Efeito:
Agentes Anestésicos			
Líquido			
V. Arterial			
Pulso			
Respiração			
Outros			
HOSPITAL DISTRITAL M. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL <u>pp. Saba</u> Mônica Saba Mat.15984			

INDUÇÃO

Satisf.: _____ Excit.: _____ Toss.: _____

Laringe espasmo: _____ Lenta: _____

Náusea: _____ Vômitos: _____

Outros: _____

MANUTENÇÃO

① Ideal para p...
② Ideal para p...
③ Ideal para p...
④ Ideal para p...
⑤ Ideal para p...
⑥ Ideal para p...
⑦ Ideal para p...
⑧ Ideal para p...
⑨ Ideal para p...

DESPERTAR

Reflexos na S.O.: _____

Obstr.: _____ CO2: _____ Excit.: _____

Náusea: _____ Vômitos: _____

Outros: _____

Com cânula: _____

Para o leito: ☐ sim ☐ não

CONDIÇÕES:

Perda Sanguínea: _____

Agentes: <u>Bupr. pesado / Rocinral / Lidocaina / Fentanyl</u>	Cânulas:
Técnica: <u>Rapida anestesia</u>	
Operação: <u>1to cirurgia fr. exposta tíbia e</u>	
Argiões:	
Atestistas: <u>Andressa Brasil</u>	
vações:	

Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190570295

Vítima: CICERO EVANDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 02/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERO EVANDRO DO NASCIMENTO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: CICERO EVANDRO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000000288-7

Conta: 0000025866-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

