



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	WALDELÂNIO DE LIMA MACIEL		
NACIONALIDADE	BRASILEIRO	NATURAL	
RG	98002232988 SSP	ESTADO CIVIL	SOLTEIRO
CPF	040.270.903-90	PROFISSÃO	
ENDEREÇO	TRAVESSA SÃO BENEDITO DO PARQUE, 30		
BAIRRO	PQ. SANTA ROSA	CEP	60110000
MUNICÍPIO / UF	FORTALEZA - CEARÁ		
FONES	(85) 98605-8964		
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, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias medicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 18 de Novembro de 2019.

WALDELÂNIO DE LIMA MACIEL
outorgante



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, WALDEÂNIO DE LIMA MACIEL, Brasileiro(a),
SOLTEIRO, portador da Carteira de
 Identidade/RG nº 98002232988 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o
 nº 040.270.903-90, residente e domiciliado na cidade de
FORTALEZA, estado Ceará, na Rua
TR. SÃO BENEDITO DO PARQUE, Nº 30, Pq. Santa Rosa,
 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), 18 de Novembro de 20 19.

WALDEÂNIO DE LIMA MACIEL

Declarante



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, WALDEOLÂNIO DE LIMA MACIEL, brasileiro(a),
BRASILEIRO, portador(a) do RG nº
98002232988 - SSP, inscrito no CPF sob nº
040.270.903-90, residente e domiciliado no endereço
TRAVESSA. SÃO BENEDITO DO PARQUE, 30 Pq-SANTAS ROSA

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), 18 de Novembro de 20__.

WALDEOLÂNIO DE LIMA MACIEL

Declarante.

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO

Eu, WALDEANO DE LIMA MACIEL,
 Brasileiro(a), _____, portador da cédula de Identidade Nº
98002232988 SSP E CPF Nº 040.270.903-90, capaz,
 nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
RUA: TRAVESSA SÃO BENEITO DO PARQUE, 30
BARRIO: PARQUE SANTA ROSA
 na Cidade de FORTALEZA, Estado CEARA, CEP
60.110.000, 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, 18, de NOVEMBRO, de 2019.

WALDEANO DE LIMA MACIEL

DECLARANTE



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>WALDEÂNIO DE LIMA MACIEL</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>TRAVESSA SÃO BENEDITO DO PARQUE, 30</u>		Profissão:
CPF nº: <u>040.270.903-90</u>	RG n: <u>98002232988</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>
Bairro: <u>PR. STA ROSA</u>	Cidade: <u>FORTALEZA</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>60.110.000</u>	Telefone: <u>(85) 98605 - 8964</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, 18 de NOVEMBRO de 2019

WALDEÂNIO DE LIMA MACIEL

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.

Parágrafo 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: 162º da Independência e 95º da República.

João Figueiredo / Ibrahim Arbi-Ackel / Hélio Beltrão

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DE LABORATÓRIO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO, FOTOGRAFIA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS




Polegar Direito

WALBELÂNIO DE LIMA MACIEL

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Scanned by CamScanner

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 98002232988

DATA DE EXPEDIÇÃO 08/11/2017

NOME WALDELÂNIO DE LIMA MACIEL

FILIAÇÃO ANTONIO VIRGINIO MACIEL

MARIA DALVA DE LIMA MACIEL

NATURALIDADE FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO 07/01/1983

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: PARANGABA TERMO: 53881 FOLHA: 138

LIVRO: A-46 FORTALEZA - CE

CPF 040.270.903-90

2 VIA

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 4

Scanned by CamScanner

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por WALDELÂNIO DE LIMA MACIEL, sob o número 02223193520208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0222319-35.2020.8.06.0001 e código 64355B5.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2019541454



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2638 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **07/08/2019 14:31:26**
 Data / Hora da Ocorrência: **22/02/2019 16:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA EDUARDO ARAUJO**
 Complemento:
 Bairro: **PARQUE SANTA ROSA** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **WALDELÂNIO DE LIMA MACIEL**
 Nascimento: **07/01/1983** CPF: **040.270.903-90**
 RG: **98002232988** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA DALVA DE LIMA MACIEL**
ANTONIO VIRGINIO MACIEL
 Endereço: **TRAVESSA SÃO BENEDITO, 30**
 Bairro: **PARQUE SANTA ROSA**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98605-8964**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PEDALANDO UMA BICICLETA QUANDO UMA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADAS ATROPELOU A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA, QUE A VITIMA FOI PARA SUA CASA E PEDIU PARA O SENHOR JEFFERSON BORGES ARAUJO LEVA-LO PARA O HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA. 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) :

Bel. Evandro Alves de Souza
 Delegado de Polícia
 MAT. 14699

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS			
NOME DO PACIENTE WALDELANIO DE LIMA MACIEL		Nº DO PRONTUÁRIO 370388	Nº DO BE 265326
NASCIMENTO 07/01/1983(36 ANOS)		SEXO M	RACA/COR PARDO
NOME MÃE MARIA DALVA DE LIMA MACIEL		UF CE	
ENDEREÇO TRAVESSA SÃO BENEDITO 30 GRANJA LISBOA		CEP 60.540-030	
OCORRÊNCIA			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
MOTIVO RETORNO PARA RE AVALIAÇÃO DO DRº PEDRO BRAGA		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS			
PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLICEMIA NI
ALERGIAS NAO SABE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO DANIELA DE SOUZA FEITOZA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 11/03/2019 21:45:27
ÁREA ATENDIMENTO			
ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
DIAGNÓSTICO			
COD. PROCEDIMENTO			
CID			
SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIOS-X () OUTROS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MÉDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
AQUELA QUEMOS DE BALICHA EN 22/12/2018. APRESENTA REINATIMA / BOM - ARTORE DE INFER (PACIENTE) 24/12/2018 - BOM - CUMPRIR INTERNO.			
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
ALTA/SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO			
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA			

333030222

Pedro B. Linhares Garcia
Traumato-Ortopedia
CRM: 132115BOT 14403

Impresso por DANIELA DE SOUZA FEITOZA em 11/03/2019 às 21:45:30
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

WALDELANIO DE LIMA MACIEL
waldelanio de lima maciel

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

Mônica Saba
Mat.15934

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e esaj.tjce.jus.br, protocolado em 07/04/2020 às 12:25, sob o número 02223193520208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0222319-35.2020.8.06.0001 e código 64355B9.

[illegible]**ROUTE:**

ALTA: ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ A REVELIA ☐ TRANSFERÊNCIA

REMOVED PARA: _____ GUIA Nº _____

DATA E HORA DA ALTA: 11 HORA: 11

OBSERVAÇÃO: (ATÉ 24 h) ☐ DATA E HORA DA ALTA: / / HORA: : :

INTERNACÃO ☐ Nº PRONTUÁRIO: _____

DATA E HORA DA INTERNAÇÃO: 11/11/2017 HORA: 14:00

ASS. GARIBOLDI MEDICO

PARA OBITO: _____ DATA OBITO: 11 _____ HORA OBITO: _____
 TESTE DO 1º BOCORRO ☐ NÃO ☐ SIM

DESTINO DO CORPO: 1 ☐ ENTREGUE A FAMÍLIA 2 ☐ I.M.L. 3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA 4 ☐ SVO

ASS. GARRINHO MÉRICO RESPONSÁVEL

ABS, PATIENTE OU AGENDADO

ASS. DO MEDICO E CAMARAO

HOSPITAL DISTRIITAL M^o JOSÉ BARROCO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

J. D. Anna Bourke

Mônica Saba
Mat.15984



Av. Humberto Monte, 1440 – Parquelândia
CEP: 60450-000 CNPJ: 13.251.274/0001-03
(85) 3283-4784 / 98800.0778

Data do Acidente: 22/02/2019

Tipo de Tratamento:

Clinico ☐

Cirúrgico ☒

Data da internação: 14/03/19

Nome da vítima do acidente:

VALDELÂNIO DELIMMACIEL

Nome do Hospital: FERNANDES TAVORA

Data da alta hospitalar: 17/03/19

Encontrou no segurado outros defeitos físicos, moléstias ou doenças existentes antes da data do acidente?
Cite especificando lesões/doenças e o percentual de perda funcional.

NÃO

Quais os tratamentos que o segurado foi submetido até a data indicada acima?

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA ÚMERO DTE COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO.

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

Sim.

Data da definição da(s) sequela(s)

23/05/19

Descrição da sequela permanente com perda funcional causada pelo acidente do que o segurado foi vítima:

PERDA FUNCIONAL DO BRAÇO DTE

DOR A MOBILIZAÇÃO + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS E DA FORÇA.

ALTA MÉDICA DEFINITIVA EM 22/05/19.

Grau da definição da(s) sequela(s)

50%

Nome do médico responsável:

JOÃO BATISTA GOMES DA SILVA

Assinatura e carimbo do médico:

Local:

FORTALEZA CE

Firma reconhecida do médico:

Data:

08/10/2019

João Batista Gomes da Silva
Médico
CRM 5158 CPF 228.775.923-51



**Prefeitura de
Fortaleza**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA**

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE WALDELANIO DE LIMA MACIEL		DADOS PESSOAIS	
CADUS	NASCIMENTO 07/01/1983(36 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 370388	Nº DO BE 262392
NOME MÃE MARIA DALVA DE LIMA MACIEL	NOME RESPONSÁVEL NI	SEXO M	RACIA/COR PARDO
ENDEREÇO TRAVESSA SÃO BENEDITO 30 GRANJA LISBOA	MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	
CONTATO	CEP 60.540-030		
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
OCORRÊNCIA			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEIXA REFERE TRAUMA EM MSD	MOTIVO COLISÃO MOTO X BICICLETA	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINTOMAS NI			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SINAIS VITAIS SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA	GLICÊMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ISABELLE DANTAS NEIVA CORDEIRO		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 22/02/2019 16:57:38
ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
ANAMNESE			
DIAGNÓSTICO			
SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MEDICAMENTO	APAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
ALTAS/SAÍDA () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO			
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA			

302090227

Dr. B. Linhares
Traumato - Ortopedia
CRM: 13211 SBOT 1440

Re. Braco

Fratura de úmero direita (REFRATUM + RACHOS ARTROS).
proprio, não há
tumor, não há
orientação interna

RECUBERAR A PARTIR DA MOTO

waldelanio de lima maciel

HOSPITAL DISTRITAL M^a JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Mônica Saba
Mônica Saba
Mat.15984

HOSPITAL DISTRITAL M^a JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Mônica Saba
Mônica Saba
Mat.15984

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e esaj.tje.jus.br, protocolado em 07/04/2020 às 12:25, sob o número 02223193520208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tje.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0222319-35.2020.8.06.0001 e código 64355B9.

[illegible]

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

2.2 Ana Paula
Mônica Saba
Mat.15984



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação

RECEITA UNIDISTRITAL DE INTERIORES - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AV. Celso de Figueiredo nº 1337 - Fátima - CEP 44.020-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3231-7330

Fortaleza

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º de AIH:

UNIDADE HOSPITALAR

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ

07.835.044 / 0002-81

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

WALDEMAR DE LIMA MACIEL

ENDEREÇO DO PACIENTE

TRAVESSA SÃO BENEDITO - N.º 30

BARRIO

GRANJA PORTUGAL

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

07/07/1983

SEXO

1. MASC

2. FEM

CONDIÇÃO

2. S. SEGURO

4. CONJUGE 6. FILHO 8. OUTRO

N.º DA MÃE

MARIA DALVA DE LIMA MACIEL

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

00263450385

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

11/03/13

Pedro B. Linhares Garcia
Traumato-Ortopedia
CRM: 13211 SBO 14403

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

com um fraco D

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

com um

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

R

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

Mônica Saba
Mat. 15984

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de Ulna

TIPO DE CLÍNICA

1. CIRÚRGICA

3. CLÍNICA MÉDICA

5. PSIQUIÁTRICA

9. OUTROS

2. OBSTÉTRICA

4. TISIOPEUMOL

6. PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO

Pedro B. Linhares Garcia
Traumato-Ortopedia
CRM: 13211 SBO 14403

11/03/13

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome: <u>WANDERSON</u>				
Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			11/03/2019	

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
11/3/19	Refusou / Refusou a internação no dia 11/3/19 por não ter condições de internação. Retorno para URGIA.
11/03	Paciente W.D.L.M., 36 anos, admitido no emergency para avaliar com Dr. Pedro Braga. Consciente, orientado, verbaliza que ocorreu o acidente, sem queixas no momento.
	Vanessa Braga de Sousa Enfermeira COREN/CE - 378.485
13/03/19	Pcte com dor no braço D. Agendo Cirurgia.
	Dr. Carlos Windson W. da Traumatologia - Ortopedista CRM - 7793
13/03/19	W.D.L.M., 36a, HD: trauma em braço D, encaminhado ao Frotinha do Antº Bezerra, evoluí consciente, orientado verbalizando, hemodinamicamente estável.
	Fca. Antonia Monteiro da S. GORENICE: 555.866 - ENF
	HOSPITAL DISTRITAL Mº JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL
	J.J. Ana Pereira Mônica Saba Mat. 15984



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOMIJO-Prodinha de Parangaba

Este documento é cópia do original assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e assai.jce.jus.br, protocolado em 07/04/2020 às 12:25, sob o número 0222319-35.2020.8.06.0001 e código 64355B9. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.jce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0222319-35.2020.8.06.0001 e código 64355B9.

PREScrição Médica / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

11:	
16:	
20:	
06:	

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

DRÁRIO:	10 00				
P.A.:	120x80				
TEMP.º:	35.6°C				
P.J. MIN.:					
M.V. / MIN.:					

NOME: NAJMA MARIA SAID SILVA IDADE: 36 ENF.: 36 LEITO: 36 Nº. PRONTUÁRIO: 36

DATA	PREScrição Médica / ASSINATURA	HORARIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Empl. Dieta)
11	<u>08:00 AM</u>	<u>5ND</u>	<u>08:23:30 hs. pelo admnistrador com finalidade de im-</u>	
13	<u>08:00 AM</u>	<u>14 22/08</u>	<u>no em uso, comente que entendo, verbaliza, deambula</u>	
	<u>16:00 PM</u>	<u>5N</u>	<u>negativa, nega dor, nega di-</u>	
			<u>tares, encaminha para a emergência, segue sob os</u>	
			<u>dados da equipe. Realiza-</u>	
			<u>do ACP em uso. Segue</u>	
			<u>sob os cuidados da equipe</u>	
			<u>em paciente consciente, orientado</u>	
			<u>verbalizando, deambulando, de</u>	
			<u>que no momento verbaliza</u>	
			<u>sem que haja alteração da</u>	
			<u>enfermagem</u>	
			<u>rec</u>	
			<u>5ND</u>	
			<u>450505</u>	
			<u>HOSPITAL DISTRICTAL Nº 105, RUA DE FORTALEZA</u>	
			<u>Atesto que cópia contém</u>	
			<u>Mônica Sousa</u>	
			<u>Mat: 15984</u>	

Carimbo do Hospital
CRM: 18211-0807

Antônio Henrique da Silva Sousa
COREN CE 001.320.819 - TE

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

Journal

11:		
16:		
20:		
06:		

HORÁRIO:	11:00				
P.A.:	220x20				
TEMP.º:	25.5				
º / MIN.:					
M.V. / MIN.:					

NOME:	Waldônio Lima Maciel		
IDADE:	36a	ENF.:	
LEITO:		Nº. PRONTUÁRIO:	

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORARIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Ente / Dieta)
12/03	Dieta Geral Ibuprofeno - 01 comp. VO 12/12h Dipirona - 01 amp + 18 cc SF EV 6/6 SN Plasil - 01 amp + 18 cc SF EV 8/8h SN Tramal 100mg - 01 amp + 100ml SF EV SN Sinais Vitais	SNP 12 10 SN SN SN D-12h	Alimentação normal Sinais vitais normais Sem alterações Queixas de dor e desconforto	Assinatura do Socorro da Silva CARMEN-CE 9.88466 - TE
	Dr. Carlos Anderson Costa Traumatologia - Ortopedista CRM - 7793		HOSPITAL DISTRIAL N.º JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL	
			Assinatura Mônica Saba MAT. 15984	

ESPELHO DA AIH

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 05/2019

DATA: 10/04/2019

Num AIH: 231910198170-2 ✓ Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 05/2019 Data de Emissão: 14/03/2019

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

Doc autorizador: 980016003261132 Doc med resp: 206633842350003 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 206633842350003

CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 7004039778100

Paciente: WALDELANIO DE LIMA MACIEL ✓ Prontuário: 2450182 ✓ Laudo: ✓

Data Nasc.: 07/01/1983 ✓ Sexo: MASCULINO ✓ Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 980022329880

Responsável pac.: WALDELANIO DE LIMA MACIEL Nome da Mãe: MARIA DALVA DE LIMA MACIEL ✓

Endereço: EDUARDO ARAUJO, 2149 - PRESIDENTE VARGAS Raça/Cor: PARDA

Município: 230440 - FORTALEZA UF: CE CEP: 60731-010 Telefone: (85)9861.0555

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: S423-FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO Diag. Secundário: V129-CICLISTA TRAUMATIZADO EM COLISÃO COM

Diag. complementar: ✓ Causa Óbito: ✓

Carater atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 14/03/2019 Data saída: 18/03/2019 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 Cmpt	Descrição
1 04.03.02.007-7	206633842350003	1 225270	206633842350003	3969800	1 032019 NEUROLISE NAO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFÉRICOS
2 04.03.02.007-7	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1 032019 NEUROLISE NAO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFÉRICOS
3 04.08.02.039-3	206633842350003	1 225270	206633842350003	3969800	1 032019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO
4 04.08.02.039-3	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1 032019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO
5 07.02.03.090-2	09069959000158	0	09069959000158	3969800	✓ 1 032019 PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM
6 08.02.01.001-6	✓	0	3969800	3969800	✓ 4 032019 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM P
7 04.01.01.001-5	206633842350003	0 225270	206633842350003	3969800	✓ 2 032019 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENT
8 02.04.04.005-1	3969800	0	3969800	3969800	✓ 2 032019 RADIOGRAFIA DE BRACO ✓

==[VALORES DA PRÉVIA]=====

Forma de Organização	+ - Serv. Hospitalar + - Serviço Profissional - - - - - + - - - - -						
	+ - - - - Direto - - - - - + - - - - Direto - - - - - + - - - - Rateado - - - - - + - - - -						
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	+ - Total
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	64,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	64,80
04.03.02 COLUNA E NERVOS PERIFÉRICOS	201,43	0,00	0,00	0,00	185,86	0,00	387,29
04.08.02 MEMBROS SUPERIORES	242,51	0,00	0,00	0,00	117,32	0,00	359,83
07.02.03 OPM EM ORTOPEdia	✓ 235,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	235,88
08.02.01 DIARIAS	32,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,00
Total Geral:	776,62	0,00	0,00	0,00	303,18	0,00	1.079,80

==[DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES]=====

Linha Nota Fiscal CNPJ do Fornecedor Lote Série Registro ANVISA CNPJ Fabricante

5 28345 ✓ 09069959000158 ✓

Número de Nascidos Número de Saídas N. Pré-Natal

Vivos: 0 Mortos: 0 Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

MS-DATAUS
VERSÃO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL

fls. 39

PAG.: 1

ESPELHO DA AIH

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 05/2019

DATA: 10/04/2019

Num AIH: 231910198170-2

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 05/2019

Data de Emissão: 14/06/2019

p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente."

DIRETOR DO HOSPITAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e esaj.tjce.jus.br, protocolado em 07/04/2020 às 12:25, sob o número 02223193520208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0222319-35.2020.8.06.0001 e código 64355B9.



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

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600104625
NÚMERO DA AIH: 2319101981702

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 700403977818350 - WALDELANIO DE LIMA MACIEL

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 07/01/1983 - 36 anos

NOME DA MÃE: MARIA DALVA DE LIMA MACIEL

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

ENDEREÇO: RUA EDUARDO ARAUJO, Nº 2149

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO: PARQUE PRESIDENTE VARGAS

CEP: 04027090

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S423 - Fratura da diáfise do úmero

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408020393 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERU

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 170156166780008 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 14/03/2019 - 16:31 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 15/03/2019 - 17:14

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



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

USUÁRIO: gleuce.lima - 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

700403977818350 - WALDELANIO DE LIMA

MACIEL

NOME DA MÃE

MARIA DALVA DE LIMA MACIEL

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5607211

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

07/01/1983 - 36 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

RUA EDUARDO ARAUJO, Nº 2149

BAIRRO

PARQUE PRESIDENTE VARGAS

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

Plantonista

MÉDICO

04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE TRANSFERIDO P/ HOSP. DE APOIO
 - INSTITUTO PRACIX

Solicitação

NÚMERO

12600104625

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

14/03/2019 - 16:31

PROFISSIONAL

04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020393- - TRATAMENTO CIRURGICO DE
 FRATURA DA DIAFISE DO UMERU

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

S423 - Fratura da diáfise do úmero

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL**DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO****DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS****PRINCIPAIS SINAIS E
SINTOMAS CLÍNICOS**

PACIENTE COM FRATURA DE ÚMERO,
NECESSITANDO DE TRATAMENTO
CIRÚRGICO.

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM
A INTERNAÇÃO**

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE
PROVAS DIAGNÓSTICAS**

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RX

Causas externas**DEFINIÇÃO DO ACIDENTE**

1 - NÃO SE APLICA

Voltar

Caso deseje cancelar a solicitação de internação você pode:

Cancelar solicitação

Caso deseje acessar as ocorrências da solicitação você pode:

Acessar ocorrências

CARÁTER DA INTERNAÇÃO	5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA PARA INTERNAÇÃO
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	4 - URGÊNCIA
CENTRAL DE REGULAÇÃO	MACRO FORTALEZA
Justificativa da internação	
DIAGNÓSTICO INICIAL	S423 - Fratura da diáfise do úmero
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	FRATURA DE UMEMO
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	TRATAMENTO CIRURGICO
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	RX
Judicial	
JUDICIAL	NÃO
NÚMERO DO MANDATO	
OBSERVAÇÕES JUDICIAIS*	
Causas externas	
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE	NÃO SE APLICA

Evolução do paciente

DATA-HORA ▲ ▼

OPERADOR ▲ ▼

EVOLUÇÃO ▲ ▼

Nenhum registro encontrado.

Primeira Anterior 1 de 1 Próxima Última

[Voltar](#)

Caso deseje acessar a lista de ocorrências da solicitação você pode:[Acessar ocorrências](#)**Caso deseje Imprimir Laudo de Solicitação de Internação você pode:**
[Imprimir Laudo de Solicitação de Internação](#)



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



Fortaleza 2

fls. 44

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA** 2 - CNES: **252914**
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **INSTITUTO PRAXIS** 4 - CNES: **222319352000001**

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **WALDELÂNIO DE LIMA MACIEL** PRONTUÁRIO: **5607211**
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: **700403977818350** 8 - DATA NASCIMENTO: **07/01/1983** 09-SEXO: **()M ()F** 10-RACIA/COR: **10.1 - ETNA**
11 - NOME DA MÃE/PAI: **MARIA DALVA DE LIMA MACIEL** 12 - TELEFONE:
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: **N.I.** 14 - TELEFONE DE CONTATO:
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): **EDUARDO ARAUJO 2149 PARQUE SANTA ROSA CASA A**
16 - MUNICÍPIO: **FORTALEZA** 17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: **CE** 18 - UF: **CE** 19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE COM **FRATURA DE ÚMERO**, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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. PÚMERO** 24 - CID 10: **S423** 25 - CID10 SECUNDÁRIO: 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE ÚMERO.** 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0408020393**
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: **14/03/2019** 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: **14/03/2019** 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

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

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

==[INTERNAÇÃO]==

Número Data Hora Convênio/Plano
201921001321 14/03/2019 19:26 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
0408020393 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMER0

==[ACOMODAÇÃO]==

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
204/2 ENFERMARIA CLÍNICA MÉDICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

==[PACIENTE]==

Nome Sexo
WALDELÂNIO DE LIMA MACIEL MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontoúário Registro
07/01/1983 36 Anos CATÓLICO (A) 2450182 201902570001146

==[DADOS DA ALTA]==

Diagnóstico Principal
S423 - FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO
Procedimento Realizado
0408020393 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMER0
Data Hora Motivo
18/03/2019 15:14 ALTA MELHORADO

==[DECLARAÇÃO]==

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente WALDELÂNIO DE LIMA MACIEL, 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), 18 de março de 2019

Responsável/

Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)

Responsável

pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: elis.bastos

Data: 18/03/2019 Hora: 15:14:26

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TAVORA
RECEITUÁRIO SIMPLES



PACIENTE

Nome: WALDELANIO DE LIMA MACIEL
Idade: 36 ano(s)
Endereço: RUA EDUARDO ARAUJO, 2149 - PRESIDENTE VARGAS - FORTALEZA
CE

USO ORAL

1) CETOPROFENO 100 MG
TOMAR 1 COMP DE 12/12h 1 CX

FORTALEZA, 16 de Março de 2019

Francisco Josafa Fernandes
CRM/CE 5253

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TAVORA
RECEITUÁRIO SIMPLES



PACIENTE

Nome: WALDELANIO DE LIMA MACIEL
Idade: 36 ano(s)
Endereço: RUA EDUARDO ARAUJO, 2149 - PRESIDENTE VARGAS - FORTALEZA
CE

USO ORAL

1) CETOPROFENO 100 MG
TOMAR 1 COMP DE 12/12 h 1 CX

FORTALEZA, 16 de Março de 2019

FRANCISCO JOSAFIA FERNANDES
CRM/CE 5253

Interativo de 2/2 dias
Retirar os pontos com 15 dias
Tubérculo
Retorno dia 18/04/19 às 7h

1ª Via - Farmácia

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		
Nome: Dr FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES	CRM: CRM/CE	Nº 5253
Endereço: AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE		
Cidade: FORTALEZA	Fone: (85) 32287350	

PACIENTE

Nome: WALDELÂNIO DE LIMA MACIEL Idade: 36 ano(s)
Endereço: RUA EDUARDO ARAUJO, 2149 - PRESIDENTE VARGAS - FORTALEZA

USO ORAL

1) CEFADROXILA 500mg

20 COMPRIMIDOS
TOMAR UM COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS POR DEZ DIAS SEGUIDOS

FORTALEZA, 16 de Março de 2019

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
CRM/CE 5253

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome:	Órgão Emissor		
Identif. Municipal	UF	Data 16/03/2019	Assinatura do Farmacêutico

2ª Via - Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		
Nome: Dr. FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES	CRM: CRM/CE	Nº: 5253
Endereço: AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE		
Cidade: FORTALEZA	Fone: (85) 32287350	

PACIENTE

Nome: WALDELÂNIO DE LIMA MACIEL Idade: 36 ano(s)
Endereço: RUA EDUARDO ARAUJO, 2149 - PRESIDENTE VARGAS - FORTALEZA

USO ORAL

1) CEFADROXILA 500mg

20 COMPRIMIDOS
TOMAR UM COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS POR DEZ DIAS SEGUIDOS

FORTALEZA, 16 de Março de 2019

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
CRM/CE 5253

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome:	Órgão Emissor		
Identif. Municipal	UF	Data 16/03/2019	Assinatura do Farmacêutico

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

==[ADMISSÃO]==

Número 201921001321 Data 14/03/2019 Hora 19:26 Convênio PRAXIS Classificação SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento ELETIVO SISREG 1260104625 AIH
Origem do Paciente IJF Clínica/Especialidade CLÍNICA CIRÚRGICA/GERAL
Médico Solicitante 5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO Médico Responsável 5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO
Procedimento Solicitado 0408020393 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERÓ Dias 2
==[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome WALDELÂNIO DE LIMA MACIEL Sexo MASCULINO
Nascimento 07/01/1983 Idade 36 Anos Raça/Cor PARDA Estado Civil SOLTEIRO(A) Religião CATÓLICO (A)
Mãe MARIA DALVA DE LIMA MACIEL Pai ANTONIO VIRGINIO MACIEL
Conjuge Responsável SILVIA HELENA Prontuário 2450182 ✓
CNS 700403977818350 Registro 201902570001146 Documento Informado RG: 9800232988
País BRASIL Município de Naturalidade FORTALEZA/CE CEP 60731-010
Município de Residência FORTALEZA/CE Logradouro RUA EDUARDO ARAUJO
Número 2149 Complemento Bairro PRESIDENTE VARGAS
Fone Móvel (85)9861.05362 Fone Fixo Ponto de Referência

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)
EMPREGADO FORMAL / ELETRICISTA DE INSTALACOES

==[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==

Em caso de urgência avisar Acomodação/Leito 204/2
SILVIA HELENA Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 01
Tipo de Acomodação ENFERMARIA Clínica CLÍNICA MÉDICA
Atendente: maria Data: 14/03/2019 Hora: 19:35:38 Tempo: 00:09:36

==[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

SILVIA HELENA, abaixo assinado, responsável pelo paciente WALDELÂNIO DE LIMA MACIEL, 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), 14 de março de 2019

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

WALDELÂNIO DE LIMA MACIEL

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TAVORA



ATESTADO MÉDICO

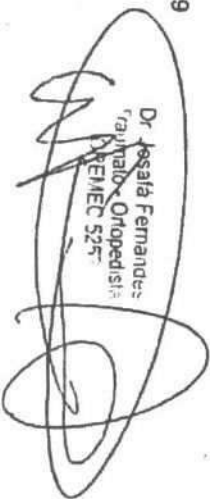
Atesto, para os devidos fins, que o paciente WALDELANIO DE LIMA MACIEL portador do documento 7 necessita de 90 dia(s) de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença

CID S423

FORTALEZA/CE, 16 de Março de 2019

JOSAFA
CRM/CE 5253

Dr. Josafá Fernandes
Ortopedista
CRM/CE 5253



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TAVORA



ATESTADO MÉDICO

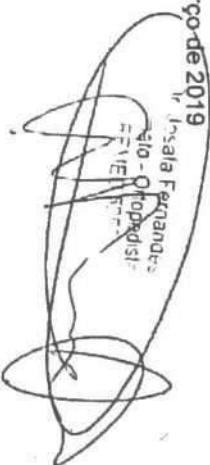
Atesto, para os devidos fins, que o paciente WALDELANIO DE LIMA MACIEL portador do documento 7 necessita de 90 dia(s) de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença

CID S423.

FORTALEZA/CE, 16 de Março de 2019

JOSAFA
CRM/CE 5253

Dr. Josafá Fernandes
Ortopedista
CRM/CE 5253



SINISTRO 3190524702 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA WALDELANIO DE LIMA MACIEL****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA****CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME****BENEFICIÁRIO WALDELANIO DE LIMA MACIEL****CPF/CNPJ: 04027090390****Posição em 31-01-2020 09:42:46**

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
12/11/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50