

**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA ____
VARA DA COMARCA DE LIMOEIRO DO NORTE/CE**

AÇÃO DE COBRANÇA – SEGURO DPVAT

JANAYNA MONTEIRO DE LIMA, brasileira, solteira, agricultora, portador do RG nº 2007838033 - SSPCE, CPF nº 071.523.853-19, residente e domiciliada no Setor NH5, s/n, Zona Rural, Limoeiro do Norte-CE, CEP 62930000, por sua advogada infra-assinada (procuração anexa), vem a presença de Vossa Excelência, ajuizar a presente

AÇÃO DE COBRANÇA (SEGURO DPVAT)

em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, empresa gestora dos seguros DPVAT, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20031-205, pelos fundamentos de fato e de direito a seguir aduzidos:

1. DA JUSTIÇA GRATUITA

Requer os benefícios da Justiça Gratuita, assegurados pela Constituição Federal, artigo 5º, LXXIV e pela lei nº 13.105/2015 (NCPC), artigo 98 e ss., por não poder arcar com as custas do processo sem o prejuízo do próprio sustento e de sua família, conforme declaração em anexo.

2. DOS FATOS

A autora sofreu acidente de motocicleta no dia 03/05/2019, ocasião em que seguia pela estrada carroçável que liga o Setor NH5 a BR116, quando colidiu com outra motocicleta que vinha em sentido contrário.

Em virtude do ocorrido a requerente sofreu diversas lesões, fraturas nos dedos, mão e braço direito, perna esquerda, face, maxilar, além de ter sofrido traumatismo craniano.

A requerente passou por 04 procedimentos cirúrgicos, tendo passado 02 meses e 12 dias internada no Instituto Doutor José Frota (IJF), em Fortaleza.

É isso o que atestam os laudos de atendimento e procedimentos realizados, dentre outras coisas que foram pertinentes para início do tratamento, ficha de referência, prescrição médica e dados do atendimento, todos em anexo à esta exordial.

Mesmo tendo ficado com diversas sequelas do acidente,, na via administrativa, a autora recebeu tão somente a quantia de R\$ 1.350,00 (mil trezentos e cinquenta reais), o que não é justo ante a gravidade das lesões sofridas pela requerente.

Diante do exposto, a autora requer, por ser medida de Justiça, o recebimento do valor total da indenização, qual seja R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), tudo acrescido de correção monetária e juros de mora desde a época do evento danoso.

Portanto, a ré deve pagar o valor remanescente da indenização, que perfaz a quantia de R\$ 12.150,00 (doze mil reais e cento e cinquenta reais).

3. DO DIREITO

A demanda ora posta à apreciação do Poder Judiciário há muito se encontra pacificada, notadamente no âmbito do Superior Tribunal de Justiça.

A pretensão autoral encontra-se amparada pela Lei nº 6.194/74 (Lei do Seguro Obrigatório – DPVAT), em seu art. 3º, com nova redação dada pela Lei nº 11.945/08, que garante o pagamento de seguro obrigatório àquelas pessoas que venham a ficar com debilidade permanente em decorrência de acidente automobilístico.

Dessa forma, a lei do Seguro Obrigatório estipula, no caso de invalidez permanente, o direito ao recebimento pelo acidentado a um valor indenizatório de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), senão vejamos:

“Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

(...)

II – até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente.”

Neste sentido, quanto a correção monetária a jurisprudência pátria é farta, vejamos:

“APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. GRADUAÇÃO. MP 451/2008. LEI Nº 11945/2009. GRADUAÇÃO OBRIGATÓRIA. CORREÇÃO MONETÁRIA. ALTERAÇÃO. O seguro obrigatório foi criado para indenizar as vítimas de sequelas permanentes ocasionadas em acidente de trânsito. Configurada a invalidez permanente da vítima, decorrente de acidente de trânsito ocorrido após a edição da MP 451/2008, posteriormente convertida na Lei nº 11.945/2009, se faz necessária a graduação da lesão para fins de quantificação da indenização. Correção monetária devida desde a data do sinistro, pois este foi o momento em que o risco foi implementado, sendo este o marco adequado à recomposição do valor da moeda.”

“APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. PAGAMENTO ADMINISTRATIVO. **A indenização do seguro obrigatório DPVAT deve ser paga de forma proporcional à graduação da invalidez. no caso, o pagamento administrativo realizado não**

observou a correta extensão das lesões, devendo ser complementado. Apelação desprovida. (Apelação Cível Nº 70058354473, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Elisa Carpim Corrêa, Julgado em 03/04/2014) (TJ-RS - AC: 70058354473 RS, Relator: Elisa Carpim Corrêa, Data de Julgamento: 03/04/2014, Sexta Câmara Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 16/04/2014)."

Portanto, o autor tem direito ao recebimento do valor da indenização, acrescido de correção monetária e juros de mora desde a época do evento danoso (18.10.2018).

4. DA NÃO OCORRÊNCIA DA PRESCRIÇÃO

No caso em apreço, não há como admitir a prescrição, uma vez que o acidente ocorreu em 03/05/2019 e o art. 206, parágrafo 3º, IX do Código Civil dita que a prescrição é de 03 (três) anos. Vejamos o artigo mencionado:

"Art. 206. Prescreve:

(...)

§3º Em três anos:

(...)

IX - a pretensão do beneficiário contra o segurador, e a do terceiro prejudicado, no caso de seguro de responsabilidade civil obrigatório."

A presente ação foi ajuizada após aproximadamente 09 meses do evento danoso, não há que se falar em prescrição.

5. DOS PEDIDOS

Diante do exposto e com fulcro na Constituição Federal de 1988 e na legislação de regência, bem como nos princípios gerais do direito, requer a V. Exa.:

- a) A citação da empresa requerida no endereço acima mencionado para, querendo, apresentar resposta à presente ação;

b) A realização de Audiência de Conciliação nos termos do art. 319, VII, NCPC;

c) Em caso de negativa de conciliação, requer o julgamento antecipado da lide, ante a desnecessidade de produção de provas em audiência, conforme preceitua o art. 355, I do CPC;

d) A condenação da requerida ao pagamento da indenização do Seguro DPVAT no valor de R\$ 12.150,00 (doze mil cento e cinquenta reais), acrescido de correção monetária e juros de mora desde o evento danoso;

e) A concessão dos benefícios da Assistência Judiciária Gratuita, anteriormente solicitado com fulcro no art. 98 e ss. do CPC/15;

f) A realização de perícia médica, se assim V. Exa. entender necessário, com a finalidade de comprovar a invalidez do autor;

g) Concessão de honorários advocatícios sucumbenciais, nos termos do art. 85 do CPC.

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, inclusive juntada posterior de documentos, e oitiva de testemunhas, caso seja necessário, tudo de logo requerido.

Dá-se à causa o valor de R\$ R\$ 12.150,00 (doze mil cento e cinquenta reais)

Nestes Termos,

Espera e aguarda deferimento.

Limoeiro do Norte/CE, 21 de fevereiro de 2020.

MARIA JOSÉ MAIA
OAB/CE Nº 17.304

PROCURAÇÃO

JANAINA MONTEIRO DE LIMA, brasileira, solteira,
agricultora, RG nº 2007838033-7 SSPDS/CE, CPF nº 071.523.853-19,
residente e domiciliado no Setor NH5, s/nº, Zona Rural,
Limoeiro do Norte-CE. CEP: 62930-000

pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores, **MARIA JOSÉ MAIA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o número 17.304, e **DÁRIO IGOR NOGUEIRA SALES**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o número 15.813, ambos com escritório profissional na Av. Dom Aureliano Matos, 2292, Centro, Limoeiro do Norte/CE; a quem confere amplos poderes, com a cláusula Ad-judícia, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, ou Procedimento Administrativo, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo (a) nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda poderes especiais para confessar, desistir, renunciar direitos, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do outorgado.

Limoeiro do Norte/CE, 03 de fevereiro de 2019.

Janaina Monteiro de Lima.

Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu Janayma Monteiro de Lima, brasileira, solteira,
Agricultora, Rb nº 2007838033 SSP/CE, CPF nº 071.523.853-
19, residente e domiciliada na Setor NHG, S/n, Zona Rural,
Limoeiro do Norte/CE, CEP: 62930-000.

declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sem pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição de República e da Lei nº 1.060/50.

Limoeiro do Norte - CE, 03 de fevereiro de 2019.

x Janayma Monteiro de Lima.
DECLARANTE

REPÚBLICA 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

Janayna Monteiro de Lima

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007838033 - 7 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/03/2011

NOME
JANAYNA MONTEIRO DE LIMA
FILIAÇÃO
JOÃO JERÔNIMO DE LIMA
MILDA DE OLIVEIRA MONTEIRO

NATURALIDADE
LIMOEIRO DO NORTE - CE DATA DE NASCIMENTO
06/03/1998

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:25190 FOLHA:254
LIVRO:A-22 LIMOEIRO DO NORTE - CE

CPF

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29-08-83

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

SUS

898 0040 1646 3136

Nome: Janayna Monteiro Lima
Data de nascimento: 06/03/98
Sexo: Data de emissão:
Município de residência: CURATÃO UF: SP

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
071.523.853-19

Nome
JANAYNA MONTEIRO DE LIMA

Nascimento
06/03/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
11D4.CF43.6533.3BD5

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 16:09:10 do dia 17/05/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARIA JOSE MAIA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 09/03/2020 às 13:39, sob o número 00503231520208060115. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0050323-15.2020.8.06.0115 e código 621DFA6.

SAE SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE LIMOEIRO DO NORTE
 Av. DOM AURELIANO MATOS, 1400 - CENTRO - LIMOEIRO DO NORTE/CE
 CEP: 62.930-000 - CNPJ: 07.925.932/0001-79
 Fone: (88) 3423.4200 - Site: www.sae-limoeiro.com.br

INSCRIÇÃO: **0027837.8** CLASSE: **PAR** TARIFA: **R-6** RES: **01** COM: **IND** PÓS: **OUT** MÊS/FAT: **10/2019**

HIDRÔMETRO: **A18E101791** INSTALAÇÃO: **02/10/18** LOCALIZAÇÃO: **00.00.25.0000000964** FATURA: **190192176**

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR
 JANAYNA MONTEIRO DE LIMA
 SETOR NH-5 - , SETOR NH-5
 CEP: 62.930-000 LIMOEIRO DO NORTE-CE

SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	VALOR
01	ÁGUA	34,16
16	MULTA POR ATRASO - 07/2019	0,61

HIDROMETRIA

LEITURA	DATA
ANTERIOR: 151	13/09/19
ATUAL: 164	15/10/19
CONSUMO: 13	DIAS: 32
LEITURISTA: 30	CCO.00

MÉDIA: 10 m³

ULTIMOS CONSUMOS

MÊS	CONSUMO
ABR	10
MAI	10
JUN	3
JUL	5
AGO	7
SET	26
OUT	13

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

RESERVATÓRIO: 00-	PERÍODO: A		
PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO

DÉBITO(S):
 EXISTE(M) DEBITO(S), TOTALIZANDO EM R\$ 127,43

VENCIMENTO: **11/11/2019** VALOR R\$: **34,77**

CONFORME ABAIXO INFORMADO, EXISTEM DÉBITOS PARA COM ESTE SERVIÇO. SOLICITAMOS A REGULARIZAÇÃO DO MESMO ATÉ A DATA 25/10/19 QUANDO SERÁ EFETUADO O CORTE SEM PREVIO AVISO. TEL. 99779-8515/3423-4200/99986-084

CASO TENHA EFETUADO O PAGAMENTO, DESCONSIDERE ESSA LOCALIS PAGO: SAAE/ MERCANT.NOVA OPÇÃO/ LOTÉRICAS/ OU CAIXA INTERNET BANKING/ CORRESPONDENTES CAIXA/ FARM.S.

CONSUMIDOR

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 03/05/2019 21:32:51	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 703107869872960	NOME: JANAYNA MONTEIRO DE LIMA				Registro: 5615061		
CPF: 07152385319	RG: 20078380337	D. NASC: 06/03/1998	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: HILDA DE OLIVEIRA MONTEIRO				NOME DO PAI: JOÃO JERONIMO DE LIMA			
TIPO DE LOGRADOURO: Distrito	ENDEREÇO DO PACIENTE: SETOR N H 5			Nº: 28	BAIRRO: ZONA RURAL		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: , 998015808	MUNICÍPIO: LIMOEIRO DO NORTE		UF: CE	CEP: 62930000		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SAMU CE USA 134 COND ALISSON			PARENTESCO: COMPANHEIRA/ERYCA			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 veículo a motor de duas ou três rodas							
QUEIXAS: colisão moto/moto as 14:00hs. Regulado UNISUS. origem limoeiro do norte. fratura exposta MMII, curativo oclusivo o regiao frontal a esquerda. bateu a cabeça, síncope, náuseas, vômito.							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							

Anamnese:

Exame Físico:

Conduta:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

 Prefeitura de Fortaleza Secretaria Municipal de Saúde		Instituto Dr. José Prota
AVISO DE ALTA HOSPITALAR		
Paciente: <u>Jonayma Monteiro de Lima</u>		
Nome da Mãe: _____		
Setor: <u>BMP</u>	Leito: _____	
Data: <u>31 / 07 / 2019</u>	Hora: _____ : _____	
TIPO DE ALTA:		
☒ Alta Médica ☐ Alta a Pedido		
Dr. Francisco de Assis C. Vergetti Especialista em Reumatologia Bucco-Maxilo-Facial Residente IJF CRO/CE 10.416		
_____ Assinatura/carimbo Profissional do Setor		
EN000.606 - Versão 2 - JULHO/18 - 1 via Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061 • Fortaleza, Ceará, Brasil. (85) 3255-6000		



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar a Sra. **JANAYNA MONTEIRO DE LIMA**, portadora do RG n.º 2007838033-7, SSPDS-CE, inscrita no CPF n.º 071.523.853-19, dia 03/05/2019, às 14h10, Município de Limoeiro do Norte-CE, no setor NH, descida do triângulo, próximo a ponte do Banabuiú, vítima de acidente de trânsito, colisão entre motocicletas, sendo removida para o **Hospital Regional Doutor Deoclécio Lima Verde** e em seguida para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 10 de janeiro de 2020.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - CE
Fone: (85) 3433 7434

DADOS DO PACIENTE

DADOS DO ATENDIMENTO

Sinais Vitais							
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)

Travertino SM 1900 2000. CREMEC 18781

MABSON DELANO ALVES BARBOSA - CRM: 18781

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ERICA DAIANA FREITAS
Mabson Delano Alves Barbosa
Clínico Geral
CREMEC 18781

00*000*000



FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: Hosp São Camilo

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: Maria Joseide de Jesus

Prontuário Nº _____

Sexo: M ☐ F ☒ Idade: 25 anos Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento:

Paciente vítima de acidente automobilístico, refere queixa de dor intensa em pé esquerdo associada a edema. Referi uso de capote. Nega TCE, náuseas e vômitos.

Rx de pé esquerdo: fratura do 2º e 3º metatarso fechada.

Conduta já Realizada:

Analgesia + imobilização.Impressão Diagnóstica: fratura de 2º e 3º metatarsos do pé esquerdo fechada.

Dra. Alagôo L. de M. CRÉDITO
Assinatura do Encaminhante Nº Registro

Medica

Função

06/04/19

Data

Hora

Agendamento

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial ☐Hospitalar ☒Auxílio Diagnóstico ☐Especialidade: Ortopedia

Profissional: _____

Unidade de Saúde: _____ Data ____/____/____ Hora ____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

NOME: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Idade: _____

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta ____/____/____

Resumo Clínico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico: _____

CID: _____

Conduta Realizada:

Proposta de Conduta para Seguimento:

O problema justificou a referência?

☐ SIM☐ NÃO

O motivo da referência coincide com o diagnóstico?

☐ SIM☐ NÃO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO RAIMUNDO

2 - CNES

2527707

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO RAIMUNDO

4 - CNES

2527707

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JANAYNA MONTEIRO DE LIMA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

77219

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

70.3107.869.8729-60

8 - DATA DE NASCIMENTO

06/03/1998

9 - SEXO

Masc. ☐Fem. ☒

10 RAÇA/COR

03 - Parda

10.1 ETNIA

11 - NOME DA MÃE

HILDA DE OLIVEIRA MONTEIRO

12 - TELEFONE DE CONTATO

(88)99623-1212

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

ERICA DAIANA FREITAS

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

AVENIDA MANOEL FIDELIS MAIA, 1693, ANTONIO HOLANDA DE OLIVEIRA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

LIMOEIRO DO NORTE

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2307601

18 - UF

CE

19 - CEP

62930-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Relato último no colisão moto-moto,
com TCE grave e fraturas da perna
e braço direito

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação

Andréa Gregório da Rocha
Coord. de Atendimento
CPF 945800813-15

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico + Histórico clínico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TCE grave

24 - CID 10 PRINCIPAL

S06P

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

13.06.00.88

29 - CLÍNICA

MEDICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

31 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

702801647040063

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

MABSON DELANO ALVES BARBOSA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03/05/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD/GRUPO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



RECEITUÁRIO

SÉ FROTA

Paciente: Somayna Monteiro de Lima
BE / Prontuário: _____

Uze interno

① Xorelto 10mg ——— continue
Tomar os comprimidos, via oral, uma
vez ao dia até o retorno

Data: 13/06/19

Dra. Amanda Progênio dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CREMEC 20203

Ass./Carimbo do Médico



MA 000.003 - Versão 2 - 01/DEZ/17 - 1 via - Formato A5 (148/210).
Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061 • Fortaleza, Ceará
(85) 3255-5000.

Mapa de Cirurgias

Dias Int. # Hora Leito Staff Residentes Material Observação Status da marcação

Dra. Amanda Progênio dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CREMEC 20203

Ass.: _____

Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para
Dr. _____

Data: 13/06/19

Imprimir

fls. 17



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Ass.: _____

Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr. _____

Atestado Médico

Data: ____/____/____

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: JANAYNA MONTEIRO DE LIMA

LEITO:

DATA DE 03/05/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 13/06/2019

BE/PRONT: 5615061

CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

IDADE: 21

DIAGNOSTICOS: Fratura do hálux (OPERADA) + Contusão do joelho (CONSERVADOR)

CONDUTA DIA 03/05/19, LUXACAO/FRATURA EXPOSTA DO HALUX ESQUERDO +
DECIDIDA LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES DOS JOELHOS + FRATURA DE
PARA CADA ESTILOIDE DA ULNA DIR + 5° METACARPO DIREITO. DR SALES INDICA
LESÃO: TRATAMETNO CONSERVADOR FRATURAS DE MSD, ALTA DA TO:
RETORNO AMBULATORIAL COM DR SALES EM 15 DIAS (MARCAR);
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM CITRAFE (MARCAR)

STAFF QUE
OPEROU NA
EMERGENCIA:

STAFF DO STAFF
LEITO: INDEFINIDO
RESIDENTE RESIDENTE
DO LEITO: INDEFINIDO

Dra. Amanda Progenio dos Santos Ortopedia e Traumatologia Médica Residente CREMEC 20203		Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr. _____
Data: <u>13,06,19</u>	Dispensa do trabalho por : <u>120 dias</u>	

HG Residencia - Projeto Gestão de Serviços e Residências Médicas



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto Dr. José Frota

CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80

RUA SENADOR POMPEU, 1757

Bairro: Centro

Fone: 3255.5000

Fortaleza- CE

CEP: 60025-001

1ª VIA- FARMÁCIA

2ª VIA- PACIENTE

Dr. Rafael S. Dantas
Otorrinolaringologista
Fonoaudiólogo
Residência L.F. CROCE 9848

PACIENTE: Janayna Monteiro de Lima

ENDEREÇO: Setor N H 5, 28, zona rural – Limoeiro do Norte / CE

PRESCRIÇÃO:

USO INTERNO:

1) Amoxicilina 875mg + Clavulanato de Potassio 125mg ----- 30 comp

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 15 dias.

2) Nimesulida 100mg ----- 06 comp

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 03 dias.

3) Dipirona 500mg ----- 10 comp

Tomar 01 comprimido de 06/06hrs em caso de dor.

DATA: 12/07/2019

Dr. Rafael S. Dantas
Otorrinolaringologista
Fonoaudiólogo
Residência L.F. CROCE 9848

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: HILDA DE OLIVEIRA MONTEIRO

RG: 2007917118-9

ENDEREÇO: Setor N H 5 nº 28

FORNECEDOR

DATA: __/__/__

FORNECEDOR:



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto Dr. José Frota

CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80

RUA SENADOR POMPEU, 1757

Bairro: Centro

Fone: 3255.5000

Fortaleza- CE

CEP: 60025-001

1ª VIA- FARMÁCIA

2ª VIA- PACIENTE

Dr. José Frota
Secretaria Municipal de Saúde
Fortaleza - Ceará
CNPJ 07.835.044/0001-80

PACIENTE: Janayna Monteiro de Lima

ENDEREÇO: Setor N H 5, 28, zona rural – Limoeiro do Norte / CE

PRESCRIÇÃO:

USO INTERNO:

1) Amoxicilina 875mg + Clavulanato de Potássio 125mg----- 30 comp

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 15 dias.

2) Nimesulida 100mg-----06 comp

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 03 dias.

3) Dipirona 500mg----- 10 comp

Tomar 01 comprimido de 06/06hrs em caso de dor.

DATA: 12/07/2019

Dr. José Frota
Secretaria Municipal de Saúde
Fortaleza - Ceará
CNPJ 07.835.044/0001-80

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

RG:

ENDEREÇO

FORNECEDOR

DATA: __/__/__

FORNECEDOR:

Instituto Dr. José Frota



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

Nome: Janayna Monteiro de Lima

Prontuário: 5615061

USO EXTERNO

- 1) Digluconato de Clorexidina _0,12% (sem álcool) _____ 01 frasco
Bochechar 10mL , 2 vezes ao dia, por 01 minuto, durante 10 dias.

Obs: bochechar 30 minutos após a escovação.

Data: 12/07/2019


Dr. Tarciso de Faria P. Filho
C.R.O. 134.000/2019
2019-07-12 13:00:00 9848

Assinatura e carimbo



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto Dr. José Frota

CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80

RUA SENADOR POMPEU, 1757

Bairro: Centro

Fone: 3255.5000

Fortaleza- CE

CEP: 60025-001

1ª VIA- FARMÁCIA

2ª VIA- PACIENTE

[Handwritten signature]
Dr. José Frota
Secretaria Municipal de Saúde
Fortaleza - CE 60025-001

PACIENTE: Janayna Monteiro de Lima

ENDEREÇO: Setor N H 5, 28, zona rural – Limoeiro do Norte / CE

PRESCRIÇÃO:

USO INTERNO:

1) Amoxicilina 875mg + Clavulanato de Potassio 125mg----- 30 comp

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 15 dias.

2) Nimesulida 100mg----- 06 comp

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 03 dias.

3) Dipirona 500mg----- 10 comp

Tomar 01 comprimido de 06/06hrs em caso de dor.

DATA: 12/07/2019

[Handwritten signature]
Dr. José Frota
Secretaria Municipal de Saúde
Fortaleza - CE 60025-001

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

RG:

ENDEREÇO

FORNECEDOR

DATA: __/__/__

FORNECEDOR:

Instituto Dr. José Frota



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

Nome: Janayna Monteiro de Lima

Prontuário: 5615061

RETORNO BMF

DATA DE RETORNO: 17/07/2019 (quarta-feira)

PROFISSIONAL: Dr. Afonso

HORÁRIO: 11:00h

CONDUTA:

- Acompanhamento PO de Osteossíntese de fratura de COZM E + osteossíntese de fratura de côndilo mandibular E
- Cirurgia dia 10/07/2019

Data: 12/07/2019

Dr. Afonso
Assinatura e carimbo

Assinatura e carimbo



PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: TO **Data:** / / às : h

CONDUTA: **ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:**

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: **Data:** / / às : h

CONDUTA: **ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:**

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: **Data:** / / às : h

CONDUTA: **ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:**

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: **Data:** / / às : h

CONDUTA: **ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Sinais Vitais/MT (h) SN(

P.A:

T:

FC:

FR:

DESTINO – TRANSFERÊNCIA / ALTA

☐ **Transferência** ☐ **Internação** ☐ **Alta Médica** ☐ **Alta à pedido** ☐ **Evase**
☐ **Óbito**

Data: / / às : h **Ass./Carimbo Médico:**

ÓBITO

Antes dos Primeiros Socorros: ☐ **Sim** ☐ **Não** **Data:** / / às : h

Destino do corpo: ☐ **PEFOCE** ☐ **SVO** ☐ **FAMÍLIA(D.O)** **Ass./Carimbo Médico:**

Instituto Dr. José Frota



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

Nome: Janayna Monteiro de Lima

Prontuário: 5615061

RETORNO BMF

DATA DE RETORNO: 17/07/2019 (quarta-feira)

PROFISSIONAL: Dr. Afonso

HORÁRIO: 11:00h

CONDUTA:

- Acompanhamento PO de Osteossíntese de fratura de COZM E + osteossíntese de fratura de côndilo mandibular E
- Cirurgia dia 10/07/2019

Data: 12/07/2019

Dr. Afonso
Cirurgião Dentista
CRM 10.400/DF
Residência 1046

Assinatura e carimbo



SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO DE PACIENTE				
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
NOME DO PACIENTE: <u>Jangyris Monteiro de Lima</u>				
IDADE:	SEXO: <u>Feminino</u>	EST. CIVIL: <u>Solteira</u>	FONE: <u>(88) 99623-1218</u>	
ENDEREÇO: <u>Limeira / Zona rural</u>	MUNICÍPIO: <u>Limeira</u>		UF: <u>CE</u>	
1. SOLICITO AO INSTITUTO DR. JOSÉ PROTA O(S) DOCUMENTO(S) ASSINALADO ABAIXO: ☒ DECLARAÇÃO CIRCUNSTANCIADA SOBRE O ATENDIMENTO E/OU INTERNAMENTO; ☐ OUTROS: _____				
COM DATA DE ENTRADA NESSE HOSPITAL, EM <u>03/05/19</u> E ALTA EM <u>12/07/19</u> PARA FINS DE <u>Recebimento do DPVAT</u> Fortaleza, <u>12</u> de <u>07</u> de <u>2019</u>				
Assinatura do Requerente				
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE				
NOME: <u>Nilda de Oliveira Monteiro</u>				
IDADE: <u>46</u>	SEXO: <u>F</u>	EST. CIVIL: <u>Solteira</u>	FONE: <u>(88) 9972-9696</u>	
ENDEREÇO: <u>Limeira / Zona rural</u>	MUNICÍPIO: <u>Limeira</u>		UF: <u>CE</u>	
☐ PRÓPRIO PACIENTE (Anexar Doc. 1)	☐ PAIS DE MENOR 16 ANOS (Anexar Doc. 1, 2 e 3)	☐ OUTRO P/ PROCURAÇÃO (Anexar Doc. 1, 3 e 4)	☐ PAI/MÃE DE INCAPAZ (Anexar Doc. 1, 2, 3 e 5)	
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: ⇒ Em caso de paciente já falecido qualquer informação (declaração, atestado, resumo de alta ou cópia parcial ou total de qualquer documento referente a tratamento médico, ambulatorial ou hospitalar, somente poderá ser liberada mediante a solicitação do cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, desde que documentalmente comprovem o vínculo familiar (Art. 1º, da Recomendação CFM nº 3/14, de 28/03/2014). ⇒ Em caso de paciente absolutamente incapaz por enfermidade (transitória ou não) ou doença mental, que não puder exprimir sua vontade, anexar atestado médico com firma reconhecida. ⇒ Em caso do paciente vivo capaz, qualquer informação somente poderá ser liberada por solicitação do mesmo ou se expressa por Procuração Pública ou Procuração Particular com firma reconhecida contendo poderes específicos para receber o documento pretendido.				
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS				
1. Cópia de documento de identificação com foto do paciente (igual ou maior de 16 anos). 2. Cópia da Certidão de Nascimento (menores de 16 anos e incapazes por enfermidade). 3. Cópia de documento de identificação com foto do representante legal (pai ou mãe de menor de 16 anos ou de incapaz por enfermidade ou do representante indicado na procuração). 4. Procuração com firmas reconhecidas em cartório do outorgante e do outorgado, com fins específicos expressos e dirigida ao IJF. 5. Cópia autenticada do atestado médico com firma reconhecida do emitente.				
REGISTRO DE ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO				
☐ DO REQUERENTE ☐ PESSOA AUTORIZADA COM PROCURAÇÃO SIMPLES E CÓPIA DA IDENTIDADE				
Fortaleza - CE em <u>12/07/19</u> <u>X</u> Assinatura do Recebedor				



SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO DE PACIENTE				
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
NOME DO PACIENTE: <u>Janayna Antonio de Lima</u>				
IDADE: <u>21</u>	SEXO: <u>Feminino</u>	EST. CIVIL: <u>Solteira</u>	FONE: <u>(88) 996-231212</u>	
ENDEREÇO: <u>L. moeiro</u>			MUNICÍPIO:	UF:
1. SOLICITO AO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA O(S) DOCUMENTO(S) ASSINALADO ABAIXO: ☐ DECLARAÇÃO CIRCUNSTANCIADA SOBRE O ATENDIMENTO E/OU INTERNAMENTO; ☒ OUTROS: _____				
COM DATA DE ENTRADA NESSE HOSPITAL, EM <u>03/05/19</u> E ALTA EM <u>12/07/19</u>				
PARA FINS DE _____				
Fortaleza, _____ de _____ de _____.				
Assinatura do Requerente				
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE				
NOME:				
IDADE:	SEXO:	EST. CIVIL:	FONE: ()	
ENDEREÇO:			MUNICÍPIO:	UF:
☐ PRÓPRIO PACIENTE (Anexar Doc. 1)	☐ PAIS DE MENOR 16 ANOS (Anexar Doc. 1, 2 e 3)	☐ OUTRO P/ PROCURAÇÃO (Anexar Doc. 1, 3 e 4)	☐ PAI/MÃE DE INCAPAZ (Anexar Doc. 1, 2, 3 e 5)	
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:				
⇒ Em caso de paciente já falecido qualquer informação (declaração, atestado, resumo de alta ou cópia parcial ou total de qualquer documento referente a tratamento médico, ambulatorial ou hospitalar, somente poderá ser liberada mediante a solicitação do cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, desde que documentalmente comprovem o vínculo familiar (Art. 1º, da Recomendação CFM nº 3/14, de 28/03/2014). ⇒ Em caso de paciente absolutamente incapaz por enfermidade (transitória ou não) ou doença mental, que não puder exprimir sua vontade, anexar atestado médico com firma reconhecida. ⇒ Em caso do paciente vivo capaz, qualquer informação somente poderá ser liberada por solicitação do mesmo ou se expressa por Procuração Pública ou Procuração Particular com firma reconhecida contendo poderes específicos para receber o documento pretendido.				
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS				
1. Cópia de documento de identificação com foto do paciente (igual ou maior de 16 anos).				
2. Cópia da Certidão de Nascimento (menores de 16 anos e incapazes por enfermidade).				
3. Cópia de documento de identificação com foto do representante legal (pai ou mãe de menor de 16 anos ou de incapaz por enfermidade ou do representante indicado na procuração).				
4. Procuração com firmas reconhecidas em cartório do outorgante e do outorgado, com fins específicos expressos e dirigida ao IJF.				
5. Cópia autenticada do atestado médico com firma reconhecida do emitente.				
REGISTRO DE ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO				
☐ O REQUERENTE ☐ PESSOA AUTORIZADA COM PROCURAÇÃO SIMPLES E CÓPIA DA IDENTIDADE				
Fortaleza - CE em ____/____/____.				
Assinatura do Recebedor				



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA/TRANSFERÊNCIA

Nome: Janayna Monteiro de Lima

Prontuário: 5615061 unidade: 15 Leito: 22

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente em seu 2ª DPO de osteossíntese de fratura do complexo zigomático-maxilar D e E. Evolui consciente orientada, eupneica e afebril. Ao exame físico apresenta acuidade visual e motilidade ocular preservada, aumento de volume em terço médio da face compatível com procedimento cirúrgico, suturas intra e extraorais em posição sem sinais de sangramento ou infecção, oclusão dentária estável e abertura bucal satisfatória sem do orientada a fisioterapia para melhora da abertura bucal

Diagnóstico Principal: Fratura dos ossos malares e maxilares

Diagnósticos Secundários: Não

Sequelas apresentadas: Nao

Procedimentos Cirúrgicos: () Não

1- Cirurgia realizada: Osteossíntese de fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar e côndilo mandibularmandibular

Cirurgião: Dr. Afonso Tipo de anestesia: Geral

Data: 10/07/2019

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado (X) Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência (X) Atendimento domiciliar () Transferência para:

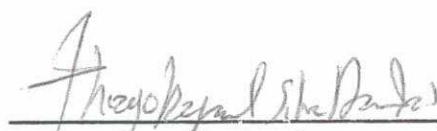
Retornar: (X) Retornar : Dia 17/07/19 às 11:00 horas com Dr. Afonso

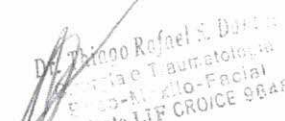
Observações:

Higiene oral 4x/dia com uso de bochecho com digluconato de clorexidina 0,12%

Prescrição domiciliar

Data: 12/07/2019


Cirurgião Dentista


Residente IJF CRO/CE 9848

CRO/Carimbo



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

ATESTADO MÉDICO

O Sr (a).: Nome: Janayna Monteiro de Lima

Deu entrada neste hospital no dia 03/05/2019, com fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar (CID: S02.4).

Observações: Paciente necessita de 15 (quinze) dias de afastamento de suas atividades laborais a contar da presente data, do ponto de vista da Cirurgia Bucomaxilofacial.

Fortaleza, 12 de julho de 2019.

Dr. Rodrigo Rafael S. Dantas
Otorrinolaringologia e Traumatologia
Residente IJF CROICE 9848

Assinatura / Carimbo.

Imprimir

Resumo de alta

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

NOME: JANAYNA MONTEIRO DE LIMA

LEITO:

DATA DE 03/ 05/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 13/06/2019

BE/PRONT: 5615061

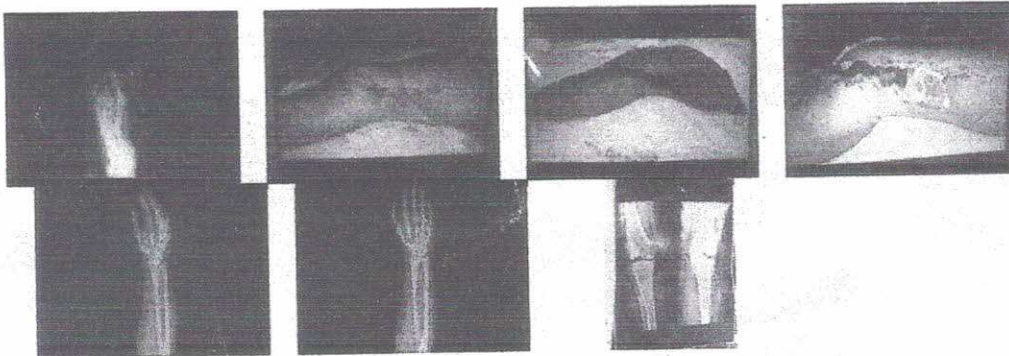
CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

IDADE: 21

DIAGNOSTICOS: Fratura do hálux (OPERADA) + Contusão do joelho (CONSERVADOR)

CONDUTA DIA 03/05/19, LUXACAO/FRATURA EXPOSTA DO HALUX ESQUERDO +
DECIDIDA LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES DOS JOELHOS + FRATURA DE
PARA CADA ESTILOIDE DA ULNA DIR + 5° METACARPO DIREITO. DR SALES INDICA
LESAO: TRATAMETNO CONSERVADOR FRATURAS DE MSD, ALTA DA TO:
RETORNO AMBULATORIAL COM DR SALES EM 15 DIAS (MARCAR);
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM CITRAFE (MARCAR)

STAFF QUE
OPEROU NA
EMERGENCIA:STAFF DO STAFF
LEITO: INDEFINIDORESIDENTE RESIDENTE
DO LEITO: INDEFINIDO

Mapa de Cirurgias

Dias Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação
-----------	---	------	-------	-------	------------	----------	------------	--------------------

Dra. Amanda Progenio dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CREMEC 20203

Ass.:

Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para
Dr. _____

Data: 13/06/19

Imprimir



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Ass.: _____

Retornar dia: ____/____/____

Data: ____/____/____

Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: JANAYNA MONTEIRO DE LIMA

LEITO:

DATA DE 03/05/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 13/06/2019

BE/PRONT: 5615061

CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

IDADE: 21

DIAGNOSTICOS: Fratura do hálux (OPERADA) + Contusão do joelho (CONSERVADOR)

CONDUTA DIA 03/05/19, LUXACAO/FRATURA EXPOSTA DO HALUX ESQUERDO +
DECIDIDA LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES DOS JOELHOS + FRATURA DE
PARA CADA ESTILOIDE DA ULNA DIR + 5º METACARPO DIREITO. DR SALES INDICA
LESÃO: TRATAMETNO CONSERVADOR FRATURAS DE MSD. ALTA DA TO:
RETORNO AMBULATORIAL COM DR SALES EM 15 DIAS (MARCAR):
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM CITRAFE (MARCAR)

STAFF QUE
OPEROU NA
EMERGENCIA:

STAFF DO STAFF
LEITO: INDEFINIDO

RESIDENTE RESIDENTE
DO LEITO: INDEFINIDO

Dra. Amanda Progenio dos Santos
Ortopedia e Traumatologia

Ass: Médica Residente
CREMEC 20203

Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para
Dr. _____

Data: 13/06/19

Dispensa do trabalho por: 120 dias

HG Residencia - Projeto Gestão de Serviços e Residências Médicas



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

ATESTADO MÉDICO

O Sr (a).: Nome: Janayna Monteiro de Lima

Deu entrada neste hospital no dia 03/05/2019, com fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar (CID: S02.4).

Observações: Paciente necessita de 15 (quinze) dias de afastamento de suas atividades laborais a contar da presente data, do ponto de vista da Cirurgia Bucomaxilofacial.

Fortaleza, 12 de julho de 2019.

Dr. Rafael S. Dantas
Especialista em Traumatologia
Orto-Maxilo-Facial
Residência 13F CRON 0848

Assinatura / Carimbo.

Imprimir

fls. 32

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Ass.: _____

Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr. ____

Atestado Médico

Data: ____/____/____

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: JANAYNA MONTEIRO DE LIMA

LEITO:

DATA DE 03/05/2019

INTERNAÇÃO:

DATA DA ALTA: 13/06/2019

BE/PRONT: 5615061

CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

IDADE: 21

DIAGNOSTICOS: Fratura do hálux (OPERADA) + Contusão do joelho (CONSERVADOR)

CONDUTA DIA 03/05/19, LUXACAO/FRATURA EXPOSTA DO HALUX ESQUERDO +
 DECIDIDA LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES DOS JOELHOS + FRATURA DE
 PARA CADA ESTILOIDE DA ULNA DIR + 5° METACARPO DIREITO. DR SALES INDICA
 LESAO: TRATAMETNO CONSERVADOR FRATURAS DE MSD, ALTA DA TO:
 RETORNO AMBULATORIAL COM DR SALES EM 15 DIAS (MARCAR);
 ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM CITRAFE (MARCAR)

STAFF QUE
 OPEROU NA
 EMERGENCIA:

STAFF DO STAFF
 LEITO: INDEFINIDO
 RESIDENTE RESIDENTE
 DO LEITO: INDEFINIDO

Dra. Amanda Progenio dos Santos Ortopedia e Traumatologia Médica Residente CREMEC 20203		Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr. ____
Ass: _____ Data: <u>13,06,19</u>	Dispensa do trabalho por : <u>120 dias</u>	

HG Residencia - Projeto Gestão de Serviços e Residências Médicas



SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO DE PACIENTE			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE: <u>JANAYNA MONTEIRO DE LIMA</u>			
IDADE: <u>21a</u>	SEXO: <u>F</u>	EST. CIVIL: <u>SOLTEIRA</u>	FONE: <u>88 9961223</u>
ENDEREÇO:		MUNICÍPIO: <u>LIMOEIRO DO NORTE</u>	UF: <u>CE</u>
1. SOLICITO AO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA O(S) DOCUMENTO(S) ASSINALADO ABAIXO: ☒ DECLARAÇÃO CIRCUNSTANCIADA SOBRE O ATENDIMENTO E/OU INTERNAMENTO; ☐ OUTROS: _____			
COM DATA DE ENTRADA NESSE HOSPITAL, EM <u>03/05/19</u> E ALTA EM <u>12/07/19</u> PARA FINS DE <u>RECEBIMENTO DO DPVAT</u> Fortaleza, <u>12</u> de <u>07</u> de <u>19</u> <u>Helda de Oliveira monteiro</u> Assinatura do Requerente			
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE			
NOME: <u>NELDA DE OLIVEIRA MONTEIRO</u>			
IDADE: <u>46a</u>	SEXO: <u>F</u>	EST. CIVIL: <u>SOLTEIRA</u>	FONE: <u>88 99720-9660</u>
ENDEREÇO: <u>SETOR NH5, N° 28 ZONA RURAL</u>		MUNICÍPIO: <u>LIMOEIRO DO NORTE</u>	UF: <u>CE</u>
☐ PRÓPRIO PACIENTE (Anexar Doc. 1)	☐ PAIS DE MENOR 16 ANOS (Anexar Doc. 1, 2 e 3)	☐ OUTRO P/ PROCURAÇÃO (Anexar Doc. 1, 3 e 4)	☐ PAI/MÃE DE INCAPAZ (Anexar Doc. 1, 2, 3 e 5)
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: ⇒ Em caso de paciente já falecido qualquer informação (declaração, atestado, resumo de alta ou cópia parcial ou total de qualquer documento referente a tratamento médico, ambulatorial ou hospitalar, somente poderá ser liberada mediante a solicitação do cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, desde que documentalmente comprovem o vínculo familiar (Art. 1º, da Recomendação CFM nº 3/14, de 28/03/2014). ⇒ Em caso de paciente absolutamente incapaz por enfermidade (transitória ou não) ou doença mental, que não puder exprimir sua vontade, anexar atestado médico com firma reconhecida. ⇒ Em caso do paciente vivo capaz, qualquer informação somente poderá ser liberada por solicitação do mesmo ou se expressa por Procuração Pública ou Procuração Particular com firma reconhecida contendo poderes específicos para receber o documento pretendido.			
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS			
1. Cópia de documento de identificação com foto do paciente (igual ou maior de 16 anos). 2. Cópia da Certidão de Nascimento (menores de 16 anos e incapazes por enfermidade). 3. Cópia de documento de identificação com foto do representante legal (pai ou mãe de menor de 16 anos ou de incapaz por enfermidade ou do representante indicado na procuração). 4. Procuração com firmas reconhecidas em cartório do outorgante e do outorgado, com fins específicos expressos e dirigida ao IJF. 5. Cópia autenticada do atestado médico com firma reconhecida do emitente.			
REGISTRO DE ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO			
☐ DO REQUERENTE ☐ PESSOA AUTORIZADA COM PROCURAÇÃO SIMPLES E CÓPIA DA IDENTIDADE			
Fortaleza - CE em <u>12/07/19</u>		<u>Helda de Oliveira monteiro</u> Assinatura do Recebedor	



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto Dr. José Frota

CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80

RUA SENADOR POMPEU, 1757

Bairro: Centro

Fone: 3255.5000

Fortaleza- CE

CEP: 60025-001

1ª VIA- FARMÁCIA

2ª VIA- PACIENTE

Dr. Thiago Rafael S. Dantas
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia-Maxilo-Facial
Residência IJF CROICE 9848

PACIENTE: Janayna Monteiro de Lima

ENDEREÇO: Setor N H 5, 28, zona rural – Limoeiro do Norte / CE

PRESCRIÇÃO:

USO INTERNO:

1) Amoxicilina 875mg + Clavulanato de Potassio 125mg----- 30 comp

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 15 dias.

2) Nimesulida 100mg----- 06 comp

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 03 dias.

3) Dipirona 500mg----- 10 comp

Tomar 01 comprimido de 06/06hrs em caso de dor.

DATA: 12/07/2019

Dr. Thiago Rafael S. Dantas
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia-Maxilo-Facial
Residência IJF CROICE 9848

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

FORNECEDOR

NOME:

DATA: __/__/__

RG:

FORNECEDOR:

ENDEREÇO



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA/TRANSFERÊNCIA

Nome: Janayna Monteiro de Lima

Prontuário: 5615061 unidade: 15 Leito: 22

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente em seu 2ª DPO de osteossíntese de fratura do complexo zigomático-maxilar D e E. Evolui conscientizada, eupneica e afebril. Ao exame físico apresenta acuidade visual e motilidade ocular preservada. Aumento de volume em terço médio da face compatível com procedimento cirúrgico, suturas intra e extraorais em posição sem sinais de sangramento ou infecção, oclusão dentária estável e abertura bucal satisfatória. Orientada a fisioterapia para melhora da abertura bucal.

Diagnóstico Principal: Fratura dos ossos malares e maxilares

Diagnósticos Secundários: Não

Sequelas apresentadas: Não

Procedimentos Cirúrgicos: () Não

1- Cirurgia realizada: Osteossíntese de fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar e côndilo mandibularmandibular

Cirurgião: Dr. Afonso Tipo de anestesia: Geral

Data: 10/07/2019

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado (X) Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência (X) Atendimento domiciliar () Transferência para:

Retornar: (X)

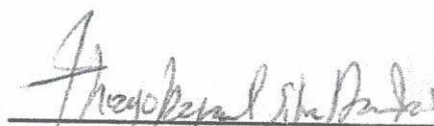
Retornar : Dia 17/07/19 às 11:00 horas com Dr. Afonso

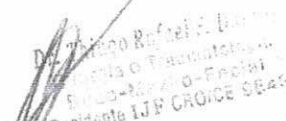
Observações:

Higiene oral 4x/dia com uso de bochecho com digluconato de clorexidina 0,12%

Prescrição domiciliar

Data: 12/07/2019


Cirurgião Dentista


Residente IJF CROCE 0845

CRO/Carimbo

Resumo de alta



NOME: JANAYNA MONTEIRO DE LIMA

LEITO:

DATA DE 03/05/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 13/06/2019

BE/PRONT: 5615061

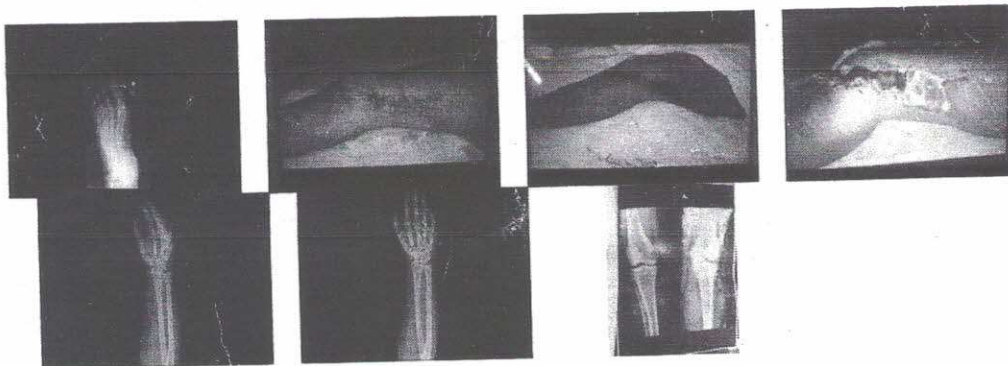
CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

IDADE: 21

DIAGNOSTICOS: Fratura do hálux (OPERADA) + Contusão do joelho (CONSERVADOR)

CONDUTA DIA 03/05/19, LUXACAO/FRATURA EXPOSTA DO HALUX ESQUERDO +
DECIDIDA LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES DOS JOELHOS + FRATURA DE
PARA CADA ESTILOIDE DA ULNA DIR + 5° METACARPO DIREITO. DR SALES INDICA
LESAO: TRATAMETNO CONSERVADOR FRATURAS DE MSD, ALTA DA TO:
RETORNO AMBULATORIAL COM DR SALES EM 15 DIAS (MARCAR);
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM CITRAFE (MARCAR)

STAFF QUE
OPEROU NA
EMERGENCIA:STAFF DO STAFF
LEITO: INDEFINIDORESIDENTE RESIDENTE
DO LEITO: INDEFINIDO

Mapa de Cirurgias

Dias Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação
-----------	---	------	-------	-------	------------	----------	------------	--------------------

Dra. Amanda Progenio dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CREMEC 20203

Ass.: _____

Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para
Dr. _____

Data: 13/06/19



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 2435 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/09/2019 09:57:05**
Data / Hora da Ocorrência: **03/05/2019 14:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT SETOR NH 5 CEP: 62.930-000, ZONA RURAL - LIMOEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JANAYNA MONTEIRO DE LIMA**
Nascimento: **06/03/1998** CPF: **071.523.853-19**
RG: **20078380337** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **HILDA DE OLIVEIRA MONTEIRO**
JOÃO JERÔNIMO DE LIMA
Endereço: **SITIO SETOR NH5**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE** CEP: **62.930-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **HYT6845** Uf: **CE** Município: **LIMOEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2KC08507R079473** Renavam: **943394759** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ES** Ano Fabricação: **2007** Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRATA** Proprietário: **FRANCISCO CARLOS DE SOUSA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **OCQ8552** Uf: **CE** Município: **RUSSAS** Chassi: **9C2JC4820BR055863** Renavam: **323475884** Tipo do Veículo: **MOTONETA** Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 125 ES** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MARIA ERANDIR DE PONTES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

A NOTICIANTE INFORMOU QUE NA DATA E HORÁRIO ACIMA CITADOS, CONDUZIA A MOTO HONDA/BIZ 125 ES DE PLACA OCQ 8552/CE NA ESTRADA CARROÇAVEL QUE LIGA O SETOR NH5 A BR 116; QUE SEGUIA EM DIREÇÃO AO SETOR NH5, QUANDO VEIO A COLIDIR COM UMA MOTO HONDA/CG 150 TITAN ES DE PLACA HYT 6845 QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO; QUE O MOTOQUEIRO DA OUTRA MOTO IDENTIFICADO POR ALEXANDRE FERNANDES PEREIRA FALECEU DEVIDO AO ACIDENTE, ENQUANTO A NOTICIANTE SOFREU DIVERSAS LESÕES; QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL SÃO CAMILO (ANTIGO HOSPITAL DR. DEOCLECIO LIMA VERDE); QUE EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDA PARA O IJF/FORTALEZA, ONDE PERMANECEU INTERNADA DURANTE DOIS MESES E DOZE DIAS; QUE SOFREU DIVERSAS FRATURAS NOS DEDOS, MÃO E BRAÇO DIREITO, FRATURAS NA FACE E NO MAXILAR, FRATURAS NA PERNA

Valéria Maria de Sousa
Escritura de Polícia
Mat. 133928-1



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE
Impresso nº 2019657998



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 2435 / 2019

ESQUERDA, SOFREU TRAUMATISMO CRANIANO; QUE SE SUBMETEU A QUATRO PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Valéria Maia de Castro
VALERIA MAIA DE CASTRO - MAT.: 133928-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Jonaymar Monteiro de Lima

VISTO DO DELEGADO(A) :

Bruno Antonio de Souza Varela
BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319

Valéria Maia de Castro
Escrivã de Polícia
Mat. 133928-1-1

Extrato últimos 5 dias

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS

JANAYNA MONTEIRO DE LIMA

10:18 HRS

AGENCIA 1781 CONTA 0029265-6

23/JAN/2020

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POUP)

-----JANEIRO/2020-----			
DIA	HISTORICO	N.DOCTO	VALOR
23	SALDO ANTERIOR		0,00
	TARIFA BANCARIA 0130120		27,00-
	CESTA EXPRESSO 5 - R		
	SALDO TOTAL		27,00-

Buscar no site

A COMPANHIA SEGURO DPVAT PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de- Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO

Seguro DPVAT
Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a um parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200061761 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JANAYNA MONTEIRO DE LIMA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Mongeral Aegon Seguros e Previdência S/A
BENEFICIÁRIO JANAYNA MONTEIRO DE LIMA
CPF/CNPJ: 07152385319

Posição em 19-02-2020 13:23:05

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
17/02/2020	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
08/02/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/AWRU6ugxQkuD75U6CIORuQ==/z0nxyv...?api_key=SnldRDgzJqyMV51lfN9Hznw+sMrnLb2ajzBbjnwljsM=

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARIA JOSE MAIA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 09/03/2020 às 13:39 , sob o número 00503231520208060115. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjfe.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0003323-15.2020.8.06.0115 e código 621DF62.

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Limoeiro do Norte

1ª Vara da Comarca de Limoeiro do Norte

Rua João Maria de Freitas, 1147, João XXIII - CEP 62930-000, Fone: (88) 3423-1281, Limoeiro Do Norte-CE -
E-mail: limoeiro1@tjce.jus.br**DESPACHO**

Processo nº: **0050323-15.2020.8.06.0115**
Classe: **Procedimento Comum**
Assunto: **Seguro**
Requerente: **Janayna Monteiro de Lima**
Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Defiro a gratuidade judiciária para todos os atos do processo, nos termos do art. 98, *caput*, do CPC.

Considerando que a prática nos revela que a seguradora promovida não oferece qualquer proposta para a composição da lide antes da realização de exame pericial, deixo de determinar o aprazamento de data para a realização de audiência de conciliação/mediação.

Desta feita, cite-se a parte promovida para, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, oferecer resposta ao pedido inicial.

Expedientes necessários.

Limoeiro Do Norte, 11 de maio de 2020.

Francisco Marcello Alves Nobre
Juiz de Direito

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Limoeiro do Norte

1ª Vara da Comarca de Limoeiro do Norte

Rua João Maria de Freitas, 1147, João XXIII - CEP 62930-000, Fone: (88) 3423-1281, Limoeiro Do Norte-CE -
E-mail: limoeiro1@tjce.jus.br**CERTIDÃO**

Processo nº: **0050323-15.2020.8.06.0115**
Apensos: **Processos Apensos << Informação indisponível >>**
Classe: **Procedimento Comum**
Assunto: **Seguro**
Requerente: **Janayna Monteiro de Lima**
Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

CERTIFICA-SE que em 21/05/2020 o ato abaixo foi disponibilizado para o(a) Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT e encaminhado através do portal eletrônico e-SAJ.

Teor do ato: "Defiro a gratuidade judiciária para todos os atos do processo, nos termos do art. 98, caput, do CPC. Considerando que a prática nos revela que a seguradora promovida não oferece qualquer proposta para a composição da lide antes da realização de exame pericial, deixo de determinar o aprazamento de data para a realização de audiência de conciliação/mediação. Desta feita, cite-se a parte promovida para, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, oferecer resposta ao pedido inicial."

Limoeiro Do Norte/CE, 21 de maio de 2020.