

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA, BRASILEIRA, SOLTEIRA, COM CPF 614.937.743-10, DOMICILIADA A RUA RODRIGUES MEDEIROS, 575, BAIRRO CANINDE ZINHO, FORTALEZA-CE

OUTORGADO: Dr. GUSTAVO RIBEIRO PINTO, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/CE sob o nº 25.594, com escritório profissional situado à Rua Dra. Socorro Azevedo, nº 647, Bairro Luciano Cavalcante, CEP 60.810-400, Fortaleza-CE.

Através do presente instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE nomeia e constitui como seu procurador o OUTORGADO, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, subestabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, receber alvarás judiciais, inclusive referente ao FGTS, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais, Municipais, inclusive INSS e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, cartórios, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, também junto a particulares ou empresas privadas, dando tudo por bom e valioso.

Fortaleza-CE, 18 de JUNHO de 2020.

Daiana Paiva de Oliveira

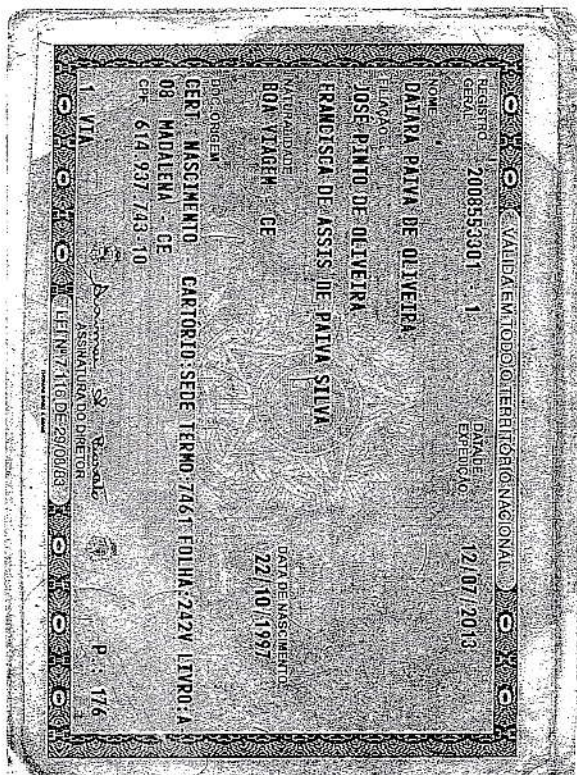
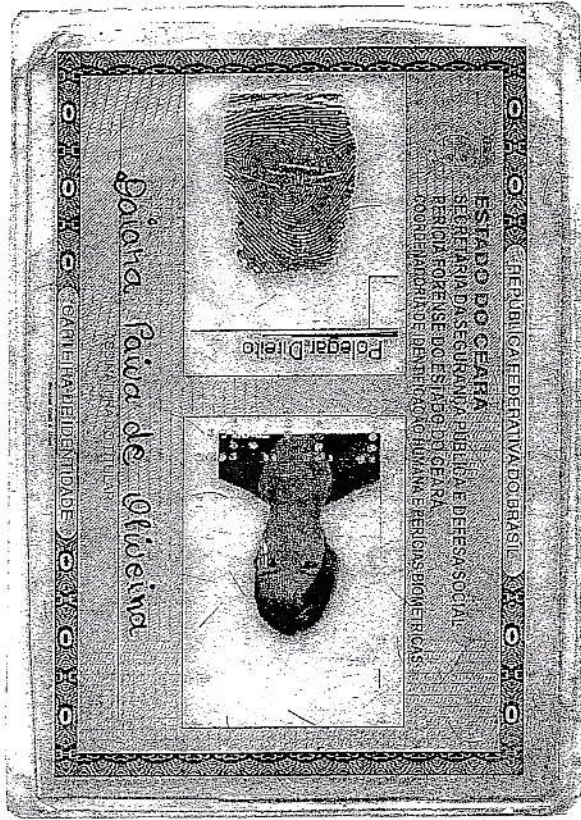
OUTORGANTE

(85) 98667.0503

@gustavoribeiroadvogado

www.ribeiroadvocacia.ce.com.br

ribeiroadvocacia.ce@gmail.com





SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019858549



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4023 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/11/2019 09:03:41**
Data / Hora da Ocorrência: **14/09/2019 07:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV OSORIO DE PAIVA, PARANGABA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PRIXIMO AO FROTINHA DA PARANGABA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA**
Nascimento: **22/10/1997** CPF: **614.937.743-10**
RG: **20085533011** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA DE ASSIS DE PAIVA SILVA**
JOSÉ PINTO DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA RODRIGUES MEDEIROS, 575**
Bairro: **CANINDEZINHO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.731-385**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98620-7046**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCN9051** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1670BR509672** Renavam: **324450842** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOSE HELIO DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

A DECLARANTE AFIRMA QUE NA DATA, HORÁRIO E LOCAL ACIMA MENCIONADOS TRAFEGAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE PLACA OCN-9051, SENDO CONDUZIDA POR JOSE EDIVANDO DO ROSARIO MACIEL, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO AVANÇOU O SINAL VERMELHO, MOMENTO EM QUE ESTE COLIDIU NA MOTOCICLETA QUE TRAFEGAVA; QUE COM O IMPACTOS CAÍRAM, MAS SOMENTE A DECLARANTE FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE SEM PRESTAR SOCORRO; QUE FOI SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO SAMU PARA O HOSPITAL FROTINHA DA PARANGABA E NO OUTRO DIA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA MULHER. E NADA MAIS DISSE////

OBS: A FALSA COMUNICAÇÃO É PREVISTA NO ART 340 DO CPB E O PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO É DE SEIS MESES A PARTIR AD DATA DO FATO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


MARIA GORETE TOMAZ VIANA - MAT.: 133917-1-8

* DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019858549



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4023 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x Daiara Povea de Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MARCIA NOGUEIRA SURIMA - MAT.: 012875-1-6

OUT/2018

Utilize o Nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

3012206

25/11/2018

96,24

DESCRIÇÃO DA CONTA

VALOR CONSUMO DO MES 33,91
Multa MORATORIA REF 07/2018 0,56
JUROS DO MES Ref. 08/2018 0,03
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 11,69
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 2,17
DOB. SALDO FATURA ANTERIOR 44,89
TIT CAPITAL BOA ACAD BOA SORTE-0800 600 2,99
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES [R\$ 3,23]

FAIXAS CONSUMO BAIXA RENDA

Faixa	0 a 30	30 a 70	70 a 100	100 a 220
Valor	0,19884	0,34089	0,51134	
Valor (R\$)	5,96	23,96	4,09	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
42	0	100

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

*PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE
SEU NUMERO DO CLIENTE SEM O DIGITO VERIFICADOR.*
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor

Consta desta fatura R\$ 4,83 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS: 1,26% e COFINS: 8,50%. (Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03)
Bandeira vermelha patamar 2 em out-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh [quilowatt-hora]. Informacoes: www.aneel.gov.br

Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B 4 | Nº **547304596**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei Nº 10.438 de
28 de maio de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 18 01230 14 257400 - 9 Medidor 1842457 Posto 0000 P301

Nome FRANCISCA DE ASSIS DE PAIVA SILVA

Endereço Postal RU RODRIGUES MEDEIROS 00575 - CAHINDEZINHO -

FORTALEZA CEP 60731-385

End da Unidade Consumidora RU RODRIGUES MEDEIROS 00575 - FORTALEZA

RG / CPF / CNPJ 027478703-24

CGF

Classe RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

Fator de Potência 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Letura Atual	Letura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Ind	Consumo Faturado
3426	3317	1	108	0	108

26/10/18 26/09/18 30

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação

Prev. Próxima Leitura

31/10/2018 26/11/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

3F3A.0544.30EF.CBED.02A0.D796.8D95.7A50

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto

ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	17,09
Transmissão	1,92
Distribuição	9,73
Encargos Setoriais	2,61
Tributos [ICMS PIS/COFINS]	4,83
Total	36,08

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

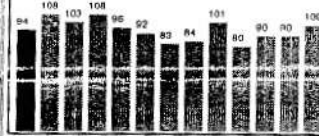
Conjunto BOM JARDIM

AGO/2018 - EUSD 13,15

Mês DICRI = 0,00 P

Mês	Padrão Individual		Apuração Individual	
	Mensal	Anual	Mensal	Anual
DIC (h)	5,19	0,00	0,00	0,00
FIC (wh)	3,23	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94	0,00	0,00	0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Consumo médio dos 12 últimos meses



**Prefeitura de
Fortaleza**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS NEUMANN**

fls. 12

**HOSPITAL E MATERNIDADE DRA.
ZILDA ARNS NEUMANN**

Prontuário Único (1)

Data

15/09/2019 14:47

Prontuário

85795

Dados Pessoais

Nome do Paciente

DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

Nascimento

22/10/1997

Idade

21 anos

Sexo

F

Nome Mãe

FRANCISCA DE ASSIS DE PAIVA SILVA

Situação Conjugal

Profissão

Escolaridade

Documento de Identificação

614.937.743-10(CPF)/20085533011(RG)

CadSus

708601586754488

Naturalidade

Boa Viagem-CE

Endereço

Rua Rodrigues Medeiros 575

Bairro

Canindezinho

Município/Estado

Fortaleza/CE

60.731-385

Telefone(s)

(85) 98620-7046(85)98747-9221

Consultas

Abertura:

15/09/2019 14:47

Autorizado por:

Médico Indicado:

Especialidade:

Consulta

Horário

Médico

Especialidade

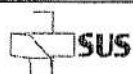
Evolução

Data Hora

Evolução

927000 32906

2319103 15976



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL E MATERNIDADE ZILDA ARNS NEUMANN

2 - CNES

7 0 4 7 4 2 8

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL E MATERNIDADE ZILDA ARNS NEUMANN

4 - CNES

7 0 4 7 4 2 8

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Daiara Lima de Almeida

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

85795

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 8 6 0 2 5 8 6 7 6 2 9 8 8

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/10/1997

Masc. ☐Fem. ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Fronsera de Almeida Lima Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO

86 2 0 7 0 4 6

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Rodrigues Medeiros 575

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Korolaya

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

60137385

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente de moto
+
Fratura rádio esquerdo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

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

Ampliar + EF + Radiografia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura rádio E

21 - CID 10 PRINCIPAL

S525

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura extremidade distal rádio

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408020407

26 - CLÍNICA

Ortopedia Uniao

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

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

94293501347

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dra. Clara Mota Randal

Médica Otorrinolaringologista

CRM-CE: 16622

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/09/19

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

Dra. Clara Mota Randal

Médica Otorrinolaringologista

CRM-CE: 16622

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

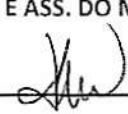
46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

RESUMO DE ALTA	
PACIENTE: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA	Nº PRONTUÁRIO: 85795
TOTAL DIAS DE PERMANÊNCIA: 03 DIAS	ENFERMARIA/LEITO: 208-77
DATA DE ADMISSÃO: 15/08/19	DATA DE ALTA: 18/09/19
DIAGNÓSTICO INICIAL/CID-10: FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO	DIAGNÓSTICO FINAL/CID-10: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PUNHO+REPARO LIGAMENTAR DO PUNHO/CARPO
HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO: PACIENTE 21 ANOS RELATA TER SOFRIDO ACIDENTE DE MOTO DIA 14/09 COM TONTURA NO MOMENTO DO ACIDENTE AO TRAUMATIZAR O QUEIXO. PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA POR MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES NO CORPO, DOIS DENTES QUEBRADOS E LESÃO EM MSE. FOI DIAGNOSTICADA COM FRATURA DE RÁDIO DISTAL A ESQUERDA. NO MOMENTO SEM QUEIXAS.	
RESULTADO DOS PRINCIPAIS EXAMES REALIZADOS: () AMES SEM ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS.	
EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES: CIRURGIA REALIZADA SEM INTERCORRÊNCIAS. PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE ESTÁVEL, ASSINTOMÁTICA, COM BOM CONTROLE ÁLGICO, SEM NOVAS QUEIXAS. ACEITA BEM A DIETA VIA ORAL, SEM NÁUSEAS OU VÔMITOS. CONCILIA CICLO SONO VIGILIA. ATUALMENTE EM BOAS CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR.	
TERAPÊUTICA UTILIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PUNHO+REPARO LIGAMENTAR DO PUNHO/CARPO DIA 17/09/19 POR DR FREDERICO THALES E DR THIAGO AGUIAR CAVALCANTI	
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA: 1) MARCAR NO SAME RETORNO PARA O AMBULATÓRIO DA TRAUMATO-ORTOPEDIA COM 30 DIAS. 2) SEGUIR PRESCRIÇÃO E ORIENTAÇÕES MÉDICAS. 3) REALIZAR RADIOGRAFIA NO DIA DE CONSULTA AMBULATORIAL 4) RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS NO POSTO DE SAÚDE	
CONDIÇÕES PÓS ALTA: () Curada (X) Melhorada () Inalterada () A pedido () Transferida () OUTRA () Óbito () Solicitada necropsia	
Fortaleza – Ceará, 18/09/2019	
CARIMBO DO SERVIÇO	CARIMBO E ASS. DO MÉDICO  Dra. Karla Marques Viana Médica CREMEC - 16.238

Respeite os direitos humanos e sexuais das mulheres: saúde sim, violência não.

Av. Lineu Machado, Nº 154, bairro Jockey Clube – CEP: 60520-100 – Fortaleza - CE



Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

EVOLUÇÃO

Nome: Daiane Bezerra de Oliveira

Nº Prontuário:

Unidade: Posto 03

Leito: 77

Data/Hora	Evolução # Evolução de Enfermagem #
01/09/19	Paciente Daiane, 21 anos, proveniente da Fronteira da Parnaíba, refere ter sofrido acidente com motocicleta (queda) a 1 dia, sofrendo escoriações e fratura de rádio esquerdo. Encontra-se consciente, orientada, deambulando, recebendo dieta líquida por conta da dificuldade na mastigação (dental gelada), a preceito em ambiente. Não apresenta sinais de desidratação ou alcoolismo. Apresenta ferida em região da guelra. Diurese espontânea, evacuação ausente no dia. Segue sob cuidados da Equipe de Enfermagem. SIVV: PA = 100/70 mmHg; FC = 90-104 bpm; SatO ₂ = 96%; T = 36°C; V = 50 mg/dL. Vence
16/09/19	# Redução médica. * Daiane, 21a, 21a per: - Fr de punho E * Parâmetros: afebril, normotensa * Paciente estável clinicamente, com dor no local da lesão. Não apresenta sinais de desidratação. - ACO: psicológico. Sat 98%. FC 89. * VO: (1) elaco lab (Hb 11,5 Deuco 12.030) (2) liberada / aguarda cirurgia. Dra. Kamila Marques Viana Médica CREMEC - 16.238 * Em tempo: paciente na 48h do acidente, sem alterações neurológicas. Refere dor logo após acidente, sem síncope ou vômitos. Como paciente não tem sinais de colapso, cometo TC de crânio.

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, José Eduardo do Rosário Maciel

RG nº 2009010069121, data de expedição 09 / 02 / 2009

Órgão SSP, portador do CPF nº 603 389 013-29

com domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de

Cespi, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Ros um - Bom Jardim, nº 19

complemento Conjunto Duplo Preto, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

_____, cujo o condutor era

José Edinando do Rosário Maciel

Veículo: Motociclo Modelo: Honda CG 150 Fan GSI Ano: 2011

Placa: OCN 9051 Chassi: 9C2KC1670 BR 509672

Data do Acidente: 14 / 09 / 2019

Local e Data:

formosa 16 de dezembro de 2019



Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



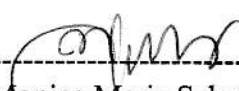
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Sra. **Daiara Paiva de Oliveira** deu entrada nesta unidade hospitalar no dia 14/09/2019 às 08:56min, sem documentação, sendo atendida como desconhecida sob o prontuário de nº 389186.

Os familiares, no dia seguinte, apresentaram os documentos necessários para o reconhecimento da desconhecida. Após analisarmos o RG de nº 2008553301 e CPF de nº 614.937.743-10 constatamos que o nome da paciente é **Daiara Paiva de Oliveira**, nascida na data de 22/10/1997, filha de Francisca de Assis de Paiva Silva, residente à Rua Rodrigues Medeiros, 575, canindezinho-60731-385-Fortaleza.

Atenciosamente,

Fortaleza 06 de novembro de 2019


Monica Maria Saba Ferreira
Coordenadora do NUAC

Mônica Maria Saba Ferreira
Coordenadora do NUAC
CPF: 259.052.953-37
Mat: 15984

 SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
--	------------------------	---------------------	---	--------------

Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES		
HMDZAN		710417428		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
HMDZAN		710417428		
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE		8 - Nº DO PRONTUÁRIO		
Diana Karina de Oliveira		85785		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		9 - SEXO		
		Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 3		
11 - NOME DA MÃE		10 - RAÇA/COR		10.1 - ETNIA
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
		DDD		
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
		DDD		
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF
				19 - CEP
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		22 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		24 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
25 - DIAGNÓSTICO INICIAL		26 - CID 10 PRINCIPAL		27 - CID 10 SECUNDÁRIO
				28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		30 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE				
☒ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III				
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - QTDE.
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - QTDE.
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		39 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		40 - QTDE.
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
Paciente necessita de Acompanhante.				
Fco. Rodrigo Tavares Linares Diretor Técnico - CRM 8690 Hosp. e Matern. Dra. Zilda Ans-Neumann				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
44 - DOCUMENTO	45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
() CNS (X) CPF	7140812093911111			
AUTORIZAÇÃO				
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
50 - DOCUMENTO	51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
() CNS () CPF				

V-87/755/27



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 409	PONTO DE APOIO: R66 U	Nº DA OCORRÊNCIA: 0173
DATA: 19/09/19	TURNO: NT	EQUIPE: Galvânia / Antonione
NOME: Dairara Paula de Oliveira	IDADE: 22	SEXO: F
ENDEREÇO: Av Osorio de Figueiredo Pios Furtimha da		
REFERÊNCIA: Parangaba	BAIRRO: Parangaba	
QTY: 04:53	QUS: 08:20	QUR: 8:48
QUY:	QUU: 9:27	
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: edisao		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☐ RESPONSIVO ☐ NÃO RESPONSIVO	☐ PRESENTE ☐ AUSENTE	☐ PRESENTE ☐ AUSENTE
☐ PÉRVEAS ☐ OBSTRUIDAS	POR:	

A vias aéreas	B respiração	C circulação	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO/PERCUSSÃO	AUSCULTA
			☐ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/AUSENTE	☐ NORMAL ☐ ALTERADA:	☐ NORMAL ☐ ALTERADA:	☐ NORMAL ☐ ALTERADA:

C circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	☐ NORMOCÁRDICO ☐ TAQUICÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO	☐ CHEIO ☐ FILIFORME ☐ IMPALPÁVEL	☐ CORADA ☐ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA	☐ SUDOREICA ☐ SECA ☐ QUENTE ☐ FRIA
LOCAL:				

D neurológico	ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)		
	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
	ESPONTÂNEA ☐ 4 À VOZ ☐ 3 À DOR ☐ 2 NENHUMA ☐ 1	ORIENTADO (A)/SORRI (P) ☐ 5 CONFUSO (A)/CHORO CONSOLÁVEL (P) ☐ 4 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A)/INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A)/GEMENTE (P) ☐ 2 NENHUMA ☐ 1	OBEDECE A COMANDOS ☐ 5 LOCALIZA A DOR ☐ 4 MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 3 FLEXÃO ANORMAL ☐ 2 EXTENSÃO ANORMAL ☐ 1 NENHUMA ☐ 0
	TOTAL: 15		
PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS:			

E exposição	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		Dma Antonella	

SAMPLA				
FC: 112	PA: 120 x 80	FR: 18	GLIC: —	OXIM: 98
TEMP: —				

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por GUSTAVO RIBEIRO PINTO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 18/06/2020 às 14:30, sob o número 02336163920208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0233616-39.2020.8.06.0001 e código 6AD6EBB.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HDMJBO-Frotinha de Parangaba

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

SAME

Nome: <u>Dacara Paiva de Oliveira</u>				
Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			14/09/19	

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
14/09/19	Intervenção p/ osteotomia de ilíaco direito
14/09/19	D.P.O., 21 anos. Paciente admitida na emergência por trauma em punho esquerdo. Ex. deu consentimento, orientada, verbaliza dor no local de trauma, responde um ao ambiente. Sem alterações hemodinâmicas e alergias medicamentosas. Segue sob cuidados da equipe.
	Em tempo: Encaminhada ao posto 1, L-III.
14/09/19	# Enfermagem # D.P.O., 21a, f, 1,6m por trauma em punho (E). Proveniente da emergência, foi admitida às 16h40min. no Posto 1. Evolui consciente, orientada, cooperativa, verbaliza suas NHB's, deambula sem auxílio. Responde um ao ambiente. Com AVP em MSD, pérvia. Segue com acompanhante. Refere dor no local de trauma. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem. - Ats Foi orientada que o médico não autorizou acompanhante.
15/09/19	Reciente ref. de
	Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4030
	Ana Gesselena da Silva Faria COREN CE 455.208 - ENF
	PP- Dausa Mônica Saba Mat.15984
	Dacara Paiva de Oliveira COREN-CE 533.334 - ENF

ADMISSÃO MÉDICA

15/09/19 16:12

ID: Daiara Paiva de Oliveira – PRONTUÁRIO: 85795

QP: acidente de moto

HDA: Paciente, 21 anos, relata ter sofrido acidente de moto ontem, com perda da consciência na hora do acidente, refere não se recordar dos acontecimentos. Procurou assistência médica, por múltiplas escoriações no corpo, dois dentes quebrados e lesão em membro superior esquerdo. Foi diagnosticada com fratura de rádio distal a esquerda. No momento, lúcida e orientada. Diurese e evacuações presentes; aceita alimentação líquida, por dificuldade de mastigação; concilia o sono. Queixa de dor em MSE.

HD: Fratura de rádio distal esquerdo

COMORBIDADES: NEGA. Nega tabagismo e etilismo.

HPP: Nega cirurgias prévias. Sem comorbidades.

NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

AO EXAME FÍSICO:

PA 110/70 FC 90-104 SATO2 96% T 36 DX 90

GERAL: EGB, AAA, NORMOCORADA, HIDRATADA, EUPNEICA EM AR AMBIENTE.

AC: RCR, 2T, BNF

AP: MVU+ S/ RA.

ABD: RHA+, PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO, NÃO PALPO VISCEROMEGALIAS.

EXT: PPP, SEM EDEMA, CIANOSE OU SINAIS DE TVP

ESCORIAÇÕES EM FACE E MEMBROS

CONDUTA:

1. AGUARDO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA
2. EXAMES 14/09: leuc 26700 neutr 92% bastões 1% Hb 12,7 Ht 37,4 plq 288mil cr 0,84 glic126 L4 na 136 ur 22
3. Solicito ECG
4. SOLICITO NOVA RADIOGRAFIA DE TORAX
5. Solicito novos exames – avaliar leucocitose, paciente sem foco
6. Solicito TC crânio - TCE

Dra. Clara Mota Randal
Médica Otorrinolaringologista
CRM - CE 16672

Respeite os direitos humanos e sexuais das mulheres: saúde sim, violência não.

Av. Lineu Machado, Nº 154, bairro Jockey Clube – CEP: 60520-100 – Fortaleza - CE



DECLARAÇÃO



192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. **Daiara Paiva de Oliveira** - C.P.F. - **614.937.743-10**, no dia **14/09/2019**, às **08h20min**, na **Avenida General Osório de Paiva**, no **Bairro Parangaba**, vítima de acidente de trânsito.

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

Documento requerido pelo Sr. **José Edivando do Rosário Maciel** por meio do Processo nº **P871732/2019**.

Fortaleza, 25 de Setembro de 2019.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat : 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190718772

Vítima: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 14/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: $12,50\% \times 13.500,00 =$ R\$ 1.687,50

Recebedor: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004689

Conta: 0000015852-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você