



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <i>Tatiana Dias Vieira</i>		Data Nasc: <i>15/07/1980</i>
Estado Civil: <i>casada</i>	Profissão: <i>autônoma</i>	Nacionalidade: <i>brasileira</i>
RG: <i>97008006639</i>	CPF: <i>892.625.493-34</i>	
Endereço: <i>Rua 19 de Março, nº 886, no Mondubim</i>		
Cidade: <i>Fortaleza</i>	CEP: <i>60.760-365</i>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover, acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 08 de Julho de 20 20.

Tatiana Dias Vieira
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Tatiana Dias Vieira, brasi
leiro(a), casada, autônoma, portador(a) de cédula
de identidade nº. 97008006639, inscrito(a) no CPF sob o
nº 892.625.493-34, DECLARO que tenho domicílio e sou
residente na Rua 19 de Março, nº 886,
Bairro Mondubim, CEP: 60.760 - 365 /CE, conforme
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 08 de Julho 20 20.

Tatiana Dias Vieira

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº: _____

CPF Nº: _____

2. _____

RG Nº _____

CPF Nº _____



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a) _____
Sr(a) Tatiana Dias Vieira _____ Declara para os
devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA
DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais
precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs
nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos
fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 08 de Julho 2020

Tatiana Elias Vieira

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME.

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Tatiana Dias Vieira, residente e
domiciliado na Rua 19 de Março, nº 886,
bairro: Mondubim, na cidade de Fortaleza, portador(a) do
RG nº 97008006639, inscrito(a) no CPF nº 892.625.493-34,
estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu
próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que
declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que
assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com
esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 08 de Julho de 20 20.

Tatiana Dias Vieira
DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

INTERPRINT LTDA.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1351586107

PROIBIDO PLASTIFICAR
1351586107

NOME
TATIANA DIAS VIEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
97008006639 SSP CE

CPF
892.625.493-34 DATA NASCIMENTO
15/07/1980

FILIAÇÃO
JOSE MILTON DA SILVA
GERCINA DIAS VIEIRA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06439229404 VALIDADE
22/12/2019 1ª HABILITAÇÃO
18/08/2015

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Tatiana Dias Vieira
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO
19/09/2016

IGOR VASCONCELOS PONTE
ASSINATURA DO EMISSOR 63178950740
CE155463799

DETRAN-CE (CEARA)



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | Nº 063961535

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135 040
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Esta é a sua conta de

05/2020

Nº DO CLIENTE

1559745

DV

VENCIMENTO

26/05/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO

19/05/2020

DADOS DO CLIENTE

Nome TATIANA DIAS VIEIRA SILVA

Endereço RU 0019 DE MARCO 00886
60760-365 FORTALEZA MONDUBIM
Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 5626713-ELE-626 - FOJ12U35

CPF / CNPJ

892.625.493-34

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

D13C.F5D6.0AA9.CCF9.0011.6E12.8BD2.5C29

DATAS DE LEITURA

Anterior

17/04/2020

Atual

19/05/2020

Prev. Próx. Leitura

20/05/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	4367,00	4247,00	120,00	0,00	0,00	0,00	1,00	120,00	120,00	0,00000	0,00

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC			10,68
Credito De Pequenos Valores	0	0,00000	0,00
Consumo sem Subvenção			63,29
Desconto Baixa Renda			63,29
Consumo de 000 kwh até 030 kwh	30	0,00000	0,00
Consumo de 030 kwh até 100 kwh	70	0,00000	0,00
Consumo de 100 kwh até 220 kwh	20	0,00000	0,00
Adicional Band. Amarela	30	0,00000	0,00
Adicional Band. Vermelha	30	0,00000	0,00
Cofins Compl Bx Renda			2,23
Credito De Pequenos Valores			20,11
Debito De Pequenos Valores			0,49
Pis Compl Bx Renda			10,00
COB DOACAO PEQ NAZARENO 0800 095 2214			

CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh)	A Expirar Próximo Mês

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)

0 100

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
PIS/PASEP	63,29	0,7700	0,49
COFINS	63,29	3,5300	2,23
ICMS	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 18/04 - 19/05 PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos. Conforme MP Federal 950/20, essa conta teve desconto de 100% na parcela de consumo até 220kwh.

ATENÇÃO

DEBITOS ANTERIORES:

Mes/Ano	Valor R\$
09/2019	10,00
Total	10,00

83810000000 0 43510031200 2 03514562203 0 00001559745 8



Autenticação Mecânica

Órgãos de Proteção ao Crédito, Cartórios de Protesto de Títulos e a Suspensão do Fornecimento de Energia Elétrica.

Pague sua conta até a data de vencimento. Você evita a cobrança de juros e multa, o envio de informações aos

Para a sua comodidade, utilize o sistema de débito automático em conta corrente.

DEBITO AUTOMÁTICO.

TATIANA DIAS VIEIRA SILVA
RU 0019 DE MARCO 00886
FORTALEZA MONDUBIM
60760-365

DADOS PARA ENTREGA

FOJ12U35
1559745
19/05/2020

5626713-ELE-626
19/05/2020

ENEL & VOCÊ

Central de Relacionamento

0800 285 0196

Atendimento 24 horas

Internet

www.eneldistribuicao.com.br

OBSERVAÇÕES

As regras para a cobrança da Contribuição de Iluminação Pública poderão ser encontradas em www.eneldistribuicao.com.br

Informações sobre Legislação

Comunicamos aos nossos clientes que quaisquer informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores para consulta em todas as nossas lojas de atendimento e no nosso site.

Importante

Informações sobre os atendimentos comerciais realizados podem ser obtidas em todas as nossas lojas de atendimento e no nosso site.

LEGENDA DE TERMOS E ABREVIações

HFP: Hora fora ponta.

Contrat: Contratada.

Registr: Registrada.

Ultrapass: Ultrapassagem.

UFER: Unidade de faturamento de energia reativa.

DMRC: Demanda máxima correspondente ao Reativo.

LEGENDA DOS INDICADORES DE QUALIDADE E FORNECIMENTO

DIC: Número de horas que o cliente ficou sem energia.

FI: Número de vezes que o cliente ficou sem energia.

DMIC: Duração máxima, em horas contínuas, que o cliente ficou sem energia.

DICRI: Duração de interrupções ocorridas em Dias Críticos.

Dias Críticos: Dias em que o número de ocorrências emergenciais supera o padrão normal.

Clientes cujos padrões de continuidade tenham sido violados, deverão receber uma compensação financeira através da conta de energia, conforme critérios definidos no Procedimento de Distribuição Módulo 8, além de poder solicitar à distribuidora a apuração dos indicadores DIC, FI, DMIC e DICRI, sempre que for necessário. Para mais informações entre no site www.enel.gov.br.

INFORMAÇÕES/RECLAMAÇÕES

Regionais de Atendimento Enel:

Fortaleza e Região metropolitana:

(85) 4353 4788/4988

Juazeiro: (88) 3566 2225

Iguatu: (88) 3581 1131

Limoeiro: (68) 3423 4101

Canindé: (85) 3343 2025

Sobral: (85) 3677 2234

Itapipoca: (88) 3631 4188

CENTRAL DE TELEATENDIMENTO

- Ouvidoria: 0800 280 4100, dias úteis, das 8h às 12h e das 14h às 18h,

com protocolo de atendimento anterior

2 - Agência Reguladora de Serviços Públicos do Estado do Ceará

- ARCE - 0800 727 0167 - ligação gratuita de telefones fixos e móveis.

3 - Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167 - ligação gratuita de telefones fixos e móveis.

Em caso de falta de energia, envie um SMS para 26816 com: faltadeluz + espaço + número do cliente



SEGUNDA VIA

Para garantir a validade desta fatura, o cliente deve manter esta fatura em local seco, sem contato com plástico, óleo ou produtos químicos. Caso haja cobrança de valores referentes a serviços e/ou produtos não relacionados ao consumo de energia elétrica, o cliente poderá solicitar a emissão de nova fatura com a exclusão destes valores, com excesso de cobranças em lei ou regulamentos, como a CIP (contribuição de iluminação pública).

IMPORTANTE

Formulário de devolução da conta com campos para: Hora, Data, Rubrica, Matricula, e opções de devolução (Casa fechada, Endereço insuficiente, Outros - especificar).

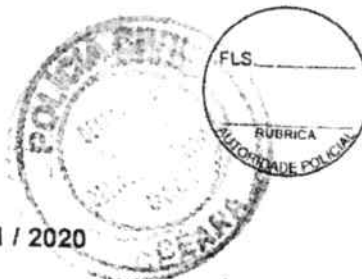
Devolução da conta

REMETENTE

fls. 20



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 202047331



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 141 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **16/01/2020 14:50:21**
 Data / Hora da Ocorrência: **04/11/2019 13:40:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV C, PREFEITO JOSE WALTER - FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência: **EM FRENTE A IGREJA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **TATIANA DIAS VIEIRA**
 Nascimento: **15/07/1980** CPF: _____
 RG: **97008006639** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **GERCINA DIAS VIEIRA**
JOSÉ MILTON DA SILVA VIEIRA
 Endereço: **RUA DEZENOVE DE MARÇO, 886**
 Bairro: **PLANALTO AYRTON SENNA**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.760-365**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98843-2039**

Dados do(s) Veículo(s)

1.) Placa: **NQV3395** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0510AR025586** Renavam: **230773486** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150BROS MIX ESD** Ano Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **LARANJA** Proprietário: **CLAUDIO DIAS VIEIRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA NQV-3395 NA AVENIDA C QUE A VITIMA AVANÇOU A PREFERENCIAL E COLIDIU COM UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS PARA HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.//////////

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
 PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

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

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 16/01/2020 15:38:51

Pág. 1 de 1

Impresso em: 16/01/2020 15:38:51

Scanned by CamScanner



**Prefeitura de
Fortaleza**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 5164984	Nº DO BE 379210
NOME DO PACIENTE TATIANA DIAS VIEIRA		NASCIMENTO 15/07/1980(39 ANOS)	SEXO F
CADUS		NOME DA MÃE GERCINA DIAS VIEIRA	
DOCUMENTOS		ENDEREÇO RUA 19 DE MATOS PLANALTO AYRTON SENNA	
NOME RESPONSÁVEL NI	UF CE	CORRÊNCIA	
MUNICÍPIO FORTALEZA	CEP NI	LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEIXA LUXAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO E TRAUMA CONTUSO DE PERNA DIREITA HA 3 HORAS		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
SIN TOMAS NI		ESCALA DE DOR 5 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO FRANCISCA MORAES DA SILVA		DATA E HORA DA CLASS 04/11/2019 18:27
ÁREA ATENDIMENTO			
DE ATENDIMENTO 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
ANAMNESE Paciente chegou D e acido F pela gerencia			
DIAGNÓSTICO			
SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAO-X () OUTROS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
fixar o ombro direito com F			
colocar o braço para R. por o meao			
com o elástico			
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO			
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IMIL () ANAT. PATOL.			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO			
ORBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS			
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA			

Impresso por francisca moraes da silva em 04/11/2019 18:27:49

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 Penal.

Ata declaratório

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
09/12/19

[Handwritten signature]
TATIANA DIAS VIEIRA

[Handwritten signature]
04/11/2019 18:27:49

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ, protocolado em 16/12/2020 às 14:46, sob o número 027327203202008060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0273272-03.2020.8.06.0001 e código 7E79EC9.



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MATERNO INFANTIL JOSE DE OLIVEIRA PARANGABA

15/12/2020

REGISTRO DE ATENDIMENTO EM URGÊNCIA

NOME DO PACIENTE
TATIANA DIAS VIEIRA

CADUSUS

DOCUMENTOS
CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 89262549334; CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 97608006639

NOME RESPONSÁVEL
NI

MUNICÍPIO
FORTALEZA

CEP
60.760-365

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA
PACIENTE VEIO DO FROTINHA DE MESSEJANA (FEITO PERMUTA ENTRE AS UNIDADES) RECEBENDO
FRATURA DE TORNOZELO UNIMALEOLAR

SINTOMAS
NI

MOTIVO
AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

PESO
NI
TEMPERATURA
NI

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI
ALERGIAS
NAO

SAT O2
NI%

PULSO
NI

GLICEMIA
NI

CLASSE
AN

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVA MACHADO

DATA E HORA DA
CLASSIFICAÇÃO
10/11/2019
22:21:23

ÁREA DE ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

ÁREA ATENDIMENTO

ANAMNESE

ATENDIMENTO EM URGÊNCIA

DIAGNÓSTICO

SADT SOLICITADO

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO

MÉDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

ALTA/SAÍDA

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

Impresso por BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVA MACHADO em 10/11/2019 às 22:21:23

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.

HOSPITAL DISTRITAL DE FORTALEZA
ALUGO QUE CUSTA CUSTAR COM UNIDADE

Beatriz Helena Soares da Silva Machado

Mônica Saba

Mat.15984

Tatiana Dias Vieira
tatiana dias vieira

Dr. Plínio Alves de Souza Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-EC 5691 TEOT 8192
CPF 308.912.553-00

12690029977 fls. 24



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROMOTORA DE SAÚDE
AV. Outor de Paiva nº 1121 - Parangaba - CEP 40.220-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3125-7233

CENTRO DE SUPERVISÃO E REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CSM - CSM - FORTALEZA

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

2319103527543

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

TATIANA DIAS VIEIRA

ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA: DEZENOVE DE MARÇO Nº 886

BAIRRO

PLANALTO AIRTON SENNA

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF

CE

DATA DO NASCIMENTO

SEXO

CONDIÇÃO

1. ☐ MASC

3. ☐ FEM

2. ☐ SEGURADO

4. ☐ CONJUGE

6. ☐ FILHO

8. ☐ OUTRO DE

NOME DA MÃE

GERCIANA DIAS VIEIRA

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

38891255300

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

10.11.19

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

dores e impotência
funcional M.I.R. e
M.I.D

INDICAÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Neumite trat. cirúrgico

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Exame físico + Rx

DIAGNÓSTICO INICIAL

Osteoartrite
degenerativa L + F + Fratura
transversal D

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA

3. ☐ CLÍNICA MÉDICA

5. ☐ PSIQUIÁTRICA

9. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA

4. ☐ TISIOPEUMOL

6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

trat. cirúrgico

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

3681

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

10.11.19

HORA

23:27

Dr. Plínio Alves de Souza Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 5671 TEOT 6132
CPF 388.912.553-00

FICHA DE EVOLUÇÃO DE PACIENTE - FEP

DATA		
DEFERÊNCIA	LITRO	MARCA-TELA

NOME	
	# Admissão # Ref. / LSE III (1) / pat. moleolo lat à D c/ end. qd fto cirurgico pl. oclus obs: Necemolode de uivos Rx Col = Instrumento
06/11/2019	Paciente T.D.V 39 anos. IH: Fratura de moleolo lateral da D. Paciente consciente, orientado, eupneico em a-a, afébil. Refere fazer uso de medicação de uso contínuo para a família Trazel a presença segue sob cuidados da equipe.
07/11	afébil, em des. sol. fir-m e ka
07/11	pat. endue estome, afébil, eupneico em a-a, aceite dieta V.O, eliminação fisiológicas + faz uso de analgésicos, consciente, orientado, medicação epm e sob cuidados da equipe
08/11	afébil, mas des

Wendel de Alcantara Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 14753 / SBO 1607

Dr. Paulo de Tasso
Cavalcante Castro
Traumatologia
CRM 1985

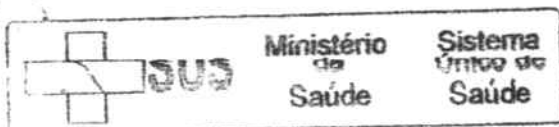
Daniella Bezerra
COREN-CE 51042-ENF

04.885.107/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tereza Coelho 1570
Messejana - Cep: 60.804-010
Fortaleza - Ceará

Dr. Paulo de Tasso
Cavalcante Castro
Traumatologia
CRM 1985

CONFERE COM ORIGINAL
09/12/19

Gráfica HDEBO-SAME-Ficha Evol. Paciente-FEP-00
Gráfica HDEBO-Enferm-Fich. Evol. Paciente-FEP-00



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE TATIANA DIAS VIEIRA	6 - Nº PROJ.
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DO NASCIMENTO 15/10/1980
9 - SEXO Masculino	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL BERNARDO DA SILVA
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) R. P. DE MOURA - 888 - P. de Moura	12 - CID 10 PRINCIPAL
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA POCINHOS	14 - Cód. IBGE MUNIC.
15 - UF	16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Pct vítima AC de modo (sic) e/ou CAE III A E e FRAZ MUSEO CAT A D
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Ptiso de complicação
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Anamnes + Rx
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL fractura + lcs
21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento CAE	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO CNS ☐ CPF ☐	29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 09/11/19
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº BILHETE	38 - SÉRIE
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNIE EMPRESA	41 - CSOR
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	45 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 04.885.197/00012-05
45 - DOCUMENTO CNS ☐ CPF ☐	46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA
47 - DATA DO DOCUMENTO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	Av. José de Almeida Torres Coelho 1578 Messajana - Cep: 60.364-810

Carolina
CONFERE COM ORIGINAL
09/12/19

Gráf. HDEBO-SAME-AIH-005

Takana Din Viera

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:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 16/12/2020 às 14:46, sob o número 02732720320208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0273272-03/2020-8.06.0001 e código 7E79EC9.

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome: <u>Tatiane D. Viana</u>				
Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
		122	10/11/2019	

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
10.11.19	Vem acompanhada de Frotinha de Ananias para realização de exame físico.
11/11/19	DOSS ADM. NESTA UNIDADE PROVE NIENTE DO FROTINHA DE MESSEIA. CHEGOU DEAMBULANDO, CONSC., ORIENTADA, EUPNEICA, VERBALIZANDO SUAS NRB'S, NEGA ALERGIAS, NELA NA DEMISSÃO E FAT. USO DE AMITRIPTILINA E FLUOXETINA COMO MEDICAÇÕES ENCONTRAM-SE A MESMA, SEM QUESAS NO MOMENTO. HIS FRATURA DE MALLEOLO LATERAL, A MESMA RELATOU QUE FRATUROU A CLAVICULA ESQ.??
11/11/19	Paciente Abaixa clavicula direita e costura fratura + LAC, sem intercorrências
12/11/19	Recebe e evolui
13/11/19	Paciente Abaixa clavicula, sem intercorrências

Dr. Hildemar Queiroz
Traumatologia
CRM 7879

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4600

HISTÓRICO CLÍNICO DO JOSE EDUARDO DE OLIVEIRA
NOME QUE CADA PACIENTE TEM ORIGINAL

J.P. da Paula
Mônica Saba
Mat 15984

Dr. Hildemar Queiroz
Traumatologia
CRM 7879

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA—SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ LARROSO DE OLIVEIRA
FROTHINA DE PARAMAGABA
AV. Osório de Figueira nº 1127 — Paramagaba — CEP 66.720-000 — Fortaleza—Ces
Telefone: (85) 3131-7321 — Fax 3131-7319

FOLHA DE ANESTESIA

Nome: Tatianna Dier Keine

Prontuário N.º: 3944100

Enfermaria: _____ Leito: _____

Data:	Pres. Arterial:	Pulso:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
10/11/19	120 x 80	88 bpm			88 kg	
Tipo Sanguíneo:	Hemácias:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Uréia:	Outros:
	Urina:					
Ap. Respiratório:				Asma:	Bronquite:	
Ap. Circulatório:				Eletrocardiograma:		
Ap. Digestivo:		Dentes:	Pescoço:	Ap. Urinário:		
Estado Mental:		Atarácicos:	Corticóides:	Alergia:	Hipotensores:	
Diagnóstico Pré-operatório:				Estado Físico:	Risco:	
Anestésias Anteriores:						

Medicação Pré-anestésica:

Aplicadas às:

Efeito:

[illegible]



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE CLÍNICA - HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES - HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES - HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º: **394400**

Paciente: **TATIANA DIAS VIEIRA**

Data da Operação: **19/11/19** Enfermaria: _____ Leito: _____

Operador: **Dr. MARCELO SILVEIRA**

1º Auxiliar: **Dr. YURI MACHADO**

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesiista: **Dr. MARCUS FORRE**

Tipo de Anestesia: **RAQUIM + SEDACIA**

Diagnóstico Pré-operatório: **FRATURA DE TORNOZELO (D)**

Tipo de Operação: **OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE TORNOZELO (D) + REPARO LIGAMENTAR**

Diagnóstico Pós-operatório: **MBRNO**

Relatório Imediato Patologista: _____

Exame Radiológico no ato: _____

Acidente durante a operação: _____

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

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

- ① Paciente em BDT sob anestesia
- ② antissepsia + limpeza + campos estéril
- ③ acesso lateral do malleolo lateral (D) + acesso por novo + acesso aberta e encontrando a fratura de malleolo lateral (D) + encontrando com placa e parafusos
- ④ acesso medial do tornozelo (D) + reparo de ligamento anterior com nylon
- ⑤ Lavagem com 500,9%
- ⑥ Sutura por pontos
- ⑦ Curativos

Dr. Marcelo Silveira Matias
Ortopedista
CRM 14098 / RQE 1480

Dr. Yuri Oliveira Machado
Ortopedia Traumatologia
Ortopedia Pediátrica e Afecções do 4º
CREMEC 14.331 - TEO 14.651

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200058301

Vítima: TATIANA DIAS VIEIRA

Data do Acidente: 04/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TATIANA DIAS VIEIRA

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 tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: TATIANA DIAS VIEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000645-9

Conta: 000001004987-3

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

