Albuquerque & Augusto
ADVOGADOS ASSOCIADOS

Escritório Fortaleza
R. Joaquim Felício, nº201, Sala 06, Shoping Cavalcante Plaza Center
Bairro Messejana, Fortaleza - Ceará, CEP: 60.840-115
Fone: (0xx85) 3215-1116
E- mail: albeaugadvogados@hotmail.com

Escritório Iguatu
Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, Nº 9
Bairro Prado, Iguatu - Ceará, CEP: 63.502-10
Fone: (0xx88) 3581-1280
E- mail: albeaugadvogados@hotmail.com

PROCURAÇÃO PARA A CLÁUSULA *AD JUDICIA ET EXTRA*

OUTORGANTE: Aldecir Rodrigues Ribeiro, brasileira, estado civil Solteiro, profissão Servente, portador(a) da Cédula de Identidade número 3455903-2000 Órgão SSP/CE, inscrito(a) no CPF sob o nº 999.268.143-87 residente e domiciliado(a) _____, Nº 00935, Bairro NSA SRA DE FATIMA Cidade Aracati, CEP: 62800-000.

OUTORGADOS: DIEGO VICTOR LOBO SILVEIRA, brasileira, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 25.815, **EURIJANE AUGUSTO FERREIRA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE sob nº16.326, **JOÃO RICARDO PINHO**, brasileira, divorciado, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 33.315 e **LÍGIA SAMARA ALBUQUERQUE PINTO**, brasileira, casada, inscrita na OAB/CE sob o nº. 22.902, todos com endereço profissional situado à Rua Joaquim Felício, nº 201, Sl. 06, Shopping Cavalcante Plazza, Messejana, CEP: 60.840-115, Fortaleza/CE e/ou Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, nº 9, Prado, Iguatu/CE, CEP 63.502-105.

PODERES: Para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei 13.105/2015 - Código de Processo Civil, e os especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Iguatu/CE, 19 de maio de 2018.

Aldecir Rodrigues Ribeiro

Albuquerque & Augusto
ADVOGADOS ASSOCIADOS

Escritório Fortaleza
R. Joaquim Felício, nº201, Sala 06, Shoping Cavalcante Plaza Center
Bairro Messejana, Fortaleza - Ceará, CEP: 60.840-115
Fone: (0xx85) 3215-1116
E- mail: albeaugadvogados@hotmail.com

Escritório Iguatu
Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, Nº 9
Bairro Prado, Iguatu - Ceará, CEP: 63.502-1
Fone: (0xx88) 3581-1280
E- mail: albeaugadvogados@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Aldecir Rodrigues Ribeiro, brasileira, estado civil Solteiro, profissão Servente, portador(a) da Cédula de Identidade número 3455903-2000 Órgão SSP/CE, inscrito(a) no CPF sob o nº 999.268.143-87, residente e domiciliado(a) _____, Nº 00935 Bairro NSA SRA DE FATIMA Cidade Aracati, CEP: 62800.000.

DECLARO, para os devidos fins de direito, perante a Justiça do Estado do Ceará, nos termos da Lei 7.115, de 29 de agosto de 1983, de que sou pobre na acepção jurídica do termo e não disponho de condições econômicas para custear as despesas judiciais sem sacrifício do meu sustento próprio e da minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade pela declaração acima, sob as penas da lei, assinando a presente declaração para que produza seus efeitos legais de condições econômicas.

Iguatu - Ceará, 19 de maio de 2018.

Aldecir Rodrigues Ribeiro

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **999.268.143-87**

Nome: **ALDECIR RODRIGUES RIBEIRO**

Data de Nascimento: **22/04/1977**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **08/08/2001**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **17:24:55** do dia **23/05/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **4C0C.FDBB.3DAA.EEF0**

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

Nº DO CLIENTE
50427-0
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135.040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 517152548

Data de Emissão 14/03/2018

Rota 10 24000 02 002400 - 3
Nome MARIA ALDENIR RODRIGUES RIBEIRO
End. Postal BAIRRO NSA SRA DE FATIMA 00935
- ARACATI - 62800000
Poste 0000 0000
Medidor 2715833
Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
CGF
RG / CPF / CNPJ 041723153-99
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mar/2018	14/03/2018	13/04/2018

ICMS

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
101,54	27,00%	27,41

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto ARACATI
Mês Jan/2018 EUSD 35,33
PICELF 0,00 P

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,43	10,86	21,73	0,16	0,00	0,00
FIC	3,30	6,60	13,20	1,00	0,00	0,00
DMIC	3,11			0,16		

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
028C.533C.813B.4441.4F24.B981.AA02.72EC

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
FP	5504	5357	1,00	147	0,00	147	0,69081	101,54
	14/03/18	15/02/18		27 DIAS		147		101,54

DESCRIÇÃO	VALOR (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	101,54
MULTA MORATORIA REF 02/2018	2,27
JUROS DO MES	0,30
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	12,20

VENCIMENTO 22/03/2018

TOTAL A PAGAR (R$) 116,31

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	34,58
Transmissão	3,45
Distribuição	23,48
Encargos Setoriais	8,13
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	31,90
TOTAL	101,54

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MED	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Mai	Abr
154	147	166	157	140	153	160	149	147	157	146	191	140

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO_2 (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica (%CO_2)
63,53	0,00	0 — 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE
SEU NUMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DIGITO VERIFICADOR "
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor
da dengue, zika e chikungunya. Ministerio da saude. Gov. Federal

Consta desta fatura R$ 4,49 referente a PIS e COFINS.Alíquotas: PIS:0,79% e COFINS:3,64%
(Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e [illegible])

Para o mes de março -18 a bandeira ser[illegible] sem custo adicional para os consumidores.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI

FLS. _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 412 - 3656 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/09/2017 10:26:59**
Data / Hora da Ocorrência: **16/03/2017 19:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA CARROÇAVEL DE ITAIÇABA**
Complemento:
Bairro:
Ponto de Referência: Município: **ARACATI/CE**

Noticiante(s)

Nome: **ALDECIR RODRIGUES RIBEIRO**
Nascimento: **22/04/1977** CPF:
RG: **34559032000** Orgão Emissor: **SSPDC** UF:
Filiação: **MARIA ALDENIR RODRIGUES RIBEIRO**
JOSÉ LOURENÇO RIBEIRO
Endereço: **RUA CEL. ALEXANZITO, 935**
Bairro: **NOSSA SENHORA DE FATIMA**
Município: **ARACATI/CE** CEP: **62.800-000**
País: **BRASIL**
Telefone: **9652-7558**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NUW3795** Uf: CE Município: **ARACATI** Chassi: **9C2JC4210AR120563** Renavam: **232807086** Tipo do Veículo: **MOTONETA** Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 125 KS** Ano Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **MARIA ALDELIANE RODRIGUES RIBEIRO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

O noticiante ALDECIR RODRIGUES RIBEIRO, RG 3455903-2000, CPF 999.268.143-87, residente na Rua Cel Alexanzito, 935, Nossa Senhora de Fátima, Aracati-CE, informa que trafegava na garupa de um motociclo marca/modelo HONDA BIZ 125 KS, Cor predominante Preta, ano de fabricação 2010, Placa NUW 3795/CE, Renavam 00232807086, Chassi 9C2JC4210AR120563, dirigida por seu primo Marcos Aparecido de Araújo Ribeiro, RG 2003010368030 SSP CE, CPF 056.625.863-30, residente na Rua Cel Alexanzito, 110,Centro, Aracati-CE, de propriedade de MARIA ALDELIANE RODRIGUES RIBEIRO, RG 2006010317023, CPF 774.784.103-59. Quando trafegava na garupa do referido motociclo, na estrada carroçável de Itaiçaba bateu num pedra e acabaram caindo no chão. Devido a queda o noticiante fraturou a clavícula. Após o acidente, diversas pessoas passaram pelo local e muitos outros souberam do acidente. Dentre as pessoas que viram o acidente estão JOSILENE MATOS DA SILVA (testemunha 01), RG 2008165197-4, CPF 077.146.623-44, residente na Rua Pompeu Costa Lima, 187, Nossa Senhora De Loudes, Aracati-ce, e JOSE VAGNER DA SILVA SANTOS (testemunha 02), RG 2002010078247, residente na Rua Biquara, 239, Pedregal,Aracati-CE. Após o acidente, o noticiante foi socorrido e lavada para o Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias - HMED, na cidade de Aracati-CE, sendo atendido em virtude do acidente de motociclo. Em virtude do Acidente o noticiante sofreu fratura na clavícula; e nada mais disse.

Impresso em: 26/09/2017 10:35:36

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI

FLS.
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 412 - 3656 / 2017

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :
IZABELLE CRISTINA DE MEDEIROS DIAS DANTAS - MAT.: 30060717

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :
ANA MARIA DE ARAUJO PADILHA - MAT.: 30078918

A presente cópia autenticada confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.
Em testemunho ____ da verdade.
Aracati
06 ABR. 2018
Bel. Jorge Luiz Portela de Almeida
Oficial Maior

Mariane Fernandes da Silva Barros
Escrevente Autorizada

PREFEITURA DO ARACATI

Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias - HMED

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Acidente: ( ) Sim ( ) Não
Trabalho: ( ) Sim ( ) Não
Trânsito: ( ) Moto ( ) Carro ( ) Outro

AT. IMEDIATO EMERGÊNCIA	VERMELHO	01 HORA URGÊNCIA	AMARELO	02 HORAS POUCA URGÊNCIA	VERDE	04 HORAS S/ URGÊNCIA	AZUL

Data: 16/03/2017 Hora do tendimento: 7:40 Atendente: Regina

Nome: Adeciv Rodrigues Ribeiro Idade: 40 Sexo: ( )F (X)M

Data de nascimento: 22/04/77 RG/CPF/Outros: 3455403-2000 CADSUS:

Filiação: Maria Aldimar Rodrigues Ribeiro

Endereço: Rua Santana de Fatima Nº: 935 Teleone: 491 5910

PSF: ACS:

T: ____ °c PA: 100 x 60 mmH FC: ____ bpm FR: irpm Glicemia Capilar: ____ mg/dl

Nível de consciência: ( ) Inconsciente (✓) Orientado ( ) Confus ( ) Desorientado ECG: ____ Alergias: Não Violência: ( ) Sim ( ) Não

CLASSIFICAÇÃO DA DOR: ( ) Sim ( ) Não ( ) Aguda ( ) Crônica ( ) Recorrente TIPO DE DOR: ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Forte ( ) Severa

ATENDIMENTO E CONSULTA

(✓) Atendimento Médico em Unidade de pronto Atendimento
( ) Consulta com Prof. De nível sup na atenção esp (exceto médico)
( ) Atendimento Médico de urgência em atenção especializada
( ) Atendimento da Atenção Básica

Motivo do Atendimento - ENFERMAGEM (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico)
Paciente sofreu queda de moto há 1h. Com queixa de dor no ombro

Enfermeiro(a): Regina Aires Enfermeira COREN 123394 Encaminhamento: (✓) Clínica Médica ( ) Traumatologia

Anamnese (Conduta Médica)
Pct Sind do Dragona

Hipótese Diagnostica/
Luxação de Ombro/Úmero

Prescrição na Urgência	Horário	Assinatura do executor
→ Av Glicedina		
→ Raio X de Ombro		

Dr. Daniel B. Lobares Garcia Médico CRM-CE 12385

( ) Administração de medicamentos na Stenção Especializada
( ) Inalação / Nebulização
( ) Curativo grau I c/ ou s/ debridamento
( ) Curativo grau II c/ ou s/ debridamento
( ) Retirada de pontos de cirurgias básicas
( ) Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva
( ) Pequena Cirurgia: ____
( ) Outros: ____
( ) Retirada de Cerúmen de conduto auditivo externo
( ) Enema
( ) Sondagem Gástrica
( ) Drenagem de abscesso
( ) Excisão c/ ou sutura simples de pequenas lesões
( ) Exerese de tumor de pele e anexos / cisto sebáceo
( )Retirada de corpo estranho subcutâneo
( ) Excisão e sutura de linfangioma / nevus

Encaminhamato/Destino do Paciente: Alta ( ) Hora:___:___ Internamento Hospitalar ( ) Observação ( )Transferência ( ) Óbito ( )

HMED

OBSERVAÇÃO

Paciente: _____ Enf: _____ Leito: _____

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	HORA DE ADMINISTRAÇÃO	SINAIS VITAIS/EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
	Luxação Acrômio Clavicular		
	de ombro D após queda		
	há 3 anos		
	Trauma V/ Cervical		
	assintomático		
	Pedro B. Linares Garcia Traumato - Ortopedia CRM. 1321H SBOT 14408		

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Encaminhamento/Destino do Paciente: Alta( )Hora:___:___ Internamento Hospitalar( )Observação( )Transferência( )Óbito( )

Assinatura e Carimbo Médico - CRM

Assinatura do paciente

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARACATI

Av. Dragão do Mar, 178 - Emaús (88) 3415-2400

Aracati - Ceará

27507

BOLETIM DE ADMISSÃO

Nome: Aldenir Rodrigues Ribeiro

Endereço: R. Cel. Alexandrito Nº 935

Bairro: N.S. Fátima | Município/Estado: Aracati | Profissão: Motorista

1 | 1 | 220477

CPF: 345590320-00 | RG: NC | Cor: Pardo

1144 160347

Pai: José Lourenço Ribeiro

Mãe: Maria Aldenir Rodrigues Ribeiro

Data de Admissão:

Motivo da Alta: 28-5-17

Curado | Melhorado | Inalterado | Piorado | Evasão | Indisciplina | Óbito

Local:

Transferido

ACOMPANHE O EXAME PÚBLICO

Bom no amb. D. APO1 ouvir
de mto boa. D. Dumico.

Dor lombar D. Dmzu D
Uxaso acreano continuar
somente informação p/ redução cirúrgica
sem mudanças.

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

Eu abaixo assinado, na minha condição de responsável legal, autorizo a internação de Aldecir Rodrigues Ribeiro, para tratamento de saúde, no Hospital Aracati.

Assumo o compromisso de comparecer ao hospital sempre que for solicitado, bem como de receber imediatamente o paciente quando autorizada sua saída, ou caso contrário, [illegible]

Aracati 16 de Março de 2017

Nome do Responsável

Documento de Identidade

Relação com o Paciente

Endereço para Avisos

Testemunha

Testemunha

Identidade Nº

ATENDIMENTO DE ALTA E TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu abaixo assinado, requeiro a saída imediata do hospital do(a) Sra. Aldecir Rodrigues Ribeiro, pois, no momento, não tive a assistência devida. Montenegro [illegible] tendo a referido médico [illegible] responsabilizando-se pelas consequências de minha recusa desta minha decisão. Declaro, ainda, que me foram dados amplos esclarecimentos sobre os riscos existentes.

Aracati 08 de maio de 2017

Assinatura do responsável ou do próprio paciente se lúcido e maior

Nome do Responsável Aldecir Rodrigues Ribeiro

Documento de Identidade 3455 403 2000

Relação com o Paciente Irmão

Número solicitação : 15600006222

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACATI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1. Preencher esta ficha em 3 vias
2. Ao Terminar a consulta ou tratamento, entregar as 2vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via a unidade de Origem.

Unidade de Origem: ..... Município: .....
Distrito Sanitário: .....

Nome: ALBERIN R. FIGUEIRA ..... Pront. Nº: .....
Sexo: M [X] F [ ] Data de nascimento: ..../..../.... Ocupação: .....
Endereço: .....
Bairro: ..... Cidade: ..... Tel.: .....

Motivo do Encaminhamento: DOR NO OMBRO (D). LUXAÇÃO ACRO MIO CLAVICULAR BILATERAL. AUSENCIA DE MATERIAL OSTEOSSÍNTICO (PLACA E PARAFUSO)

Resultado de Exames: .....

Conduta já Realizada: IMOBILIZAÇÃO

Impressão Diagnóstica: .....

Pedro B. Linhares Garcia
Traumato / Ortopedia
CRM: 13211 SBOT 14403

..... Assinatura do Encaminante - Nº. Registro ..... Função 16.3.17 Data ..../.... Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial [ ] Hospitalar [ ] Auxílio Diagnóstico [ ]
Procedimento: ..... Profissional: .....
Unidade de Referência: ..... Data: ..../..../.... Hora: .....

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: .....
Município: ..... Prontuário Nº. ..... Alta ..../....

Resumo Clínico / Cirúrgico

.....

Resultado de Exames

.....

Diagnóstico: Principal ..... CID: .....
Secundário 1 ..... CID: .....
Secundário 2 ..... CID: .....

Proposta da Consulta para Seguimento

.....

O problema justificou a referência? Sim [ ] Não [ ] O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim [ ] Não [ ]

..... Assinatura do Encaminhamento - Nº. Registro ..... Função ..../..../20.... Data

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACATI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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: HMED
2- CNES: 2372967

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HMED
4- CNES: 2372967

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: ALDISON RODRIGUES RIBEIRO
6- Nº DO PRONTUÁRIO:
7- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 700 7410 2094 8999 117
8- DATA DE NASCIMENTO: 22/04/77
9- SEXO: Masc. [X] Fem. [ ]
10- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Maria Aldenir Rodrigues Ribeiro
11- TELEFONE DE CONTATO (DDD / Nº DO TELEFONE): 88 9788 1289
12- ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): R. Cel. Alexandrito
13- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Aracati
14- CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 230110
15- UF: CE
16- CEP: 62810000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Dor no ombro (D) após queda moto.

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: CIRURGIA

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓTICADAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Rx

20-DIAGNÓTICO INICIAL	21- CID 10 PRINCIPAL	22- CID 10 SECUNDÁRIO	23- CID 10 CAUSAS ASSICIADAS
luxação acromio clavicular (D)			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: ACROMIOPLASTIA
25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO (Nº DO TELEFONE):

26- CLÍNICA	27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28- DOCUMENTO	29- Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
		( ) CNS ( ) CPF	

30- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Pedro B. Linhares Garcia
Traumato - Ortopedia
CRM: 13211 SBOT 14403

31- DATA DA SOLICITAÇÃO: 16/03/2017

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33- ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34- ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
35- ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36- CNPJ DA SEGURADORA:
37- Nº DO BILHETE:
38- SÉRIE:
39- CNPJ DA EMPRESA:
40-CNAE DA EMPRESA:
41- CBOR:

42- VÍNCULO COM A PROVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44- CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
49- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
45- DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46- CNPJ DA EMPRESA:
47- DATA DA AUTORIZAÇÃO:
48-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

Nº AIH 2311100129564

2 solicitações: 1560000026221

Aracati
ADMINISTRANDO COM TODOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EDUARDO DIAS
Rua Dragão do Mar, 819 - Aracati - CE

NOME: [illegible] IDADE: 44 anos

CLÍNICA: T QUARTO: LEITO: 01

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
16/3	Dipirona	Atenção	12.3986 OBSERVAÇÕES
17	① Paracetamol 500 VO 8/8h se dor	14. 22. 06.	Paciente em observação
	② Bupromed 600 mg VO 12/12h se dor forte	14. 22. 06.	vítima de acidente de
	③ Tafol		motocicleta, queixa-se de algia
	④ Imustamina	DIXa solicitado	no ombro, segue aos cuidados
			da enfermagem PA: 100x60 mmHg
			16/03/17 17h. 16h. pa-
			ciente em tratamento por
			lesão de membro com se-
			quela, internado, [illegible]
			dieta [illegible],
			deambula, [illegible]
			sinais vitais presentes, T: 36,7
			PA: 130x70 mmHg
			Acompanhamento, conscient orientado
			PA 120x60 mmHg
			17.03.17 às 15:00 fim plantão
			em repouso no leito
			acompanhado, [illegible]
			[illegible] tratamento
			com [illegible] de [illegible]

Pedro B. Linhares Garcia
Traumato - Ortopedia
CRM/ 13211 SBOT 14403

Raimundo Fernandes do Nascimento
Enfermeiro
COREN-CE 468.394

Ana Lúcia Coelho
Téc. de Enfer.
COREN-CE

fls. 21

Aracati
ADMINISTRANDO COM TODOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EDUARDO DIAS
Rua Dragão do Mar, 819 - Aracati - CE

NOME: _____ IDADE: _____
CLÍNICA: _____ QUARTO: _____ LEITO: _____

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES
17	Dieta livre	SND	[illegible]
03	Paracetamol 500 mg VO 03/6h	06 12 18	[illegible]
24h	Suspender	Retirar	[illegible]
	Dr. Francisco Cintia Gomes CREMEC 1321		[illegible]
			17/03/2017 às 22:00 paciente no leito deambulando, [illegible]

Camila B. Gomes
Téc. Enferm
COREN-CE

fls. 22

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACATI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DATA	EVOLUÇÃO
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
18/03/17	As 23:00 Paciente do sexo masculino.
/ /	DI luxação acromio clavicular D.
/ /	Consciente, orientado, contactuante
/ /	do, afebril, Aceita dieta oferecida,
/ /	eliminações fisiológicas presente.
/ /	Segue dos cuidados da Enfermagem
/ /	Aguardando o RL.
/ /	GERILANDIA G. VIEIRA ENFERMEIRA COREN-CE 341.935
/ /	
18/03/17	LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR DIREITA.
17:30 /	AGUARDA TRANSFERENCIA POR FALTA DE
/ /	MATERIAL DE SINTESE.
/ /	SEM GUEIXM.
/ /	Dr. Francisco Frota Pinto Junior Ortopedia e Traumatologia CRMEC 5310
/ /	
/ /	
19/03/17	PACIENTE SEM GUEIXM, BOA MOBILIDADE
18:00 /	DA MSD.
/ /	DEFORMIDADE ACENTUANDO DA CINTURA
/ /	ESCAPULAR
/ /	AGUARDA TRANSFERENCIA POR FALTA DE MA-
/ /	TERIAL PARA TTO CIRURGICO.
/ /	Dr. Francisco Frota Pinto Junior Ortopedia e Traumatologia CRMEC 5310
/ /	
19/03/17	R: DIA por decurso de acidente D. Consciente
/ /	orientado, cooperativo, respirando espontaneamente
/ /	dieta leve, eliminações fisiológicas presentes
/ /	e espontâneas. SSVV e parâmetros normais
/ /	Aguardando vaga na UTI. Danne Brigido

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EDUARDO DIAS
Rua Dragão do Mar, 819 - Aracati - CE

NOME: Aglecia R. Ribeiro IDADE: 34 a
CLÍNICA: QUARTO: LEITO: 02

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM 1º 03 OBSERVAÇÕES
	17/03/17		
	① SINAIS VITAIS	Rotina	
	② PARACETAMOL 500 VO. 8/8H	12	
	③ DIETA LIVRE	Livre	20 5 110x80 36,0 83 18
	④ TRANSFERIR	solicitado	110x80 35,1 91 20
	Dr. Francisco Frota Pinto Júnior Ortopedia e Traumatologia CRMEC 5301	Lucia de Souza Correia Enfermeira COREN-CE 430.101	
	18/03/17		
	① DIETA LIVRE	Livre	Ao levantar-se com auxílio
	② PARACETAMOL 500 mg VO 8/8H	6, 14, 22	
	③ SINAIS VITAIS 6/6H	Livre	
	④ TRANSFERIR	solicitado	
	Dr. Francisco Frota Pinto Júnior Ortopedia e Traumatologia CRMEC 5301		
	⑤ RX DO OMBRO DIREITO AP	Jeanne Brigido Enfermeira COREN 66255	
			Ao 22:50hs Paciente em repouso no leito. Consciente, orientado

fls. 24

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACATI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EDUARDO DIAS
Rua Dragão do Mar, 819 - Aracati - CE

Nº REGISTRO _____ DATA ____/____/20____

NOME: _____ IDADE: _____

CLÍNICA: _____ QUARTO: _____ LEITO: _____

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES
			verbaliza, aceita dieta, funções fisiológicas presente, em tratamento por fouração de clavícula 'D', segue aos cuidados da enfermagem Edna Mª Guedes Oliveira Téc. Enfermagem Coren CE 893.250
			às 23:00h Paciente em repouso no leito aceita dieta oral sem queixas no momento. Eliminações presentes normal, segue aos cuidados de enfermagem Ramon 99 306

fls. 25

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACATI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EDUARDO DIAS
Rua Dragão do Mar, 819 - Aracati - CE

Nº REGISTRO [ ] DATA 02 / 03 / 20 17

NOME: Aldecir Rodrigues Ribeiro IDADE:

CLÍNICA: Traumatológica QUARTO: LEITO: 01

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES
03/17	(1) DIETA GERAL	Atenção	P = 72 bpm R = 19 rpm
	(2) PARACETAMOL 500 mg V.O. 8/8 hs	SN SN	T = 36,8°C Fabricio
	(3) TIPECIA VALAMEDA 2,5 D.	Atenção	SPO2
	(4) SINAIS VITAIS	Rotina	36,2°C 98 98%
	DR. SERGIO COUTINHO MEDICO - CREMEC 5999	Raimunda Colares Lima Enfermeira COREN-CE 354787	20:30 MUITO 36,4°C 86 18
			22/03/17 às 12:00 Paciente em repouso no leito em tratamento por fratura acromio D. Consciente, orientado, verbaliza, deambula. Aceita dieta oferecida. Funções fisiológicas ok. Sem queixas álgicas no momento. Segue cuidados da enfermagem. Plantão 19:30hs Paciente em repouso no leito, consciente, orientado, verbaliza, aceita dieta, funções fisiológicas presentes, em trata

fls. 26

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EDUARDO DIAS
Rua Dragão do Mar, 819 - Aracati - CE

NOME: Alacir Rodrigues Ribeiro IDADE: 44a
CLÍNICA: QUARTO: LEITO: 01

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES
20.03.17	1. Dieta geral	Almoço	
	2. Paracetamol 500mg VO 8/8hs	14 22 02	
	3. Ibuprofeno 600mg VO 12/12hs	18 24	
	4. Tipoia	Solicitar / Realizar	
	5. Repouso no leito	Cont.	
	Antônio Montenegro CRMEC 1786	Nayara Maia ENFERMEIRA COREN/CE 505871	
			Às 24:50hs paciente em repouso no leito, sem queixas álgicas no momento, segue em observação. PA = 120X80 mhg

fls. 27

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACATI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Dragão do Mar, 819 - Fone (88) 3421.1449
Aracati-CE

Aracati
ADMINISTRANDO COM TODOS

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

NOME PACIENTE: Ademir Rodrigues Ribeiro

Nº REGISTRO:

DATA DE ADMISSÃO: 16.03.2

QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FÍSICOS

20.03.17. Paciente sem acompanhante, aguardando quadro traumatológico. Aguardando transferência.

Antônio Montenegro
CRMEC 1786

20.03.17 - Paciente 5º DIH por luxação de ombro D. Consciente orientado, verbalizando e deambulando, aceita dieta, aceita a medicação prescrita, SSVV em parâmetros normais, negou queixas de enfermagem. Aguardando CRL

Nayara Maia
ENFERMEIRA
COREN/CE 505871

21.03.17 Paciente aguardo transferência para cirurgia no capital. Sem intercorrências aparente. Sem queixas.

Antônio Montenegro
CRMEC 1786

22/3/17 Paciente ACUMPANHADO TRANSFERÊNCIA com queixa álgica no momento, solicito tipoia via SAMU.

DR. SERGIO COUTINHO
MÉDICO - CREMEC 5233

23.03.17 - Paciente com 7º dia pós cirurgia de luxação de ombro D, consciente, orientado, verbalizando e deambulando, aceita dieta, aceita a medicação prescrita, negou queixas de enfermagem. Sem [illegible]

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DE ARACATI
Rua: Dragão do Mar, 819 - Fone: (88) 421.1449
Aracati - Ceará

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

NOME DO PACIENTE

Nº REGISTRO

DATA DE ADIMISSÃO

QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FÍSICO

23-03-17 - Paciente em apoio no leito em MMII-DIA
com hematoma cicatricial D, referindo dor ao movimentos
e edema, sinal de [illegible] ausente, demais [illegible]
[illegible] eliminações fisiológicas ↑. Segue
com atividades de higiene de Enfermagem.
Agendamento a CRL

Marcadena Barbosa Lima
Enfermeira
COREM - 352933

23/03/17 Admissão Acompanhamento Clínico
Acompanhamento Ortopedia

Pedro P. Linhares Garcia
Traumato - Ortopedia
CRM: 13211 SBOT 14403

24-03-17 Paciente [illegible] referindo D, [illegible]
[illegible], mitrofobia, [illegible] queixas álgicas de membro D

25/03/17 TO.
CAC
Agendado em dia
de Agosto Cirurgia (CRL)

ANAILA MELO
COREN: 66595
CPF: 43886140

Dr. Thiago Parente Rolim
Ortopedia
Traumatologia
Artroscopia do Joelho
CRM-CE 13858 SBOT 14479

25/03/17 Paciente em TOR [illegible] Clavícula D
sem queixas, aguardando CRL

(25-3-17) TO.
Lucas Araújo CLAVICULA

Marcia Sombra Moreira
COREN-CE 378.224
Enfermeira

Dr. Thiago Parente Rolim
Ortopedia
Traumatologia
Artroscopia do Joelho
CRM-CE 13858 SBOT 14479

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA Fratura Clavícula

ASSINATURA DO MÉDICO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceara, protocolado em 07/06/2018 às 14:30 , sob o número 01381291320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0138129-13.2018.8.06.0001 e código 37C8333.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACATI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EDUARDO DIAS
Rua Dragão do Mar, 819 - Aracati - CE

Aracati
ADMINISTRANDO COM TODOS

Nº REGISTRO: DATA:

NOME: Aldeuir Rodrigues Ribeiro IDADE:

CLÍNICA: QUARTO: LEITO: 01

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO
21 03 17	1. Dieta geral	Atenção Lidiane Jardim
	2. Paracetamol 500mg VO 8/8 hs	12 OK Lidiane
	3. Ibuprofeno 600mg VO 12/12 hs	12 24 Lidiane
	4. Tipóia	OK
	5. Repouso no leito	Ciente

Antônio Montenegro
CRMEC 1786

Angela Maria M. de Paiva
Enfermeira Assistente
COREN CE 82493

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
OBSERVAÇÕES

0	100x80	35,8°c	83	18	
	100/80	35,9°c	58	99%	

Ao 10:00hs Paciente em
pouso no leito. Consciente
orientado, verbaliza, aceita
dieta, funções fisiológicas
presente, em tratamento
Frat. Acrômio "D" segue aos
cuidados da enfermagem

Às 00:00 Paciente em repous
no leito, consciente, orientado, verb
sem queixas álgicas no momento
segue aos cuidados da enfermagem

Lidiane F. Lira
Tec. Enfermagem
COREN-CE 001 125.956

Fls: 31

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACATI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EDUARDO DIAS
Rua Dragão do Mar, 819 - Aracati - CE

Aracati
ADMINISTRANDO COM TODOS

NOME: Helena Rodrigues IDADE:

CLÍNICA: QUARTO: LEITO: 07

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES
			mente por Fratura anterior D. negou aos cuidados de enfermagem.
			Edna M. Guedes de Oli Téc. Enfermagem Coren CE. 993 291

Aracati
ADMINISTRANDO COM TODOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EDUARDO DIAS
Rua Dragão do Mar, 819 - Aracati - CE

NOME: [illegible] IDADE: [illegible]
CLÍNICA: Traumatologia QUARTO: _____ LEITO: 0

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES
23/3/17	(1) Dieta geral	Almoço	[illegible]
	(1) Dipirona 500 mg 8/8h IM	SIM	
	(1) SSN	Retirar	
	Pedro B. Linhares Garcia Traumato - Ortopedia CRM-13211 SBOT-34403		
		Mirandana Barbosa Lima Enfermeira COREN - 352933	
			23.03.17 às 12:00 Paciente em ro so no leito, em tratamento pós fratura de escafóide D. Consciente, o rientado, colaborador, deambula. Aceit dieta oferecida. Funções fisioló D. Sem queixas álgicas no m mento. Segue aos cuidados d enfermagem. Ilana Isabelle Sousa Fagundes COREN-CE 1234506
			23.03.17 às 20:00 noite, se no leito sem queixas. Lucio Coelho Tec. de Enfer COREN-CE

fls. 33

Aracati
ADMINISTRANDO COM TODOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACATI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EDUARDO DIAS
Rua Dragão do Mar, 819 - Aracati - CE

NOME: [illegible] IDADE: 39 a

CLÍNICA: QUARTO: LEITO: 01

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES
24.03.17	[illegible]	Acerto	
	02 - Prioridade [illegible]	S/N	120/70 [illegible]
	03 - SSVV		
	Dr. Maikel Arriola MÉDICO CRM-CE: 12.817	ANAILA MELO COREN: 66595 CPF: 43886140334	110/70 36,3° Lidiane E. Lira Tec. Enfermagem COREN-CE 190[illegible]
			Às 8h00 paciente consciente, orientado, hidratado, fraturas [illegible] o magnésio em [illegible] Ana Lúcia Costa Téc. de Enfermagem COREN-CE 355 [illegible]
			Às 23:45 Paciente em repouso no leito, sem queixas álgicas no momento, segue sob cuidados de enfermagem. Lidiane E. Lira Téc. Enfermagem COREN-CE [illegible]

fls. 34

Aracati
ADMINISTRANDO COM TODOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EDUARDO DIAS
Rua Dragão do Mar, 819 - Aracati - CE

NOME: [illegible]
CLÍNICA: T. Ortopedia QUARTO: _____ LEITO: 01

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	25.03 RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES
25/03	(1) Dieta Geral	Almoço	Adolescente em sup. no leito, consciente, sem no momento PA: 120x70, e sinais pelo cuidado de enfermagem
17	(2) Paracetamol 500 mg VO 8/8h SIN	SIN	
	(3) SSN + [illegible]	Noturno	

Dr. Tiago Pacífico Neiva Gomes
Tiago Pacífico Neiva Gomes
Cirurgião Geral e do Trauma
CRM [illegible]

Marcia Sombra Moreira
COREN-CE 378.224
Enfermeira

fls. 32

Aracati
ADMINISTRANDO COM TODOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EDUARDO DIAS
Rua Dragão do Mar, 819 - Aracati - CE

NOME: [illegible] IDADE: 31 a

CLÍNICA: TO QUARTO: LEITO: 01

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM 26/03/17 OBSERVAÇÕES
26	① Dieta Geral	0/4	13/0 36,6 78 18
23			
17	② Paracetamol 500 VO 8/8h SIM	S/N	
			36 36,3 92
	③ SSN + CCC	Refluo	
			26/03/17 às 12:00. Paciente e tratamento de fraturas de vias "D" no momento sem queixas, aceita dieta, dri presente, aos cuidados de enfermagem
			26.03. às 23 h paciente em repouso no leito, sem queixas

Dr. [illegible] Neto
Ortopedista
Cirurgia do Joelho
SBOT [illegible]

Jeanne Brígido
Enfermeira
COREN 66255

9

Aracati
ADMINISTRANDO COM TODOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACATI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EDUARDO DIAS
Rua Dragão do Mar, 819 - Aracati - CE

NOME: Alcek [illegible] IDADE:
CLÍNICA: QUARTO: LEITO: 01

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES
27.03.17	1. Dieta geral	Almoço	Em 27/03/17, às 17:0
	2. Paracetamol 500mg VO 8/8hs	22h 06	paciente em repouso no
	3. Sinais vitais	Retire	leito. Consciente, orientado
	4. Repouso no leito	Almoço	trabalho e deambula. E
			17º pós Fratura de Clav
			cula (E). Queixa dita d
			nida, função fisiológica de
			(E) sem queixas no mo
			mento e segue sob o
			cuidados da enfermagem
			atenta.
			Às 17:05 h PA: 120x8
			mmHg
			Às 23:00 Paciente em repou
			no leito em tratamento por Fratu
			da Clavícula (E) sem queixas
			álgicas no momento, sem ce
			falaia de sangramento. PA
			d: 95x6; SBZ: 99%; Tº 84

ANTONIO Montenegro
CRMEC 1786

Nayara Maia
ENFERMEIRA
COREN/CE 505871

Lidiane F. L
Téc. Enfermagem
COREN-CE 001

Leito 01 Poleci Radysmo

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACATI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DATA	EVOLUÇÃO
26/03/17	1º DIH por injúria de acidente D. Consciente, orientado, verbalizando e deambulando. Gradio dieta. Eliminações fisiológicas presentes e espontâneas. Pele íntegra. Ho. inofuso, apetite diminuído e aceitando ao ambiente.
/ /	Jeanne Brigido Enfermeira COREN 66255
27/03/17	Paciente ainda aguardando transferência para cirurgia.
/ /	Antônio Montenegro CRMEC 1786
31/03/17	Paciente 1º DIH por lesão de acidente de trabalho D. Consciente orientado, verbalizando e deambulando, aceita dieta, diurese e evacuações presentes. Segue aguardando CBL aos cuidados de enfermagem.
/ /	Nayara Maia ENFERMEIRA COREN/CE 505871
22/03/17	Paciente às 05:00 evadiu-se da unidade hospitalar.
/ /	

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE

Paciente: ALDECIR RODRIGUES RIBEIRO
Idade: 39 anos 11 meses 6 dias CNS: Registro: 270431
Nome da Mãe: MARIA ALDENIR RODRIGUES RIBEIRO Pai:
Endereço: RUA CORONEL ALEXANDRINO, 935 NOSSA SENHORA DE FATIMA - ARACATI
RG: 34559032000 Órgão Exp: Expedição: CPF:
Certidão Nascimento/Casamento: - Livro: Folha: Nº: Data:
Celular: Telefone: CNS:

DADOS DO ATENDIMENTO

Data do atendimento: 28/mar/17
Médico: Hora: 08:43:01
Especialidade: TRAUMATOLOGIA CRM:
Convênio: PARTICULAR Unidade: RECEPÇÃO CENTRAL
Forma de Chegada: Procedência: Categoria: PARTICULAR Matricula: Atendente: CLAUDE

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO:

PROCEDIMENTO: CID:

REPETIÇÃO DO ATENDIMENTO ( )SIM ( )NÃO

URGÊNCIA ( )SIM ( )NÃO

QUANTIDE VEZES ( )

ARACANAÚ, / /

Dr. Victor [illegible] Tenório
[illegible]
CRM [illegible] 13604

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

ASSINATURA DO RESPONSAVEL OU PACIENTE

fls. 38

ABEMP
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA

Convênios: SIM/SUS - INAMPS
Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú - Ceará
Fone/Fax: (85) 215.3120 - Fone: (85) 215.3133

NOME DO PACIENTE	ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO

DATA E HORA	EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO
	28.03.17

fls. 40

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

1. [illegible]
2. [illegible]
3. [illegible]
4. [illegible]
5. [illegible]
6. [illegible]
7. [illegible]
8. [illegible]

Data

Cirurgião

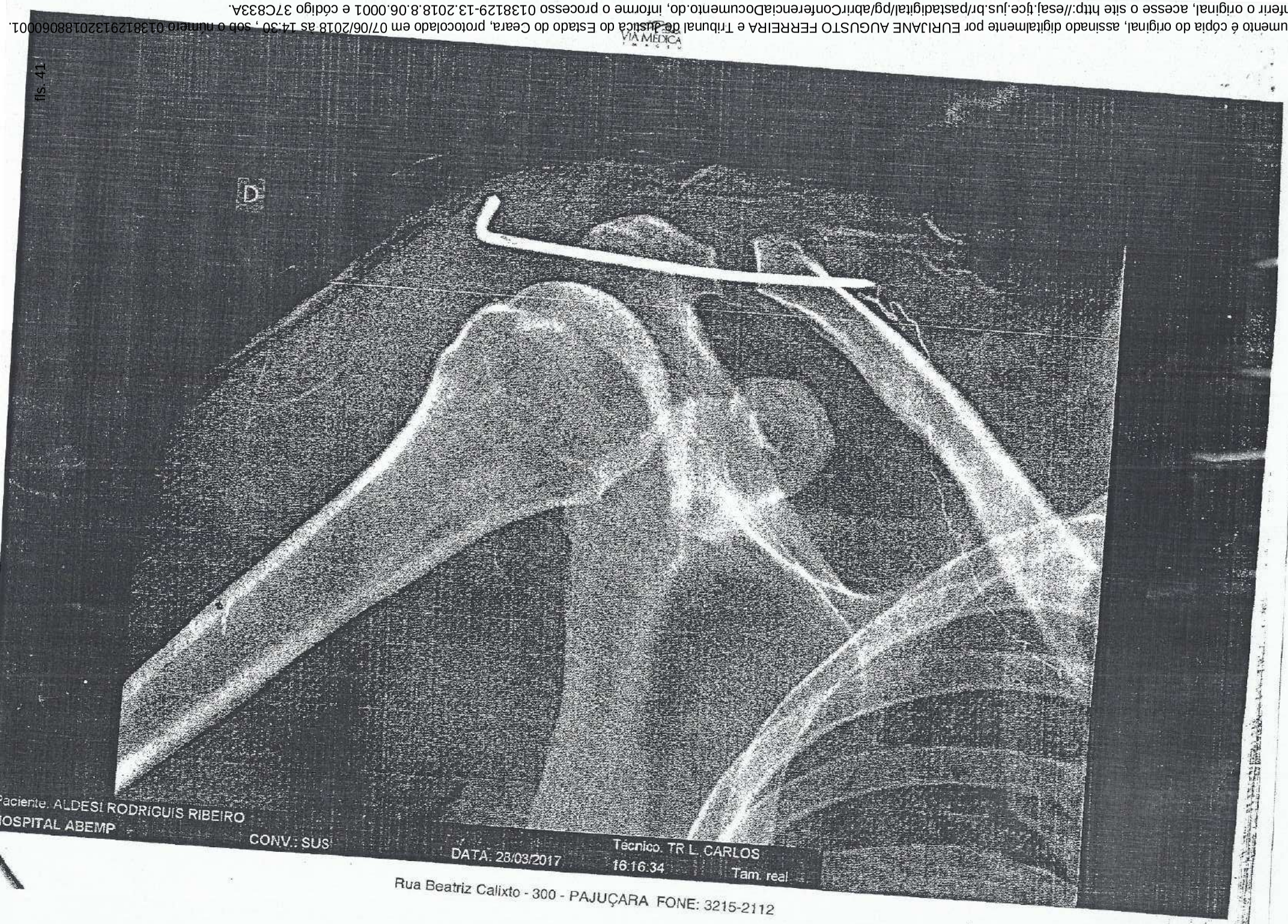
Assistente

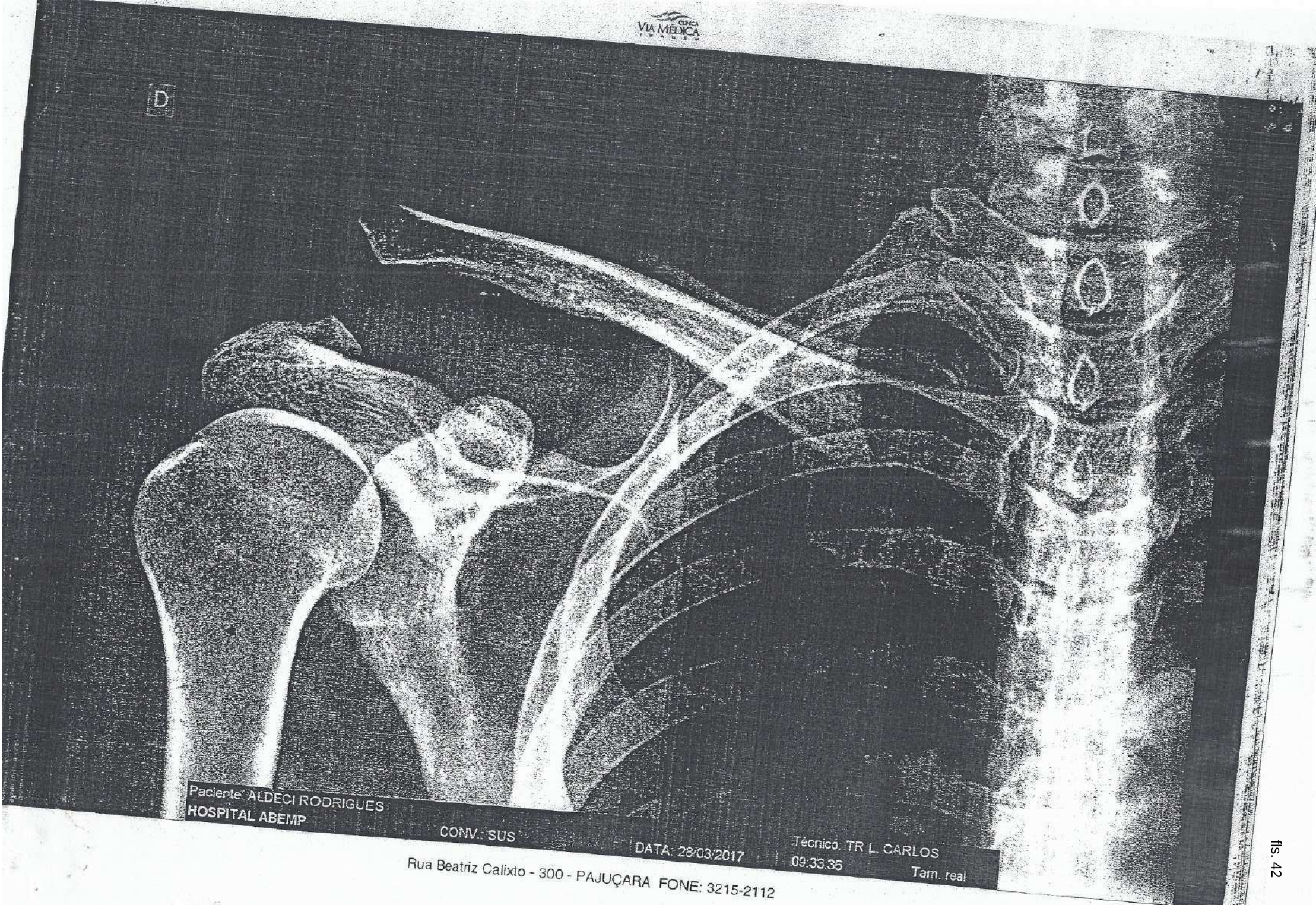
ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

Data

Assinatura e Carimbo do Anestesista

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia e um maior consumo de material e medicamento





Visto

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento Solicitante: ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA — CNES: 2372150

Nome do Estabelecimento Executante: ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA — CNES: 2372150

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: ALDECIR RODRIGUES RIBEIRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS):

Data do Nascimento: 22/04/1977

Sexo: Masc [X] Fem [ ]

Raça/Cor: PARDA

Nome da Mãe: MARIA ALDENIR RODRIGUES RIBEIRO

Nome do Responsável:

Município de Nascimento: MARACANAU — UF: CE — Nacionalidade: BRASILEIRA

Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento): CORONEL ALEXANDRINO

Nº: 935 — Bairro: NOSSA SENHORA DE FAT

Município de Residência: ARACATI — Código IBGE: 230110

Ponto de Referência:

Documento: [ ] CPF [X] RG [ ] Outros — RG 3455603 2000

DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante: DIONISIO BROXADO LAPA FILHO — Nº Cons. Classe: 2257 — CPF: 13285246472

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos: LTC estabilizado

Condições que Justificam a Internação: Retirada de fio.

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados): Rx

Diagnóstico Inicial: LTC

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado: Retirada de fio

Código do Caráter da Internação: [ ] [X] Urgente [ ] Eletivo

Clínica: TRAUMATOLOGIA

Equipamentos Requeridos para Internação:

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante: DIONISIO BROXADO LAPA FILHO

Documento: [ ] CPF [ ] CNS — Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente:

Data da Solicitação: 28/03/2017 — Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Nº do Conselho de Classe:

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

[ ] AC. DE TRÂNSITO — CNPJ da Seguradora:
[ ] ACID. TRABALHO TÍPICO — CNPJ da Empresa:
[ ] AC. TRABALHO TRAJETO

Nº Apólice do Bilhete:

Vínculo com a Previdência: [X] Empregado [ ] Empregador [ ] Autônomo [ ] Desempregado

Nome do Profissional Autorizador: DIONISIO BROXADO LAPA FILHO

Documento: [X] CPF [ ] CNS — Nº do CNS/CPF do Profissional Autorizador: 13285246472

Data da Autorização: / /

Código do Órgão Emissor:

Nº Registro Cons. de Classe: 2257

Ass. do Autorizador/Carimbo:

(Espaço Reservado para Colar Etiqueta)

COMISSÃO ... ABEMP Pajuçara 330

18.08.17

fls. 43

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 010546693447

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C	EXERCÍCIO
PPT 01	00232807088	000000000	2013

NOME
MARIA ALDELIANE R RIBEIRO
****
****
ARACATI /CE

CPF / CNPJ	PLACA
77478410359	NUW3795/CE

PLACA ANT / UF	CHASSI
/CE	9C2JC4210AR120563

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTONETA/NAO AFLIC.*	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/BIZ 125 KS	2010	2010

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/OCV/124CC	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
*********,**	**/**/**	1ª**********
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2ª*********
**********	*********,**	3ª*********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
			*****

OBSERVAÇÕES
****
****
****

LOCAL: ARACATI
DATA: 09/08/2013

Igor Ponte
Superintendente
EMISSOR DETRAN-CE

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 010546693447 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CPF / CNPJ	EXERCÍCIO	PLACA
77478410359	2013	NUW3795

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CE Nº 010546693447

VIA	CPF / CNPJ	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	PLACA
01	77478410359	2013	09/08/2013	NUW3795

RENAVAM	MARCA / MODELO
00232807086	HONDA/BIZ 125 KS

ANO FAB	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2010	09	9C2JC4210AR120563

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
129,04	14,34	143,38

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
4,15	1,11	292,01

PAGAMENTO: [X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO — DATA DE QUITAÇÃO: 02/08/2013

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A
CNPJ: 09.248.608/0001-04

MAR / 2013

02710

SINISTRO 3170545006 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ALDECIR RODRIGUES RIBEIRO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO ALDECIR RODRIGUES RIBEIRO
CPF/CNPJ: 99926814387

Posição em 23-05-2018 17:27:04

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/10/2017	R$ 2.531,25	R$ 0,00	R$ 2.531,25