ROSSI & ROSSI
ADVOCACIA

**Reginaldo Pereira Rossi**
Advogado OAB/SC 39.931
OAB/CE 29.065

**Sarita Urana Rossi**
Advogada OAB/SC 45.461

# PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE(S): JOSÉ PEREIRA PAZ,** brasileiro, casado, agricultor, portador do RG n.º 2007009201880 SSPD e CPF n.º 383.868.012.04, não possuindo endereço eletrônico, residente e domiciliado a ET Caninhas s/nº, Zona rural, Aracoiaba, Ceara CEP 62.765-000.

**OUTORGADOS: SOCIEDADE DE ADVOGADOS ROSSI E ROSSI ADVOCACIA**, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ n.º 28.563.742/0001-44 com inscrição da OAB/SC n.º 3783, localizada na Rua João Jose da Silva n.º 70, Bairro Aririu, Palhoça, SC, CEP 88.135.040, neste ato representada por seus advogados, **DR. REGINALDO PEREIRA ROSSI**, brasileiro, casado, advogado inscrito junto à OAB/CE sob n.º 29.065 e OAB/SC sob n.º 39.931, **DR.a JANAINA ROBERTO NUNES**, Advogada, inscrita junto a OAB/CE sob o n.º 11.606, com escritório profissional sito a Rua XV de novembro 964, Baturité, Ceara, CEP 62.760-000.

**PODERES:** **O OUTORGANTE nos termos do art. 105 do CPC,** nomeia e constitui os **OUTORGADOS** seus bastante Procuradores, para, em conjunto ou separadamente, REPRESENTA-LO(A) em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, com os poderes da cláusula "ad judicia" et "extra" e os especiais de **transigir, desistir, acordar, dar e receber quitação, receber intimações, coletar e sacar alvará e destacar os honorários contratuais e sucumbênciais, requerer o benefício da assistência judiciária gratuita nos termos do CPC e CRFB/88 e praticar todos os atos indispensáveis ao fiel cumprimento do presente mandato**, inclusive substabelecer, com ou sem reservas. Podendo receber alvarás, sacar valores, receber e assinar acordos e contratos e todo e qualquer ato indispensável ao cumprimento do respectivo mandato.

Baturité, 14 de novembro de 2018

José Pereira Paz

**JOSÉ PEREIRA PAZ**
**CPF n.º 383.868.012.04**



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A02.

ROSSI & ROSSI
ADVOCACIA

**Reginaldo Pereira Rossi**
Advogado OAB/SC 39.93
OAB/CE 29.065

**Sarita Urana Rossi**
Advogada OAB/SC 45.46

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **JOSÉ PEREIRA PAZ,** brasileiro, casado, agricultor, portador do RG n.º 2007009201880 SSPD e CPF n.º 383.868.012.04**,** não possuindo endereço eletrônico, residente e domiciliado a ET Caninhas s/nº, Zona rural, Aracoiaba, Ceara CEP 62.765-000, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98, §1º do Código de Processo Civil de 2015, de forma que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Baturité, 14 de novembro de 2018.

**JOSÉ PEREIRA PAZ**
**CPF n.º 383.868.012.04**

**Unidade Palhoça - Santa Catarina**
Rua João Jose da Silva nº 70, Aririu,
Palhoça /SC – CEP 88.135-040
Telefone: (48) 99654-6826 | (48) 98417-0436 | (48) 3093-9080
E-mail: rossierossiadv@gmail.com

**Unidade Criciúma - Santa Catarina**
Rua João Checinel n.º 31,
Bairro Pio Correia, Criciúma/SC – CEP 88811-500
Telefone: (48) 999480806
E-mail: rossierossiadv@gmail.com

**Unidade Baturité - Ceara**
Rua XV de Novembro n.º 964, Centro,
Baturité, Ceara, CEP 62.760-000
Telefone: (85) 99733-4331 - (85) 99928-8585
E-mail: rossierossiadv@gmail.com

**Unidade Vila Mariana São Paulo**
Espaço Co-Working - Rua Afonso Celso, 1200
Vila Mariana - São Paulo/SP
Telefone: (11) 97801-4303 (11) 95277-8945
E-mail: rossierossiadv@gmail.com

www.rossierossiadvocacia.com.br www.facebook.com/rossierossiadvocacia (48) 9 96546876

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A03.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007009201880 DATA DE EXPEDIÇÃO 5/10/2007

NOME JOSE PEREIRA PAZ

FILIAÇÃO JOSE BRAGA DE PAZ E MARIA PEREIRA PAZ

NATURALIDADE ARACOIABA-CE

DATA DE NASCIMENTO 22/4/1963

DOC ORIGEM CERT.CASAM. 1110 L B4 F 183 1 OFIC.ARACOIABA/CE

CPF 38386801204 ID. ANT. 80013784

FORTALEZA-CE

ASSINATURA DO DIRETOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

DIGITO INDICADOR

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

[redacted]

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão
Dezembro/2002

CORREIOS
www.correios.com.br

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição
383.868.012-04

Nome
JOSE PEREIRA PAZ

Nascimento
22/04/1963

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A04.

fls. 14

**Nº DO CLIENTE**
5889567
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 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 540925320

Rota 07 27010 01 121400 - 7 — Data de Emissão 12/09/2018

Nome JOSE PEREIRA PAZ
End. Postal ET CANINHAS 00000
- ARACOIABA -

Medidor 3078173 — Poste 0000 0000
Classe B2 - 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 383868012-04 — CGF
Nome do Responsável

**DATAS**

| Mês de Referência | Data da Apresentação | Previsão Próxima Leitura |
|---|---|---|
| Set/2018 | 12/09/2018 | 11/10/2018 |

**ICMS**

| Base de Cálculo (R$) | Alíquota | Valor do Imposto |
|---|---|---|
| ISENTO | | |

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**
E404.BE55.20E4.2D3D.C71C.6033.4216.73A8

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto BATURITE
Mês Jul/2018 EUSD 23.29
DICRI= 0.00 P

| | Padrão Individual Mensal | Trim. | Anual | Apuração Individual Mensal | Trim. | Anual |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DIC | 10.58 | 21.17 | 42.34 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| FIC | 7.59 | 15.19 | 30.39 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| DMIC | 6.68 | | | 0.00 | | |

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

| | Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Cons. Incl. | Cons. Fat. | Tarifa (R$/kWh) | Valor (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FP | 33780 | 33651 | 1.00 | 129 | 0.00 | 129 | 0.40412 | 52.12 |
| | 12/09/18 | 10/08/18 | | 33 DIAS | | 129 | | 52.12 |

| DESCRIÇÃO | VALOR (R$) |
|---|---|
| VALOR CONSUMO DO MES | 52,12 |
| MULTA MORATORIA REF 08/2018 | 1,69 |
| JUROS DO MES | 0,01 |
| ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R$ 6,60 ) | |

**VENCIMENTO** 19/09/2018

**TOTAL A PAGAR (R$)** 53,82

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

| | |
|---|---|
| Energia | 27,85 |
| Transmissão | 2,37 |
| Distribuição | 15,86 |
| Encargos Setoriais | 4,25 |
| Tributos (ICMS PIS/COFINS) | 1,20 |
| TOTAL | 52,12 |

**HISTÓRICO DE CONSUMO** (últimos 12 meses)

| Set | Ago | Jul | Jun | Mai | Abr | Mar | Fev | Jan | Dez | Nov | Out |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 158 | 129 | 146 | 139 | 160 | 170 | 173 | 146 | 136 | 171 | 173 | 195 |

MED Set/18

**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 (%$CO_2$) |
|---|---|---|
| 50.36 | 0.00 | 0 |

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

CONTAS EM ATRASO

Previo Aviso
NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA
Prezado Cliente, consta(m) em nossos controles conta(s) em atraso. Segue o detalhamento do Debito. O nao pagamento da divida implica na possibilidade de suspensao do fornecimento da energia em 15 dias apos a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 c/c 173, bem como o envio das informacoes aos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO E CARTORIO DE PROTESTO. Caso ja tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIORES

| Mes/Ano | Valor |
|---|---|
| 08/2018 | 60,36 |
| Total | 60,36 |

Consta desta fatura R$ 1,20 referente a PIS e COFINS.Aliquotas: PIS:0,42% e COFINS:1,91% Art. 9 Res. 100-2005 - ANEEL e Leis n. 10.637-02 e 10.833-03

Estamos em Bandeira vermelha Patamar 2 em set-18 com custo de 5,00 reais a cada 100Kwh( quilowatt-hora). Informacoes: www.aneel.gov.br

Nº do Cliente: 5889567
Data de Emissão: 12/09/2018
Nº da Nota Fiscal: 540925320
Referência: Set/2018
Total a Pagar (R$): 53,82
Nº de Controle: 0005889567 00057 39712 0

83890000000-5 53820031000-2 00058895670-8 00573971251-0

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES, Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A04.

ROSSI & ROSSI
ADVOCACIA

**Reginaldo Pereira Rossi**
Advogado OAB/SC 39.931
OAB/CE 29.065

**Sarita Urana Rossi**
Advogada OAB/SC 45.461

# DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

**EU:** JOSÉ PEREIRA PAZ

Brasileiro(a), Estado Civil: CASADO,

Profissão: AGRICULTOR, Portador(a) da identidade nº 2007009 2018 80

SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 383.868.012-04

Telefone: (85) 99716-7595 residente e domiciliado(a) a Rua

ET CANINHAS n.º S/Nº

Bairro: ZONA RURAL, Cidade: ARACOIABA CEP: 62765000

Email: NÃO POSSUI

**DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS LEGAIS QUE RESIDO NA RUA**

ET CANINHAS n.º S/Nº

Bairro: ZONA RURAL, Cidade: ARACOIABA CEP: 62.765.000

Por ser verdade, firmo a presente.

Baturité, 19 / 11 /2018.

**ASSNATURA**



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A05.

ROSSI & ROSSI
ADVOCACIA

**Reginaldo Pereira Rossi**
Advogado OAB/SC 39.931
OAB/CE 29.065

**Sarita Urana Rossi**
Advogada OAB/SC 45.461

# DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

**EU:** JOSÉ PEREIRA PAZ

Brasileiro(a), Estado Civil: CASADO,

Profissão: AGRICULTOR ,Portador(a) da identidade nº 2007009201880

SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 383.868.012-04

Telefone: (85) 99716-7595 residente e domiciliado(a) a Rua

E T CANINHAS n.º S/Nº

Bairro: ZONA RURAL ,Cidade: ARACOIABA CEP: 62.765.000

Email: NÃO POSSUI

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS LEGAIS QUE tenho total e plena consciência da propositura da AÇAO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em meu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceara,mais precisamente na Comarca de Fortaleza ou Baturité, resultando, ainda que até a presente data não propus ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fato narrados e aos documentos apresentados.

Outrossim, declaro ainda, estar ciente de minha responsabilidade (civil e criminal) pela fatos narrados, 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 dos fatos juridicamente relevantes, exonerando os advogados **DR. REGINALDO PEREIRA ROSSI,** brasileiro, casado, advogado inscrito junto à OAB/CE sob n.º 29.065 e OAB/SC sob n.º 39.931 e **DRª. JANAINA ROBERTO NUNES**, brasileira, casada, advogada, inscrita junto a OAB/CE sob nº 11.606, de qualquer responsabilidade civil e/ou Criminal.

Baturité, 19/11/2018.

**DECLARANTE**

**TESTEMUNHAS:**
**NOME: ELTON JHONES ALVES DA SILVA**
**CPF: 063.185.183.63**
**ASSINATURA:**

**NOME: ALESSANDRA LOPES DA SILVA**
**CPF: 062.540.643-59**
**ASSINATURA:**



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A05.

ROSSI & ROSSI
ADVOCACIA

**Reginaldo Pereira Rossi**
Advogado OAB/SC 39.931
OAB/CE 29.065

**Sarita Urana Rossi**
Advogada OAB/SC 45.461

# DECLARAÇAO DO IRRF

Com a edição da **INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB N.º 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008**, deixou de existir a **DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO,** a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei 7.115/83, o(a) acima qualificado(a) DECLARA, sob pena das sanções civis, administrativas e criminais, que **NÃO POSSUI RENDIMENTOS QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇAO DE IRRF À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL.**

Declaro ainda, ter ciência do que dispõe o art. 299 do Código Penal Brasileiro:

> **"Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:**
> **Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular."**

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente.

Baturité, 19 / 11 /2018.

Joice Pereira Pio

**DECLARANTE**

**LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.**

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e da outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA** , faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. . 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. . 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. . 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. . 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. . 5º - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.

JOÃO FIGUEIREDO

*Ibrahim Arbi-Ackel*

**Unidade Palhoça - Santa Catarina**
Rua João Jose da Silva nº 70, Aririu,
Palhoça /SC - CEP 88.135-040
Telefone: (48) 99654-6876 | (48) 98417-0436 | (48) 3093-9080
E-mail: rossierossiadv@gmail.com

**Unidade Criciúma - Santa Catarina**
Rua João Checinel n.º 31,
Bairro Pio Correia, Criciúma/SC - CEP 88811-500
Telefone: (48) 999480806
E-mail: rossierossiadv@gmail.com

**Unidade Baturité - Ceara**
Rua XV de Novembro n.º 964, Centro,
Baturité, Ceara, CEP 62.760-000
Telefone: (85) 99733-4331 - (85) 99928-8585
E-mail: rossierossiadv@gmail.com

**Unidade Vila Mariana São Paulo**
Espaço Co-Working - Rua Afonso Celso, 1200
Vila Mariana - São Paulo/SP
Telefone: (11) 97801-4303 (11) 95277-8945
E-mail: rossierossiadv@gmail.com

www.rossierossiadvocacia.com.br www.facebook.com/rossierossiadvocacia (48) 9 96546876

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A05.

ROSSI & ROSSI
ADVOCACIA

**Reginaldo Pereira Rossi**
Advogado OAB/SC 39.931
OAB/CE 29.065

**Sarita Urana Rossi**
Advogada OAB/SC 45.461

# DECLARAÇAO DE AUSÊNCIA DO LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL

**EU:** JOSÉ PEREIRA PAZ

Brasileiro(a), Estado Civil: CASADO,

Profissão: AGRICULTOR, Portador(a) da identidade nº 2007009201880

SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 383.868.012-04

Telefone: (85) 99716-7595 residente e domiciliado(a) a Rua

E T CANINHAS n.º S/Nº

Bairro: ZONA RURAL, Cidade: ARACOIABA CEP: 62.765-000

Email: NÃO POSSUI

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que estou impossibilitado de aprestar o laudo pericial do Instituto Médico Legal – IML, para os requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei n.º 6.194/1974) e do processo judicial, uma vez que:

(X) não há estabelecimento do IML no Município de minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para ins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 dias do respectivo pedido, não havendo tempo hábil pra tal;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, seja administrativo ou judicial, para cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal – IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau de lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei n.º 6.194/1974.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação ou renúncia de direito em impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Baturité, 19 / 11 /2018.

**DECLARANTE**



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A05.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE REDENCAO

## *BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 539 - 1375 / 2014*

### *Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
Data / Hora da Comunicação: **18/08/2014 12:13:38**
Data / Hora da Ocorrência : **18/08/2014 12:13:38**
Endereço da Ocorrência: **NI**

**NAO INFORMADO ARACOIABA /CE**

Ponto de Referência: **NI**

### *Dados da(s) Vitima(s)*

Nome: **JOSE PEREIRA PAZ**
Nascimento : **22/04/1963**
RG: **2007009201880** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF:
Filiação: **JOSE BRAGA DE PAZ**
**MARIA PEREIRA PAZ**

Endereço: **R CNINHAS**
**ZONA 62750000**
**ARACOIABA CE BRASIL** Telefone: **85 96133481**

### *Histórico*

A pessoa acima qualifica na data, hora e local acima mencionados afirma que foi vítima de acidente de trânsito, atropelamento por uma motocicleta HONDA CG 125 FAN KS , PLACA OCH 7604, ANO 2011/2011, COR VERMELHA conforme BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413-61/2013; Que, ia andando pelo acostamento da rodovia quando a referida motocicleta o colheu, jogando-o loge; Que perdeu a consciência; Que foi operado do joelho esquerdo por duas vezes; Que perdeu a patela do joelho; Que não passou pela perícia do Estado, ainda, em virtude de ter ficado impossibilitado de ir ao IML.Nada mais disse.//////////////

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE REDENCAO**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** _____
**MARCOS ANTONIO RODRIGUES DE SOUSA - MAT.: 300103-1-0**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :** _____

**VISTO DO DELEGADO(A) :** _____
**TERESA CRISTINA CRUZ - MAT.: 404558-1-7**



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320189000
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06

Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Perícia Forense do Estado do Ceará - Pefoce
Coordenadoria de Medicina Legal - COMEL
**NÚCLEO DE PERÍCIAS MÉDICIAS E ODONTOLÓGICAS DE CANINDÉ**

B.O. nº 539-1375/14
DESPACHO
Juntar Procedimento
Em: 16.09.2014
Teresa Cristina C.
Delegada de Polícia
Mat: 401558-1-7

Registro No.: **527423** Digitado em: **28/08/2014**
Livro: **0041** Pág.: **034** Digitado por **IANASAMPA**
Enviar para: **DELEGACIA MUN. DE REDENÇÃO**

Coordenador de Equipe

# EXAME DE CORPO DE DELITO
## Lesão Corporal

Em 20 de Agosto do ano de 2014, neste Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de CANINDÉ Foram designados os peritos:

Josebson Silva Dias CRM 8291

Para procederem a exame de corpo de delito em:

**José Pereira Paz** a fim de ser atendida a requisição de nº 135 / 2014 do(a) DELEGACIA MUN. DE REDENÇÃO descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrarem, descobrirem e observarem, responderem aos seguintes quesitos:

PRIMEIRO - Se há ofensa a integridade corporal ou à saúde do paciente; SEGUNDO - Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa; TERCEIRO - Se foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura ou por outro meio insidioso ou cruel; QUARTO - Se resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias; QUINTO - Se resultou perigo de vida; SEXTO - Se resultou debilidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função; SÉTIMO - Se resultou incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável ou deformidade permanente.

**Em consequência, às 09:00 de 20/08/2014 passaram os peritos a fazer o exame ordenado e as investigações que julgaram necessárias findo os quais declaram:**

HISTÓRICO: Comparece para realização de exame em lesão corporal. Informa que no dia 22/12/2012, nas proximidades do triângulo de Aracoiaba, teria sido atropelado por motocicleta e sofrido fratura no joelho esquerdo. Conta que foi socorrido para o Hospital de Aracoiaba, onde teria realizado tratamentos cirúrgicos da lesão. Atualmente queixa-se de limitação dos movimentos e dor e edema residual aos médios esforços. Apresenta cópias de documentos médico-legais que descrevemos no laudo. AO EXAME: Presença de cicatriz cirúrgica antiga disposta transversalmente na face anterior do joelho esquerdo medindo 20 cm de comprimento. Limitação dos movimentos de flexão do joelho esquerdo em grau intenso.

**RESPOSTAS AOS QUESITOS:**

1) SIM;
2) CONTUNDENTE;
3) NÃO;
4) SIM;
5) NÃO;
6) SIM. DEBILIDADE PERMANENTE DEVIDO LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM GRAU INTENSO;
7) SIM.

Selo de Autenticidade - Tribunal de Justiça do Estado do Ceará - CWGN 03 - AUTENTICAÇÃO - Nº GB 885848

Cartório do 1º Ofício - Fone 3332-2[illegible]

AUTENTICAÇÃO
A presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibida neste ato. Dou fé.
Redenção/CE, 03/10/2014
Maria Evenise Silveira Andrade
P/ Oficial
Fernanda de Oliveira Batista
Escrevente Comprometida

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

Josebson Silva Dias
MÉDICO PERITO LEGISTA
CRM: 8291 Mat: 219-1-1

Josebson Silva Dias
1º Perito CRM 8291

SELO DE AUTENTICIDADE
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
Fortaleza - Ce
VALIDO AB076344



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 09:27 , sob o número 01870173201880600001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE REDENCAO

# GUIA POLICIAL AO INSTITUTO MÉDICO LEGAL

**BO Nº 539 - 1375 / 2014**

**GUIA Nº 539 - 135/2014**
**REDENCAO, 18 de agosto de 2014**

Natureza do Exame: **CORPO DELITO**

Requisito ao Instituto Médico Legal o exame **LESAO CORPORAL** da pessoa abaixo qualificada:

Nome: **JOSE PEREIRA PAZ**
Nacionalidade: **BRASIL**
Naturalidade: **ARACOIABA/CE**
Data de Nascimento: **22/04/1963** Estado Civil: **CASADO(A)**
Grau de Instrução: **ALFABETIZADO** Profissão:
Filiação: **JOSE BRAGA DE PAZ**
**MARIA PEREIRA PAZ**
Documento de Identificação: **RG** Número: **2007009201880**
Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Residência: **R CNINHAS,**
**ZONA 62.750-000**
**ARACOIABA/CE**
Local da Ocorrência:
**NI,**
**NAO INFORMADO**
**ARACOIABA/CE**
Data e Hora da Ocorrência: **18/08/2014 12:13**
Observação: **VÍTIRA DE ATROPELAMENTO C/ FRATURA DO JOELHO ESQUERDO.**
Laudo para: **DELEGACIA MUNICIPAL DE REDENCAO**

INSTITUTO MÉDICO LEGAL
CANINDÉ
REGISTRO 585 / 2014
DATA 20/08/14 HORA 08:50
FUNCIONÁRIO

**DELEGADO TERESA CRISTINA CRUZ - 404558-1---7**

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL AO INSTITUTO MÉDICO LEGAL

Declaro que recebi da DELEGACIA MUNICIPAL DE REDENCAO a Guia de número **135/2014** do município **REDENCAO**.
Em ____/____/_____.

Nome/Assinatura

JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001. Para verificar a autenticidade deste documento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

SUS — 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
2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE: José Pereira Paz
6 - N.º DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
8 - DATA DE NASCIMENTO: / /
9 - SEXO: Masc. 1 Fem. 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
15 - UF
16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente em P.O. patelectomia pelo esq. devido fratura exposta evoluindo c/ sinais infecção pós-cirúrgica

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação

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

Ex. Físico + Rx simples

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Sequela fratura exposta patela esq.
21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Limpeza cirúrgica / artrite séptica pelo
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 03/01/13
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Marco [illegible] Ortopedia [illegible] Traumatologia CRM 0422

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS

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

## AUTORIZAÇÃO

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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

ARACOIABA
DIZ SIM AO PROGREDIR

# PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
## SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

UNIDADE: _____

**FOLHA DE ANAMINÉSE**

| IDADE | SEXO | E. CIVIL | NATURALIDADE | PROFISSÃO | PROCEDÊNCIA |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: _____

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: _____

____/____/____
DATA

MÉDICO - CREMEC

HISTÓRIA

II - EXAME FÍSICO

III - SUMÁRIO - IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS - SUGESTÕES:

Paciente em P.O. patelectomia joelho esq. após fratura exposta evolui c/ sinais progressivos infecção ferida cirúrgica internado p/ antibioticoterapia endovenosa

Dr. Marco Antonio Araújo Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 6422

te documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

DESTINO DADO AO PACIENTE

☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAR ☐ EM OBSERVAÇÃO

MÉDICO - CREMEC

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

ARACOIABA
DIZ SIM AO PROGREDIR

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL

CT

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

| NOME | ENF. | LEITO | Nº PRONTUÁRIO |
|---|---|---|---|
| José Pereira Paz | 100 | 108 | |

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA - ASSINATURA | RELATORIO DE ENFERMAGEM: HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTO | | OBSERVAÇÃO | RUBRICA: ENF. | RUBRICA: DIETA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 03/01 | (1) Dieta geral + Liq. V.O | SND | | Pac. admitido | | |
| | (2) S.G 5% 1000 ml EV p.m.v. | ~~500~~ | 50/5 | para um tratamento | | |
| | (3) Dipirona (2:18) EV 6/6h | ~~18~~ | ~~2~~ 0/6 | traumatologico, apresentando | | |
| | (4) Profenid IV 01 amp + 150 ml SF EV 8/8h | ~~22~~ | 0/6 | infecção na ferida | | |
| | (5) Tramal 100 mg + 150 ml SF EV 8/8h | ~~22~~ | 0/6 | cirurgica no joelho | | |
| | (6) Lipro 400 mg EV 12/12h | ~~18~~ | 0/6 | esquerdo Orientado | | |
| | (7) Clindamicina 600 mg EV 8/8h | 22 NT | 0/6 NT | aos cuidado da super- | | |
| | (8) Gentamicina 80 mg + 150 ml SF EV 8/8h | ~~22~~ | 0/6 | magem | | |
| | (9) SSVV 6/6h | | | | | |

Dr. Marco Antonio Araujo Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 6[illegible]

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

ARACOIABA
DIZ SIM AO PROGREDIR

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL

e.t

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

| NOME | ENF. | LEITO | Nº PRONTUÁRIO |
|---|---|---|---|
| José Pereira Paz | 100 | 108 | |

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA - ASSINATURA | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTO | OBSERVAÇÃO | RUBRICA: ENF. | RUBRICA: DIETA |
|---|---|---|---|---|---|
| 05 | (1) Dieta geral e zero a partir 0:00h. | | às 10:00h | | |
| 01 | (2) SGF. 1000ml EV p.m.v. | 500 500 | Pac: pós-operatório de trauma | | |
| 13 | (3) Dipirona (2:18) EV 6/6h. | 12 18 24 06 | torácico. | | |
| | (4) Profenid IV 01 amp. + 150ml SF EV 8/8h. | 14 22 06 | PA: 120x80mmHg T: 36,6°C | | |
| | (5) Tramal 100mg + 150ml SF EV 8/8h. | 14 22 06 | Atenção pte. ficar em jejum as 0:00h p/ tto cirurgico. | | |
| | (6) Lipro 400mg EV 12/12h. | 18 06 | P.A: 140x10mmHg | | |
| | (7) Clindamicina 600mg EV 8/8h. | 14 22 06 | T: 37°C | | |
| | (8) Gentamicina 80mg + 150ml SF EV 8/8h. | 14 22 06 | | | |
| | (9) SSVV 6/6h | Rotina | | | |
| | (10) Keflim 02g EV 6/6h | 12 18 24 06 | | | |
| | (11) Flagyl 500mg EV 8/8h. | 14 22 06 | | | |

Dr. Marco Antonio Aragão Gomedia / Tr. Ortopedia CRM

Lidiana Pinheiro
ENFERMEIRA
COREN-CE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01870017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

ARACOIABA
DIZ SIM AO PROGREDIR

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL

C.T

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

| NOME | ENF. | LEITO | Nº PRONTUÁRIO |
|---|---|---|---|
| José Pereira Paz | 100 | 108 | |

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA - ASSINATURA | RELATORIO DE ENFERMAGEM: HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTO | OBSERVAÇÃO | RUBRICA: ENF. | RUBRICA: DIETA |
|---|---|---|---|---|---|
| | (1) Dieta zero | Manter SVSP. | Pac em dieta | | |
| 06 | (2) S.G.F. 1000 ml EV 2 ml/h. | ~~500~~ ~~500~~ | zero aguarda | | |
| 01 | (3) Dipirona (12:18) EV 6/6h. | ~~12~~ 18 ~~24~~ 06 | chamado no C.C | | |
| 13 | (4) Profenid IV 01 amp + 150 ml SF EV 8/8h. | ~~14~~ ~~22~~ 06 | para realizar limpeza cirurgica. | Nan— | |
| | (5) Tramal 100 mg + 150 ml SF EV 8/8h | ~~14~~ ~~22~~ 06 | Pac. admitido no CC às 12:40h. Para submete-se limpeza cirúrgica joelho E.P.Q. | | |
| | (6) Gentamicina 80 mg + 150 ml SF EV 8/8h | ~~14~~ ~~22~~ 06 | PA= 120x80 mmHg. Anestesia: | | |
| | (7) Keflin 02g. EV 6/6h. | ~~12~~ ~~18~~ ~~24~~ 06 | Geral Venosa. Cirurgião: Dr: Marco | | |
| | (8) Flagyl 500 mg EV 8/8h. | ~~14~~ ~~22~~ 06 | Antonio Inst: Nonato. Anestesista: | | |
| | (9) SSN 6/6h. | ~~02~~ ~~12~~ ~~24~~ 06 | Dr: Alcione. Circulante: Eclene — Eclene | | |
| | (10) Dieta zero + líq. V.O. | | | | |

Dr. Marco Antonio Araújo Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 6422

Dr. Marco Antonio Araújo Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 6422

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

ARACOIABA
DIZ SIM AO PROGREDIR

# PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
## SECRETARIA DA SAÚDE

## FOLHA DE EVOLUÇÃO

| NOME | | N.º PRONTUÁRIO |
|---|---|---|
| ENFERMARIA | BLOCO | LEITO |

03/01/13 - Paciente em P.O. patelectomia parte esq. após fratura exposta evolui c/ sinais sugestivos infecção pós cirúrgica
cd. Prescrita

Dr. Marco Antonio Araújo Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 6422

04/01/13: Mantido medicação; a aguardar exames laboratoriais

Rubens Antonio Araújo
Cirurgião Vascular Angiologia
CRM 641 - SP 011 43604272

05/01/13 - Aguarda cirurgia
cd. Prescrita

Dr. Marco Antonio Araújo Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 6422

06/01/13 - Aguarda cirurgia
cd. Prescrita

Dr. Marco Antonio Araújo Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 6422

06/01/13 - Paciente operado, p/ intercorrência
cd. Prescrita

Dr. Marco Antonio Araújo Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 6422

07/01/13 Evolui c/ intercorrência
afebril FAN -
cd. ATB Venoso

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

08/01 [illegible] 5, [illegible]
cd. [illegible]

DR. CARLOS [illegible]
ORTOPEDIA
CRM [illegible]

09/01/13 - Pac. bem, s/ queixas
Evol. afebril
CD. Prescrita
Curativo: 0/2

Dr. Marco Antonio Araújo Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 6422

10/01/13 - Pac. bem, s/ queixas
Evol. afebril
CD. Prescrita

Dr. Marco Antonio Araújo Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 6422

11/01 Renovado curativo.

12/01/13 - Pac. bem, s/ queixas
Evol. afebril
CD. Prescrita
Manter ATB EV

Dr. Marco Antonio Araújo Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 6422

13/01/13 - Aguarda cirurgia
CD. Prescrita

Dr. Marco Antonio Araújo Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 6422

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

ARACOIABA
DIZ SIM AO PROGREDIR

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL

C.J

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

| NOME | ENF. | LEITO | Nº PRONTUÁRIO |
|---|---|---|---|
| José Pereira Paz | 100 | 108 | |

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA ASSINATURA | RELATORIO DE ENFERMAGEM: HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTO | OBSERVAÇÃO | RUBRICA: ENF. | DIETA |
|---|---|---|---|---|---|
| 04/01 | (1) Escalp heparinizado | (18) NT (06) NT | pac. orientado, | | |
| | (2) Cipro = 400mg EV 12/12h | | verbalizando NHB'S, | | |
| 12 | (3) Gentamicina = 80mg + 100ml SF EV 8/8h | ~~14~~ ~~22~~ 06 | com cirurgia infectada no dorso esquerdo em ATB, | | |
| | (4) Profenid EV = 01 amp + 100ml SF EV 8/8h | ~~14~~ ~~22~~ 06 | às 8:00 hs PA: 100x60mmHg — Hipotensão | | |
| | (5) Dipirona (2:1g) EV 6/6h SN | ~~24~~ | | | |
| | (6) Curativo | ~~14~~ | | | |
| | (7) Sinais vitais | motora! | | | |
| | (8) DIU | SND | | | |

Roberto Fernando Araújo
Cirurgião Torácico
CRM 1941 - CPF: 441.663-72

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA**
**SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO**
**BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA**
(Preencher todos os campos após a cirurgia verso e anverso)

ARACOIABA

NOME DO PACIENTE: José Pereira Paz

DIAGNÓSTICO: P.O. fratura exposta joelho esq.

OPERAÇÃO: Limpeza cirúrgica

N.º DA GIM

REG

CÓDIGO CID: Conversão | Categoria | Detalhes

CÓDIGO SSM

CIRURGIA: 1 Peq, 2 Média, 3 Grande, 7 Princ. E Secundária, 4 Simul, 5 Mult, 6 Especial

| Início | Término | Duração |
|---|---|---|
| 12:40 | | |

| Dia | Mês | Ano |
|---|---|---|
| 06 | 01 | 13 |

Dia Útil: ☐ Sim ☐ Não

ANESTESIA: ☐ Local ☐ Geral ☐ Outros

| Início Hora | Início Minuto | Término Hora | Término Minuto |
|---|---|---|---|
| | | | |

Em minutos c/ acresc. Para os casos de emergência fora do horário normal e dias Não úteis (Preenher)

ANESTESIA: Minutos Total | Minutos c/ acresc.

| 61 MATERIAL DE SALA | TIPO | Q | VU | VT |
|---|---|---|---|---|
| Seringa de 20 ml | | 01 | | |
| " de 10 ml | | 02 | | |
| Lâmina nº 15 | | 01 | | |
| Ataduna crepon 15 cm | | 04 | | |
| Agulha nº 40x12 | | 01 | | |
| Agulha nº 25 x 7 | | 01 | | |
| Luva estéril nº 7.5 | | 01 | | |
| " estéril nº 7.0 | | 01 | | |

| 65 MEDICAMENTOS DE SALA | TIPO | Q | VU | VT |
|---|---|---|---|---|
| Citanim 5% | | | 2 | |
| Propofol 1% | | | 10 | |
| Dorsall 5% | | | 1 | |

74 OXIGÊNIO

| INÍCIO HORAS | TERM. HORAS | TOTAL DE HORAS |
|---|---|---|
| | | |

Ass. Enfermeira

Ass. Do Cirurgião

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

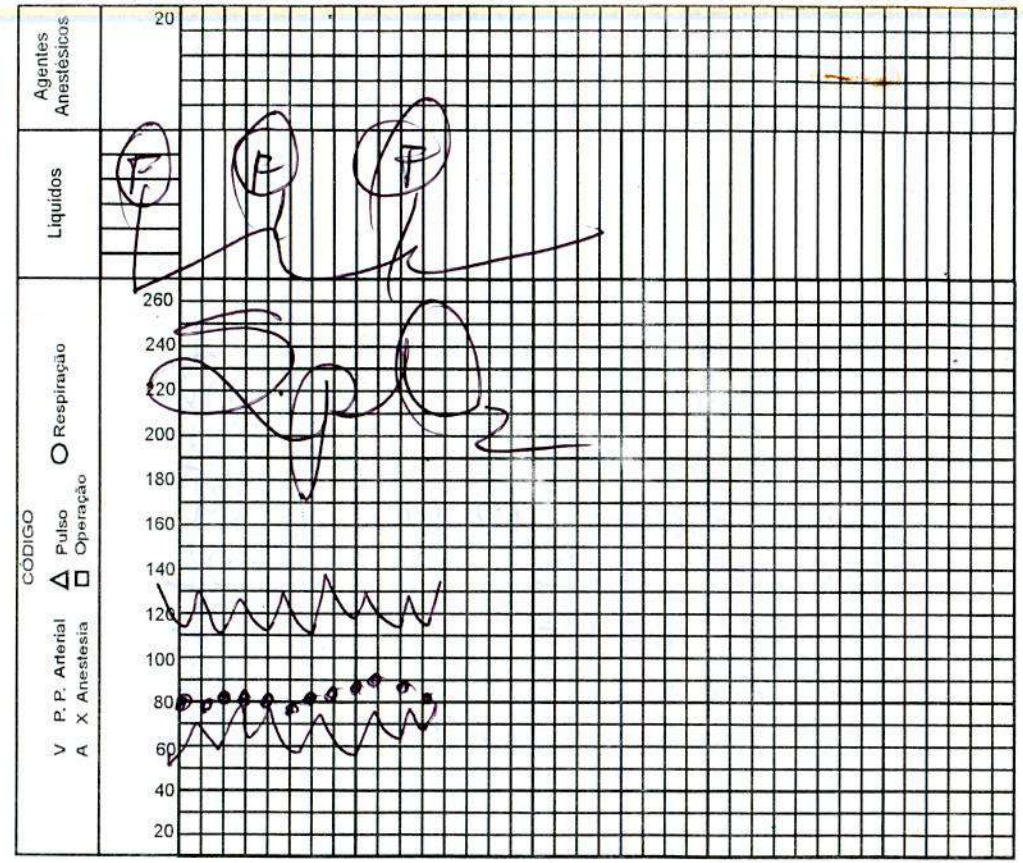
RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS

ANESTESISTA

antissepsia + Apposição campos
aberta ferida cirúrgica
Debridado tecido desvitalizado
Lavagem c/ SF 0,9%
aproximada pele
emitivo
Tala gessada

DATA 06/01/13

| Cirurgião | 1º Auxiliar |
|---|---|
| Dr. Marco Antonio Araújo Costa<br>Ortopedia / Traumatologia<br>CRM 0422<br>Ass. E Carimbo do Cirurgião | Ass. E Carimbo |
| 2º Auxiliar | 2º Auxiliar |
| Ass. E Carimbo | Ass. E Carimbo |




Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação, da anestesia e o maior consumo de material e medicamentos.

① Etamon 50mg EV
② Propofol 50mg EV
③ Dolosal 50mg EV
④ $O_2$ sob mác.

Data

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

ARACOIABA
DIZ SIM AO PROGREDIR

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL

e. T

# FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

| NE | ENF. | LEITO | Nº PRONTUÁRIO |
|---|---|---|---|
| José Pereira Paz | 100 | 108 | |

| A | PRESCRIÇÃO MÉDICA - ASSINATURA | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTO | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: OBSERVAÇÃO | RUBRICA: ENF. | RUBRICA: DIETA |
|---|---|---|---|---|---|
| 07/01 | ① Dieta geral | SND | 09h Acordado | | |
| | ② Escalp. | Manter | responsivo mp- | | |
| 13 | ③ Dipirona (2:18) - E.V - 6/6h | ~~12 18 24 06~~ | nico ayebril | | |
| | ④ Metoclopramida 10mg - 8/8h + 100ml SF0,9% - RU 12/12h. | | um p.o. fratura | | |
| | | | exposta joelho esq. | | |
| | | | realizado limpeza | | |
| | | ~~10 22~~ | cirurgica faz uso | | |
| | ⑤ Gentamicina 80mg RU - 8/8h. | | de antibiótico sem falta | | |
| | | ~~14 22~~ 06 | 10h PA: 120x70mmHg T: 36°C sem falta | | |
| | ⑥ Cefalotina 2g - RU - 6 (suspenso!!!) | | | | |
| | ⑦ Metasol 1g - RU - 8/8h. | ~~14 22~~ 06 | | | |
| | ⑧ S. Vitais | Rotina | | | |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

ARACOIABA
DIZ SIM AO PROGREDIR

# PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
## HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL

C-T.

### FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

| NOME | ENF. | LEITO | Nº PRONTUÁRIO |
|---|---|---|---|
| José Pereira Paz | 200 | 208 | |

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA - ASSINATURA | RELATORIO DE ENFERMAGEM: HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTO | RELATORIO DE ENFERMAGEM: OBSERVAÇÃO | RUBRICA: ENF. | RUBRICA: DIETA |
|---|---|---|---|---|---|
| 08 | 1) D. [illegible] | SND | Pac. pós limpeza | | |
| 01 | 2) [illegible] | Atenção | cirurgica no joelho | | |
| 13 | 3) D. [illegible] 2:18 [illegible] | SN | esquerdo, Orientado | | |
| | [illegible] 6/6 | | aceita dieta, segue | | |
| | 4) [illegible] 100 [illegible] | | um tratamento de | | |
| | 100 ml 5:[illegible] | 10 22 | A.T.B, aos cuidado | | |
| | 5) Cefazolina 2g E 8/8h | 14 22 06 | da enfermagem — [illegible] | | |
| | 6) Gentamicina 80 [illegible] 100 ml | 14 22 06 | | | |
| | 5F [illegible] 8/8h | | | | |
| | 7) S. [illegible] | Rotina! | | | |
| | 8) [illegible] | M | | | |
| | DR. CHARLES MACEDO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-CE 6[illegible] | Barbara Lotife Enfermeira COREN - CE 299.207 | | | |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A0

ARACOIABA
DIZ SIM AO PROGREDIR

# PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
## HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL

### FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

| NOME | ENF. | LEITO | Nº PRONTUÁRIO |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA - ASSINATURA | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | | RUBRICA | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTO | OBSERVAÇÃO | ENF. | DIETA |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

ARACOIABA
DIZ SIM AO PROGREDIR

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL

C.J

# FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

| NOME | ENF. | LEITO | Nº PRONTUÁRIO |
|---|---|---|---|
| José Pereira Paz | 100 | 108 | |

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA ASSINATURA | RELATORIO DE ENFERMAGEM: HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTO | OBSERVAÇÃO | RUBRICA: ENF. | RUBRICA: DIETA |
|---|---|---|---|---|---|
| 09/01 | (1) Dieta geral + liq. v/o. | SND | 09h Orientado | | |
| | (2) Scalp heparinizado | Rotina | cooperativo em- | | |
| 13 | (3) Dipirona (21:18) EV 6/6h SN | — | mico afebril | | |
| | (4) Tofenid IV 0/amp + 150ml | | em pós fratura | | |
| | SF EV 12/12h | ~~10~~ ~~22~~ | exposta joelho | | |
| | (5) Gentamicina 80mg + | | esq. evoluiu com | | |
| | 150ml SF EV 8/8h | ~~14~~ ~~22~~ ~~06~~ | infecção ferida | | |
| | (6) Keflazol 02g EV 8/8h | ~~14~~ ~~22~~ ~~06~~ | cirúrgica Dus Santo | | |
| | (7) Curativo | OK! M | às: 10: T- 36.8° PA. 100X60 sem | | |
| | (8) SSVV 6/6h. | Rotina | | | |

Dr. Marco Antonio Araújo Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 6422

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

ARACOIABA
DIZ SIM AO PROGREDIR

# PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
## HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL

CT

CT

## FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

| NOME | ENF. | LEITO | Nº PRONTUÁRIO |
|---|---|---|---|
| José Pereira Paz | 100 | 108 | |

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA - ASSINATURA | RELATORIO DE ENFERMAGEM: HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTO | | | | OBSERVAÇÃO | RUBRICA: ENF. | RUBRICA: DIETA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | (1) Dieta geral + líq. V.O. | SND | | | | Pac. pós limpeza | | |
| 01 | (2) Soro heparinizado | ok | | | | cirurgica em joelho | | |
| 2013 | (3) Dipirona (12:18) EV 6/6h. | ~~18~~ | ~~18~~ | ~~24~~ | ~~06~~ | esquerdo, orientado, | | |
| | (4) Tramadol IV 01 amp. + 150 ml SF EV 8/8h. | ~~14~~ | ~~22~~ | ~~06~~ | | aos cuidados da enfermagem, em | | |
| | (5) Gentamicina 80 mg + 150 ml SF EV 8/8h. | ~~14~~ | ~~22~~ | ~~06~~ | | tratamento de A.T.B | Rego | |
| | (6) Ketazol 02g. EV 8/8h. | ~~14~~ | ~~22~~ | ~~06~~ | | P.A.: 110 x 60 mmHg | | |
| | (7) Lunadivo | | | | | | | |
| | (8) SSVV 6/6h. | | | | | | | |
| | Dr. Marco Antonio Araújo Costa Ortopedia / Traumatologia CRM 6722 | | | | | | | |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

ARACOIABA
DIZ SIM AO PROGREDIR

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL

CT

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

| NOME | ENF. | LEITO | Nº PRONTUÁRIO |
|---|---|---|---|
| José Pereira Paz | 100 | 108 | |

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA ASSINATURA | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTO | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: OBSERVAÇÃO | RUBRICA: ENF. | RUBRICA: DIETA |
|---|---|---|---|---|---|
| 11/01/18 | (1) SCBP heparinizado | | pac. orientado, verbalizando | | |
| | (2) Keflazol: 02 g EV 8/8h | 14 22 06 | NHB'S, P.O de limpeza | | |
| | (3) Gentamicina: 80 mg + 100ml SF, EV, 8/8h | 14 22 06 | cirurgica em uso de | | |
| | (4) Profenid IV: 01 amp + 100ml SF EV 8/8h | 14 22 06 | ATB as 7:30hs PA: | | |
| | (5) Dipirona (7:18) EV 6/6h SN | 22 06 | 110x80 mmHg | Melania | |
| | (6) Curativo | 14 | | | |
| | (7) Sinais vitais | rotina! | | | |
| | (8) Dieta | SND | | | |

Lizete M. Andrade
Enfermeira
COREN-CE 71839

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

ARACOIABA
DIZ SIM AO PROGREDIR

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL

C.+

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

| NOME | ENF. | LEITO | Nº PRONTUÁRIO |
|---|---|---|---|
| José Pereira Paz | 100 | 108 | |

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA - ASSINATURA | RELATORIO DE ENFERMAGEM: HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTO | RELATORIO DE ENFERMAGEM: OBSERVAÇÃO | RUBRICA: ENF. | RUBRICA: DIETA |
|---|---|---|---|---|---|
| 12/01/13 | (1) Dieta geral + hidratação V.O. | SMD | às 10:00h | | |
| | (2) Soro heparinizado | manter | Pac: no p.o de limpeza cirúrgica | | |
| | (3) Dipirona 12:18/EV 6/6h SN | SN | bem. | | |
| | (4) Profnid IV 01 amp/+ 150ml SF EV 12/12h. | 18 | 06 PA=130x80mmHg T=36°C | mef | |
| | (5) Gentamicina 80mg + 150ml SF EV 8/8h. | 14 22 | 06 | | |
| | (6) Cefazolina 02g EV 8/8h | 14 22 | 06 | | |
| | (7) Omeprazol | OK | | | |
| | (8) SSV 6/6h. | Rotina | | | |

Dr. Marco Antonio [illegible] Bosia
Ortopedia / Traumatologia
CRM 6422

Liduina Pinheiro
ENFERMEIRA
COREN-CE 4311

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

ARACOIABA
DIZ SIM AO PROGREDIR

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL

C.T

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

| NOME | ENF. | LEITO | Nº PRONTUÁRIO |
|---|---|---|---|
| José Pereira Paz | 100 | 108 | |

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA ASSINATURA | RELATORIO DE ENFERMAGEM: HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTO | OBSERVAÇÃO | RUBRICA: ENF. | RUBRICA: DIETA |
|---|---|---|---|---|---|
| 13/01 | (1) Dieta geral + líq. V.O. | SND | 10:00hs | | |
| | (2) Soro p/ heparinizado | manter | PA: 130x80 FR 24 g — Cely | | |
| 13 | (3) Dipirona (2:18) EV 8/6h | SN | Pele conservada Orientado | | |
| | (4) Profenid IV 01 amp + 50ml SF EV 12/12h. | ~~18~~ ~~06~~ | PO de limpeza cirurgica faz uso de antibiotico. Segue em repouso no leito. — Cely | | |
| | (5) Gentamicina 80mg + 150ml SF EV 8/8h | ~~14~~ ~~22~~ ~~06~~ | | | |
| | (6) Cefazolina 02g. EV 8/8h. | ~~14~~ ~~22~~ ~~06~~ | | | |
| | (7) Curativo | ok | | | |
| | (8) SSVV 6/6h. | ~~12~~ ~~18~~ ~~24~~ ~~06~~ | | | |

Dr. Marco Antonio Araújo Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 6422

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01870017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

ARACOIABA
DIZ SIM AO PROGREDIR

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL

E.T

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

| NOME | ENF. | LEITO | Nº PRONTUÁRIO |
|---|---|---|---|
| José Pereira Paz | 100 | 108 | |

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA - ASSINATURA | RELATORIO DE ENFERMAGEM: HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTO | RELATORIO DE ENFERMAGEM: OBSERVAÇÃO | RUBRICA: ENF. | RUBRICA: DIETA |
|---|---|---|---|---|---|
| 14/01/13 | (1) Dieta geral | SND | 10h Acordado | | |
| | (2) Scalp. | Manter | responsivo nor- | | |
| | (3) Fesfagal 2g - EV. 8/8h | | motenso em p.e. | | |
| | | ~~14 22 06~~ | fraturas expostas | | |
| | (4) Gentamicina 80g + Bactrim S. EV 8/8h. | ~~14 22 06~~ | joelho esquerdo | | |
| | (5) Raniong 8/18 - EV - 6/6h ao dor | SN | mole e com in- | | |
| | (6) S. Vitais | Rotina | fecção nas feridas | | |
| | | | faz uso de antibiótico | | |
| | | | PA: 110x70 mmHg Sra Santa | | |

Dr. José Marcelo V. Pereira
Médico - CRM 20
CPF 389 587 243-15

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

ARACOIABA
DIZ SIM AO PROGREDIR

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL

C-T

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

| NOME | ENF. | LEITO | Nº PRONTUÁRIO |
|---|---|---|---|
| José Pereira Paz | 100 | 108 | |

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA - ASSINATURA | RELATORIO DE ENFERMAGEM: HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTO | RELATORIO DE ENFERMAGEM: OBSERVAÇÃO | RUBRICA: ENF. | RUBRICA: DIETA |
|---|---|---|---|---|---|
| 15/01/13 | 1) D. 5% | SND. | 10h Acordado | | |
| | 2) Soro | Manter! | responsivo emp- | | |
| | 3) Cefazolina 2g 8/8 | 14 22 06 | nico afebril | | |
| | 4) Gentamicina 80mg + 100ml SF 8/8 | 14 22 06 | em ttª injeção | | |
| | 5) Dipirona 2:18 SN c/o | 22 06 | na perida operatória | | |
| | 6) S— | Katina! | em joelho esquerdo | | |
| | | | PA: 110X70mmHg T:36ºC | | |

DR. CHARLES MACEDO
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 6984

Bárbara Lotife
Enfermeira
COREN - CE 299.207

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

ARACOIABA
DIZ SIM AO PROGREDIR

# PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
## SECRETARIA DA SAÚDE

## FOLHA DE EVOLUÇÃO

| NOME | | N.º PRONTUÁRIO |
|---|---|---|
| ENFERMARIA | BLOCO | LEITO |

14/01/13 Evolui bem, ofertar
FO lanche.
cd: manter OATB

Dr. José Marcelo F. Pinto
Médico CRM 6596
CPF 330.587.243-15

15/01 Bem s/ alta
cd. mantida

DR. CHARLES MACEDO
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM 6984

16/01/13 - Alta hospitalar

DR. MARCO ANTONIO BRAGA COSTA
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

**DESTINO DADO AO PACIENTE**

☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAR ☐ EM OBSERVAÇÃO

MÉDICO - CREMEC

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceará, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

ARACOIABA
DIZ SIM AO PROGREDIR

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL

C.T

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

| NOME | ENF. | LEITO | Nº PRONTUÁRIO |
|---|---|---|---|
| José Pereira Paz | J00 | J08 | - |

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA - ASSINATURA | RELATORIO DE ENFERMAGEM: HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTO | RELATORIO DE ENFERMAGEM: OBSERVAÇÃO | RUBRICA: ENF. | RUBRICA: DIETA |
|---|---|---|---|---|---|
| 16/04/13 | Alta hospitalar<br>DR MARCELO BERNARDO COSTA<br>ORTOPEDIA/ TRAUMATOLOGIA<br>CRM 5422 | — | Paz saiu de alta hospitalar às 13:30 | Estela | |

Documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

ARACOIABA
DIZ SIM AO PROGREDIR

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA/CE**
**HOSPITAL REGIONAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL**

# RESUMO DE ALTA

ÀS _____horas.

Nome: _____
Endereço: _____
Data da internação: ___/___/___Data da alta:___/___/___Registro N.º_____
Diagnóstico:_____

Tratamento realizado
( ) Cirúrgico
( ) Obstétrico
(x) Traumatológico
( ) Clínico

Enfermaria_____Leito_____

Resumo da história clínica/tratamento realizado:

P.o. limpeza cirúrgica p/ infecção pós cirúrgica (fratura exposta patela)

Alta por cura ( ) Melhorado (x).....Óbito ( )
Transferência ( ) Evasão..... ( ).....A pedido ( )

Agendar retorno com 15 dias, na central de regulação.

Aracoiaba, 16 de 01 de 2013

DR. MARCO ANTONIO ... ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM ...
Médico responsável

Enfermeiro(a) chefe

X Lúcia de Fátima alves
Paciente ou responsável



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

## SOLICITAÇÃO DE ATESTADO MÉDICO

Caro colega,
Com o escopo de atender requisição policial e com fulcro no Código de Ética Médica (art. 54, 80, 81, 82, 86 e 91) e na Resolução CFM 1851/2008, solicito que nos envie Atestado Médico sobre o atendimento de José Pereira Paiy que teria sido atendido nesta unidade de saúde, provavelmente vítima de Acid. trânsito fato ocorrido em _____

Nestes termos aguarda deferimento.

Marlúcia F. Almino

Dra Marlúcia Ferreira Almino de Lima
Médica-Perita Legista
CREMEC 3902

Fortaleza, 22/01/2013.

**ATESTADO MÉDICO (Conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina 1851/08)**

- Histórico: Paciente foi atendido em 22/12/12, às _____ horas, na unidade de saúde: HMSI - Maracanaú;
  vítima de: Acidente moto;
- Diagnóstico: Fratura Exposta Patela esq.;
- Resultado de exames complementares:
  Rx: Fratura cominutiva patela esq. c/ perda fragmentos ósseos;
- Conduta terapêutica: Patelectomia;
- Prognóstico: Bom;
- Sequelas à saúde do paciente em decorrência do acidente com nexo causal entre o acidente e a sequela.
  Limitação funcional joelho esq. c/ diminuição força e amplitude movimento articular joelho
- Provável tempo de repouso estimado necessário para a sua recuperação: 180 dias;
- O paciente se encontra de alta médica definitiva a partir de que data? Indeterminado

Fortaleza, 06/02/13

Marco Antonio Araújo Costa

Assinatura do médico e carimbo

Dr. Marco Antonio Araujo Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 6422

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
Rua Getúlio Vargas, 139 - Aracoiaba-CE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

# ATESTADO MÉDICO

ATESTO que José Pereira Paz

_____Portador(a) da Carteira Profissional

Nº _____Série_____, necessita de TEMPO INDETERMINADO

(MINADO) dias de afastamento de

suas atividades, a partir desta data, por motivo de

doença previstas no CID sob a referência_____

Segurado portador de sequela c/ rigidez residual importante

Aracoiaba, 13/09/18
Local e Data

Dr. Marco Antonio Araújo Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM - 6422

Assinatura do Médico - CRM N.º

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

UMA CIDADE DE TODOS
ARACOIABA
PREFEITURA MUNICIPAL
2013-2016

SECRETARIA DE SAÚDE - PSF

RECEITUÁRIO

P/ José Pereira Paz

Laudo Médico

Atesto, para os devidos fins, que o paciente acima foi submetido a patelectomia joelho esq. devido fratura exposta joelho e apresenta limitação rejeito flexão joelho em torno de 80°.

07/08/13

Dr. Marco Antonio Araújo Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 6422

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

ARACOIABA
DIZ SIM AO PROGREDIR

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA**
**Secretaria de Saúde do Município**
**HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL**

## RECEITUÁRIO

Relato que José Pereira Paz sofreu fratura exposta de patela esquerda. Foi submetido a patelectomia total. Solicito isenção de corpo de delito.

Dr. José Marcelo V. Filho
Médico - CRM 6590
CPF 390 587 243-15

21/01/17



é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

UMA CIDADE DE TODOS
ARACOIABA
PREFEITURA MUNICIPAL
2013-2016

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL

# RECEITUÁRIO

P/ José Pereira Paz

Laudo Médico

Atesto, para os devidos fins, que o paciente acima foi submetido a a patelectomia joelho e devido fratura exposta cominutiva e sequela de alta definitiva e limitação residual flexão

VIRE



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por LIVANIA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o numero 00870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

Joelho em torno de 80°

23/01/14

Dr Marco Antonio Araújo Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 6422

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870177320188808001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
Secretaria de Saúde do Município
HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL

## RECEITUÁRIO

P/ José Pereira Paz

Rx uso oral

1 - Tarageric → 01 cx

Tomar 01 comp. 8/8h.

sublingual

06/02/13

Dr. Marco Antonio Araújo Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 6427



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188000001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E6A06.

RETIRAR PONTOS

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

ARACOIABA

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
Rua Getúlio Vargas, 139 - Aracoiaba-CE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

# ATESTADO MÉDICO

ATESTO que José Pereira Paz

_____Portador(a) da Carteira Profissional

Nº _____Série_____, necessita de 60

(sessenta) dias de afastamento de

suas atividades, a partir desta data, por motivo de

doença previstas no CID sob a referência P.O.

fratura exposta patela esq.

Aracoiaba, 22/12/12
Local e Data

Dr. Marco Antonio Araújo Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 4145

Assinatura do Médico - CRM N.º

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8

UMA CIDADE DE TODOS
ARACOIABA
PREFEITURA MUNICIPAL
2013-2016

SECRETARIA DE SAÚDE - PSF

RECEITUÁRIO

P/ José Pereira Paz

Solicito

20 sessões fisioterapia

I.D. P.O. patelectomia joelho

Urg.

07/08/13

Dr. Marco Antonio Araújo Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 6422

RETORNO 04/09/13

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

UMA CIDADE DE TODOS
ARACOIABA
PREFEITURA MUNICIPAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
Rua Getúlio Vargas, 139 - Aracoiaba-CE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

# ATESTADO MÉDICO

ATESTO que José Pereira Paz

_____Portador(a) da Carteira Profissional

Nº _____Série_____, necessita de TEMPO INDETERMINADO

(MINADO _____) dias de afastamento de

suas atividades, a partir desta data, por motivo de

doença previstas no CID sob a referência _____

Seguia fratura pelo tempo c/ rigidez residual importante

Aracoiaba, 13/09/18
Local e Data

Dr. Marco Antonio Araújo Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM-6422

Assinatura do Médico - CRM N.º

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.

# SINISTRO 3150087477 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOSE PEREIRA PAZ
**COBERTURA** Invalidez
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE SEGURADORA S/A
**BENEFICIÁRIO** JOSE PEREIRA PAZ
**CPF/CNPJ:** 38386801204

**Posição em 14-11-2018 11:25:26**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|---|---|---|---|
| 10/03/2015 | R$ 7.087,50 | R$ 0,00 | R$ 7.087,50 |

Histórico das correspondências enviadas

| Data da Carta | Referência | Ver Carta |
|---|---|---|
| 14/03/2015 | Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez | |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA ROBERTO NUNES e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/12/2018 às 19:37 , sob o número 01870171320188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0187017-13.2018.8.06.0001 e código 41E8A06.