

SABOYA & BRANDÃO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE	LIDUINA DA COSTA CARDOSO		
Nacionalidade	BRASILEIRO (a)	Natural	NÃO INFORMADO
Estado Civil	VIUVA	RG nº	2000004016018 SSP-CE
Profissão	APOSENTADA	CPF nº	464.908.173-49
Endereço	RUA JOSE LINS ,065		
Bairro	CENTRO	CEP	62.880-000
Município/UF	HORIZONTE / CE - 99150-3358		

OUTORGADOS: BRUNO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, e MARCELO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103 e THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua São Paulo – nº 32 – 10º Andar – Salas 1003/1004 – Bairro Centro – CEP: 60.030-100 – Fortaleza/CE, Tel.: (85)999638013/ (85)988530069/ (85)98636-3030/(85)30220470.E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br/ marcelobrandao_@hotmail.com/ thiago_cs@hotmail.com

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula “ad judicium” e “et extra”, a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como realizar endosso em cheque nominal emitido em nome do outorgante, destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

HORIZONTE - CE, terça-feira, 24 de abril de 2018

> Liduína da Costa Cardoso
OUTORGANTE

RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 10º ANDAR - SALAS 1003/1004 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - FORTALEZA/CE
Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 99963-8013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030
E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao_@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 20/07/2018 às 10:46, sob o número 01490633020188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0149063-30.2018.8.06.0001 e código 39F5D20.

SABOYA & BRANDÃO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

OUTORGANTE	LIDUINA DA COSTA CARDOSO		
Nacionalidade	BRASILEIRO (a)	Natural	NÃO INFORMADO
Estado Civil	VIUVA	RG nº	2000004016018 SSP-CE
Profissão	APOSENTADA	CPF nº	464.908.173-49
Endereço	RUA JOSE LINS ,065		
Bairro	CENTRO	CEP	62.880-000
Município/UF	HORIZONTE / CE		

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

HORIZONTE - CE, terça-feira, 24 de abril de 2018.

> Liduína da Costa Cardoso
DECLARANTE

RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 10º ANDAR - SALAS 1003/1004 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - FORTALEZA/CE
Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 99963-8013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030
E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 20/07/2018 às 10:46, sob o número 01490633020188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0149063-30.2018.8.06.0001 e código 39F5D20.

SABOYA & BRANDÃO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, LIDUINA DA COSTA CARDOSO, BRASILEIRO(A),
VIUVA, APOSENTADA, PORTADOR DO RG Nº
2000004016018 SSP-CE, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 464.908.173-49, RESIDENTE E
DOMICILIADO(A) NO ENDEREÇO RUA JOSE LINS, 065,
CENTRO NA CIDADE DE HORIZONTE / CE. DECLARO PARA TODOS

OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELOS DRS. **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**,
BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, E **MARCELO PEREIRA
BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103 E **THIAGO
SABOYA PIRES DE CASTRO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº
24.156, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL PARA RECEBER INTIMAÇÕES NA RUA SÃO PAULO – Nº 32 – 10º
ANDAR – SALAS 1003/1004 – BAIRRO CENTRO – CEP: 60.030-100 – FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS
NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO
SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE
POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO JUDICIAL, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, ISENTO O ESCRITÓRIO SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS, REPRESENTADO ATRAVÉS DOS
ADVOGADOS **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB
O Nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-
CE SOB O Nº 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA
OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA SÃO PAULO – Nº 32 – 10º ANDAR – SALAS
1003/1004 – BAIRRO CENTRO – CEP: 60.030-100 – FORTALEZA/CE, DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA
(CÍVEL, CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE TANGE A AUTENTICIDADE,
LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS DOCUMENTOS E/OU DADOS) E VERACIDADE DOS
FATOS NARRADOS E DESCRITOS EM MENCIONADOS DOCUMENTOS. ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS
RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO
BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE
É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI " ART. 339 E 340 " DO CPB."

CIENTE DE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO DA VALIDADE DE MENCIONADO DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O
QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

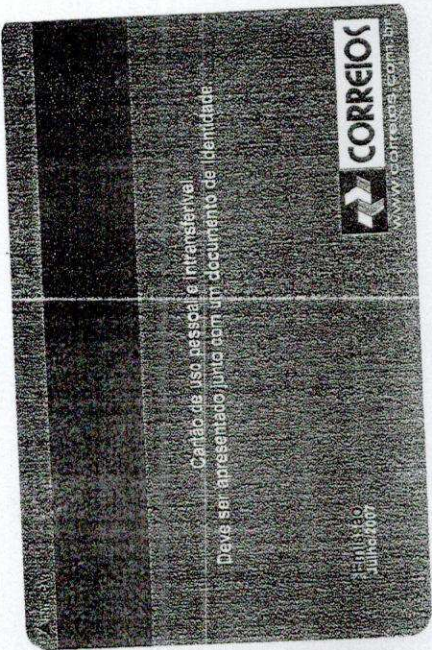
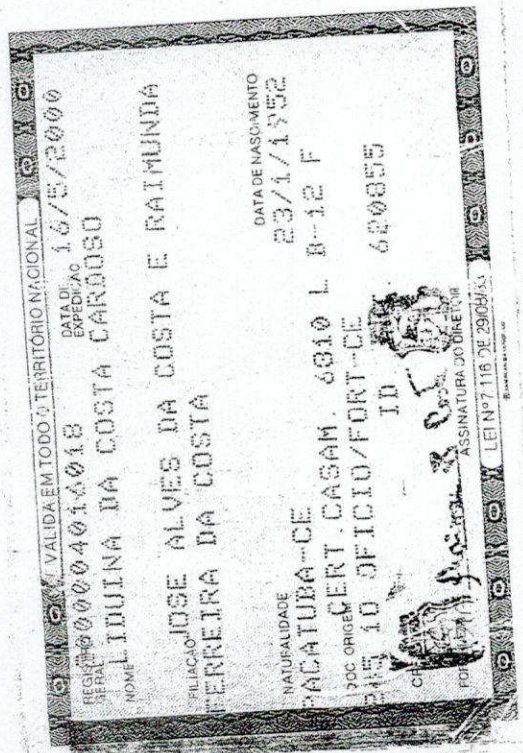
HORIZONTE - CE, terça-feira, 24 de abril de 2018.

> Liduína da Costa Cardoso
DECLARANTE

TESTEMUNHA
CPF:

TESTEMUNHA
CPF:

RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 10º ANDAR - SALAS 1003/1004 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - FORTALEZA/CE
Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 99963-8013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030
E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 522903519
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Va devino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.106.848-3
A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
ABR/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

1224624

7

VENCIMENTO

03/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

180,79

Rota 18 020070 13 0162200 Medidor 5035004 Poste 0000 B10W
Nome LIDUINA ALVES DA COSTA
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU JOSE LINS 00065 CENTRO HORIZONTE 62880000
RG / CPF / CNPJ 315.618.293-15 CGF
Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO						
Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado	
FP 71733	71527	1	206	0	206	

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	206	0,71094	146,45

OUTROS PAGAMENTOS
DOACAO SANTA CASA FORT - TEL-85-3392-0301 2,00
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 32,34

DATAS DE LEITURA	
Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
25/04/2018	25/05/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
4D0E.8FEA.CB74.D963.C380.39F4.88D5.F445

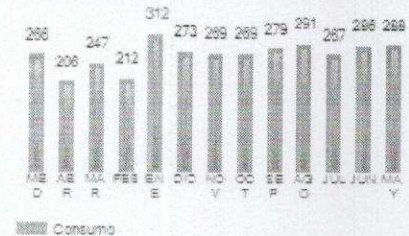
ICMS		
Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
146,45	27%	39,54

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	
ENERGIA	53,63
TRANSMISSÃO	5,72
DISTRIBUIÇÃO	30,56
ENCARGOS SETORIAIS	8,19
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	48,35

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 47,71
Conjunto COLUNA
Mês FEV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	1,61	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			1,61		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica(%CO₂)

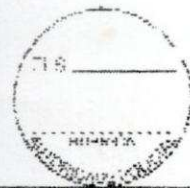
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 1224624-7 N° da Nota Fiscal: 522903519 Total a Pagar (R\$): 180,79
Data de Emissão: 24/05/2018 Referência: ABR/2018 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 20/07/2018 às 10:46 , sob o número 01490633020188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://oca.jfpe.jus.br/pastadigital/pg/abrirCopia.asp?codigo=01490633020188060001>



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 461 - 4023 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 17/08/2017 14:07:01
Data / Hora da Ocorrência: 04/03/2017 08:30:00 ✓
Endereço da Ocorrência: RUA JOSE LINS
Complemento: C/ LOURIVAL DE SOUSA
Bairro: CENTRO Município: HORIZONTE/CE
Ponto de Referência: PROX. ESCOLA MARIA REGIANE

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: LIDUINA DA COSTA CARDOZO ✓
Nascimento: 23/01/1952 CPF: 464.908.173-49
RG: 2000004016018 Orgão Emissor: SSPDS UF: CE
Filiação: RAIMUNDA FERREIRA DA COSTA
JOSE ALVES DA COSTA
Endereço: RUA JOSE LINS, 65
Bairro: CENTRO
Município: HORIZONTE/CE CEP:
País: BRASIL Telefone: (85) 9150-3358

Histórico

A noticiante informa que estava a pé na rua supra quando no cruzamento entre as vias fora vítima de um atropelamento; que quando percebeu iria ser vítima de um atropelamento pulou e conseguiu escapar, porém sofreu lesões pelo corpo; que fora socorrida até o IJF pelo seu filho CRISTIANO da COSTA; que teve fratura na perna esquerda; que não sabe declarar a placa do veículo que quase lhe atropelou, lembrando apenas que era uma espécie Caminhonete de cor preta; que fora testemunhas os senhores: RAIMUNDA NONATA FERREIRA DO NASCIMENTO e ANTONIA COELHO DE SOUZA PEREIRA; que está sendo assessorada por IGOR FERREIRA DA SILVA; nada mais disse.

DELEGACIA DESTINADA: DELEGACIA MUNICIPAL DE HORIZONTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FELIPE CAJAZEIRAS DE FREITAS - MAT.: 30068514

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Liduína da Costa Cardoso

VISTO DO DELEGADO(A):

RODRIGO DE SOUSA JATAI COSTA - MAT.: 30076713

X Raimunda Nonata Ferreira do Nascimento.

X Antonia Coelho de Souza



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 20/06/2017 14:36:17

Registro de Atendimento Emergencial

Por:JOSE URBANO DA MOTA COELHO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 04/03/2017 14:33:23	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700508316380250		NOME: LIDUINA DA COSTA CARDOSO				Registro: 5497440	
CPF: 46490817349		RG: 20000401601		D. NASC: 23/01/1952		ESTADO CIVIL: SEXO: F RAÇA/COR: Parda	
NOME DA MÃE: RAIMUNDA FERREIRA DA COSTA				NOME DO PAI: JOSE ALVES DA COSTA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: MARIO DE ANDRADE		Nº: 350		BAIRRO: BELA VISTA	
COMPLEMENTO:		TELEFONE CONTATO: 987672939		MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE CEP: 60442132	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: CRISTIANO				PARENTESCO: FILHO		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAER:	
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidentes com pedestre, Pedestre traumatizado em colisão com um automóvel (carro, pickup ou caminhonete)							
QUEIXAS: ATROPELAMENTO POR CARRO TRAUMA NA CABEÇA E MMII E MMSS							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica		Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA		2 - CNES: 2529149	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DRA. ZILDA ARNS		4 - CNES:	
5 - NOME DO PACIENTE: LIDUINA DA COSTA CARDOSO		6 - Nº PRONTUÁRIO:	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	8 - DATA NASCIMENTO: 23/01/1952	9 - SEXO: ☐ Masc ☐ Fem	10 - RAÇA/COR
11 - NOME DA MAE: RDA FERREIRA DA COSTA		12 - TELEFONE DE CONTATO:	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO:	
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO MARIO DE ANDRADE, 350 BELA VISTA			
6 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: FORTALEZA	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: CE	19 - CEP:
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACIENTE COM FRATURA TRANSTROCANTERICA DO FEMUR . NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO.			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXS. COMPLEMENTARES			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FRAT. TRANSTROCANTERICA DO FEMUR	24 - CID PRINCIPAL:	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TTO CIRURGICO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	
29 - CLÍNICA: AUMATO	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA	31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:	34 - DATA SOLICITAÇÃO: 05/03/2017	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):	
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA:	40 - Nº DO BILHETE:	41 - SÉRIE:
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ DA EMPRESA:	43 - CNAE DA EMPRESA:	44 - CBOR:
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR:	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: () CNES () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):		

11. VÁLVULA AÓRTICA
Normal

12. RAIZ AÓRTICA E AORTA ASCENDENTE
Normal

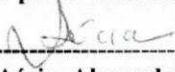
13. PERICÁRDIO
Normal

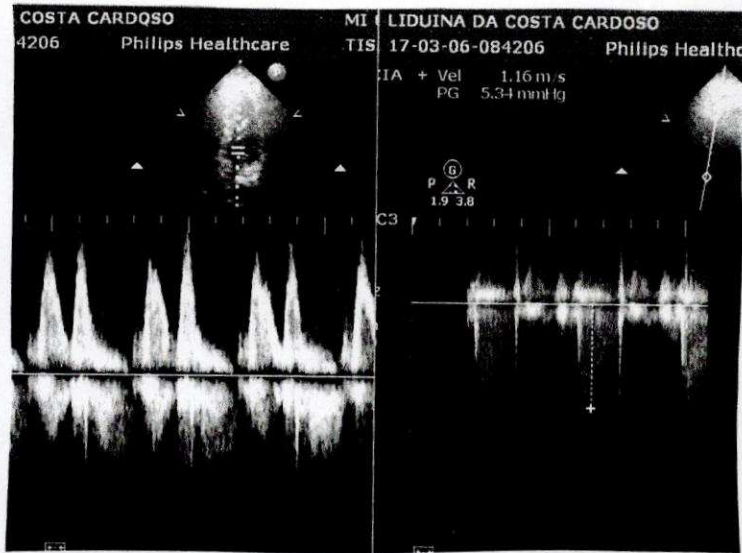
14. ANÁLISE DE FLUXO PELO DOPPLER
Normal.

15. COLOR – DOPPLER
Normal.

CONCLUSÃO:

- Cavidades cardíacas com dimensões normais.
- Função sistólica e diastólica normal biventricular ao eco convencional.
- Contratilidade global e segmentar preservada em repouso.


Dr^a. Ana Aécia Alexandrino de Oliveira
CRM-5422/ CPF-260.963.583/49





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

INTERNAÇÃO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

- 1) Eu, Diácono dos Santos Carvalhos (usuário maior de 18 anos, pai ou mãe) (profissão) _____
Domiciliada à rua (av.) Rua André de Albuquerque, nº. 358, na cidade de Fortaleza, Estado de CE, RG nº. 200000401608, AUTORIZO o corpo clínico do HOSPITAL E MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS NEUMANN, a praticar qualquer tratamento médico e cirúrgico (operação, anestesia, transfusão e exames complementares), bem como aos demais profissionais da equipe multiprofissional à executar medidas de tratamento e reabilitação, que sejam necessárias a minha recuperação;
- 2) AUTORIZO e concordo com saídas durante a internação, em transporte com acompanhante deste Hospital, para outros serviços da rede municipal de saúde, caso necessário;
- AUTORIZO e concordo com a transferência para outros Hospitais, nesta cidade, com a finalidade de exames e/ou tratamentos não específicos deste Hospital;
- 4) RESPONSABILIZO-ME pela minha saída dentro de 03 (três) dias no máximo, após alta. Forneço o seguinte ENDEREÇO, para caso de emergência e facilidade de comunicação;
- 5) COMPROMETO-ME a respeitar e obedecer os regulamentos do Hospital quanto ao regime de internação.

Fortaleza, 06 de março de 2017

Zilda Arns Neumann
(Assinatura do Paciente maior de 18 anos, do pai ou da mãe)

1ª TESTEMUNHA / ASSINATURA: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Estado Civil: _____, RG nº. _____

2ª TESTEMUNHA / ASSINATURA: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Estado Civil: _____, RG nº. _____



Prefeitura de
Fortaleza

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Gestão Hospitalar
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

Termo de Ciência e Consentimento Livre e Esclarecido para Cirurgia de Traumatologia e Ortopedia.

(Consentimento Informado – Norma Técnica Resolução SS-169 de 19/06/96)

Paciente: Liduína da Costa Cardoso

Enfermaria: 209 leito: 79

Prontuário: 50494

1. Fui informado (a) pelo(a) médico(a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões), diagnóstico(s) e/ou hipótese(s) diagnóstica(s): _____

2. A equipe médica explicou-me a proposta do procedimento a que serei submetido.

Joelho: A Artroplastia de Joelho é a substituição total ou parcial da articulação do joelho, feita por meio de materiais artificiais, como metal ou plástico (polietileno). Tem o objetivo de restabelecer a função, melhorar as dores e rigidez, além da funcionalidade articular.

Quadril: A Artroplastia de Quadril é a substituição total ou parcial da articulação do quadril, feita por meio de materiais artificiais (metal, cerâmico ou plástico). Tem a finalidade de reduzir a dor e rigidez além de melhorar a capacidade de realizar atividades de vida diária.

3. Foram-me explicados os benefícios, tratamentos alternativos (uso de analgésicos, bengalas, muletas e fisioterapia), as possibilidades de ter os resultados que espero e quaisquer problemas potenciais que possam ocorrer durante a recuperação e os riscos que existem em não realizar o procedimento.

4. O meu médico me informou as possíveis consequências da não realização deste procedimento e/ou tratamento.

5. Estou ciente de que o procedimento tem os seguintes riscos potenciais:

- Lesões de pele por atrito na movimentação do paciente;
- Dor no período pós-operatório;
- Exacerbação de doenças clínicas pré-existentes;
- Flebite: Inflamação da veia, geralmente no local da medicação;
- Sangramento;
- Tromboembolismo Venoso Periférico e Pulmonar: causada pela coagulação do sangue no interior das veias. (Dados mundiais-):



Prefeitura de
Fortaleza

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Gestão Hospitalar
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

- Lesões de Nervos maiores: ✓
- Lesões Vasculares: ✓
- Falha dos Implantes:
- Alergia: Reações alérgicas às medicações utilizadas.

Complicações graves são muito raras, mas podem levar a hospitalização prolongada, necessidade de repetição da cirurgia ou muito raramente levar a óbito. Mundialmente as taxas de complicações raras ficam em torno de 0,7% para Artroplastia de Quadril e % para Artroplastia de Joelho, no entanto, possuímos uma estrutura hospitalar preparada para atendê-lo em caso de qualquer necessidade.

4. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

5. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

6. Esta autorização também é dada a outros profissionais selecionados pelo meu médico a intervir no(s) procedimento(s) de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação.

7. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

☐ Paciente ☒ Responsável

Nome: Maria Marta da Costa Ribeiro

Assinatura: Maria marta da costa Ribeiro Grau de

parentesco: Imã

Identidade nº 95002361104

CPF 759.600.283-87

Data 08 / 03 / 17 Hora: 13 : 50 H



Prefeitura de
Fortaleza

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

RESUMO DE ALTA

PACIENTE: Lidiane de Costa Cardoso Nº PRONTUÁRIO: 50494

TOTAL DE DIAS DE PERMANÊNCIA: ENFERMARIA / LEITO 209.39

DATA DE ADMISSÃO 06.03.2017 DATA DA ALTA 11/03/2017

DIAGNÓSTICO INICIAL / CID-10 Infecção traveicocálica por E ✓
DIAGNÓSTICO FINAL / CID-10

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:
Infecção por E ✓

RESULTADOS DOS PRINCIPAIS EXAMES REALIZADOS

Ex

EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES

TERAPÊUTICA REALIZADA:

Obtido da 01/03/2017 a Valéria Rêgo - Dr. Samuel Maciel
1 bloco DHS, 1 pacote de soro + 3 pacotes de soro

ORIENTAÇÃO PÓS ALTA:

MARCAZ RETORNO SUZ 32333019
receita Vanil 100 30 dia.

CONDIÇÕES DE ALTA

() Curada (X) Melhorada () Inalterada () A pedido () Transferida
() OUTRA () Óbito () Solicitada Necropsia

11/03/2017
Ass
Fortaleza - Ceará 1/1/1

CARIMBO DO SERVIÇO

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO



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

FICHA DE DESCRIÇÃO DE ATO CIRÚRGICO	
Nome: <u>LIDUINA DA COSTA BAIXOSA</u>	Pront. Nº: <u>50494</u>
Indicação cirúrgica: <u>FURTURA TRANSTACANTÉICA FÊMUR</u>	
Cirurgia realizada: <u>OSTEOTOMIA POSTERIOR</u>	
Cirurgião: <u>DR VALCIR FERREIRA</u>	Auxiliar: <u>DR SAMUEL MAGALHÃES</u>
Anestesista: <u>DR RAUL ACANTARA</u>	Data da cirurgia: <u>09/03/17</u>
Descrição médica	
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB MANTO DE LITOMIA EM MESA DE TUMOR ORTOPÉDICA. 2. ASSESSIA E ANTISSESSIA. 3. CANALAMENTO CIRÚRGICO + LIGAMENTO FURTURA 4. INCISAS FACE LATERAL DORSAL 5. DISSECCO POR PLANO + HEMOSTASIA. 6. OSTEOTOMIA POSTERIOR FÊMUR 7. APASIAS DE ENXERTO SÓSSA EM FOCO DE FURTURA. 8. APASIAS DE RAMFUSO DESLIZANTE 9. APASIAS DE DUS. 10. APASIAS DE RAMFUSO CORTICAL 11. APASIAS DE RAMFUSO DE COMPRESSAS 12. LAVAGEM COM SÉRIE. 13. SUTURA POR PLANO + CONTINUA	
Dr. Valcir Ferreira Ortopedista e Traumatologista CRM 14233 e TEOT 14841 Samuel Magalhães da Silva Traumatologista e Ortopedia CRM 10117 e TEOT 12554	
Assinatura do(s) executante (s):	
Hora do início: <u>10:00</u>	Hora do término: <u>11:40</u>

SINISTRO 3170465461 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LIDUINA DA COSTA CARDOSO
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Comprev Previdência
S/A-Filial Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO LIDUINA DA COSTA CARDOSO
CPF/CNPJ: 46490817349

Posição em 06-09-2017 08:55:23
Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.
Valor: R\$ 7.087,50
O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
08/09/2017	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50