

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

Nome: João Paulo Paulino da Silva		Nacionalidade: Brasileiro	
Estado Civil: Solteiro	Profissão: Pinto	Carteira de Identidade: 95002477777	
CPF nº: 009.586.393-10	Residência: R. XI de Maio, 930		
Bairro: Bonsucesso	Cidade: Fortaleza	Estado: CE	CEP: 60541-658

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na rua Barbara de Alencar, nº 1920, apto 301, bloco E, aldeota, Fortaleza - CE CEP: 60.140-000, fone: (85) 9657.0528
e-mail: KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

Amplios poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instância ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Fortaleza (CE), 02 de Janeiro de 2019.

x João Paulo P. da Silva,
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, João Paulo Paulino da Silva,
brasileiro(a), Solteiro, Pintor, portador da Carteira de Identidade/RG nº
95002447777, e inscrito no CPF/MF sob o nº 009.586.393-10, residente e
domiciliado na cidade de Fortaleza, estado do Ceará, na Rua
Ol de maio, nº 930, declaro para os devidos fins
que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas
processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha
família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 02 de Janeiro de 2.019.

x João Paulo P. DA SILVA,



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3348 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **02/08/2018 13:18:35**
Data / Hora da Ocorrência: **25/09/2016 17:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA EMILIO DE MENEZES**
Complemento:
Bairro: **BONSUCESSO** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOAO PAULO PAULINO DA SILVA**
Nascimento: **29/04/1981** CPF:
RG: **95002447777** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **LIDUINA PAULINO DA SILVA**
MANOEL ANTONIO DA SILVA
Endereço: **RUA 1º DE MAIO, 930**
Bairro: **BONSUCESSO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIB2807** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KD0550CR595375 Renavam: **484989677** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **JOAQUIM MARTINS LOPES** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA NA GARUPA DA MOTO DE PLACA OIB-2807 QUE ERA PILOTADA POR ANTONIO ILAILSON SILVA LOPES DE CNH NUMERO 04726958706 QUE TRANSITAVA NA RUA EMILIO DE MENEZES QUANDO O PILOTO DA MOTO DESVIOU DE UM BURACO NA VIA PERDEU O CONTROLE DA MOTO VINDO A CAIR NO ASFALTO COM A VITIMA, FICANDO A VITIMA LESIONADA, QUE A VITIMA PROCUROU ATENDIMENTO MEDICO NO DIA 26/09/2016 NO HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE.//////////
OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : 
FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:  **JOÃO PAULO P. DA SILVA.**

VISTO DO DELEGADO(A) : **JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**

DECLARAÇÃO

Declaro a pedido do senhor João Paulo Paulino da Silva,
CPF nº 009.586.393-10, filho de Liduina Paulino da Silva e Manoel Antônio da Silva, que o
mesmo foi atendido nesta unidade hospitalar no dia 26.09.16 às 18:58 horas.

O mesmo informa que foi vítima de acidente de trânsito, porém não testemunhamos a referida ocorrência.

Orientamos o mesmo a relacionar testemunhas e registrar um Boletim de Ocorrência na Delegacia de Polícia Civil Especializada.

Caso o mesmo tenha sido socorrido pela ambulância do SAMU, informamos que aquele órgão possui documentação própria relatando o tipo de atendimento.

M. R. d. G.
 Diretor Executivo / MDA/ABO
 CPF: 540.778.253-15
 6641-44500

Fortaleza 16 de Julho de 2018

DIRETOR EXECUTIVO

HDMJBO



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOÃO PAULO PAULINO DA SILVA

CPF da Vítima

009 586 393 10

Data do Acidente

25/09/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da 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 da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

FORTALEZA, 30 de AGOSTO de 2018

Local e Data

JOÃO PAULO P. DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

 Prefeitura de Fortaleza		PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA		SUS	
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL					
DADOS PESSOAIS					
NOME DO PACIENTE JOAO PAULO PAULINO DA SILVA		Nº DO PRONTUÁRIO 253453		Nº DO BE 215592	
CADUS 162556892720007		NASCIMENTO 20/04/1981(37 ANOS)		SEXO M	
NOME MAE LIDUINA PAULINO DA SILVA		NOME RESPONSÁVEL NI		RACIA/COR PARDO	
ENDEREÇO RUA PRIMEIRO DE MAIO 930 BONSUCESSO		MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE	
CONTATO 979412702 (fones Paulo)		CEP 60.541-658			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/ENDÓCIO DO ACIDENTE					
OCORRÊNCIA					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
QUEIXA RELATA DOR APOS TRAUMA NA REGIAO DA CLAVICULA E			MOTIVO AVLIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA		
SINTOMAS NI			ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)		
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SINAIS VITAIS SAT O2 NI%	
TEMPERATURA NI °C		ALERGIAS NAO		PULSO NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVEIRA MACHADO		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 13/05/2018 21:31:48	
ÁREA DE ATENDIMENTO AUMATOLOGIA					
ATENDIMENTO MÉDICO					
<i>Triduna de cabelo 30as</i> <i>Iduna pl 100 gus</i>					
DIAGNÓSTICO					
SADY SOLICITADO ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIO-X ☐ OUTROS					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
MÉDICAMENTO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
<i>3037 90 227</i>					
TIPO DE ALTA/SAÍDA					
☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS					
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO					
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA					

Impresso por BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVEIRA machado em 13/05/2018 às 21:31:52

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
 ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro
 Mat. 763

João Paulo P. da Silva
 JOAO PAULO PAULINO DA SILVA

22562



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
Poder Judiciário do Estado do Ceará - Ministério Público do Estado do Ceará
Rua da Paz nº 1117 - Fortaleza - CEP 44.210-440
Fortaleza - Ceará
Telefone (85) 3133-7222

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-81

DADOS DO PACIENTE
NOME DO PACIENTE

JORD PNU P. NASIM

ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA: PRIMEIRO DE MAIO Nº 930

BAIRRO

BONSUCESSO

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

20/04/1981

SEXO

1. ☒ MASC

2. ☐ FEM

CONDIÇÃO

1. ☐ SIEGURADO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ OUTRO DEP.

NOME DA MÃE

LIDVINA PAULINO DA SILVA

DADOS DA INTERNAÇÃO
CPF MÉDICO SOLICITANTE

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

13/05/2018

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fract. de Cúbito (R) na 3ª dir

Imunopar

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
Ateste com uma cópia em COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

Mat. 763

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Imunopar

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Rx

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fract. de Cúbito (R)

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA

3. ☐ CLÍNICA MÉDICA

5. ☐ PSIQUIÁTRICA

9. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA

4. ☐ TISIOPEUMOL

6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TTT Cúbito

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

Dr. Manoel Gadelha
Ortopedia e Traumatologia
Atende em Cirurgia
TEOT 12042 - RQE - 5160
CRM 10484

13/05/18

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 09/01/2019 às 19:34, sob o número 01001958420198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0100195-84.2019.8.06.0001 e código 42423AE.



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

Nº da AIH:

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ

07.835.044 / 0002-61

NOME DO PACIENTE

João Paulo Paulino da Silva

ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA: PRIMEIRO DE MAIO Nº 930

BARRIO

BONSUESSO

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

20/04/1981

SEXO

1. ☒ MASC

2. ☐ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURO

4. ☐ CONJUGE

6. ☐ FILHO

8. ☐ OUTRO DEP.

NOME DA MÃE

LIDVINA PAULINO DA SILVA

CPF MÉDICO SOLICITANTE

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

13/05/2018

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com pseudoartrose de
halsa de clavícula (E)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATENO QUE CÔPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuel Monteiro
Mat. 763

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Neuroma de cirurgia

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Rx + EF

DIAGNÓSTICO INICIAL

Pseudoartrose de fratura de clavícula (E)

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA

3. ☐ CLÍNICA MÉDICA

5. ☐ PSIQUIÁTRICA

9. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA

4. ☐ TISSIOPEUMOL

6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE DE CLAVÍCULA +
GUEXO OSSO

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

22/05/18

HORA

Dr. Marcelo Silva
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Pediátrica
CREMEC 14.098 TFO 15.555

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome: João Paulo Paulino
Prontuário: 953433 Enferm.: 15 Leito: 109 Data Internação: 13 05 18

Diagnóstico

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
13/05/18	Admissão de dados @ 16 30 dias Intenso pt TTS qms HOSPITAL DISTRITAL M^o JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA ATESTO QUE Cópia CONFERE COM ORIGINAL <i>[Assinatura]</i> Dr. Marcus Gadelha Ortopedia e Traumatologia Artroscopia e Cirurgia do Joelho TEOF 12042 - RQE - 5137 CRM 10184 <i>[Assinatura]</i> Emanuelle Martins Mat 753 13/05/2018 - Paciente em estado de saúde satisfatório, com evolução satisfatória. No exame: constantes, orientado, hidratado, sem sinais de infecção, sem alterações significativas. Sinais vitais dentro da normalidade. <i>[Assinatura]</i> José Gleyson P. Moura Enfermeiro COREN - CE: 485.463 15/05/18 <i>[Assinatura]</i> Roberto Chaves CP Aguardado <i>[Assinatura]</i> João Paulo Paulino

Prontuário: 953433
Data: 13/05/2018
Hora: 16:30

Prontuário

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome:

João Paulo Paulino

Prontuário

Enferm.

Leito

Data Internação

Diagnóstico

953453

B

105

13/05/18

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA

EVOLUÇÃO

19

Acute regular

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4800

19

J.P.P. 50, 37 anos, 417: Fratura de clavícula e. Evolui estável, consciente, orientado, verbalizando, supinista, afébril, normotensor, normo-observa-se sequelas em observação. Aguarda cirurgia.

Maria Rosângela M. de Menezes
ENFERMEIRA
COREN-CE: 33135

HQ: TAL MISTRAL AR JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ALESSIO QUE COMA COME COM ORIGINAL

20

Acute regular

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4800

Emanuelle Montenegro
Maio 2018

20/05/18. João. 37 anos. Hq. IHC à esquerda. 1300. evolui bem. inicialmente agitado, aceto, duto, orientado. Sinais terapêuticos. Aguarda cirurgia. Curioso. Traumatologia. Aguarda. Tiro de tala. Em efeito naco. de tala. Não foi lido de tala.

Família Vitorino
Enfermeira
COREN-CE 31234

21

Acute regular

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4800

21

J.P.P.S. 50, 37 anos, 417: Fratura de clavícula. Evolui estável, consciente, verbalizando, supinista, afébril, normotensor, normo-observa-se sequelas em observação. Aguarda cirurgia.

Maria Rosângela M. de Menezes
COREN - CR 33135 - ENP

DATA	EVOLUÇÃO
16.05.18	# Enfumaçagem #
15.00	J.P.P.S. 37a; masculino; 4: D/H; 40: LAC a esquerda; evolui: consciente, orientado, verbalizando, deambulando, hemodinamicamente estável, em ar ambiente, eupneico, aceita dieta VO e fluída; eliminação fisiológica (+), incontinência do tipo 01 L' 109
	Dr. ... Rodrigues 499846
16/05/18	J.P.P.S. 37a, Admitido na unidade por HD. Fratura de clavícula E; procedente de emergência. Evolui consciente, orientado, verbalizando, deambulando, eupneico em ar ambiente; aceita dieta ofertada. Negativa hem e alergias. Aguarda procedimento cirúrgico. Os cuidados da equipe.
	Clemilda Monteiro de Sa Enfermeira COREN: 476.842
17/05	# FRATURA CLAVICULAR
	HOSPITAL DISTRITAL M ^{te} JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
	COPIA/RECEITA COPIA A ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL
	Dr. Antonio Luiz V. Gonçalves Ortopedia - Traumatologia Cirurgia do Gesso CRM 12.444 TEO-1047
	Clemilda Monteiro Mat. 763
18/05/18	J.P.P.S. 37a, HD. Fratura de Clavícula E. Evolui consciente, orientado, verbalizando, deambulando, eupneico em ar ambiente, aceita dieta ofertada. Aguarda procedimento cirúrgico. Segue sob cuidados da equipe
	Roberto Mendes Ortopedia - Traumatologia CRM 12.444
	Clemilda Monteiro de Sa Enfermeira COREN: 476.842

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/01/2019 às 10:34, sob o número 010019584201980600001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0100195-84.2019.8.06.0001 e código 42423AE.



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

	Glicemias	Insulinas	Rubrica
11:			
16:			
20:			
06:			

	SINAIS VITAIS			
HORÁRIO:	22:25			
P.A.:	72x80			
TEMP.º:	—			
P./MIN.:				
M.V./MIN.:				

NOME: João Paulo P. da Silva IDADE: 37A ENF.: M LEITO: 109 Nº. PRONTUÁRIO: 253453

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Ent./Dieta)
12/05/18	1- Omeprazol 60mg	SND	22:24. Orientado, hidratado, deambulando, sem alterações. Admitido para observação. Exame físico em emergência.	
13/05/18	2- Ibuprofeno 600mg VO 12/12	2A 12		
14/05/18	3- Paracetamol 1000mg VO 6/6	2A 06/12		
15/05/18	4- Terna 1000mg 2A 05:30	12/12		
16/05/18	5- Omeprazol 20mg VO 1x	0/6		
17/05/18	6- Terna			
18/05/18	7- Terna			

HOSPITAL DISTRICTAL Mº JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Imanuelle Monteiro
Mat. 763

Dr. Marcus Gadelha
Ortopedia e Traumatologia
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
FEOT 12042 RQE - 5137
CRM 10184

Jorge Roberto Prudente Nascimento
Técnico de Enfermagem
COREN-CE: 826138



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL INFÂNTIL MARIA JOSÉ BARROS DE OLIVEIRA
PEDIATRIA DE FORTALEZA
Av. Celso de Figueiredo nº 1237 - Parangaba - CEP 60.729-900 - Fortaleza-Ce
Telefone: (85) 3631-1231 - Fax: (85) 3631-7212

REGISTRO DE
EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:
253453

Paciente: JOAO PAULO PAULINO DA SILVA

Data da Operação: 22/05/2018 Enfermaria: B Leito: 109

Operador: DR. VALCIR FILHO	1º Auxiliar: DR. MARCELO SILVEIRA MATIAS
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:
Instrumentador:	Anestesista: DR. JOAO BOSCO

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-operatório: PSEUDOMIOSE DA CLAVICULA (E)

Tipo de Operação: TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOMIOSE DE CINTURA ESCAPULAR (CLAVICULA) E + ENXERTO OSSEO

Diagnóstico Pós-operatório: MGSMO

Relatório Imediato Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente durante a operação:

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Paciente em DDH sob anestesia
- 2) Antissepsia + Anestesia + Campos estéreis
- 3) Acesso longitudinal à clavicula (E)
- 4) Observado grande calo osseo local + grande encurtamento dos fragmentos
- 5) Colocação + fixação de enxerto osseo local + redução e encurtamento dos fragmentos + passagem de fio K retrogrado pelo fragmento proximal, redução de redução da fratura e passagem do fio K pela fratura + observado boa redução + enxerto osseo local.
- 6) Lavagem com SF0,9%
- 7) Sutura por planos.
- 8) Curativo

Dr. Marcelo Silveira Matias
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Pediátrica
CRM-EC 14.098/REG 15.455

Dr. Valcir Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-EC 14.098/REG 14.941

PRONTUÁRIO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/01/2019 às 10:34, sob o número 01001958420198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0100195-84.2019.8.06.0001 e código 42423AE.



**Prefeitura de
Fortaleza**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE JOAO PAULO PAULINO DA SILVA		DADOS PESSOAIS	
CAUSAS	NOME DO RESPONSÁVEL LIDUINA PAULINO DA SILVA	Nº DO PRONTUÁRIO 253453	Nº DO BE 98381
ENDEREÇO RUA 1 DE MAIO 930 BON SUCESSO	RESPOSTA NI	SEXO M	RACIA COR PARDO
CONTATO	CIDADE FORTALEZA	CEP NI	UF CE
LOCAL DO OCORRIMENTO/TRANSPORTE DO ACIDENTE		OCORRÊNCIA	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ALGIA E ESCORIAÇÕES EM OMBRO E MSE APÓS TRAUMA ONTEM		AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
PESSO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SINAIS VITAIS SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI	CELESTIA NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO JOANA MOURA	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 26/09/2016 18:02:56	
ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		ÁREA DE ATECIMENTO	

ATENDIMENTO MÉDICO

Dr. Victor Monte Tenorio
Cirurgia de Quadril e Joelho
CRM CE 11967 TEOT 13804

fratura de humero E 30309 120

DIAGNÓSTICO

SÍNDROME

() HC () SU () US ABDOMINAL () TO CRANIO () RAIO-X () OUTROS

MÉDICAMENTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES

ACTAÇÃO

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO

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

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

TIPO DE ACTAÇÃO

ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

CONTINENTE ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por JOANA MOURA em 26/09/2016 às 18:03:01

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

JOAO PAULO PAULINO DA SILVA

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

Mat. 763

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/01/2019 às 10:34, sob o número 01001958429198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0100195-84.2019.8.06.0001 e código 42423AE.

PRESCRIÇÃO MÉDICA		OBSERVAÇÃO
L _s OUTRO ODP AP / RARIC SCAPULA		
NO ESTABILIZADOR AP		
NO GARCHE COSTA EDO AP / OBUSERO		
Dr. Anderson V. Gonçalves ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CREMEC - 1144-1601-1947		
CONDUTA:		
1 - ALTA: ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ A REVELIA ☐ TRANSFERÊNCIA		
☐ REMOVIDO PARA: _____ GUIA Nº _____		
DATA E HORA DA ALTA: ____/____/____ HORA: ____:____		
OBSERVAÇÃO: (ATÉ 24 h) ☐		
DATA E HORA DA ALTA: ____/____/____ HORA: ____:____		
2 - INTERNAÇÃO ☐ N° PRONTUÁRIO: _____		
DATA E HORA DA INTERNAÇÃO: ____/____/____ HORA: ____:____		
ABS. CAMINHO MÉDICO		
3 - PARA ÓBITO		
ANTES DO 1º SOCORRTO ☐ NÃO ☐ SIM DATA ÓBITO: ____/____/____ HORA ÓBITO: ____:____		
DESTINO DO CORPO: 1 ☐ ENTREGUE À FAMÍLIA 2 ☐ I.M.L. 3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA 4 ☐ SVO		
ABS. CAMINHO MÉDICO RESPONSÁVEL		
ABS. PACIENTE OU ACOMPANHANTE		

HOSPITAL DISTRITAL DR JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÔPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

第 763



**Prefeitura de
Fortaleza**

2

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA**

SU

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE JOAO PAULO PAULINO DA SILVA		DADOS PESSOAIS	
CADASTRO	NASCIMENTO 20/04/1981(35 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 253453	Nº DO RE 102649
NOME MAE LIDUINA PAULINO DA SILVA	SEXO M	RACIA/COR PARDO	
ENDEREÇO RUA 1 DE MAIO 930 BON SUCESSO	MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	
CONTATO	CEP NI		
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTEDADOS DO ACIDENTE		OCORRÊNCIA	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEIXA NI	MOTIVO RETORNO TRAUMATOLÓGICO		
SINTOMAS NI	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)		
SINAIS VITAIS			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO ZUL	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ANA PAULA ANDRADE DOS SANTOS		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 14/10/2016 10:14:00
ÁREA ATENDIMENTO			
TRAUMATOLOGIA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
ANAMNESE			
DIAGNÓSTICO			
SADY SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIOS-X () OUTROS		COO. PROCEDIMENTO	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
Frações de clavícula		0301060100	
fratura de clavícula		0303090227	
curativo		0401010015	
		0408010150	
		Pedro B. Linhares Garcia Ortopedia e Traumatologia Cirúrgia de Quadril CRM: 13271/SBOT 14403	
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
ALTA/SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Impresso por JOANA MOURA em 14/10/2016 às 10:25:01

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

JOAO PAULO PAULINO DA SILVA

Foi ligado p/ Dr. Gustavo chefe de equipe do IJF, recebeu o caso solici-
tou exames e orientações p/ IJF; segue aguardando - Helvador

HOSPITAL DISTRITAL Mª JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emmanuel Monteiro

Mat. 763

467.479

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/01/2019 às 10:34, sob o número 01001958423AE. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0100195-84.2019.8.06.0001 e código 42423AE.



SUS
Sistema Único de Saúde
CGI - Central de Controle de Internação



PRÉFECTURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROCESSO DE REGISTRO DE FORTALEZA
AV. Ceará da Pólvora nº 1127 - Pôrto de Pedra - CEP 44.720-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3131-7322

CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CRRF - CRRF - PRRF
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

2316101801442

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

JOÃO PAULO PAULINO DA SILVA

ENDEREÇO DO PACIENTE

Rua = 1 de maio 930

BARRIO

Bom Sucesso

MUNICÍPIO

Fortaleza

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

30/04/81

SEXO

1. ☒ MASC

2. ☐ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURADO

4. ☐ CONJUGE

6. ☐ FILHO

8. ☐ OUTRO DEP.

NOME DA MÃE

Lidiana Paulino da Silva

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

00263458385

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0908010150

DATA DA EMISSÃO

14/10/16

Pedro B. Linhares Garcia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM: 13211 SBOT 14403

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Alto no ombro 25/9.

Don no ombro

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Montenegro
Mat. 763

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

comuneia

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

R

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura 25 CLAVÍCULA

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA
3. ☐ CLÍNICA MÉDICA
5. ☐ PSIQUIÁTRICA
9. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA
4. ☐ TISIOPEUMOL
6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

Pedro B. Linhares Garcia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM: 13211 SBOT 14403

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome: 2010 P.P.S. Silva

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
<u>153453</u>	<u>C</u>	<u>H7</u>	<u>14/10/16</u>	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
<u>14/10/16</u>	<u>Entrada</u> <u>RESPOSTA DISTRIAL M. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA</u> <u>ATESTADO QUE CÓPIA CONTEME COM ORIGINAL</u> <u>Emmanuel Monteiro</u> <u>Ortopedia Traumatologia</u> <u>Cirurgia</u> <u>CRM: 13200 SP-7 14/05</u>
<u>14/10/16</u>	<u>Paciente J.P.P.S., 35 anos, 1º DIH, com HD de Fratura de clavícula (E)</u>
<u>14/10</u>	<u>Coniente, orientado fisico, PT Clavícula E Luxação de ombro</u> <u>exposto, normotenso, normoendico, afelouil, sem edemas</u> <u>Segue sob cuidados - Helmutar 462.479</u>
<u>14/10/16</u>	<u>Paciente J.P.P.S., 35 anos, admitido na unidade para TIO de Fratura</u> <u>de clavícula (E). Nega HAS, DM, hipertensão, tabagismo, e alergia medicamentosa</u> <u>em uso contínuo de medicação. Sem queixas no momento. Segue sob cui-</u> <u>dados da equipe.</u>
<u>15.10.16</u>	<u>Paciente com fratura de clavícula, aguardando</u> <u>do cirurgia.</u> <u>Dr. Roberto Cesar</u> <u>CRM: 4032</u>
<u>15/10</u>	<u>Paciente, 35 anos. 1º DIH por fratura de clavi-</u> <u>cula (E). Evoluindo com paciente, orientado, verbalizando</u> <u>sem queixas no momento. Aceite de alta com prescrição</u> <u>de medicamentos fisiológicos (D). Segue sob cuidados</u> <u>da enfermagem.</u> <u>Dra. Luciana B. Carneiro</u> <u>Enfermeira</u> <u>CRM: 111.864</u>
<u>36.10</u>	<u>Paciente segue internado por fratura de clavícula (E)</u> <u>em aguardo de procedimento cirúrgico, refere dor</u> <u>torácica, laborda audição e língua.</u>

Dr. Marcus Vinícius Amorim Barreto
Ortopedia Traumatologia
CREMEC 11138

Prontuário

DATA	EVOLUÇÃO
16/10/16	Paciente J.P.P.S., 35 anos, 3º DIH, com HD de Fratura de clavícula (E). Evolui consciente, orientado, verbalizando, deambulando. Ufibril, normotensa, respirando em as ambiente. Dieta dieta prescrita; eliminação fisiológicas (+). Sem queixas no momento. Segue aos cuidados da equipe.
17/10/16	PM e/ fatur Clavícula. Sólido lab re membrança Claudia Miranda R. do Nascimento Enfermeira CORENCE 488.027
18/10/16	fnl. 1. elbl (C) pob. elf Dr. Bruno Moraes CRM 3631
	Elab. 17 e HOSPITAL GERAL DE PONTA PONTA HISTÓRICO COM CONTINER COM ORIGINAL Paulo Elvino Faria Pontá Ortopedia e Traumatologia CRENOC 5314 SBO 11203 Emanuel Montalvo Mat. 708
18/10/2016	13:20 PM segue consciente, orientado, (norma) eupneico, normotensa, normotensa, afibril, RHA (+) e eliminação pr. rati. MM sem edema, segue sob cuidados. Helvécio H. B. Z. 4/13
19/10/2016	Paciente, 35 anos 6º DIH por fratura de clavícula (E). Evolução consciente, orientado, verbalizando, deambulando. Aceita dieta; eliminação fisiológicas (+). Segue aos cuidados da enfermagem.
19/10/2016	52 MM PI Fratura de clavícula orientado eupneico. Realizado exames pré-operatórios. Blm. final preservado. Ore PI Portos Luto 117
17:30	Helvécio H. B. Z. 4/13

Helvécio H. B. Z. 4/13
63810 CRM - MÉDICO (A)

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome:

João Paulo Paulino da Silva

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
253453	C	114	19/10/16	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
19/10/16 18:00	João Paulo, 35 anos, HD = FT de clavícula. Admitido no Posto 4, proveniente da emergência. Consciente, orientado, VNBH, hemodinamicamente estável. Acute, ideta. Eliminações fisiológicas (+). Nega comorbidades e alergia medicamentosa. Sob os cuidados de enfermagem.
	Isabelle D. N. Cordeiro Enfermeira COREN 43881H
20/10/16	Dr. Carlos Reges Gondim Traumatologia CRM 763
21/10/16	Pronto atendimento, sem intercorrências. Viof. Paciente em repouso.
21/10/16 16:45	J.P.P.S, 35 anos, HD = FT de clavícula. Evolui com paciente, orientado, VNBH, hemodinamicamente estável. Acute, ideta, eliminações fisiológicas (+). Nega comorbidades e alergia medicamentosa. Sob os cuidados de enfermagem.
22/10/16	J.P.P.S, 35 anos, HD = FT de clavícula. Evolui com paciente, orientado, VNBH, hemodinamicamente estável. Acute, ideta, eliminações fisiológicas (+). Nega comorbidades e alergia medicamentosa. Sob os cuidados de enfermagem.

Maria Alice da R. Oliveira
Enfermeira
COREN-CE 454.339

DATA	EVOLUÇÃO
23/10/16	<i>Dr. Roberto Monteiro</i> Ortopedia - Trauma CRM - 42423AE 1º P.P.S, 35a, HD = Ff de rlaneicula. Segue sob ref. Sem queixas. Sobe as atividades de enfi- magem. <i>Maria Alice da R. Oliveira</i> Enfermeira COREN-CE 454.339 DEPARTAMENTO DISTRICTAL DR. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL <i>Emanuelle Monteiro</i> Mat. 763

CRM - MÉDICO (A)

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

T. P. CAMP 14/10

	Glicemias	Insulinas	Rubrica
11:			
16:			
20:			
06:			

SINAIS VITAIS				
HORÁRIO:	11:22	20+00		
P.A.:		100 x 60		
TEMP.º:	—	36.5°		
P./MIN.:	—	—		
M.V. / MIN.:	—	—		

NOME: João P. P. Silva		IDADE: 354	ENF.: e	LEITO: 117	Nº. PRONTUÁRIO: 253453
------------------------	--	------------	---------	------------	------------------------

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Enf. / Dieta)
14	(1) DIETA GERAL	5 MD	Paciente com conta	
15	(2) DIETA GERAL		Orientado verbalmente	
16	VO 6/8H E 20H	SN	eupneico, dieta + med	
	(3) DIETOFARMACIA LUPA	SN 21/0	por via oral - verbaliza, aguardando	
	VO 8/8H E 20H		cirurgia, segue estável sob as cuidados de enf.	
	PORTAL			
	Pedro Antonio Garcia Graduação: Farmacologia Cirurgia do Quadril CRM: 13244 SGT 14402	HOSPITAL DISTRICTAL M. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL Emmanuelle Monteiro Mat. 763	645115 645115	

via N. Monteiro da Silva
Aux. de Ger. e Imagem
COREN-CE 225564

SINAIS VITAIS		HORÁRIO				P.A.		TEMP.		P.M.		M.V. / MIN.	
		8:00	11:00	12:00	12:00	120x80	120x80	36°	37°	36°	37°	-	-
		21:00	21:00	21:00	21:00	120x80	120x80	36°	37°	36°	37°	-	-

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HDM/BO-Fortaleza de Faramba

Fortaleza
PREFEITURA MUNICIPAL

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

NOME: **João Paulo Paulino da Silva** IDADE: **35a** ENF: **e** LEITO: **117** Nº. PRONTUÁRIO: **253453**

DATA: **23/10/2019** PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA: **Dr. Roberto Mendes Rodrigues**

HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS: **S/M** SINAIS VITAIS: **PARACETAMOL 500 VO 6-6HS**

DIETA GERAL: **DIETA GERAL** OBSERVAÇÃO: **28/10**

DESCRIÇÃO DO EXAME: **Exame físico: normal. Ausculta pulmonar: normal. Insuficiência cardíaca: não observada. Exame de urina: normal. Exame de fezes: normal.**

DESCRIÇÃO DO EXAME: **Exame físico: normal. Ausculta pulmonar: normal. Insuficiência cardíaca: não observada. Exame de urina: normal. Exame de fezes: normal.**

DESCRIÇÃO DO EXAME: **Exame físico: normal. Ausculta pulmonar: normal. Insuficiência cardíaca: não observada. Exame de urina: normal. Exame de fezes: normal.**

DESCRIÇÃO DO EXAME: **Exame físico: normal. Ausculta pulmonar: normal. Insuficiência cardíaca: não observada. Exame de urina: normal. Exame de fezes: normal.**

HDMJBO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira  Prefeitura de **Fortaleza**

FROTINHA DE PARANGABA

Av. Osório de Paiva N° 1127 – Parangaba – CEP 60.720 – 000 Fortaleza – Ceará

Telefone (85) 3131-7322

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência – CAD : _____

Atesto que o (a) Sr. (a) _____

do filho João Paulo Barroso

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 14/05/18 às ____ : ____ hs.

Tendo como causa de socorro fadiga devido

Necessita de (30) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnostico (CID) S420

Observações: _____

Fortaleza – Ce, 14 de 05 de 18

CRM -

Francisco Robinson da Silva
Frac. 1436 e Traum.
Ortol. 7436/CREMEL
TEST 16217

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N° 60.501 de 14/03/67, e será expedido para justificati-va de 01 (hum) a 15 (ze) dias de afastamento.

HDMJBO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira



Prefeitura de
Fortaleza

RECEITA

M. José PAULO RACINO

Solicito:

1/ Fisioterapia manual

15 Sessões

Mus: Análise, Causa de A.M.E. Fortalecimento muscular dorsal

A. P. Costa e Associados

Caricula

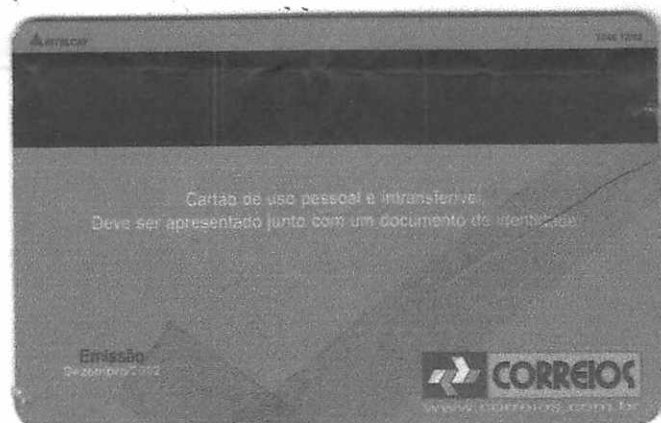
DATA: 12/6/18

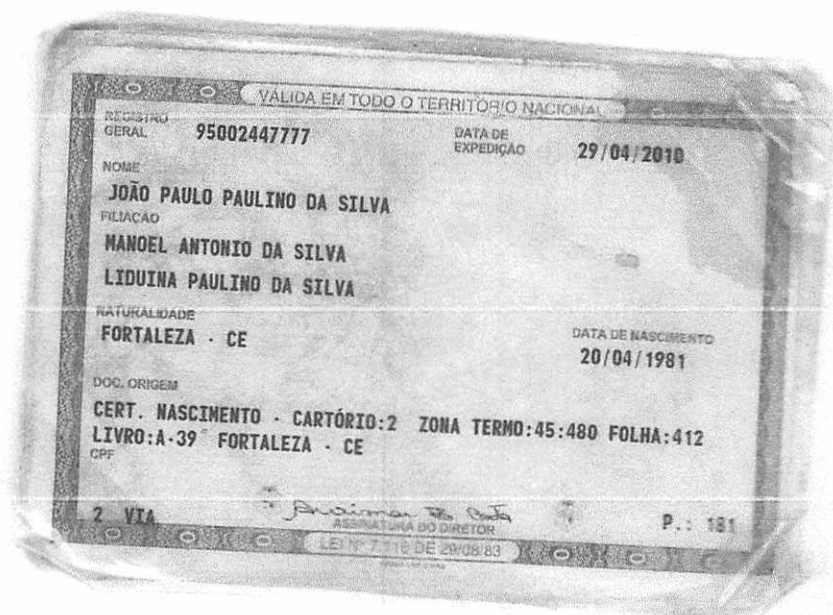
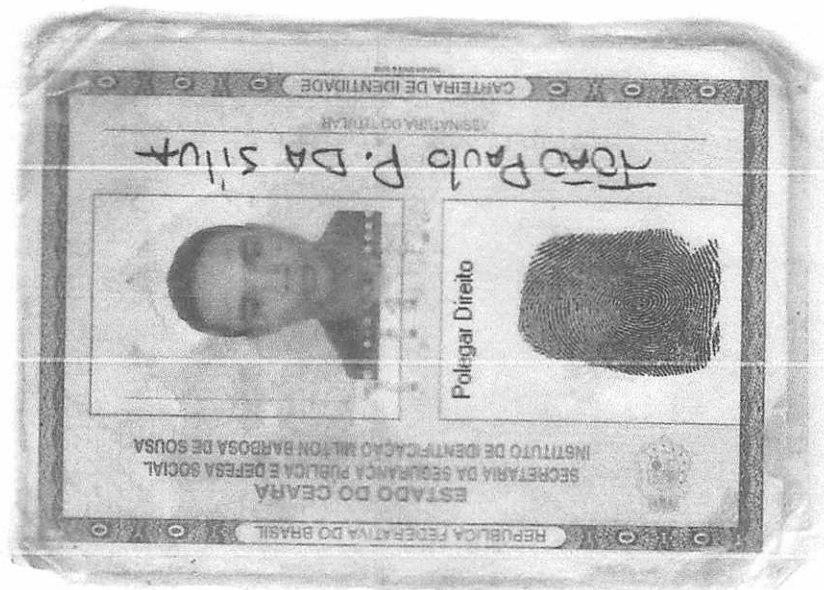
Dr. Valdir Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-MEDICINA 1484

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

AV: OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE

TEL: (85) 313-17322 EMAIL: secret dg.hdmjbo@sms.fortaleza.ce.gov.br





DETRAN

CONTRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012965098919
44850253488
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

ERIV Nº 012965098919

VIA 01 COD. RENAVAM 484989677 RNTRC 0000000000

NOME/ENDEREÇO
JOAQUIM MARTINS LOPES
RU STO JOSE, 00220
- BONSUCESSO
60541702 - FORTALEZA/CE

CPF/CNPJ 06138080378 PLACA OIB2807

NOME ANTERIOR
THIAGO LEVY SOARES CARNEIRO

PLACA ANT/UF *****/CE CHASSI 9C2KD0550CR595375

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP/POT/CIL 2P/OCV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

OBSERVAÇÕES
MOTOR: KD05E5C595375

LOCAL FORTALEZA DATA 05/12/2016

EXEDOR Igor Ponte Superintendente DETRAN-CE

DETRAN

CONTRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013867333377
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 06484989677 RNTRC 0000000000 EXERCÍCIO 2017

NOME
JOAQUIM MARTINS LOPES

FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ 06138080378 PLACA OIB2807/CE

PLACA ANT / UF /CE CHASSI 9C2KD0550CR595375

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP / POT / CIL 2P/OCV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1ª *****
2ª *****
3ª *****

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS

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

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA DATA 12/09/2017

EXEDOR Igor Ponte Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013867333377 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 12/09/2017

VIA 01 CPF / CNPJ 06138080378 PLACA OIB2807

RENAVAM 484989677 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2012 CAT. TARIF. 09 CHASSI 9C2KD0550CR595375

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
61,29	9,03	90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,7 TOTAL A SER PAGADO PELO SEGURADO (R\$) 185,5

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 11/09/2017

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: KD05E5C595375 030





Nº de Inscrição:

006667676

DADOS DO CLIENTE

Nome:

End. Leitura: MANUELA PAULINO DA SILVA

Cidade: RJ 1 DE MAIO, 930, BONGUESSO

CEP: 60541-655

End. Entrega: RUA LUIZ

Cidade:

CEP:

Local:

Setor:

Quadra:

Lote:

Comp:

0000

001

Subsetor:

025

Subquadra:

0016

00

ECONOMIAS

Residencial:

Comercial:

Industrial:

Pública:

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen (m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	R06F365408	817	833	16	21

DATAS

Leitura Atual:

Emissão:

Lacre Água:

1996531

Leitura Anterior:

13/04/2018

Próxima Leitura:

13/04/2018

Escre Esgoto:

3970415

QUALIDADE DA ÁGUA DE ABASTECIMENTO REFERENTE A:

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Conformes Totais	Escherichia Coli
Edigidas	533	533	124	533	533
Analisadas	534	534	532	534	534
Em conformidade	507	502	520	500	534

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 21 m³ ! META: 17 m³.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	49,71	FEB/17	17	13
ESGOTO	32,72	MAR/17	16	12
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,07	JUN/17	19	15
JUROS/MULTA TRÍFIDA CONT	0,01	JUL/17	20	16
MULTA DE 1%	2,34	AGO/17	18	15
ACRESC. IMPONT. ÁGUA TAR	0,33	SET/17	23	18
		OUT/17	19	15
		NOV/17	23	16
		DEZ/17	22	17
		JAN/18	23	18
		FEB/18	20	16
		MAR/18	20	16

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,81	VALOR DO SERVIÇO	109,07
COFINS	4,07	VALOR DO SUBSÍDIO	23,89
		VALOR TOTAL A PAGAR	65,18
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)	
04/2018	04/08/2018	65,18	

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNPar, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros: Pagador.
A Cagece disponibiliza o serviço de debate em conta de sua fatura. Ative no site cagece.com.br. Consulte sua agência.



Obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ARCE - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1913. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



SINISTRO 3180417056 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAO PAULO PAULINO DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO JOAO PAULO PAULINO DA SILVA
CPF/CNPJ: 00958639310

Posição em 02-01-2019 10:42:32

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
26/09/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75
31/10/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75