

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: Francisco José de Sousa Brito, brasileiro, solteiro,
sem união estável, autônomo, sem endereço eletrônico, porta-
dor do RG nº 2007010065790 SSPDS/CE e CPF 054.776.333 - 60, re-
sidente e domiciliado a Rua Dom Bosco Messejana, nº 448,
Messejana, Fortaleza - CE, CEP: 60.841 - 735.

OUTORGADOS: ALENCAR, RIBEIRO & SOMBRA ADVOGADOS ASSOCIADOS S/S, registrada na OAB/CE sob o nº 0860, inscrição CNPJ nº 18.041.675/0001-44, endereço eletrônico ars.juridico@gmail.com, por seus sócios advogados, FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811, ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO, inscrito na OAB/CE sob o nº 30.204 e FABIO LIMA SOMBRA, inscrito na OAB/CE sob o nº 27.447; com escritório profissional, à Rua Joaquim Nabuco, nº 2424, Sala 12, Dionísio Torres, Fortaleza, Ceará, CEP 60.125-121, onde receberão intimações.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para *receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica*, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

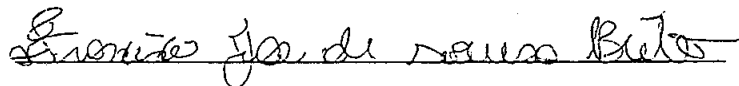
Fortaleza - CE, 20 de dezembro de 2017.

Francisco José de Sousa Brito
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 1.060/50, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, 20 de dezembro de 2017.



ASSINATURA

DO DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS PESSOAS DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME FRANCISCO JOSE DE SOUSA BRITO	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 2007010065790 SSPS CE	
CPF 054.776.333-60	DATA NASCIMENTO 30/11/1991
RENÇÃO FRANCISCO JOSE JERONIMO DE BRITO ANA MARIA SOUSA DO NASCIMENTO	
PERMISSÃO []	ACC []
CAENAM A	
1ª REGISTRO 05637712166	VALIDADE 11/09/2022
	1ª HABILITAÇÃO 07/11/2012
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Francisco Jose de Sousa Brito</i>	
LOCAL PORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 15/09/2017
ASSINATURA DO EMISSOR <i>[Assinatura]</i> 50624403658 CE161319076	
CEARÁ	

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1544646162

PROIBIDO PLASTIFICAR
1544646162



Nº de Inscrição:
006733697

DADOS DO CLIENTE

Nome: ANA MARIA S DO NASCIMENTO
End. Leitura: RU DOM BOSCO MESSEJANA, 448, MESSEJANA
Cidade: FORTALEZA CEP: 60841-735
End. Entrega:
Cidade:
Local: 001 Setor: 049 Quadra: 0346 Lote: 0200 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral(m³)
ÁGUA	R09F035034	1440	1453	13	12

DATAS

Leitura Atual: 03/10/2017 Emissão: 03/10/2017 Lacre Água: 813180
Leitura Anterior: 02/09/2017 Próxima Leitura: 03/11/2017 Lacre Esgoto: 813180

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	623	623	623	620	620
Analisadas	613	606	596	602	620
Em conformidade					

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 11 m³. META: 10 m³.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
O pedido de religação de urgência mudou. Agora vai ate meio dia.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA	12,35	01/17/16 12
ESGOTO	12,35	02/17/16 9
TARIFA DE CONTINGÊNCIA	13,78	03/17/16 10
		04/17/16 10
		05/17/16 8
		06/17/16 8
		07/17/16 8
		08/17/16 10
		09/17/16 10
		10/17/16 12
		11/17/16 15
		12/17/16 13
		01/18/17 14

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO	SUBSÍDIO
Pagção Valor (R\$) 0,57	VALOR DO SERVIÇO Valor (R\$) 101,09
COFINS 2,87	VALOR DO SUBSÍDIO 41,00
	VALOR TOTAL A PAGAR 60,09

MÊS/ANO
10/2017

VENCIMENTO
17/10/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
60,09

ORDE PAGAR SUA FATURA

I: 356615074890729 L: 5686 H: 10:30:17 R: 040 P: 001

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFacil.
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

Central de Atendimento
Cagece
0800 275 0195



É 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: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 285 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 2800 275 3838.



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

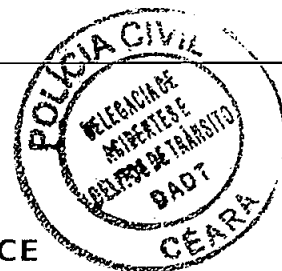
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5097 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **04/10/2017 08:03:58**
 Data / Hora da Ocorrência: **22/08/2017 18:20:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA FRANCISCO LEANDRO, 222**
 Complemento:
 Bairro: **MESSEJANA** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência: **PROX A YPIOCA**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO JOSÉ DE SOUSA BRITO**
 Nascimento: **30/11/1991** CPF: **054.776.333-60**
 RG: **2007010065790** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **ANA MARIA SOUSA DO NASCIMENTO**
FRANCISCO JOSÉ JERÔNIMO DE BRITO
 Endereço: **RUA DOM BOSCO, 448 CONJ SAO BERNARDO**
 Bairro: **MESSEJANA**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.841-735**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98667-9551**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXM1967** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C6KG026080003594 Renavam: **986464988** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/XTZ 250X** Ano Fabricação:
2008 Ano Modelo: **-2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA**
 Proprietário: **FRANCISCO JOSE DE SOUSA BRITO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA HXM-1967-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA FRANCISCO LEANDRO NA FAIXA DA DIREITA; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VIA E NA FAIXA DA ESQUERDA, QUANDO AO TENTAR ULTRAPASSAR UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE ESTAVA A SUA FRENTE NA VIA, INVADIU A FAIXA EM QUE ESTAVA A MOTO DA VITIMA NA VIA E PARA NÃO COLIDIR A VITIMA TENTOU DESVIAR, VINDO A SUBIR A CALÇADA E PERDEU O CONTROLE DA MOTO E ACONTECEU A QUEDA; QUE A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO PRIMO SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL DA UNICLINIC. E NADA MAIS DISSE.//
 OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
 PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5**

Francisco

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5097 / 2017****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Francisco Jose de Sousa Brito***VISTO DO DELEGADO(A) :****MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9**



FICHA DE ATENDIMENTO

Atendimento	1.309.037		Prontuário	365830
Paciente	Francisco Jose de Sousa Brito		Idade	25 anos e 9 meses
Segurado	Francisco Jose de Sousa Brito		Fone	985618568
Convênio	AMIL		Val. Carteira	31/12/2017
Plano	BLUE 300		Identidade	2007010065790C
Matrícula	852411391	Cartão Saúde	Bairro	Messejana
Endereço	Adolfo Marinho, 74 Messejana		Cidade	Fortaleza
Complemento			Sexo	Masculino

ATENDIMENTO ATUAL

Setor	Emergencia-Pronto Socorro	Medico/C.d	Francisco Vanor do Carmo Cruz
Atendente	Girleene de Souza Viana	Data	22/08/2017 - Terça-feira
Especialidade	Traumatologia	Hora	19:00:01
Classificação	Consulta		

Queixa Principal: TRAUMA NA MAO DIR

HDA

PROCEDIMENTO.

DIAGNOSTICO

Dr. Francisco Vanor do Carmo Cruz (CRM 2080)

INFORMAÇÕES DIAGNÓSTICAS

Data	Classe	Medico/Dentista	Anamnese
22/07/2017	Consulta	DR. FLAVIO DOURADO	SINUSITE.
06/07/2017	Consulta	DR. FELIPE GOMES DE MELLO CARVALHO	SINUSITE. RX SEIOS DA FACE.
07/04/2017	Consulta	Dr. Tarcito Yuri Melo Ramos de Lima	CONTUSÃO PÉ DIR. RX PÉ DIR AP/ OBL.

João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 473.856.406-53

05.867.015/0001-75

UNião de Clínicas do Ceará Ltda

Av. Aguanambi, 332
Fátima - CEP 60.056-400

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Renato
00509.7



Atendimento	1.309.212
Nº Prontuário	365.830
Dt. Internação	23/08/2017 09:50

Nome	Nome Completo
Nome Mãe	Ana Maria Sousa do Nascimento
Idade	25 Anos
Cidade	Fortaleza
Religiao	

Id	
Sexo	Masculino
CPF	05477633360
Identidade	2007010065790
Telefone 1	(85) 985618568
DT Entrada	23/08/2017
DT Alta	25/08/2017

Acomodação	Plano de Saúde			22.09.30
Enfermaria	Nome	GIH	Autorização	
	AMIL			
Unidade	Empresa	Cód.Usuário		
805 - 2		852411391		

Responsáveis		Responsáveis	
Nome	Ana Maria Sousa do Nascimento	Parentesco	
Endereço	Adolfo Marinho - Messejana	Telefone 2	
RG		Telefone 3	
CPF	05477633360	Telefone 4	não digitado
Nome		Parentesco	AUDITADO
Endereço		Telefone	
RG		Celular	20 / 58 / 17
CPF		Tel Trabalho	

Queixa Principal

HDA:

Diagnóstico Provável:

Diagnóstico Definitivo:

Médico Responsável

Aliciana Rocha
Atendente Hospitalar

Responsável pelo Atendimento

Luciana Oliveira da Rocha

TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONHECIMENTO

O paciente (ou responsável), Sr(a) Francisco Jose de Sousa Brito, CPF nº 054.77633360, aqui declarado, internado neste nosocômio, assumo, mediante este termo a responsabilidade pelo pagamento de procedimentos efetuados, medicamentos materiais e alimentação, especializada, que venham se fazer necessário durante o período de internação, desde que estes não sejam cobertos por meu plano de saúde, assim como tenho conhecimento que o Hospital Uniclínica não se responsabiliza por valores (dinheiro, celular, jóias, etc) deixados em quaisquer dependências interna/externa. Não implicando em qualquer compromisso, por parte da instituição, com danos/furtos causados durante a permanência no mesmo.

Paciente ou Responsável:

AMIL

SETEMBRO 2017/LOTE

FUT

2017

Av: Aguanambi N°332
 Bairro: Fátima
 CEP: 60055402
 Tel: 3311-6000



REQUERIMENTO DE PRONTUÁRIO

Cod. 09

QUALIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME				Interno ☐ Outras ☐	
FRANCISCO JOSE DE SOUSA BRITO					
CPF	RG	IDADE	E.CIVIL	SEXO	
054 446 333-60	607010065 490	25	SOLTEIRO	M	
ENDEREÇO		FONE	BAIRRO		
RUA dom BRUNO		9866 7 9511	MESSEJANA		
CIDADE	CEP	UF	NATURALIDADE		
FORTALEZA	60824-435	CE	CEARENSE		
PAI		MÃE			
FRANCISCO JOSE JERONIMO		ANA MARIA SOUSA do NASCIMENTO			
MEDICO RESPONSÁVEL		CRM	DATA INTERNAÇÃO		
DR ADÃO RICARDO		5244	23/08/2017		

QUALIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME		RG	CPF
PROFISSÃO		PARENTESCO	FONE
ENDEREÇO	BAIRRO	CIDADE	CEP UF

O responsável supra qualificado vem requerer cópia do Prontuário do PACIENTE acima descrito, para
 , assumindo a total responsabilidade sobre a divulgação, em Juízo ou fora dele, das
 informações médicas existentes no Prontuário.

Por ser expressão da vontade. Firmo a presente.

Fortaleza(Ce.), 27 DE SETEMBRO DE 2017

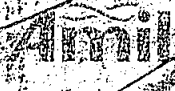
Cartório de
 Messejana

Francisco Jose de Sousa Brito
 PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Nome legível)

Serviço Registral de Messejana
 Reconheço por autenticidade a firma de (85) 3229-1911 - (85) 3474-0510
 FRANCISCO JOSE DE SOUSA BRITO (0723874600099) 3
 que confere com o padrão registrado nesta serventia. Dou fé.
 Fortaleza, 27 de setembro de 2017.



Em testemunho da verdade,
 FRANCISCO WASHINGTON SOUSA LIMA (assinado)
 Valer total de 1,10
 Francisco Washington Sousa Lima
 Escrevente Autorizado
 Serviço Registral de Messejana
 Cartório de Messejana - Fortaleza - Ceará



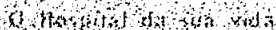
FOLETA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Nº

107116491

1 - Registro ANS		3 - Data da Autorização 23/08/17		4 - Senha		5 - Data de Validade da Senha		6 - Data de Emissão da Foleta											
Dados do Beneficiário						7 - Número da Carteira 852411391				8 - Plano		9 - Validade da Carteira							
10 - Nome João da Silva						11 - Número do Cartão Nacional de Saúde													
Dados do Contratado Solicitante						12 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 109419452						13 - Nome do Contratado H. Ulrich						14 - Código	
15 - Nome do Profissional Solicitante Dr. A. A. A. A.						16 - Conselho Profissional CRM		17 - Número no Conselho 17982		18 - UF		19 - Código							
Dados do Contratado Solicitante/Dados da Internação						20 - Código da Operadora/CNPJ/CPF 109419452						21 - Nome do Prestador H. Ulrich							
22 - Caracter de Internação E - Eletiva U - Urgência/Emergência		23 - Tipo de Internação 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica																	
24 - Regime de Internação 1 - Hospital 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar						25 - Qlde. de Diárias Solicitadas 011													
26 - Indicação Clínica Agravamento da doença no membro																			
Hipótese Diagnóstica																			
27 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente A - Anos M - Meses D - Dias				29 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Transit. 2 - Outros													
30 - CID 10 Principal D62		31 - CID 10 (2)		32 - CID 10 (3)		33 - CID 10 (4)													
Procedimentos Solicitados																			
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento		36 - Descrição												37 - Ql. Solic. 35 - Ql. Autor.					
34012341		Tratamento com fisioterapia																	
34012342		Hemofiltração																	
34012343		Exame																	
OPM Solicitados																			
38 - Tabela 40 - Código OPM		41 - Descrição OPM				42 - Qlde.		43 - Fabricante		44 - Valor Unitário R\$									
38012345		Tratamento de ferida				01		A											
Dados da Autorização																			
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar 23/08/17		46 - Qlde. de Diárias Autorizadas 139		47 - Tipo de Acomodação Autorizada															
48 - Código na Operadora/CNPJ 109419452		49 - Nome do Prestador Autorizado H. Ulrich		50 - Código															
51 - Observação																			
52 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável																			
53 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização																			

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO, Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 30/06/2018 às 17:53, sob o número 0128306-15.2018.8.06.0001 e código 39CFF38. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0128306-15.2018.8.06.0001 e código 39CFF38.



1509212.

Dr. João Ricardo M.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 82.24

CIRCUL
TIPO DI

1. *Chlorophyll a* and *Chlorophyll b* contents were determined by spectrophotometry using the method of Lichtenthaler and Whistler (1972).

RECEIVED
ADDITADO
Eliete
240814
8

Levi's

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRURGIÃO



Evolução Paciente

Paciente: Francisco José de Sousa Brito
Data Nasc: 30/11/1991 - 25 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 985618568
Leito: Sala Cirúrg.01

Atendimento: 1.309.212
Prontuário: 365.830
Dt. Entrada: 23/08/2017 09:50:46
Convênio: AMIL ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
25/08/2017	Enfermeiro	Evolução		Luana Vieira Campos	

Enfermeiro(a): Luana Vieira Campos Enfermeiro(a)

Data Da Evolução: 25/08/2017

Pós-operatório de Fratura em mão

- Nível de consciência/orientação (): Consciente, orientado e verbalizando
- Locomoção (): Deambula
- Padrão respiratório (): Eupnéico em ar ambiente
- Dieta (): Dieta VO
- Incisão cirúrgica (): sim
- Venoclise e disposição de infusão (): CVP
- Eliminações urinárias e fecais (): Diurese presentes e espontâneas
- Queixas (): Não refere
- Perfusão (): Adequado

Realizado curativo com gaze simples+ crepom e mantenho tala.

Alta hospitalar as 09:50h

Luana Vieira Campos
Enfermeira
COREN-CE 399.733

Luana Vieira Campos
Enfermeira
COREN-CE 399.733

Luana Vieira Campos/COREN:399.733



Evolução Paciente

Paciente Francisco José de Sousa Brito
Data Nasci 30/11/1991 - 25 Anos
Sexo Masculino
Telefone 985618568
Leito 805.2

Atendimento 1.309.212
Prontuário 365.830
Dt. Entrada 23/08/2017 09:50:46
Convênio AMIL ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
24/08/2017	Enfermeiro	Evolução		Luana Vieira Campos	

Enfermeiro(a): Luana Vieira Campos Enfermeiro(a)

Data Da Evolução: 24/08/2017

Pré-operatório de Fratura em mão

- Nível de consciência/orientação (-): Consciente, orientado e verbalizando
- Locomoção (-): Deambula
- Padrão respiratório (-): Eupnéico em ar ambiente
- Dieta (-): Dieta zero
- Incisão cirúrgica (-): —
- Venoclise e disposição de infusão (-): CVP
- Eliminações urinárias e fecais (-): Diúreses presentes e espontâneas
- Queixas (-): Não refere
- Perfusão (-): Adequado

As 08:25 encaminhado ao centro cirúrgico.

Luana Vieira Campos
 Enfermeira
 COREN-CE 399.733

Luana Vieira Campos/COREN:399.733



Evolução Paciente

Paciente: Francisco Jose de Sousa Brito
 Data Nascido: 30/11/1991 25 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 985618568
 Leito: 805.2

Atendimento: 1.309.212
 Prontuário: 365.830
 Dt. Entrada: 23/08/2017 09:50:46
 Convênio: AMIL ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
23/08/2017	Enfermeiro	Evolução		Luana Vieira Campos	

Enfermeiro(a): Luana Vieira Campos Enfermeiro(a)

Data Internação: 23/08/2017 09:50:46 Entrada na Unidade: 23/08/2017 As 10:10 de origem da emergência

ADMISSÃO UNIDADE

Pré-operatório de Fratura em mão

- Nível de consciência/orientação (): Consciente, orientado e verbalizando
- Locomoção (): Deambula
- Padrão respiratório (): Eupnéico em ar ambiente
- Dieta (): Dieta VO (Conforme orientação médica paciente deverá iniciar dieta zero hoje a partir de 22:00)
- Incisão cirúrgica (): ---
- Venoclise e disposição de infusão (): CVP
- Eliminações urinárias e fecais (): Diureses presentes e espontâneas
- Queixas (): Não refere
- Infusão (): Adequado

Segue aos cuidados da equipe e sem queixas no período.


 Luana Vieira Campos
 Enfermeira
 COREN-CE 399.733

Luana Vieira Campos/COREN:399.733

Paciente : Francisco Jose de Sousa Brito

Prontuário : 365830

Sexo: M

Idade: 25a 9m 26d

Atendimento: 1.314.182

Convênio: AMIL

Prescrição: 1629503

Data Exame: 06/09/2017

Solicitante: Victor Monte Tenorio de

RX MÃO DIREITA AP/OBL

LAUDO:

Fratura do 1º metacarso direito, com presença de material de síntese.

Nº.INC.....[02]

Dr. Vanor Cruz
CPF: 026.244.510-45
CREMEC 2080



Paciente : Francisco Jose de Sousa Brito

Prontuário : 365830

Sexo: M

Idade: 25a 9m 26d

Atendimento: 1.309.037

Convênio: AMIL

Prescrição: 1620926

Data Exame: 22/08/2017

Solicitante: Francisco Vanor do Carmo

RX MÃO DIREITA AP/OBL

LAUDO:

Fratura da base do 1º metacarpo com acentuada deformidade.

Nº.INC.....[02]


Dr. Vanor Cruz
CPF: 026.244.513-15
CREMEC 2080

S1/0/1 MÃO FRANCISCO JOSE DE SOUSA BRITO

1309037/025Y/M

AMIL

MEMBROS SUPERIORES

D

Z= 0.30
L= 128
W= 256
CR30-X

22/08/2017 19:16

S2/0/1 MÃO

FRANCISCO JOSE DE SOUSA BRITO

1309037/025Y/M

AMIL

MEMBROS SUPERIORES

Z= 0.30
L= 128
W= 256
CR30-X

22/08/2017 19:17

Pergunte-me alguma coisa

12:13
16/10/2017