



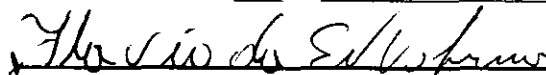
PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	FLAVIO DA SILVA LIMA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	CAMOCIM/CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	2005003001948
Profissão	GERENTE DE PRODUÇÃO	CPF nº	058.302.093-30
Endereço	RUA 03, Nº54, CASA C		
Bairro	CANINDEZINHO	CEP	61663-501
Município/UF	FORTALEZA/CE		
FONE	3283-5559 / 8545-3364		

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº.: 22.013 e **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº.: 24.156, ambos com endereço profissional para receber intimações na Rua Hilton Santos, nº 06, Bairro Varjota, Fortaleza/Ceará, CEP: 60175-250, Tel.: (85) 8831-8547/ (85) 9934-0518.

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 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.

Fortaleza/CE, 03 de DEZEMBRO de 2013.


OUTORGANTE

Rua Hilton Santos - nº 06 -Bairro Varjota - CEP:60.175-250 – Fortaleza/CE



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	FLAVIO DA SILVA LIMA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	CAMOCIM/CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	2005003001948
Profissão	GERENTE DE PRODUÇÃO	CPF nº	058.302.093-30
Endereço	RUA 03, Nº54, CASA C		
Bairro	CANINDEZINHO	CEP	61663-501
Município/UF	FORTALEZA/CE		
FONE	3283-5559		

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.

Fortaleza/CE, 03 de DEZEMBRO de 2013.

Flavio da Silva Lima

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME FLAVIO DA SILVA LIMA	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 2005003001948 SSPDS CE	
CPF 058.302.093-30	DATA NASCIMENTO 08/12/1989
FILIAÇÃO OSMARINO RODRIGUES DE LIMA MARIA DO ROSARIO DA SILVA	
PERMISSÃO	ACC CAT. NAT. AB
Nº REGISTRO 05312676356	VALIDADE 18/02/2016
1ª HABILITAÇÃO 27/09/2011	
OBSERVAÇÕES EXERCE ATIV REMUNERADA;	
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Flavio da Silva Lima</i>	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 02/10/2012
BRANCO S. S. J. DAS CAVALCANTI ASSINATURA DO EMISSOR	63819601439 CE132573075
DETRAN-CE (CEARA)	

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
631082679

PROIBIDO PLASTIFICAR
631082679

Nº DO CLIENTE

5043394-6

Para obter o endereço eletrônico do cliente, consulte o site: www.coece.com.br

COECE

Rua Padre Valdeirino, 150 - CEP 60135-040 - Fortaleza - CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 - CGF 06.105.848-3
A Tarifa Social de Energia Elétrica tem validade de
Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

fls. 17

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B - SÉRIE B-4 - I N°

Rota 02 01250 03 942142 - 2

Data de Emissão 04/12/2012

Nome FLAVIO DA SILVA LIMA

End. Postal RU 0003 LOT SANTO EMILIO 00054 CS C
CANINDEZINHO - FORTALEZA - 60000000

Medidor 1874219

Posto 0000 M24C

Classe RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 058302093-30

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês Referência: Dez/2012
Data da Apresentação: 04/12/2012
Data de Vencimento: 04/01/2013

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto BOM JARDIM

Mês Out. 2012 CM 23,25

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 62,88
Alíquota 27,00%
Valor do Imposto 16,97

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC	5,31	10,62	21,25	3,25	3,25	3,25
FIC	3,36	6,72	13,45	1,00	1,00	1,00
DMIC	3,83			3,25		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 07.047.251/0001-70

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Ind.	Const. Fix.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1099	982	1,00	117	0,00	117	R\$ 0,54	62,88
04/12/12	03/11/12		31 Dias		117		62,88

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	62,88
MULTA MORATORIA REF 09/2012	1,24
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	7,85
INDENIZACAO MENSAL DMIC	-0,11

VENCIMENTO

04/01/2013

TOTAL A PAGAR (R\$)

71,86

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	36,36
Transmissão	1,43
Distribuição	13,00
Encargos Soteriais	2,79
Impostos (ICMS, PIS, COFINS)	20,30
TOTAL	62,88

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

112	117	114	112	115	105	0	0	0	0	0	0
-----	-----	-----	-----	-----	-----	---	---	---	---	---	---

importante

A COECE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

"Serviço Militar: Exercício de Representação da Reserva (EVR),
de 10 a 14-12-2012 (www.garnet.ab.mil.br/)"Conta para Pagar R\$ 71,86 referente à FIC e ICMS.
Para obter o endereço eletrônico do cliente, consulte o site: www.coece.com.brNº do Cliente: 5043394-6
Data de Emissão: 04/12/2012
Nº da Nota Fiscal: 283380993Referência: Dez/2012
Total A Pagar (R\$): 71,86
Nº de Controle: 0005043394 00005 39052 59

83630000000-4 / 1860031000-4 0005043394-9 00053905259-7





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 5. DISTRITO POLICIAL

fls. 18

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 105 - 5340 / 2013

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/07/2013 10:33:39**
Data / Hora da Ocorrência : **17/02/2013 06:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV AUGUSTO DOS ANJOS**
PARANGABA FORTALEZA /CE
Ponto de Referência: **EXALLA COSMETICOS**

Dados da(s) Vítima(s)

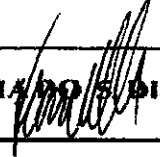
Nome: **FLAVIO DA SILVA LIMA**
Nascimento : **08/12/1989**
RG: **2005003001948** Órgão Emissor: **SSP UF: CE** - CPF:
Filiação: **OSMARINO RODRIGUES DE LIMA**
MARIA DO ROSARIO DA SILVA
Endereço: **R 03 54 CASA C**
CANINDEZINHO
FORTALEZA CE BRASIL Telefone: **85745021**

Histórico

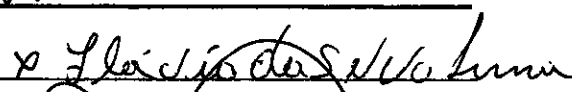
O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DP PARA NOTICIAR QUE NO DIA, HORA E NAS PROXIMIDADES DO LOCAL ACIMA CITADO; QUE GUIAVA SEU VEICULO GM/CORSA WIND, DE COR VERMELHA, ANO/MODELO 1996/1996, DE PLACAS HVH-0862/CE; QUE QUANDO VINHA NA REFERIDA VIA DE CIRCULAÇÃO TERIA COCHILADO AO VOLANTE; QUE VEIO A COLIDIR FRONTALMENTE COM UM ÔNIBUS; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULANCIA DO SAMU ATÉ O HOSPITAL FROTINHA DA PARANGABA; QUE TEVE LIMA FRATURA NA PATELA DO JOELHO DIREITO.

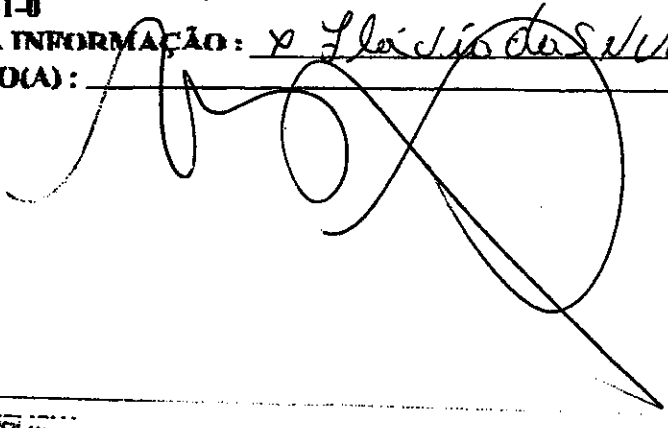
É NADA MAIS DISSER.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 5. DISTRITO POLICIAL.

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: 

MATRÍCULA: 167719-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 

VISTO DO DELEGADO(A): 

DELEGACIA DO 5. DISTRITO POLICIAL
DELEGACIA DO 5. DISTRITO POLICIAL

Pág. 1 de 1

Impressão em 11/07/2013 10:33:39

1300330189	17/02/2013 06:20:34	FICHA DE ATENDIMENTO	TRAUMATOLOGIA	NOTURNO	1					
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário					
FLAVIO DA SILVA LIMA	17/02/2013	0 A 0 M 0 D			00035796					
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil					
				M						
Mãe		Pai	Raça/Cor	Naturalidade						
			Parda	FORTALEZA						
Endereço			Contatos							
AVENIDA - AUGUSTO DOS ANJOS - S/N - PARANGABA - FORTALEZA - CE			--							
Class. de Risco	Plano Convênio	N da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal					
	SUS - SISTEMA UNICO DE SAUDE									
Motivo do Atendimento	Carate do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedencia	Temp.	Peso					
TRATAMENTO TRAUMATOLOGICO	Urgência									
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:						
	DEMANDA ESPONTANEA			kaliny.castelo						
		Acolhido por:								
Parecer da Enfermagem	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue									
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 08:33 h)										
Acidente de carro fratura fêmur D										
Exame Físico										
dor e inchaço no fêmur D										
Hipótese Diagnóstica										
fratura exposta do fêmur D										
SADT - Exames Complementares										
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:										
Intubado p/ aspiração de urina										
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo ou Assinatura do Médico							
03.03.09.02.00			Dr. Paulo Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM 6132							

Nome: Flávio da Silva LimaProntuário Nº.: 35796

Enfermaria: _____ Leito: _____

Data:	Pres. Arterial:	Pulso:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
Tipo Sanguíneo:	Hemácias:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Uréia:	Outros:
	Urina:					
Ap. Respiratório:				Asma:		Bronquite:
Ap. Circulatório:				Eletrocardiograma:		
Ap. Digestivo:	Dentes:		Pescoço:	Ap. Urinário:		
Estado Mental:	Atarácicos:		Corticóides:	Alergia:		Hipotensores:
Diagnóstico Pré-operatório:				Estado Físico: <u>Bom</u>		Risco: <u>ASA II</u>
Anestésias Anteriores:				OBS: <u>Estômago cheio</u>		
Medicação Pré-anestésica:			Aplicadas às:	Efeito:		
Agentes Anestésicos						
Líquido						
V. P. Arterial: _____ A. Anestésico: O - Operatório						
Símbolos						
Posição						
Agentes:	<u>acima.</u>					
Técnica:	<u>Raqui</u>			Cânulas:		
Operação:	<u>Troca de placa de fixação</u>					
Cirurgiões:	<u>Dr. Flávio</u>					
Anestésistas:	<u>Dra. Maria Marcato. 7449</u>					
Observações:						
				Perda Sanguínea:		

INDUÇÃO

Satisf.: X Exct.: _____ Tosse: _____
 Laringo espasmo: _____ Lente: _____
 Náusea: _____ Vômitos: _____
 Outros: _____

MANUTENÇÃO

fenilefrina
Raqui
MP 0,5% 150
Sulfenta 5
Eferid 500
Kefazol 200

Anestesia Satisf.: X ☐ não

Não, por quê? _____

DESPERTAR

Reflexos na S.O.: Sim
 Obst.: _____ CO2: _____ Exct.: _____
 Náusea: _____ Vômitos: _____
 Outros: _____

Com cânula: _____

Para o leito: Sim ☐ não

CONDIÇÕES: Satisf

Paciente: FRANCO DA SILVA LIMA

Data da Operação: 17/02/13 Enfermaria: _____ Leito: _____

Operador: PLÍNIO OLIVEIRA

1º Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: BOTA

Anestesista: MAR A

Tipo de Anestesia: RAQUI

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DA PATELA D

Tipo de Operação: LIMPEZA CIRURGICA DE FRATURA EXPOSTA DA PATELA D

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Relatório Imediata Patologista: NÃO

Exame Radiológico no ato: NÃO

Acidente durante a operação: NÃO

Cirurgia: ☒ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- ① Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
- ② Cuidados de assepsia e antissepsia
- ③ Lavagem da ferida com solução fisiológica
- ④ Debridamento cirúrgico
- ⑤ Cuidados de hemostase
- ⑥ Aproximação da ferida com fio mononylon 3-0
- ⑦ Curativo
- ⑧ Fim da cirurgia

Dr. Plínio Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 5671

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/11/2014 às 11:41, sob o número 09084308020148060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/bastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 090843080-80.2014.8.06.0001 e código 15CE711.

Nome: Flavio do S. R. Filho

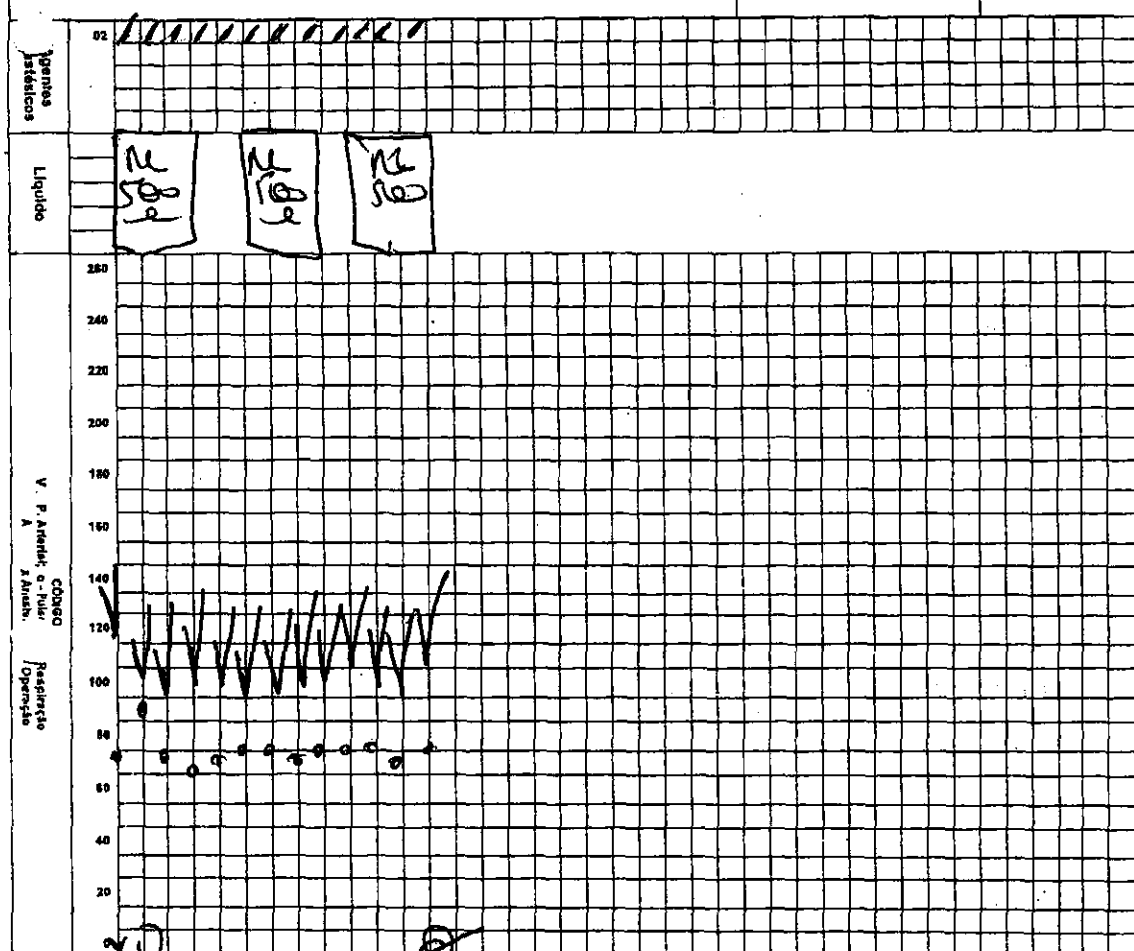
Enfermeira: _____ Leito: _____

Prontuário Nº: _____

Data: <u>22.02.13</u>	Pres. Arterial:	Pulso:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
Tipo Sanguíneo:	Hemácias:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Uréia:	Outros:
Urina: <u>Checkados - OK</u>						

Ap. Respiratório: <u>MMF SIRA</u>	Asma:	Bronquite:
Ap. Circulatório: <u>BCNF NAR em 2T</u>	Eletrocardiograma:	
Ap. Digestivo: <u>normal</u>	Dentes: <u>ne</u>	Pescoço: <u>ne</u>
Estado Mental: <u>lúcido</u>	Atarácicos:	Corticóides:
Diagnóstico Pré-operatório: <u>fratura joelho</u>	Alergia: <u>ne</u>	Hipotensores:
Anestésias Anteriores:	Estado Físico: <u>OK</u>	Risco:

Medicação Pré-anestésica:	Aplicadas às: -	Efeito:
---------------------------	-----------------	---------



INDUÇÃO

Síntese: _____ Exat.: _____ Tosses: _____

Laringe espasmódica: _____ Lenta: _____

Núcleos: _____ Vômitos: _____

Outros: _____

MANUTENÇÃO

1. T. de A. + A.
2. Pulso
3. Paro cardíaco
4. de Odeia
5. de 13-4
6. joelho
7. seg.
8. 285
9. 17m

Anestesia Satisf.: ☒ Sim ☐ Não

Não, por quê? _____

DESPERTAR

Reflexos na S.O.: _____

Obstr.: _____ CO2: _____ Exat.: _____

Núcleos: _____ Vômitos: _____

Outros: _____

Com cânula: _____

Para o leito: ☐ sim ☐ não

CONDIÇÕES:

Agentes: Neo 0,5% (P) 12mg + Amorf 0,1mg

Técnica: Logan

Operação: T.O. circ. de joelho no joelho

Cirurgiões: Dr. Lidelmar

Anestésistas: Dr. João Bosco

Observações: Perda Sanguínea:

Dr. João Bosco S. Filho
Médico Anestesiologista
CRM - 10738



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DR. MARIA JOSÉ BARROS DE OLIVEIRA
PROVÍNCIA DE PARANAGÁ
Av. Celso de Faria nº 1237 - Parangaba - CEP 05.725-000 - Fortaleza-Cel
Telefone (081) 3231-7231 - Fax: 3231-7237



REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

Paciente: Flavio da Silva Lima

Data da Operação: 24/02/13 Enfermaria: 1 Leito: 1

Operador: Henrique Dair 1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Instrumentador: Anestesista:

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-operatório: Fratura paterna D.

Tipo de Operação: Redução e fixação fratura paterna D.

Diagnóstico Pós-operatório: 0 melmo

Latório Imediata 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) Redução e fixação
- 2) Redução e fixação + Redução e fixação
- 3) Redução e fixação
- 4) Redução e fixação
- 5) Redução e fixação fratura co-02 Redução e fixação + Redução e fixação
- 6) Redução e fixação
- 7) Redução e fixação + Redução e fixação
- 8) Redução e fixação

Assinatura do Cirurgião
Assinatura do Anestesiologista
Assinatura do Instrumentador



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PROTEÇÃO DAS PESSOAS
AV. Getúlio de Faria nº 1121 - Parangaba - CEP 60.720-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3131-7332

CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAMENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - ORRIFOR - SMS - PMF

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

35796

N.º da AIH:

2313100296969

UNIDADE HOSPITALAR

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ

07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

FLÁVIO DA SILVA LIMA

ENDEREÇO DO PACIENTE

Av. Augusto dos Anjos

BARRIO

Parangaba

MUNICÍPIO

Fortaleza

UF

CE

CEP

DATA DO NASCIMENTO

SEXO

CONDIÇÃO

1. ☐ MASC

3. ☐ FEM

2. ☐ SEGURADO

4. ☐ CONJUGE

6. ☐ FILHO

8. ☐ OUTRO DEF

NOME DA MÃE

Mãe do Rosário da Silva

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

388.912.553-08

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

17/02/13

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

dox e fratura no
fêmur D

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Neumia trat. ambif.

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Exame físico + Rx

DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura fx proximal
do fêmur D

TIPO DE CLÍNICA

1. ☒ CIRÚRGICA

3. ☐ CLÍNICA MÉDICA

5. ☐ PSIQUIÁTRICA

9. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA

4. ☐ TISIOPEUMOL

6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

trat. ambif.

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

5671

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

[Assinatura]

DATA

17.02.13

HORA

08:38

0413040178 - 5810/W649

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/11/2014 às 11:41, sob o número 09084308020148060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 09084308-80/2014 e código 15CE711.



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PROTAGONIA DAS PESSOAS
AV. Celso de Figueiredo nº 1127 - Parangaba - CEP 66.720-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3131-7322

CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAMENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - ORRIFOR - SMS - PMF
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

fls. 25

Nº LAUDO:

35796

Nº da AIH:

2313100296969

UNIDADE HOSPITALAR

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ

07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

FLÁVIO DA SILVA LIMA

ENDEREÇO DO PACIENTE

Av. Augusto de Almeida

Bairro

Parangaba

Município

Fortaleza

UF

CE

CEP

DATA DO NASCIMENTO

08/03/89

SEXO

☐ MASC ☐ FEM

CONDIÇÃO

☐ 1. MASC ☐ 3. FEM ☐ 2. SEGURADO ☐ 4. CONJUGE ☐ 6. FILHO ☐ 8. OUTRO DEP

NOME DA MÃE

Mãe do Rosário da Silva

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

388.912.553-08

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Dr. [Assinatura]

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

17/02/13

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

dox e fratura no
fêmur D

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Neuroma fémur. crônico.

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Exame físico + Rx

DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura fx proximal
do fêmur D

TIPO DE CLÍNICA

☒ 1. CIRÚRGICA
☐ 2. CLÍNICA MÉDICA
☐ 3. PSIQUIÁTRICA
☐ 4. OUTROS

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento.

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

5621

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

[Assinatura]

DATA

17.02.13

HORA

08:38

0413040178 - 5810/4649



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PROTEÇÃO DE PREVENÇÃO
AV. Celso de Figueiredo nº 1127 - Parangaba - CEP 68.728-600
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3191-7322



CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAMENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CIRUFOR - SMS - PMF

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

35796

Nº da AIH:

UNIDADE HOSPITALAR		CGC / CNPJ	
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA		07.835.044 / 0002-61	
DADOS DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE Flavio da Silva Lima			
ENDEREÇO DO PACIENTE Av. Móbis 500 - Anjos - SN			
BAIRRO Parangaba	MUNICÍPIO Fortaleza	UF CE	CEP
DATA DO NASCIMENTO 08/12/89	SEXO 1. ☐ MASC 3. ☐ FEM	CONDIÇÃO 2. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ OUTRO DEP.	
NOME DA MÃE Mª do Rosário da Silva			
DADOS DA INTERNAÇÃO			
CPF MÉDICO SOLICITANTE 51077825315		CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL	
C. INT.	PROCEDIMENTO SOLICITADO 3901 3146	CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO	
DATA DA EMISSÃO 22 02/13			
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Trauma joelho direito com e dor imediata			
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Alto Complicado.			
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS Rx			
DIAGNÓSTICO INICIAL fratura patela		TIPO DE CLÍNICA 1. ☐ CIRÚRGICA 2. ☐ OBSTÉTRICA 3. ☐ CLÍNICA MÉDICA 4. ☐ TISIOPEUMOL 5. ☐ PSIQUIÁTRICA 6. ☐ PEDIÁTRICA 9. ☐ OUTROS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento conservador fratura patela			
CRM - MÉDICO SOLICITANTE 7879	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE	DATA 22.02.13	HORA

Dr. Alexandre B. Guerra
Traumatismo - Ortopedia
CRM - 7879



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



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PROFESSOR DR. FERNANDO
AV. Celso de Figueiredo 1127 - Fortaleza - CEP 60.520-400
Fortaleza-Ceará
Telefone: (085) 3131-7322

CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CRRF - SUS - PMS

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

35796

N.º da AIH:

UNIDADE HOSPITALAR		CGC / CNPJ	
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA		07.835.044 / 0002-61	
DADOS DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE FELIPE DA SILVA LIMA			
ENDEREÇO DO PACIENTE AV. MENEZES DOS SANTOS S/N			
BARRIO PARANGABA	MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	CEP
DATA DO NASCIMENTO 08/12/89	SEXO 1. ☒ MASC 3. ☐ FEM	CONDIÇÃO 2. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ OUTRO DEP.	
NOME DA MÃE Má do Rosário da Silva			
DADOS DA INTERNAÇÃO			
CPF MÉDICO SOLICITANTE 51077825315		CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL	
C. INT.	PROCEDIMENTO SOLICITADO 3901 3146		
DATA DA EMISSÃO 22/02/13			
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Trauma joelho direito com dor e instabilidade			
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Risco Complicação.			
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS Rx			
DIAGNÓSTICO INICIAL fratura patela		TIPO DE CLÍNICA 1. ☐ CIRÚRGICA 2. ☐ OBSTÉTRICA 3. ☐ CLÍNICA MÉDICA 4. ☐ TISIOPEUMOL 5. ☐ PSIQUIÁTRICA 6. ☐ PEDIÁTRICA 9. ☐ OUTROS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO tratam. e curativo fratura patela			
CRM - MÉDICO SOLICITANTE 7879	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE	DATA 22.02.13	HORA

Dr. Felipe da Silva Lima
Tratamento - Ortopedia
Hospital Maria José
Folha 7373



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HDMIBO-Fortaleza de Parangaba

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAÚDE - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

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

Posto - I

	Glicemias	Insulinas	Rubrica
11:			
16:			
20:			
06:			

SINAIS VITAIS	
HORARIO:	16:00 21h
P.A.:	130x70 120x80
TEMP.°:	35.4° 36°c
P/MIN.:	4 80
M.V./MIN.:	4 20

NOME: Flavio da Silva Lima IDADE: INF.: B LEITO: 12 Nº. PRONTUÁRIO:

DATA: 19/02/2013 PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA DO MÉDICO: HISTÓRICO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS: OBSERVAÇÃO: RUBRICA (EMF / DICA)

Dir 4 lit 10
De 14:30 a 16:15
De 16:30 a 18:15
Svute 10

Dr. Cláudio Gomes Mello
Médico. Ortopedia
CRM 4977

em 19/02/2013
com o paciente em estado
de consciência alterada
e com sinais vitais
estáveis, sendo
administrado o
tratamento
de acordo com o
protocolo estabelecido
para o caso.

Flavio da Silva Lima
Médico. Ortopedia
CRM 4977

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

NOME:

Flavio da Silva Lima

IDADE

ENT-10

LETO:

Nº. PRONTUÁRIO:

SINAIS VITAIS			
HORÁRIO:	10:00	17:30	24h
P.A.:	110x70	100x60	—
TEMP.°:	36,0°	35,8°	36,0
P/ MIN.:	—	—	—
M.V. / MIN.:	—	—	—

[illegible]

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

Flowers de silve line

IDADE:

END;

KEITO:

Nº. PRONTUÁRIO:

	Glicemias	Insulinas	Rubrica
11:			
16:			
20:			
06:			

SINAIS VITAIS				
HORARIO:	09:00	26:00	20:00	
P.A.:	120x8	6/20x8	120x8	
TEMP.°:	36,5	35,8	35,5	
P/ MIN.:	—	—	2	
M.V. / MIN.:	—	—		

DOUTOR	FRESCHELDO MEDICINA E PSYCHIATRIA	HOSPITAL DE ALCANTARA FARMACIA VIEIRA	07-08-69	RIBEIRO
--------	-----------------------------------	--	----------	---------

Dislike pencil.

Received 500210d/6/65,
Brida image in de the

~~Received~~ Am 128
Adm 128 100

Dr. Joseph J. ...
Orthopaedic ...

int. ständige Bewegung
ausgehend von verbalisierenden
ne m + D durch die
Bewegung hervor
Sagen der Absichten
dieser für so.

su presentu consistente
constituido por eligendo
cooperativa de
contra dno. Alimbar
presentu. Segun sea
diversen de a una o mas

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

22 102 113

SINAIS VITAIS			
HORÁRIO:	08:30	09:26	10:10
P.A.:	130x50	110x60	130x90
TEMP.º:	—	—	36º
PJ/MIN.:	83	76	80
M.V./MIN.:	20		20

Yávio da Silva born on

PERFORMING MEDICAL RESEARCH

CONSEJO DE APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS

OBSEQUIAÇÃO

RECEIVED
UNITED STATES

1) 10.07.1944	144	500	280
2) 28.09.1944	ex 210000	14	28
3) 15.02.1945	ex 818	12	28
4) 09.03.1945	ex 818	12	28
5) 20.03.1945	ex 818	12	28
6) 20.03.1945	ex 818	12	28

~~SECRET~~

Plata de...

[illegible]

1

9.45h Vamaticão na S.E.
após 1h de viagem de part.
da praia, sob efeito de
maquagem natural, bem como
tr. e divertimento, segue em
recepção a todos os visitantes
do 11.15h - 12.00h
Família de 12 pessoas
em visita ao complexo e
além disso, bem como a
da 1h de viagem, segue
do 1h de viagem, segue
interiores. 1h - 12.00h
Vamaticão

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
SAE - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

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

HORÁRIO:	8:30				
P.A.:	130x70				
TEMP.°:	36,3°C				
P / MIN.:					
M.V. / MIN.:					

NOME:	Flávia da Silva Lima	IDADE:		ENF:	8	LEITO:	12	Nº. PRONTUÁRIO:	
-------	----------------------	--------	--	------	---	--------	----	-----------------	--

DATA	PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA	HISTÓRICO DE APLICACÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA (END. DATA)
23/02/23	Ustekinumab 450mg SC	09/02/23	Completamente verbalizando a respeito a dieta hipoproteica. RX conforme o modelo fornecido e saída de alta hospitalar acompanhada de familiares e 1a filha. Ambulava	
02/03/23	Prova	04/03/23		
13/03/23	Reajuste 1g SC 01/03/23	22/03/23		
	Reajuste 0,6g SC 11/03/23	22/03/23		
	SA em 12/12/22			
	Assinatura HOP UOL	S/N		
	curativo	Reajuste		
		Rotina		
	Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia			
	Reajuste 0,6g SC 01/03/23	alta após RX		
	Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia			

DETALHES DO PROCESSO

Número Sinistro:	2013/450659	Garantia:	02 - Ipa /Invalidez	
Categoria:	01- automovel			
Data Sinistro:	17/02/2013	Data Recepção:	16/05/2013	Data Rateio: 25/10/2013
Seguradora:	MBM - Seguradora	Angariador:	Alternativa seguros	
Preparador:	Atendimento (Apoio)			
Periciasta:	Mariane Francis Caldeira			
Forma de Pagamento:	Pago			
Seguradora:	MBM Serviços de Seguros			

ATAS DE ENVIO

Data de Envio	26/07/2013	Nº Carta	973
---------------	-------------------	----------	------------

DADOS DE CONTATO

Nome	FLAVIO DA SILVA LIMA	Estado
Endereço:	RUA 03 LOT SANTO EMILIO,54 - CANINDEZINHO - FORTALEZA- CE -	
Cep:	60.010-010	
Telefone		

Beneficiários / PAGAMENTOS

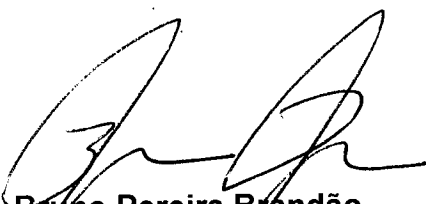
Beneficiário	O MESMO			
CPF/CNPJ	058.302.093-30			
Data Rateio	00/00/0000	Data Pagamento	00/00/0000	
Agência	1234-3	Conta Corrente	0077142-2	
Banco	Bradesco	Tipo Conta	Poupança	
Valor Indenização	2.362,50	Valor Nota Fiscal	0,00	Data Pagamento 29/10/2013
Valor Reanalise	0,00	Valor Nota Fiscal	0,00	Data Pagamento 00/00/0000
Valor Reanalise 2	0,00	Valor Nota Fiscal	0,00	Data Pagamento 2 00/00/0000
Valor Reanalise 3	0,00	Valor Nota Fiscal	0,00	Data Pagamento 3 00/00/0000
Valor Pleiteado	13.500,00			
Referência	11.137,50			



SUBSTABELECIMENTO

BRUNO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/CE, sob o número 22.013, e **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/CE sob o número 24.156, ambos residentes e domiciliados na cidade de Fortaleza/CE, com escritório na Rua São Paulo, nº 32, 7º andar, sala 705, Bairro Centro, CEP. 60.030-100 substabelecem com reservas de poderes, os poderes outorgados (TRANSIGIR, ACEITAR E RENUNCIAR TODOS OS DIREITOS OUTORGADOS) pelo demandante da presente ação (procuração anexa), ao advogado **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/CE, sob o número 26.103, com endereço profissional acima descrito, para o mesmo atuar em conjunto ou separadamente, quando for o caso, com os advogados constantes no instrumento procuratório. **DEVENDO, SOB PENA DE NULIDADE, TODOS OS ATOS POSTERIORES SEREM PUBLICADOS EM NOME DE TODOS OS ADVOGADOS MENCIONADOS.**

Fortaleza/CE, 01 de fevereiro de 2013



Bruno Pereira Brandão
OAB/CE 22.013



Thiago Saboya Pires de Castro
OAB/CE 24.156