

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

Nome: Francisco Rodrigues Moura		Nacionalidade: Brasileiro	
Estado Civil: Casado	Profissão: Vigilante	Carteira de Identidade: 93002146363	
CPF nº: 768.484.773-20	Residência: R. Oscar Franca, 2994		
Bairro: Granja Lisboa	Cidade: Fortaleza	Estado: CE	CEP: 60540-376

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:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instancia 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), 06 de Setembro de 2018.

x Francisco Rodrigues Moura
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Francisco Rodrigues Manna,
 brasileiro(a), Cariacó, Vigilante, portador da Carteira de Identidade/RG nº
93002146363, e inscrito no CPF/MF sob o nº 768.484.77320, residente e
 domiciliado na cidade de Fortaleza, estado do Ceará, na Rua
Oscar Franca, nº 2994, 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), 06 de Setembro de 2.018.

X Francisco Rodrigues Manna

**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 - 2011 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **10/05/2018 08:31:56**Data / Hora da Ocorrência: **07/01/2018 17:00:00**Endereço da Ocorrência: **RUA BOM JESUS**

Complemento:

Bairro: **BOM JARDIM**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **EM FRENTE A UM BARZINHO****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **FRANCISCO RODRIGUES MOURA**Nascimento: **10/06/1962** CPF: **768.484.773-20**RG: **93002146363**Orgão Emissor: **SSPDS**UF: **CE**Filiação: **MARIA RODRIGUES DE SOUSA****JOAO AMANSO DE MOURA**Endereço: **RUA OSCAR FRANCA , 2994**Bairro: **BOM JARDIM**Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98571-5115****Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, AO TENTAR ATRAVESSAR A RUA BOM JESUS FOI ATROPELADO POR UMA MOTO (PLACA NÃO ANOTADA) NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E FOI LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTEIRA DE ANTONIO BEZERRA. 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****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Francisco Rodrigues Moura***VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**



DECLARAÇÃO

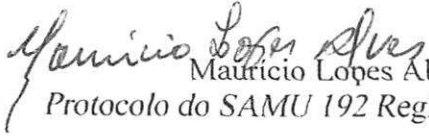
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Francisco Rodrigues Moura**, no dia **07/01/2018**, às **17h22min**, na **Rua Bom Jesus**, no **Bairro Bom Jardim**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P159150/2018**.

Fortaleza, 26 de abril de 2018.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Mauricio Lopes Alves
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



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

Francisco Rodrigues Moura

CPF da Vítima

768 484 773-00

Data do Acidente

07/01/2018

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.

Realiza f 08 de 06 de 2018

Local e Data

Francisco Rodrigues Moura

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



Prefeitura de
Fortaleza

ATESTADO MÉDICO

O Sr(a) Francisco Rodrigues Nogueira

Foi atendido (a) neste Hospital:

Dia: 25 de 01 de 18 as 12 hs 00

Tendo como causa do atendimento: fratura do osso
distal esquerdo

1. () paciente foi atendido nesta instituição as _____
hs

E pode retornar à suas atividades.

2. (X) Necessitando de 60 (60) dias de afastamento
de suas atividades laborais ou escolares por motivos de
Doença ou agravos: 552.3; 552.1
3. () Encontra - se a () Apto () Inapto a prática
curricular de Educação física .
4. () Não apresenta, no momento , sinais e/ou sintomas de
Doenças ou agravos que o (a) incapacitem para o trabalho
5. () Paciente encaminhado à especialidade: _____

Fortaleza, 25 de 01 de 18

Dr. Yuri Oliveira Machado
Ortopedia - Traumatologia
Ortopedia Pediátrica e Afecções do Pé
CREMEC: 14.331 - TEOT: 14.651

Médico CRM

HOSPITAL DISTRITAL Dr EVANDRO AYRES DE MOURA
RUA CANDIDO MAIA 294 - ANTONIO BEZERRA
FORTALEZA - CEARA - PABX (85) 3488 32 10

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA

RUA CÂNDIDO MAIA, 294 - ANTÔNIO BEZERRA
FORTALEZA - CEARÁ

1ª VIA - FARMÁCIA

2ª VIA - PACIENTE

PACIENTE:

Francisco Rodrigues Moura

ENDEREÇO:

R. Oren Funes 2884

PRESCRIÇÃO:

1) Ceflexima 500mg 28 comp
32 Tomar 01 comp de 6/6h por 07 dias
K O J H

2) Nuvolegma 1g 10x
Tomar 01 comp de 6/6h x dor

Dr. Glauber C. F. F. M.
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CREMEG-42059

13/01/18

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Data: ____/____/____



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



Prefeitura de
Fortaleza

RECEITA

Exame físico

Deitado físico para AHA de
juntos e mar E.

23/02/18

[Handwritten signature]

Dr. Yuri Oliveira Machado
Ortopedia - Traumatologia
Ortopedia Pediátrica e Ações de Pe
CRM 14.331 - TEP 14.651

QUANDO RETORNAR AO MEDICO LEVE SUA RECEITA
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS
PREJUDICAM A SAÚDE. PERGUNTE AO SEU MÉDICO

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34883210 CNPJ - 04.885.197/0010-35



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



Prefeitura de
Fortaleza

RECETA

Para:
Francisco Rodrigues Moura
solicito:
Rau X Finax AP - Perfil
just: Pré-operatório

07/11/18

Dr. Luis Eduardo Callado
CRM 2910 CPF: 104.631.603-02
Traumato - Ortopedia

QUANDO RETORNAR AO MEDICO LEVE SUA RECEITA
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS.
PREJUDICAM A SAÚDE, PERGUNTE AO SEU MÉDICO

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34883210 CNPJ - 04.885.197/0010-35



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra

L-329



Prefeitura de
Fortaleza

RECEITA

Francisco Rodrigues M.

- Retorno para acompanhamento
ambulatorial por Dr. Yuri
Machado (02 semanas)
- Unas até 2ª ordem

Dr. Glauber C. F. F. **Medico**
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC - 14059

13 JAN. 2018

Ret. 23/02/18 15:03:00
Ret. 13/04/18 15:03:00

Dr. Yuri Oliveira Machado
Ortopedia - Traumatologia
Ortopedia Pediátrica e Afecções do Pé
CREMEC: 14.331 - TEOT: 14.651

QUANDO RETORNAR AO MEDICO LEVE SUA RECEITA
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS.
PREJUDICAM A SAÚDE, PERGUNTE AO SEU MÉDICO.

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34883210 CNPJ - 4.885.197/0010-35



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



RECEITA

Fco Rodrigues Moura
Paciente de feridas (02)
contusas no lado
menor do punho Esq
e fratura do rádio
distal (metáfise)
fechada. Recente
sutura dos feridos
e retornar para talc
provisória e inter-
mamito para tret.
cirurgia da fra-
tura do rádio. Esq

07/1/18

20:50h

Dr. Luis Eduardo Callado
CRM 2910 CPF: 104.631.603-63
Traumato - Ortopedia

QUANDO RETORNAR AO MEDICO LEVE SUA RECEITA
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS.
PREJUDICAM A SAÚDE. PERGUNTE AO SEU MÉDICO

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34883210 CNPJ - 04.885.197/0010-35



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



Prefeitura de
Fortaleza

RECEITA

RELATÓRIO

Paciente Francisco Rodrigues Moura.
55 anos, refusa atendimento de modo ostensivo
apresentar problemas de saúde dental, foi operado
no momento, porém não com boa evolução
das áreas. Alta ambulatorial

13/04/18

CZO-0

S.525

Dr. Yuri Oliveira Machado
Ortopedia - Traumatologia
Ortopedia Pediátrica e Ações do Pé
CREMEC: 14.331 - TEOT: 14.651

QUANDO RETORNAR AO MEDICO LEVE SUA RECEITA
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS.
PREJUDICAM A SAÚDE, PERGUNTE AO SEU MÉDICO

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34883210 CNPJ - 04.885.197/0010-35

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE
FRANCISCO RODRIGUES MOURA

DADOS PESSOAIS

CADUS
NOME MAE
MARIA RODRIGUES DE SOUSA
ENDEREÇO
RUA OSCAR FRANCA 2994 BOM JARDIM
CONTATO

NASCIMENTO
10/06/1962(55 ANOS)
NOME RESPONSÁVEL
OC AV BEZERRA D
MUNICÍPIO

Nº DO PRECATÓRIO
71999
SEXO
M

Nº DO BE
189263
RACIA/COR
PARDO

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

CEP
NI

UF
CE

QUEIXA
TRAZIDO PELO SAMU VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO
SINTOMAS
APRESENTA DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO + LACERAÇÃO EM FACE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO
ATROPELAMENTO

PESO
NI KG

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI

SINAIS VITAIS

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

TEMPERATURA
NI °C

ALERGIAS
NI

SAT O2
NI%

PULSO
NI

GLICEMIA
NI

CLASSIFICAÇÃO
AMARELO

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
HUDSON FILIPE ARNOU ALVES

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
07/01/2018 17:57:46

ÁREA DE ATENDIMENTO
ATENDIMENTO TRAUMA

ÁREA ATENDIMENTO

ANAMNESE

ATENDIMENTO MÉDICO

*Px punho sup. (AP+P) / Diagnóstico
Px mão sup. (AP+obliq.) / Fratura do rádio
distal esquerdo
Tala gessada axilar-
prelunar à Cruz.
(Cod: 30 NO 60 NOO)*

DIAGNÓSTICO

SADY SOLICITADO:
☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRÂNIO ☐ RAIO-X

COD. PROCEDIMENTO

CID

☐ OUTROS

MÉDICAMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

f.c.c. face e punho sup.

*o. do membro para p/ punho face e
punho / Internar*

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

07/01/2018 18:00h

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Dr. Luis Eduardo Callado

CRM 2910 CPF: 104.631.603-62

Atestado por HUDSON FILIPE ARNOU ALVES em 07/01/2018 às 17:57:48

claro 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.

Assinatura pontuário c/ luto

FRANCISCO RODRIGUES MOURA

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
TESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramos

Mat. 45632

Coordenador do SAME - HDEAM

Antonio Araújo Costa
Ortopedia/Traumatologia
CRM - 6422

30309154

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

CPF: 769.484.773-20.

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Francisco Rodriguez Moura

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

73999

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71054102410091127195

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/06/62

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria Rodriguez de Souza

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Oscar Franca, 2994 Bom Jardim

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Itaituba

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

CE

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente com trauma no punho esquerdo, com dor e deformidade e limitação funcional do mesmo.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Trat. cirúrgico de fratura do rádio distal esquerdo.

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

Raio x punho Esq AP, P. Oblíquo

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do rádio distal E

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Trat. cirúrgico de fratura rádio distal E

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Luis Eduardo Callado

CRM 2910 - CPF: 104.631.603-63

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07/01/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Luis Eduardo Callado

CRM 2910 - CPF: 104.631.603-63

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

36 - CNPJ DA EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

Marcia Ramos
Mat. 46632
COORDENADORA DE SAÚDE
AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

12670018891

2318101436354



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA



DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: <u>Francisco Rodrigues Moura</u>		
DATA DA CIRURGIA: <u>12/01/18</u>	UNIDADE:	LEITO:
CIRURGIÃO: <u>Dr. Yuri Machado</u>	1º AUX.: <u>Dr. Manoel Antônio</u>	2º AUX.:
AUX. CIRCULANTE:	AUX. INSTRUMENTADORA:	
ANESTESISTA: <u>Dr. Victor Emanuel</u>	TIPO DE ANESTESIA: <u>Geral</u>	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura do punho E com lesão do</u> <u>osso ulna distal e E.</u>		

TIPO DE CIRURGIA: <u>Tratamento cirúrgico de fratura do punho e reparo ligamentar do corpo</u>
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <u>O mesmo</u>

EXAMES DURANTE ATO CIRURGICO: Sim. RX

INTERCORRÊNCIAS DURANTE A CIRURGIA: 0

DESCRIÇÃO

- Posicionando paciente em ODI, ortostático, exposto o membro para M SE. Realizado o alinhamento da punha do osso ulna e fíbula, posicione com o 2º FE 1,5 cm, após feito o mesmo no punho E, alinhamento por plano sagital o alinhamento da punha e fíbula e feito o reparo do ligamento cruzado. Quando no Rt. Posicione o 2º FE, alinhamento por plano, alinhamento do. Paciente encaminhado a SARA em M SE.

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramos

Mat. 45632

Coordenador do SAME - HDEAM

Dr. Yuri Oliveira Machado
Ortopedia - Traumatologia
Ortopedia Pediátrica e Afecções do PE
CREMEC: 14.331 - TEOT: 14.651



Nº PRONTUARIO: 71999

LEITO:

DATA 32/10/13	PRESSÃO ARTERIAL 140 x 80	PULSO 75 bpm	RESPIRAÇÃO Esp.	TEMPERATURA 36,8	PESO	ALTURA
TIPO SANGÜÍNEO -	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	PLAQUETAS	GLICEMIA	OUTROS	
	URINA	CONCENTRAÇÃO NA PROSTATITIS		UREIA	CREATININA	
APARELHO RESPIRATÓRIO				ASMA	BRONQUITE	
APARELHO CIRCULATÓRIO				ELETRICARDIOGRAMA	RS	
APARELHO DIGESTIVO		DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL		ANSIOLÍTICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES				EMERGÊNCIA ()	ELETIVA (X)	
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA			APLICADA ÀS	EFEITO		

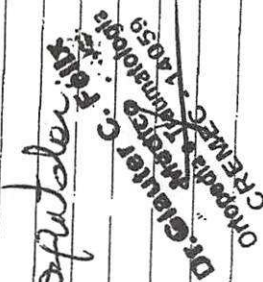
HORA		10:15		11:00		INDUÇÃO		
Agentes Anestésicos	O ₂					Satisf. ☒	Excit. ☒	Tosse ☐
	Halogenados							
Agentes Anestésicos	Inalatórios					Náuseas ☐	Vômitos ☐	
	Outros							
Agentes Anestésicos	UF					MANUTENÇÃO		
	UF					1. Sufentanil 100 2. Propofol 200 3. Miconid 300 4. 5 5. Sevoflurano 6. Cefazolin 2g 7. Cafe propino 2g 8. Dipirona 2g 9. Tabimina 10g 10. Bromoprida 10		
Agentes Anestésicos	UF					ANESTESIA SATISF. ☒ NÃO ☐ NÃO. PORQUE?		
	UF					HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL <i>Marcia Ramos</i> Mai. 45632 Coordenador do SAME - HDEAM		
Agentes Anestésicos	UF					REFLEXOS NA SO Obstr. ☐ CO2 ☐ Exit ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Com Cânula para o leito: Sim ☐ Não ☒ CONDIÇÕES. <i>estável</i>		
	UF							
SÍMBOLOS E MARCAÇÕES		● - Pulso * - PAM X - Anestesia ○ - Operação						
POSICÃO		<i>DDH</i>						

AGENTES <i>monitores</i>	CÂNULAS: —	
TÉCNICAS ANESTÉSICAS <i>Tidal balanceado</i>	TEMPO GARROTE: —	
CIRURGIA <i>Trat. cirurg. fratura de punho + reparo</i>	PERDA SANGÜINEA: —	
CIRURGIÕES <i>ligamentar</i>	INÍCIO: 10:15	h
ANESTESISTAS	TÉRMINO: 11:00	h
OBSERVAÇÕES	DURAÇÃO: 00:45	



FICHA DE EVOLUÇÃO DE PACIENTE - FEP

NOME	FRANCISCO RODRIGUES MOURA									
PRONTUARIO	DATA DO NASCIMENTO	ENFERMARIA	LEITO	DATA DO INTERNAÇÃO	DATA DO INICIO DO TRATAMENTO					
DIAGNÓSTICO					OBSERVAÇÕES					
DATA	EVOLUÇÃO									
07/1/18	Internado para tratamento de fratura do rádio distal esquerdo. Imobilizado com tala gesso axilo-palmar. Solicitei exames pré-operatórios.									
	Dr. Luis Eduardo Callado CRM 2910 CPF: 104.631.603-63 Traumato - Ortopedia									
08/01/18	Fatura do dedo anelar com dois eixos de curvatura pronava e supina									
09/01/18	Excl. SI interconexões									
	Dr. Roberto Walton T. da Costa Traumatologia Ortopedia CREMIG-1267 HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL									
	Dr. Livio Costa Ortopedia e Traumatologia CRM 18389 TEOT 15731									
	Marcia Ramos Mat. 45632 Coordenador do SAME - HDEAM									
10/01/18	Excluído o interconexões									
14/01/18	Excluído o interconexões Col. Aguardando exames									

		Nome <i>Francisco Rodrigues Nune</i>		Enfermaria		Leito <i>121</i>		Nº de prontuário							
ATA		PRESCRIÇÃO TRAUMATOLOGICA		HORARIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES/RUBRICA									
01	DIETA GERAL (X), HAS()DM()		ZERO()												
02	SCALP														
03	SINAIS VITAIS 6/6Hs														
04	DIPIRONA 2:18 AD EV 6/6 Hs SN														
05	PLAMET 2:18 AD EV 8/8 Hs SN														
06	TRAMAL 50 +100 ML SF 0,9% EV 8/8Hs SN														
07	CURATIVO.														
18		<i>Ata hospitalar</i>													
															
		HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA													
		ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL													
		<i>Marcia Ramos</i> Mat. 45632 Coordenador do SAME - HDEAM													
						SINAIS VITAIS									
						PA		08:00		16:00		22:00		RUBRIC	
						T								A	
						R									
						P									
						SPO ²									
						GLICEMIA									
						DIURESE									
						DRENO									
HOSPITAL DISTRITAL Dr EVANDRO AYRES DE MOURA - RUA CÂNDIDO MAIA Nº294 - BAIRRO ANTONIO BEZERRA (85) 3488 32 10 - CEP 60356-830															

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS		REGISTRO GERAL 93002146363 DATA DE EXPEDIÇÃO 03/06/2013	
 Polgar Direito		NOME FRANCISCO RODRIGUES MOURA FILIAÇÃO JOÃO AMASSO DE MOURA MARIA RODRIGUES DE SOUSA NATURALIDADE CARIDADE - CE DATA DE NASCIMENTO 10/06/1962	
ASSINATURA DO TITULAR <i>Francisco Rodrigues Moura</i>		DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 53 FOLHA: 4 V LIVRO: B-2 CARIDADE - CE CPF 768.484.773-20	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		2 Via ASSINATURA DO DIRETOR <i>Adilson de Sena</i> LEI Nº 7.116 DE 29/06/93	P.: 1

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
FRANCISCO RODRIGUES MOURA

Nº de inscrição
768484772-20

Data do Nascimento
10/06/62



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura *Francisco Rodrigues Moura*
FRANCISCO RODRIGUES MOURA

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 07/02/96

DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCO RODRIGUES MOURA

End. Leitura: RU OSCAR FRANCA, 2994, GRANJA LISBOA

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60.540-376

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001

Setor: 094

Quadra: 0008

Lote: 0019

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A16F201577	240	252	12	11

DATAS

Leitura Atual: 10/08/2018

Emissão: 06/09/2018

Lacre Água: 2878621

Leitura Anterior: 11/07/2018

Próxima Leitura: 11/09/2018

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 06/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	533	533	126	533	533
Analisadas	567	567	565	564	564
Em conformidade	561	560	541	550	564

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 11 m3 | META: 10 m3.

Constatamos debito de R\$ 34,44. Caso pago, desconsiderar.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)

HISTÓRICO DE VOLUME

AGUA	Valor (R\$)	Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
TARIFA DE CONTINGENCIA 1/1	9,98	AGO/2017	13	0
		SET/2017	14	0
		OUT/2017	12	0
		NOV/2017	13	0
		DEZ/2017	13	0
		JAN/2018	15	0
		FEV/2018	13	0
		MAR/2018	12	0
		ABR/2018	12	0
		MAI/2018	11	0
		JUN/2018	12	0
		JUL/2018	11	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,41	VALOR DO SERVIÇO	56,42
COFINS	2,04	VALOR DO SUBSÍDIO	13,72
		VALOR TOTAL A PAGAR	42,70

MÊS/ANO

08/2018

VENCIMENTO

04/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

42,70

ONDE PAGAR SUA FATURA

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



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

Maiores informações pelo telefone: **0800 275 0195**, nas lojas de atendimento, de **8h às 17h**, no site **www.cagece.com.br** ou na ouvidoria 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: **0800 285 1919** - Demais Localidades: **ARCE** - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: **0800 275 3838**.

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0003914542

Código de Responsável:

Mês/Ano: 08/2018

Local: 001

Setor: 94

Quadra: 0008

Lote: 0019

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: FORTALEZA

Vencimento: 04/09/2018

Total (R\$): 42,70

82610000000-7 42700009600-3 00391454201-8 00069831025-7



EMISSION : ATENDIMENTO VIRTUAL06/09/2018 03:21:04

Dr. Miqueias Da Silva Torres

CREFITO – 188289-F

CPF: 011.902.783-67

LAUDO

Declaro para os devidos fins que o paciente Francisco Rodrigues Moura id: 93002146363, afirma ter sofrido acidente de transito onde sofreu um trauma em punho esquerdo.

Relata sentir muita dor e falta de força em punho esquerdo.

Pacientet sofreu fratura distal em radio esquerdo.

Foi identificado sequela para flexão em punho esquerdo em 50% e extensão dde punho em 40%.

Paciente recebeu um tratamento cirurgico e relata que logo em seguida realizou atendimentos de fisioterapia.

Paciente recebeu alta no dia 11/06/2018

Dr. Miqueias da Silva Torres
CPF: 011.902.783-67
CREFITO 188289-F

PC: Francisco Rodrigues Moura

Fortaleza 09 de Agosto de 2018

SINISTRO 3180300018 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO RODRIGUES MOURA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO FRANCISCO RODRIGUES MOURA
CPF/CNPJ: 76848477320

Posição em 06-09-2018 15:18:09

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique [Aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/09/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50