

PROCURAÇÃO AD JUDICIA E AD NEGOTIA

OUTOGANTE(S): HENRIQUE DA SILVA PEREIRA, brasileiro, solteiro, menor, portador do RG Nº 2015120446-7, expedida pela SSP/CE e CPF Nº 621.854.283-14, neste ato representado por seu pai na condição de tutor, **ANTONIO DE JESUS PEREIRA**, brasileiro, casado, func. público, portadora do RG Nº 2015106156-9, expedida pela SSP/CE e do CPF Nº 208.277.503-82, ambos residentes e domiciliados na Rua Drº. Raimundo Veras, nº 61, Brasília, Camocim-Ceará.

OUTOGARDO (S): LETÁCIO DA SILVA LIMA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE – Nº 24.855, com endereço profissional situado à Rua José de Alencar, nº 494, Bairro Centro, Camocim – Ceará e **ANTONIO EMANUEL VIEIRA MOREIRA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE nº 30.158, com endereço profissional situado à Rua José de Alencar, nº 494, Bairro Centro, Camocim – Ceará.

PODERES: para fim de representar o outorgante no foro de um modo geral, quer como Autor ou Réu, podendo propor ação de qualquer natureza, seja processo judicial ou administrativo, responder amplamente, contestando e arguindo execuções, transacionar, requerer e produzir provas, inclusive arrolar testemunhas e juntar documentos, fazer e assinar requerimento a quaisquer órgãos, independentemente da natureza jurídica, como Ministério da Fazenda, repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, Receita Federal do Brasil (RFB), INSS e/ou Previdência Social, órgãos da Administração Pública Direta e Indireta, receber, sacar, dar quitação de valores referentes à Restituição de Pequeno Valor, Precatório, Alvará Judicial, em nome do (s) outorgante (s) junto a qualquer banco ou instituição financeira, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes, concordar, desistir, passar recibos, dar quitação, acompanhar o feito até decisão final, atuando, desta maneira, em qualquer grau de jurisdição ou administrativo, assinar termos judiciais e administrativos, recorrer de maneira ampla e irrestrita, usando de apelação, agravo, embargos infringentes ou de nulidade, pedidos de declaração a respeito de sentença e acórdãos, recursos extraordinários, impetrar mandato de segurança, mandato de injunção, habeas data, habeas corpus, medidas cautelares e demais no desempenho desse mandato.

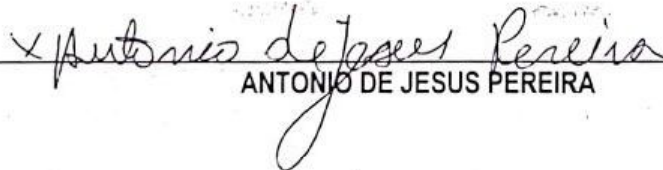
Camocim, 09 de Agosto de 2017.

ANTONIO DE JESUS PEREIRA

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

HENRIQUE DA SILVA PEREIRA, brasileiro, solteiro, menor, portador do RG Nº 2015120446-7, expedita pela SSP/CE e CPF Nº 621.854.283-14, neste ato representado por seu pai na condição de tutor, **ANTONIO DE JESUS PEREIRA**, brasileiro, casado, func. público, portadora do RG Nº 2015106156-9, expedita pela SSP/CE e do CPF Nº 208.277.503-82, ambos residentes e domiciliados na Rua Dr. Raimundo Veras, nº 61, Brasília, Camocim-Ceará., declara para todos os fins de direito, que é pessoa pobre nos termos do art. 4º, da Lei nº 1.060/50, art. 1º, 3º, da Lei nº 7.115/83 e art. 5º, LXXIV, da CF/88, requerendo, assim, os benefícios da Justiça Gratuita, já que não pode arcar com pagamento de custas processuais sem prejuízo de seu sustento próprio e de seus familiares.

Camocim-CE, 07 de Agosto de 2017.


ANTONIO DE JESUS PEREIRA

13

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2015106156-9 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/09/2015

NOME ANTONIO DE JESUS PEREIRA

FILIAÇÃO FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA

MARIA VENANCIO PEREIRA

NATURALIDADE GRANJA - CE DATA DE NASCIMENTO 12/06/1961

DOC. ORGEM CERT. CASAMENTO CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 2319 FOLHA: 159 EV

LIVRO: 8 9 CAMOCIM - CE

CPF 208.277.503-82 RG: ANT: 10035260

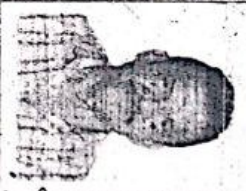
1 - VII ASSINATURA DO DIRETOR P. 176

LEI Nº 7-116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

 Polegar Direito

 FOTÓTIPO PLÁSTICO

Antonio de Jesus Pereira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

14

CIC

NASCIMENTO	12.06.61	INSCRIÇÃO NO CPF	208 277 503 82
CONTRIBUINTE	ANTONIO DE JESUS PEREIRA		

SECRETARIO DA RECEITA FEDERAL

Scanned by CamScanner

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2015120446 - 7 DATA DE EMISSÃO 28/09/2015

NOME HENRIQUE DA SILVA PEREIRA

FILIAÇÃO ANTONIO DE JESUS PEREIRA

MARTA DA SILVA PEREIRA

CIDADE DO NASCIMENTO CANOAS - CE DATA DO NASCIMENTO 07/02/2007

DOC. CIVIL CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:BITUPITA TERMO:6242 FOLHA:21

LIVRO:A 13 BARROQUINHA - CE

CPF 621.054.203-14

1ª VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.115 DE 29/08/83

P.: 176

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polgar Direto

PROJETO PLASTIFICAR

Henrique da Silva pereira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

621.854.283-14

Nome

HENRIQUE DA SILVA PEREIRA

Nascimento

01/02/2007

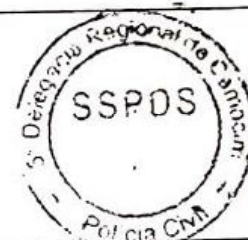
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



BOLETIM DE Ocorrência Nº 430 - 859 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/03/2017 15:46:54**
Data / Hora da Ocorrência: **30/11/2016 17:20:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA DR. RAIMUNDO VERAS**
Complemento:
Bairro: **BRASÍLIA** Município: **CAMOCIM/CE**
Ponto de Referência: **PROX. COMÉRCIO CASA BRANCA**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **HENRIQUE DA SILVA PEREIRA**
Nascimento: **01/02/2007** CPF: **621.854.283-14** UF: **CE**
RG: **20151204467** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA DA SILVA PEREIRA**
ANTÔNIO DE JESUS PEREIRA
Endereço: **RUA DR. RAIMUNDO VERAS, 61** CEP:
Bairro: **BRASÍLIA**
Município: **CAMOCIM/CE** Telefone: **(88) 99944-8772**
País: **BRASIL**

Noticiante(s)

Nome: **MARIA DA SILVA PEREIRA**
Nascimento: **24/02/1969** CPF: **675.070.183-34** UF: **CE**
RG: **2000098138473** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA PEREIRA DA SILVA**
BENEDITO GOMES DA SILVA
Endereço: **RUA DR. RAIMUNDO VERAS, 61** CEP:
Bairro: **BRASÍLIA**
Município: **CAMOCIM/CE** Telefone: **(88) 9944-8772**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POH6870** Uf: **CE** Município: **CAMOCIM** Chassi:
9C2JB0100GR039216 Renavam: **1103961362** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/POP 110I** Ano Fabricação:
2015 Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **BENEDITA ALVES PEREIRA** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SENHORA MARIA DA SILVA PEREIRA, COMUNICANDO QUE SEU FILHO DE NOME HENRIQUE DA SILVA PEREIRA, NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADOS, ESTAVA ATRAVESSANDO A RUA DE SUA CASA, QUANDO FORA COLHIDO PELA MOTOCICLETA HONDA POP 110T, DE COR VERMELHA, PLACAS POH6870, REGISTRADA EM NOME DE BENEDITA ALVES PEREIRA, TENDO SEU FILHO SE ACIDENTADO NO LOCAL. AFIRMA QUE A MOTO ERA CONDUZIDA POR JOÃO BATISTA LOPES DE OLIVEIRA RG Nº 20073790405 CPF Nº 06411815313, O QUAL PERMANECER NO LOCAL, ENQUANTO SEU FILHO ERA SOCORRIDO AO HOSPITAL MURILO AGUIAR, ONDE DEU ENTRADA COM UMA FRATURA EXPOSTA NA PERNA ESQUERDA, SENDO, DE IMEDIATO, TRANSFERIDO À SOBRAL. AFIRMA QUE O

x maria da Silva pereira



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM

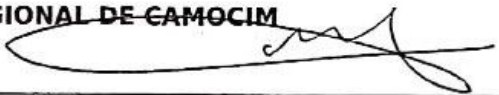


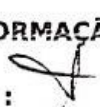
BOLETIM DE Ocorrência Nº 430 - 859 / 2017

REGISTRO DO FATO TEM POR OBJETIVO O BENEFÍCIO DO SEGURO DPVAT E QUE ESTA CIDADE NÃO DISPÕE DE SAMU, ANJOS DO ASFALTO, IML E CORPO DE BOMBEIROS. INFORMA AINDA QUE O FATO ACIMA TEVE COMO TESTEMUNHAS FRANCISCO LEANDRO DOS SANTOS RG Nº 125000547 CPF Nº 05435158770 E DIVA MARQUES DE SOUSA RG Nº 2002021043563 CPF Nº 01567617344. SALIENTA QUE NÃO DESEJA PROCESSAR CRIMINALMENTE O CONDUTOR DA MOTO ACIMA MENCIONADO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


JOSÉ ÉDER TORRE DE SOUSA - MAT.: 198367-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:  **X Maria da Silva Pereira**

VISTO DO DELEGADO(A) :


HERBERT PONTE E SILVA - MAT.: 014672-1-2

X Henrique da Silva Pereira

22

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS	
DETRAN - CE	
CENTRO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS	
CRDI	Nº 012636611940
01 1103961362	0000000000 2016
BENEDITA ALVES FERREIRA	
CANOCIM/CE	
02044036375	FOH6870
*****/CE	9C2JB0100GR039216
EM/MOTOCICLO/HMO APLIC	ENSOLINA
HONDA/POP 110	2015 12/2016
2P/OCV/109CC	PARTIC VERMELHA
AL.FID. ADMIN DE CONS NACIONAL HOND	
A LTDA.	
CANOCIM	
07/12/2016	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS	
DETRAN - CE	
CENTRO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS	
CRDI	Nº 012636681940
01 1103961362	0000000000 2016
BENEDITA ALVES FERREIRA	
CANOCIM/CE	
02044036375	FOH6870
*****/CE	9C2JB0100GR039216
EM/MOTOCICLO/HMO APLIC	ENSOLINA
HONDA/POP 110	2015 12/2016
2P/OCV/109CC	PARTIC VERMELHA
AL.FID. ADMIN DE CONS NACIONAL HOND	
A LTDA.	
CANOCIM	
07/12/2016	

DADOS PESSOAIS

CNS: 898-0030-0517-7078
 NOME: Henrique da Silva Pereira IDADE: 9 anos
 NOME DA MÃE: Maria da Silva Pereira
 NOME DO PAI: Antonio de Jesus Pereira
 DATA DE NASCIMENTO: 09/03/07 NATURALIDADE: Camolim
 ENDEREÇO: R - D. Raimundo Viana Nº 61
 BAIRRO: Brasil CIDADE: Camolim ESTADO: CE PROFISSÃO: _____
 Nº DO PRONTUÁRIO: _____

ATENDIMENTO

() ADULTO ☒ PEDIÁTRICO () ORTOPEDIA () CLÍNICA () CIRÚRGICO () OBSTETRICO

ACOLHIMENTO:

PROCEDÊNCIA:

PROCUROU PSF SIM () CAUSAS: () ENCAMINHADO
 () NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
 () NÃO TINHA MÉDICO
 () NÃO RESOLVEU O PROBLEMA
 () POSTO ESTAVA FECHADO

NÃO () CAUSAS: () NÃO É EFICIENTE
 () É LONGE DE CASA
 () NUNCA TEM MÉDICO
 () TEM PLANO DE SAÚDE

() TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL: () SAMU
 () UBS () CARRO
 () UPA () DEAMBULANDO
 () OUTRAS AMBULÂNCIAS
 () MOTO, BICICLETA

Luiz
 ASS. DO RECEPCIONISTA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

☐ HORA DA CLASSIFICAÇÃO: _____

HDA DO ACOLHIMENTO:

PA: ____ / ____ PULSO: ____ FR: ____ TEMP: ____ PESO: ____

TIPO DE ACIDENTE:

() ACIDENTE C/ OBJETOS CORTO-CONTUSOS () ACIDENTE POR ARMA DE FOGO () AFOGAMENTO
 () CHOQUE ELÉTRICO () QUEDA DE ONDE? _____

INGESTÃO ACIDENTAL:

() CORPO ESTRANHO () PRODUTO QUIMICOFARMACEUTICO

QUEIMADURAS:

() 1º GRAU () 2º GRAU () 3º GRAU POR: () ÁGUA () ÓLEO () ÁLCOOL () ELÉTRICO

ATROPELAMENTO:

() CARRO () MOTO () BICICLETA () OUTROS
 CARRO: () COM CINTO () SEM CINTO MOTO: () COM CAPACETE () SEM CAPACETE

MORDEDURAS DE ANIMAIS:

() DOMÉSTICO () SELVAGEM () OFÍDICO () OUTROS

LOCAL DO ACIDENTE:

() DOMICÍLIO () VIA PÚBLICA () ESCOLA () OUTROS

TIPO DE TRAUMA:

() TCE () ABDOMINAL () TORÁCICO () ORTOPÉDICO () POLITRAUMA
 () ESPANCAMENTO () VIOLÊNCIA SEXUAL
 () PAI () MÃE () OUTROS () PAI () MÃE () OUTROS



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL
ENTIDADE FILANTRÓPICA

Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88)3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908

Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74 - e-mail: stacasa@sobralnet.com.br

CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0

Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

ATESTADO MÉDICO

Atesto que

HELENILENE DA SILVA PEREIRA

Necessita de 15 (QUINZE) dias de Licença para tratamento de Saúde.

Devido:

doença
crônica

C.I.D.

Sobral

08080 AVENIDA
MÉDICA CLEIDE
20000-000

Assinatura do Médico e Carimbo

Item 03 / Gráfica CLEIDE - 3611.3723

**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

Atendimento: 4694662 | Paciente: 644484 - HERRIQUE DA SILVA PEREIRA
Data e Hora do Acolhimento: 30/11/2016 22:48:06

TIPO DE ACOLHIMENTO: PEDIÁTRICO

TIPO DE ATENDIMENTO: CIRÚRGICO

CLASSIFICAÇÃO: AMARELO

Paciente Referência: NÃO / **Paciente Regulado:** NÃO / **SAMU:** NÃO

Descrição da História Prévia do Atendimento:

VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO COM TRAUMA + LESÃO NO MIE CONSCIENTE EM ALERTA CRIANÇA TRANSFERIDA DO HGN

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: /, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura:

INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE DO PACIENTE:

☐ Objeto Corto Contuso ☐ Arma de Fogo ☐ Afogamento ☐ Choque Elétrico

☐ Queda? Descrição da Queda:

☐ Intoxicação ☐ Queimadura Tipo de Queimadura: Causa da Queimadura:

☒ Atropelamento Tipo de Atropelamento: ☐ Carro ☐ Utilizava cinto

☐ Moto ☐ Utilizava Capacete

☐ Mordedura de Animais Tipo de Animal:

☐ Agressão Física ☐ Outros

Descrição do Local do Acidente:

VIA PÚBLICA

História da Doença Atual:

Atropelamento por moto lesão no mie

Exame Físico:

a=b=c=d=ok

Destino do Atendimento: ALTA

SEIJI MATSUI - CRM.: 6850

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréa R. Montenegro

DADOS DO PACIENTE

Matrícula...: 644484
Paciente...: HENRIQUE DA SILVA PEREIRA
Sexo...: MASCULINO
Dt. Nasc...: 1/2/2007
Mãe...: MARIA DA SILVA PEREIRA
Pai...: ANTONIO DE JESUS PEREIRA
E. Civil...: SOLTEIRO
Endereço...: RUA DR RAIMUNDO VERAS N°...: 61
Bairro...: BRASILIA CEP...: 62400-000
Cidade...: CAMOCIM UF...: CE
Fone...: 994487712

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome...:
Endereço...:
Documento...:
Fone...:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento...: 4694667 Atendente...: KLISMAN LINO
Data...: 30/11/2016 Hora...: 23:39 Permanência...: 3 Dias
Procedimento...: 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
Médico...: AUDY ROCHA DE OLIVEIRA
Unidade Int...: UI SALA DE RECUPERAÇÃO
Leito...: LEITO EXTRA- RECUPERAÇÃO
Convenio...: SUS - SIH
Plano...: 1
Carteira...:
N. Guia...:

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL Pgina: 1/1
1.000 - Sistema de Gerenciamento de Internação Emitido por: MARIA CARMO
Comprovante de Alta Hospitalar do Paciente Lm: 05/12/2016 20:

Atendimento: 4694667 Dt. Atendimento: 30/11/2016 - 23:39

Data Alta...: 05/12/2016 Hora Alta: 20:47

Paciente...: 644484 HENRIQUE DA SILVA PEREIRA

Serviço: 22 TRAUMATO/ORTOPEDIA Convenio: 1 SUS SIH
Leito...: 198 LEITO 1421 - RECUPERAÇÃO Plano...: 1 SUS - SIH

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: MARIA CARMO
CID: 8821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Procedimento de Alta: 040805055 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TI

Observação de Alta:

25

HENRIQUE DA SILVA P...		Santa Casa de Sobral
ID: 644484		2016/12/01
Sex: M		PERNA
		5101
		2965
		829
Im: 1/2		Instance Number : 1
W 4273/ C 2965		Zoom: 100%



Santa Casa de M. de Sobral
 SAME
 CONFERE COM O ORIGINAL
 Andreia R. Montenegro Portela
 COORDENADORA



RELATÓRIO MÉDICO

Nome: HENRIQUE DA SILVA PEREIRA
Data de Nascimento: 01/02/2007
Endereço: RUA DR. RAIMUNDO VERAS
Cidade: CAMOCIM

Prontuário: 134279
Idade: 9 ano(s) 9 mes(es) e 29 dia(s)
CEP: 62400-000 Bairro: BRASILIA
UF: CEARÁ Sexo: Masculino

Resumo Clínico:

FRATURA EXPOSTA DE MIE POR ACIDENTE DE MOTO(ATROPELAMENTO) HA 3 H. NEGA SINAIS DE HIC.
FEITO CURATIVO COMPRESSIVO, COM SAGRAMENTO ABUNDANTE.
NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS
EGR, CORADO, HIDRATADO, ATIVO E EUPNEICO FC: 112BPM
AC: RCR, 2T (BNF), S/S
AP: MV+, SEM RA
ABDOME: INOCENTE
EXT: FRAURA EXPOSTA EM PERNA
AUSENCIA DE SINAIS FOCAIS OU MENINGEOS

Exames Realizados:

Terapêutica Utilizada:

CETOPROFENO

Hipótese Diagnóstica

FRATURA EXPOSTA EM PERNA

Hospital de Referência:

SMSC- AVALIAÇÃO DA TRAUMATOLOGIA

Observações

URGÊNCIA - FRATURA EXPOSTA!
TRANSPORTE BASICO

 Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

Médico:

SARA BEZERRA FIGUEIREDO 14029CRM

30/11/2016 21:10

Rua Presidente Geisel, 419, Junco - CEP: 62303-340 - Sobral - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.:
Data.....: 0
Hora.....: 02

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 300721 Sala : 0004 SALA 04
Paciente : 644484 HENRIQUE DA SILVA PEREIRA Atendimento : 4694667
Convênio Atend. : 1 SUS - SIH Carteira :
Leito : 1513 LEITO EXTRA- RECUPERACAO Idade : 9 Anos 1 Hora
Dt. Início : 01/12/2016 00:32 Dt. Fim : 01/12/2016 01:33
Cid Pré-Operatório : S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA
Cid Pós-Operatório : S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Procedimentos

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
Convênio: 001 SUS - SIH
Anestesia: 05 BLOQUEIO RAQUI

Equipe Médica

ANESTESISTA 8349 JOSE WALTER DE ARAUJO NETO
CIRURGIAO 2411 AUDY ROCHA DE OLIVEIRA
1. AUXILIAR 9892 JOAO PAULO TAVARES LINHARES

Descrição

Descrição Cirúrgica :

FRATURA DE TIBIA ESQUERDA
-POSICIONAMENTO DO PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL
-ISQUÊMIA COM FAIXA DE SMACH NO MEMBRO INFERIOR DIREITO
-ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIA COM CAMPOS CIRÚRGICOS PRIMÁRIOS
-FIXAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
-VISUALIZAÇÃO DE FRATURA EXPOSTA GRAU I
-LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9% (10 LITROS) + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
-REDUÇÃO + COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO
-HEMOSTASIA RIGOROSA E DEFINITIVA
-SUTURA MINIMA DA PELE
-CURATIVOS ACOLCHOADO

OBSERVAÇÕES:

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. João Paulo Linhares
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Quadril
CRM/CE: 9892 TEOT: 12381

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

Dr. Audy Rocha de Oliveira
CPF 320.742.883-11
CRU/GO
DR(A) : AUDY ROCHA DE OLIVEIRA
CRM: 2411



ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

ms 644484

NOME: Henrique da Silva Pereira DATA: 01/12/2016 REGISTRO: 4694667
 IDADE: 9 SEXO: M COR: CLÍNICA: ANESTESIOLOGIA ENF.: LEITO:
 PRESSÃO ARTERIAL: 110x70 PULSO: 85 RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGÜÍNEO:
 ESTADO GERAL: BOM ☒ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO ☐ RISCO CIRÚRGICO (GOOD MAN) Grau I ☐ Grau II ☐ Grau III ☐ Grau IV ☐
 EXAMES COMPLEMENTARES:
 AP. RESPIRATÓRIO: AP. CIRCULATORIO:
 AP. DIGESTIVO: ESTADO MENTAL: Claro DROGAS EM USO:
 PRÉ-ANESTÉSICO DROGA/HORA: ESTADO FÍSICO (ASA): 2 3 4 5E
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura tibia
 CIRURGIJA REALIZADA: Fixação externa fratura tibia
 CIRURGIÃO: Dr. Andy AUXILIARES:
 INÍCIO DA ANESTESIA: TÉRMINO DA ANESTESIA: DURAÇÃO DA ANESTESIA:
 AGENTE/HORA: 0:30 (4h) 30'
 O.
 N.O.
 LÍQUIDOS 250 250
 VENOSOS 250
 PULSO 85 85 85
 DIÁSTOLICA 65 65 65
 SISTOLICA 110 110 110
 P. ARTERIAL 85 85 85
 ANESTESIA X
 CÓDIGOS CIRURGIJA O
 ANOTAÇÕES
 MONITORAÇÃO P. ARTERIAL X
 E.C.G. X
 OX. PULSO X
 Santa Casa de M. de Sobral
 SAME
 CONFERENCADO ORIGINAL
 Andreia R. Montenegro Pontes
 COORDENADORA
 ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☒ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS ☐
 TÉCNICA Intubação + Pneu. L2-L4 Glic 5% após 27G, La. Espinal + Sedação
 LÍQUIDOS Volume em ml
 GLICOSE -
 NaCl -
 SANGUE -
 RINGER 1000
 TOTAL 1000
 MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO
 1 Bupivacaína 125mg 6
 2 kefzol 1g 7
 3 propofol 1g 8
 4 propofol 1g 9
 5 midazolam 1mg 10
 DESTINO DO PACIENTE APTO ☐ ENFERM. ☐ SRPA ☐ UTI ☐ OUTROS ☐
 SRPA PA: PULSO: RESPIRAÇÃO: SpO₂:
 ASSINATURA / ANESTESISTA Dr. José Vitor de Mello
128x (nd)

CEP: 62020-720 - Tel.: (88) 9273.7914 | 3611.4018

CIRURGIÃO: Andy Rocha

1940

1

TOTAL:

Scanned by CamScanner

**PROFISSIONAL:**

NOME: Henrique da Silva Nº PRONTUÁRIO 641484

SETOR: Recepção ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

DATA	
30/11/2016	Puncte an faza de lucru aportat internat pt curajis
	D ^r . Audy Rocha de Oliveira CIRURGIÃO CPF 379-142.887-72 CRM:2411
1/12/2016	Fato de trabalho e Otitite com fratura externa Tratando a par de antibioticos
	D ^r . Audy Rocha de Oliveira CIRURGIÃO CPF 379-142.887-72 CRM:2411
	Santa Casa de M. de Sobral SAME CONFERE COM O ORIGINAL Andréia R. Montenegro Portela COORDENADORA

329

32950011437



PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DA REDE DE
TRANSFERÊNCIA CRESUS/16ª CRES
MACRORREGIÃO SOBRAL.

SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA
CLÍNICA MÉDICA

Unidade solicitante: H.D.M.A Telefone do setor: (88) 3621-0744 Município: Camocim

Nome do paciente: Henrique dos Reis Pereira Sexo: Masc ☒ X Fem ☐ Data de nascimento: 01/01/87 Idade: 32

Rua/Número/Bairro/Cidade: Rua José Raimundo Veiros 61

Filiação: Maria da Silva Pereira, Antonio de Jesus Pereira

Médico solicitante: _____ CREMEC: _____

Diagnóstico(s): Infarto agudo a.terminal. E

Co-Morbidade(s): _____

QUEIXA: QUEIXA DE ANGINA DURAÇÃO: _____ D _____ M _____ A _____

ANAMNESE: paciente jovem com história de angina de peito @ com serviço de emergência.

SINAIS VITAIS: PA: X mmHg FC: _____ bpm FR: _____ irpm TAX: _____ °C DX: _____ mg/dl

NOME FÍSICO: Dependência em VT @

MEDICAÇÃO E TEMPO DE USO: _____

EXAMES COMPLEMENTARES: _____

CONDUTA NO HCSPITAL DE ORIGEM: TRANSFERÊNCIA PARA SANTA CASA DE SOBRAL

Data da solicitação: 30/11/16

Assinatura do médico com carimbo
CREMEC - 1101

SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA
CLÍNICA MÉDICA

Unidade solicitante: H. D. M. A. Telefone do setor: (88) 3621-0144 Município: Camocim

Nome do paciente: Henrique dos Reis Pereira Sexo: Masc ☒ Fem ☐ Data de nascimento: 01/02/04 Idade: 14

Rua/Número/Bairro/Cidade: Rua Dr. Raimundo Viana 61

Filiação: maria da Silva Pereira, Antônio da Silva Pereira

Médico solicitante: _____ CREMEC: _____

Diagnóstico (s): fratura exposta de tíbia. (E)

Co-Morbidade(s): _____

QUEIXA: "QUEBRA DE PERNÔ" DURAÇÃO: _____ D _____ M _____ A _____

ANAMNESE: paciente chegou com fratura da perna da
perna esquerda há 2 dias

SINAIS VITAIS: PA: X mmHg | FC: _____ bpm | FR: _____ irpm | TAX: _____ °C | DX: _____ mg/dl

EXAME FÍSICO: deformidade na tíbia (E)

MEDICAÇÃO E TEMPO DE USO: _____

EXAMES COMPLEMENTARES: _____

CONDUTA NO HOSPITAL DE ORIGEM: Tratamento para fratura
de Sobral

Data da solicitação: 30/11/16

Assinado pelo médico com carimbo

RUA 24 DE MAIO, 698 - CENTRO - CAMOCIM - CEARÁ - FONE: (88) 3621.1122 / 3621.1250



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE REFERÊNCIA

1 - Preencher esta ficha em 3 vias.
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias para o usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade de Origem: H. D. M. A

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: Henrique da Silva Pereira Prontuário Nº: _____

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 01/02/07 Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Tel.: _____

Motivo do encaminhamento: avaliação para com fratura da mão
da perna @ com dor.

Resultado de Exames: _____

Consulta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: Fratura exposta de tibia

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Data 30/11/16 Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Ortopedia Profissional: _____

Unidade de Referência: Santa Casa de São Data: 30/11/16 Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: 1 / 1 / _____

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico Principal: _____ CID: _____

Secundário 1: _____ CID: _____

Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de Conduta para Seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data



FICHA DE REFERÊNCIA

1 - Preencher esta ficha em 3 vias.
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias para o usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade de Origem: H. D. M. A
Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: Henrique da Silva Pereira Prontuário N°: _____
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 01/02/02 Ocupação: _____
Endereço: _____ Bairro: _____ Tel.: _____

Motivo do encaminhamento: Curse para uma fratura no braço
do joelho e do pé direito.

Resultado de Exames: _____

Consulta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: Fratura na tibia.

Assinatura do Encaminhante - N° Registro _____

Data 30/11/16 Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Ortopedia Profissional: _____

Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N° _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico _____

Resultado de Exames _____

Diagnóstico Principal: _____

Secundário 1: _____ CID: _____

Secundário 2: _____ CID: _____

CID: _____

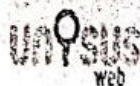
Proposta de Conduta para Seguimento _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - N° Registro _____

Função _____

Data ____/____/____



UNIDADE SECRETARIA MUNICIPAL DE CAMOCIM

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

PACIENTE	HENRIQUE DA SILVA PEREIRA
NOME DA MÃE	MARIA DA SILVA PEREIRA.
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	01/02/2007 - 10 anos
SEXO	MASCULINO
NOME DO RESPONSÁVEL	MARIA DA SILVA PEREIRA
TELEFONE DO RESPONSÁVEL	(88) 94487712
ENDEREÇO	RUA DR RAIMUNDO VERAS, Nº 61
BAIRRO	BRASILIA
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CAMOCIM
ESTADO DE RESIDÊNCIA	CEARA

Solicitação

NÚMERO	13440065476
SITUAÇÃO	LAUDO DE AIH AUTORIZADA
DATA - HORA	24/05/2017 09:46
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	3021114 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
ESTABELECIMENTO EXECUTOR	3021114 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL (SO
PROFISSIONAL SOLICITANTE	37074288772 - AUDY ROCHA DE OLIVEIRA
PROFISSIONAL EXC. SUGERIDO	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0408060360 - RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO
PROCEDIMENTO REALIZADO	0408060360 - RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO
CLÍNICA	CIRURGICO - CIRURGIA GERAL
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	ELETIVO
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	ELETIVA
OBSERVAÇÕES	PACIENTE NECESSITA DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

Justificativa da internação

DIAGNÓSTICO INICIAL	T846 - Infecção e reação inflamatória devidas a dispositivo de fix
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	

36

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS

**PRINCIPAIS SINAIS E
SINTOMAS CLÍNICOS**

PACIENTE NECESSITA DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO.

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM
A INTERNAÇÃO**

RETIRADA DE FIXADOR

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE
PROVAS DIAGNÓSTICAS**

EXAMES FÍSICOS

Causas externas

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE

NÃO SE APLICA



Secretaria Municipal de Saúde
Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria - CARA

PACIENTE: *Henrique da Silva Pereira*

AUDITOR: *Moiseis*

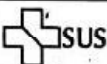
DATA: 03/05/2017

LOCAL: CENTRO DE SAÚDE DE SOBRAL

AS 07:00 DA MANHÃ, POR ORDEM DE CHEGADA.
LEVAR O LAUDO DE APAC ORIGINAL E CARTÃO DO SUS.

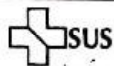
134 400 65 476

38

 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 SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL				2 - CNES 310211114			
3 - NOME DO PACIENTE SANT				4 - SEXO M			
5 - NOME DO RESPONSÁVEL HENRIQUE DA SILVA PEREIRA				6 - DATA DE NASCIMENTO 01/02/2007			
7 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA DR. RAIMUNDO VERAS 61				8 - CID - ICD 10 SEM DOC			
9 - NOME DA MÃE 11 - NOME DO RESPONSÁVEL				10 - SEXO M			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) BRASILIA: CAMOCIM-CE: CEP: 62400000				13 - CID - ICD 10 SEM DOC			
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 15 - CID - ICD 10				16 - CID - ICD 10 SEM DOC			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente apresenta sinais de desidratação e febre</i>							
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>paciente com febre</i>							
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exame físico</i>							
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Infecção</i>							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Retirada de febre</i>				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 04018106103610			
26 - CLÍNICA 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO				31 - DOCUMENTO 32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>[Assinatura]</i>				34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 03/04/2011			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		38 - CNPJ EMPRESA	
39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		40 - CNPJ EMPRESA		41 - SÉRIE		42 - CNPJ EMPRESA	
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO							
AUTORIZAÇÃO							
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i>[Assinatura]</i>				45 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 310211114			
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 03/04/2011				47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 03/04/2011			

CÓD. 9166(A) 9167(V)

Gráfica CLEIDE - (88) 3611.3723



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		3 0 2 1 1 1 4	
3 - NOME		4 - CNES	
SANTA		3 0 2 1 1 1 4	
5 - NOME		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
SANTA			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - RAÇA/COR	
Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3			
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
		18 - UF	
		19 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Parceiro a apresentar sinais de portulidade e frouxidão a retin de fígado exte			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
a retin de fígado exte			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Exame fígado + 57			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
Fígado de fígado + 57			
24 - CID 10 PRINCIPAL			
K74.6			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Retin de fígado		0 4 0 8 0 5 0 3 6 0	
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
31 - DOCUMENTO		32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
() CNS () CPF		5 7 0 7 4 2 8 8 7 4 2	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
		03/04/2011	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA	
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		40 - Nº DO BILHETE	
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		41 - SÉRIE	
42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE EMPRESA	
44 - CBOR			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
48 - DOCUMENTO		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
() CNS () CPF			
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

COD. 9166(A) 9167(M)

Gráfica CLEIDE - (88) 3611.3723

SINISTRO 3170218753 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA henrique da silva pereira

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO UNIÃO SEGURADORA S/A

- VIDA E PREVIDÊNCIA-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO henrique da silva pereira

CPE/CNPJ: 67507018334

Posição em 27-07-2017 11:33:43

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 2.362,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacão	Juros e Correção	Valor Total
28/07/2017	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	RS 2.362,50