

PROCURAÇÃO AD JUDÍCIA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Francisco Helio Machado Pontela</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Serviço Geral</u>	Carteira de Identidade: <u>2007108706-5</u>	
CPF nº: <u>048.095.533-61</u>	Residência: <u>R. Jackson do Pontelho 85</u>		
Bairro: <u>Jardim Metropole</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>60332-516</u>

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na Rua Meton de Alencar, nº 106, Altos, Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.035-160, fones: (85) 98225-8282 (85) 3121-8383
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.

Poderes especiais: Receber e fazer levantamento de alvará judicial, em nome dos outorgantes, em qualquer banco e/ou instituição financeira.

Fortaleza (CE), 02 de Abril de 2019.

x Francisco Helio Machado Pontela
Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Francisco Hélio Machado Pilla, brasileiro(a),
solteiro, serviço Gerais, portador(a) da Carteira de Identidade/RG nº
2007108706-5, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 848.025.533-61, residente e
domiciliado(a) na Rua Joackson do Pandeiro, nº 85,
Jardim Metrópole, Cep nº 60332-516,
Fortaleza -CE, declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira,
não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem
prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº
1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 02 de Abril de 2019.

x Francisco Hélio Machado Pilla

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007108706 - 5 DATA DE EMISSÃO 26/04/2008

NOME FRANCISCO HELIO MACHADO PORTELA

FILIAÇÃO MANOEL MACHADO PORTELA

ANTONIA MACHADO PORTELA

NATURA IDADE COREAU - CE

DATA DE NASCIMENTO 15/05/1986

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: UBAÚNA TERMO: 1946 FOLHA: 59V LIVRO: A

04 COREAU - CE

CPF 048.096.533-61

1 VIZ

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 93

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 048.096.533-61

Nome FRANCISCO HELIO MACHADO PORTELA

Nascimento 15/05/1986

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MULTIMÉDIA BARBOSA DE SOUSA

Assinatura do Titular

Francisco Helio Machado Portela

Carteira de Identidade

1 VIZ

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 93

Nº DO CLIENTE
381452-1
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP: 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047261/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 513883754

Data de Emissão 19/02/2018

Rota 13 01150 34 341800 - 4

Nome FRANCISCA DO CARMO DE SOUZA BRASIL

End. Postal RU JACKSON DO PANDEIRO 00085 JARDIM PETROPOLIS - FORTALEZA - 60332510

Medidor 2051449

Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 241630153-53

Nome do Responsável CGF

Posto 1062 079W

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Fev/2018	19/02/2018	20/03/2018

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
FF23.9F64.GENE.7354.4E16.E200.8565.4F5E

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 3658	3563	1,00	95	0,00	95	0,1625 0,16880	15,75

VALOR CONSUMO DO MÊS

19/02/18	19/01/18	31 DIAS	VALOR (R\$)
			23,80
			4,13
			0,84
			2,00
			3,00
			35,43

VENCIMENTO 26/02/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 69,20

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	11,37
Transmissão	4,13
Distribuição	2,67
Encargos Setoriais	1,74
Tributos (ICMS PIS-COFINS)...	24,64
TOTAL	44,55

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

02	05	04	09	01	10	07	10	04	03	03	06
11,37	11,37	11,37	11,37	11,37	11,37	11,37	11,37	11,37	11,37	11,37	11,37

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	Consciência Ecológica (%CO ₂)
Emitido kg (CO ₂) 41,06	Compensado kg (CO ₂) 0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUINDO O DÍGITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e amigos e avise no contato ao mosquito-transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 1,74 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 2,66% e COFINS: 3,14%

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2017, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.

(85) 9.87950002
(85) 9.87740318

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - CE		Nº 013547531780	
86278431441		CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	
JOSE		013547531780	
VIA	COG. RENAVAM	RNTRC	
01	1134148310	0000000000	
NOME ENDEREÇO			
JORGE MARQUES FERNANDES			
RUA ALTO MAR, 00100			
- BARRA DO CEARÁ			
60332560 - FORTALEZA/CE			
COT. MV		PLACA	
61625094353		PNP9949	
NOME ANTERIOR			
CEARA MOTOS LTDA FILIAL			
PLACA ANT./UF		CHASSI	
*****/CE		9C2KD0810HR446167	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.		GASOL/ALCO	
MARCA/MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/NEAR 160 AKROS ESDD		2017 2017	
CAP/POT/CIL		CATEGORIA	
2P/0CV/162CC		PARTIC	
COR PREDOMINANTE		VERMELHA	
OBSERVAÇÕES			
MOTOR: KD08E1H446186			
AL.FID. BANCO PAN S A;*****			

LOCAL		DATA	
FORTALEZA		07/11/2017	
Assinatura		DETRAN-CE	

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 11

FLS. _____

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3275 / 2018**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **30/07/2018 16:15:33**Data / Hora da Ocorrência: **08/05/2018 12:00:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA PRESIDENTE ROBERT KENNEDY**

Complemento:

Bairro: **GOIABEIRAS**Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **FRANCISCO HELIO MACHADO PORTELA**Nascimento: **15/05/1986** CPF: **048.095.533-61**RG: **2007108706-5**Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **ANTONIA MACHADO PORTELA****MANOEL MACHADO PORTELA**Endereço: **RUA MARISOL , 557 CASA A**Bairro: **BARRA DO CEARA**Município: **FORTALEZA/CE**CEP: **60.333-110**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98410-5010****Dados do(s) Veículo(s)****1) Placa: PNP9949** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2KD0810HR446167** Renavam: **1134148310** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** AnoFabricação: **2017** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JORGE MARQUES FERNANDES** Situação:**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA PNP-9949 NA AV. PRESIDENTE ROBERT KENNEDY QUE A VITIMA AO FREAR A MOTO PERDEU O CONTROLE DA MOTO VINDO A VITIMA CAIR NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O UPA-PIRAMBU POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE.////////

OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**

PIRAMBU

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCISCO HELIO MACHADO PORTELA

Prontuário: 217485

Admissão: 08/05/2018

12:59

Data Nasc.: 15/05/1986 Idade: 31 ano(s) 11 mes(es) e 24 dia(s)

Sexo: Masculino RG:

Mãe: ANTONIA MACHADO PORTELA

Telefone: (85) 98410-5010

Endereço: RUA JACSON DO PANDEIRO,85

Bairro: BARRA DO CEARÁ

CEP: 60000-000

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Classificador: MARIA ZAIDE LIMA VASCONCELOS

Risco: LARANJA

Data: 08/05/2018 13:36

Queixa: dor e edema no pe esq após queda de moto GORA

Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador: DOR INTENSA

Risco de Queda: Não

Alergia: Não

Dengue Não Primeiro sintoma

Chikungunya: Não

Prim/Sintoma

Sato02: Glasgow: Temp.:

Glicemia:

Régua: 8

Pulso/FC:

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
08/05/2018 13:03:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	DOR MODERADA	AMARELO	MARIA ZAIDE LIMA VASCONCELOS CARNEIRO

ALERGIAS

Descrição:

ATENDIMENTO

Médico: CAMILA VASCONCELOS DE OLIVEIRA

Nº Atendimento: 611802

Data: 08/05/2018 13:52

Eixo: OBSERVAÇÃO BREVE ADULTO

CRM: 14681

P.A.:

Acidente: Sim Agressão: Não

Peso:

Protocolo Sepse: Não

Hipótese Diagnóstico: ACIDENTE DE TRANSPORTE NAO ESPECIFICADO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

32 ANOS, REFERE DOR EM TORNOZELO ESQUERDO E EM OMBRO ESQUERDO APOS ACIDENTE DE MOTO HOJE

NEGA ALERGIAS

AO EXAME:

PE ESQUERDO: EDEMA LOCAL

CD: SOLICITO RAO-X PE ESQUERDO

PROTOCOLO SEPSE

EXAME

RAIO-X PE E AP/OBLIQ (0204060150)



INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

PIRAMBU

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCISCO HELIO MACHADO PORTELA

Prontuário: 217485

Admissão: 08/05/2018 12:59

Data Nasc.: 15/05/1986 Idade: 31 ano(s) 11 mes(es) e 24 dia(s)

Sexo: Masculino RG:

Mãe: ANTONIA MACHADO PORTELA

Telefone: (85) 98410-5010

Endereço: RUA JACSON DO PANDEIRO,85

Bairro: BARRA DO CEARÁ

CEP: 60000-000

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Classificador: MARIA ZAIDE LIMA VASCONCELOS

Risco: LARANJA

Data: 08/05/2018 13:36

Queixa: dor e edema no pe esq após queda de moto GORA

Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador: DOR INTENSA

Risco de Queda: Não Alergia: Não

Dengue Não Primeiro sintoma

Chikungunya: Não Prim/Sintoma

Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia:

Régua: 8 Pulso/FC:

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
08/05/2018 13:03:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	DOR MODERADA	AMARELO	MARIA ZAIDE LIMA VASCONCELOS CARNEIRO

ALERGIAS

Descrição:

ATENDIMENTO

Médico: CAMILA VASCONCELOS DE OLIVEIRA

Nº Atendimento: 611802

Data: 08/05/2018 13:52

Eixo: OBSERVAÇÃO BREVE ADULTO

CRM: 14681 P.A.:

Acidente: Sim Agressão: Não

Peso:

Protocolo Sepse: Não

Hipótese Diagnóstico: ACIDENTE DE TRANSPORTE NAO ESPECIFICADO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

32 ANOS, REFERE DOR EM TORNOZELO ESQUERDO E EM OMBRO ESQUERDO APOS ACIDENTE DE MOTO HOJE

NEGA ALERGIAS

AO EXAME:

PE ESQUERDO: EDEMA LOCAL

CD: SOLICITO RAO-X PE ESQUERDO

PROTOCOLO SEPSE

EXAME

RAIO-X PE E AP/OBLIQ (0204060150)



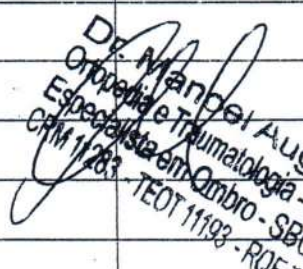
Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 02/04/2019 às 11:28, sob o número 01215739620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0121573-96.2019.8.06.0001 e código 4637D87.



**Prefeitura de
Fortaleza**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

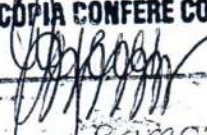
DADOS PESSOAIS			
NOME DO PACIENTE FRANCISCO HELIO MACHADO PORTELA		Nº DO PRONTUÁRIO 169666	Nº DO BE 214918
CADUS	NASCIMENTO 15/05/1986(31 ANOS)	SEXO M	RACIA/COR PARDO
NOME MAE ANTONIA MACHADO PORTELA		NOME RESPONSÁVEL AMIGO	
ENDEREÇO RUA JAKES PANDEIRO 85 GOIABEIRA		MUNICÍPIO	UF CE
CONTATO (85)98410-5010		CEP NI	
OCORRÊNCIA			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEIXA SIC MOTO BATEU EM CARRO DE RECICLAGEM E COM DOR NO MIE DIA 08/05/18		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA HELENA RODRIGUES	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 10/05/2018 15:53:11
ÁREA DE ATENDIMENTO			
ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO TRAUMA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
ANAMNESE Paul. de lus frank em pi- © cd: futura pl cyra.			
DIAGNÓSTICO Paul. lus frank		303010200 5999	
SAC. SOLICITADO: ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIO-X		☐ OUTROS	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MÉDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
		 Dr. Manoel Augusto Ortopedia e Traumatologia - SBOT Especialista em Ombro - SBCOC CRM 11283 TEOT 11193 - RQE 7890	
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
ALTA/SAÍDA: ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO			
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Impresso por MARIA HELENA RODRIGUES em 10/05/2018 às 15:53:15

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

FRANCISCO HELIO MACHADO PORTELA

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


Marcia Ramo
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDBA2



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



Prefeitura de
Fortaleza

RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

PACIENTE:

Fco. KAIRO NUNES PONTA

PRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO
INÍCIO DO TRATAMENTO	DATA DA ALTA	DATA DO RETORNO	MÉDICO PARA RETORNO
10/05/18	13/05/18	02/06	Dr. Sampaio

RESUMO DA HISTÓRIA DA CLÍNICA

DIAGNÓSTICO

PRINCIPAL:

ACESSÓRIO-1

ACESSÓRIO-2

ACESSÓRIO-3

EXAMES ESPECIALIZADOS:

Fa. NOSTATANGO

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

OSTEOCLINTE 12005

TERAPÊUTA APÓS ALTA

MMGESSIA + ATB

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

CONDIÇÕES DE ALTA:

CURADO ☒

MELHORADA

OUTROS

Mat. 45632

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA:

13/05/18

Dr. Antonio Luiz de A. Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião do Quadril
CRM-14047

MÉDICO - CRM

FICHA DE EVOLUÇÃO DE PACIENTE - FEP

NOME	Francisco Gilson Medeiros					
PRONTUARIO	DATA DO NASCIMENTO	ENFERMARIA	LEITO	DATA DO INTERNAÇÃO	DATA DO INICIO DO TRATAMENTO	
DIAGNÓSTICO				OBSERVAÇÕES		
DATA	EVOLUÇÃO					
10/05/18	paciente sem Fnt. de Lisfrank em pé (E). <u>cd.</u> Intenso fl eura eletua					
Dr. MARCOS AUGUSTO Ortopedia - Traumatologia - SBOT Especialista em Ombro - SBCOC CRM 11283 - TEOT 1193 - RQE 7890 HOSPITAL DISTRITAL DR. EVARDO ATES DE MOURA ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL Marcos Ramos Mat. 45632 Coordenador do SAME - HDEP Dr. Evaristo Nelson T. da Costa Traumatologia Ortopedia CREMEC-5267						
11/05/18	Exame de Augusto Carneiro					
22/05	# PRATOIA Lisfranc CDU/ ALBERTA OLIVEIRA					
Dr. Antonio Luiz A. Gonçalves Ortopedia - Traumatologia Cirurgião Quadril CRM 22444 - TEOT 14047						



PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL Dr. EVANDRO AYRES DE MOURA
FICHA DE ANESTESIA



NOME: Francisca Hênia Machado Portela Nº PRONTUARIO: 169666

INFERMARIA:

INFERMARIA:		PULSO		RESPIRAÇÃO		TEMPERATURA		PESO		ALTURA	
DATA 12/05/2018		PRESSÃO ARTERIAL 120 x 70 mmHg		200 bpm		20 l/min		Afebril			
TIPO SANGÜÍNEO		HEMOGLOBINA		HEMATÓCRITO		PLAQUETAS		GLICEMIA		OUTROS:	
								CREATININA			
URINA				URINA							
								ASMA		BRONQUITE	

APARELHO RESPIRATÓRIO		neg		neg	
APARELHO CIRCULATÓRIO		neg		ELETROCARDIOGRAMA	
APARELHO DIGESTIVO		DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO	
neg		incompletos	neg		
EL O MENTAL		ANSIOLÍTICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES
evidente		neg	neg	neg	neg
D OSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		Fratura de metatarso + lesão tendinosa de extensores.		ESTADO FÍSICO	RISCO
		pe esse		ASA I	±
ANESTESIAS ANTERIORES				EMERGÊNCIA ()	ELETIVA (X)
neg					
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		APLICAÇÃO		EFEITO	

[illegible]

AGENTES	Xilocaína 2% + Ad	CÂNULAS.
TÉCNICAS ANESTÉSICAS	Raqueanestesia + Sedação	TEMPO GARROTE:
CIRURGIA	Tratamento Cirurgico de fratura do pé E + tenoplastia	PERDA SANGÜINEA:
CIRURGIÕES	Dr Gabriel Xerxes + Dr Marcia Martins	INÍCIO:
ANESTESISTAS	Dra Marcia Martins + Dra Mariana Vidal	16:45
ANESTESISTAS	Dra Marcia Martins + Dra Mariana Vidal	TÉRMINO:
17:30h		
OBSERVAÇÕES	pressão	DURAÇÃO:
		01h45min



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



DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: FRANCISCO UBEO MACIEL		
DATA DA CIRURGIA: 12/05/18	UNIDADE:	LEITO: 118
CIRURGIÃO: GABRIEL XIMENES	1ª AUX.: MARCO WIEL	2ª AUX.:
AUX. CIRCULANTE:	AUX. INSTRUMENTADORA:	
ANESTESISTA: MARCIA	TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio neuromuscular	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE METATARso + LESÃO TENDINOSA DE EXTENSORES.		
TIPO DE CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA DO PÉ + TENDOPLASTIA		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO.		
EXAMES DURANTE ATO CIRÚRGICO: ESLOPIA	HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL	
INTERCORRÊNCIAS DURANTE A CIRURGIA: ☒	 Mat. 45832 Coordenador do SAME - HIDRA	
DESCRIÇÃO		
1) PACIENTE QUEMIGO DESEJA SOB MANEJO CONSERVADOR 2) ASSURSIA + ANURSOPSIA + POSICAO DE CAMPOS ESTERILIZADOS 3) PASSADA FAIXA DE SINALH. 4) ACESSO DORSAL POR PUNHO. 5) FIXACAO DE FRATURA DE BASE DO 5º MET. APOS REDUCCAO COM DO FIOS DE K. CURTOS. 6) TENDOPLASTIA DE TENDAO EXTENSOR 7) SUTURA POR PUNHO 8) CURATIVO 9) DAVA BOTA 10) A SA		

Dr. Gabriel Ximenes Almeida
Ortopedia e Traumatologia
Ombro e Coluna / Trauma do Espalho
CRM-CE 145371-TEO 15606

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				2 - CNES _____	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE 048 095 533 61				4 - CNES _____	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE Francisco Helio Machado Portela				6 - Nº DO PRONTUÁRIO 169666	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 705000623115153		8 - DATA DE NASCIMENTO 15 05 86		9 - SEXO Marc. ☒ 1 Fem. ☐ 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Antonia Machado Portela				11 - TELEFONE DE CONTATO 85 984105010	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) R- Jaques Pandeiro, 85, Goiabeiras					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Fortaleza		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO CE		15 - UF CE	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Fratura de pé (Luncheon)					
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL Marcia Ramos Mat: 45632 Coordenador do SAME - HIDRAE					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Realiza cirurgia.					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Rx: Fratura de pé (L)					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Frut. pé (L)		21 - CID 10 PRINCIPAL S999		22 - CID 10 SECUNDÁRIO _____	
				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Ortopedia				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____	
26 - CLÍNICA Elitius		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Elitius		28 - DOCUMENTO _____	
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Marcos		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 10 05 18	
32 - ASSINATURA E CARIMBO Dr. Marcos		33 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO 11133		34 - RUA RUA	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 37 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		38 - CNPJ DA SEGURADORA _____		39 - Nº DO BILHETE _____	
40 - CNPJ DA EMPRESA _____		41 - CNAE DA EMPRESA _____		42 - CBOR _____	
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____		45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR _____		46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 12670020748	
47 - DOCUMENTO _____		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____		49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 2318102178975	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____			



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



Prefeitura de
Fortaleza

RECEITA

ATOSIA MORAIS

Atest. para os novos fins que
O FRANCISCO MARIO MACIANO PORTA
SOMOU FRATINA NO BASTO AO J.
MTT (E) NOUATANO MATRIMONIO
CUNHAIA NA 2,5 MESES TONHO
ENQUANTO COM CONSUMO, SEM
SOLUÇÕES. PRONTA ASSINANTICO.
ENCONTRA-SE DE ALTA RABUADO-
NAL E ANTO PARA O RETORNO
DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS.

10/02/18

Dr. Antônio Antônio Almeida
Ortopedia e Traumatologia
Clínica e Consultório de Especialidade
CRM-CE 14357 / TEOT 1506

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



Profeltura de
Fortaleza

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
RUA CÂNDIDO MAIA, 294 - ANTONIO BEZÉRRRA
FORTALEZA - CE - CEP 60353-830 - PABX: 3488.3210

Paciente: Dr. João M. Rocha

Médico: Dr. BARBOSA

1º Atendimento (Data): 30 / 05 / 18

Diagnóstico: Do MORTALDO

Procedimento: 12105148

Retorno: 02106 (07h)

Retorno: 23/06 11:07h

Retorno: _____

Retorno: _____

Retorno: _____

**TRAZER ESTE CARTÃO NOS
RETORNOS AO HOSPITAL**

Dr. Gabriel Ximenes Almeida
Ortopedia e Traumatologia
Clínica e Colégio de Trauma do Esporte
CRM-CE 14551 / TEOT 15806



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



ATESTADO MÉDICO

O Sr (a): FRANCISCO JUSTO MACHADO ROLTA

Foi atendido (a) neste hospital:

Dia: 10 de 05 de 18 às _____ hs

Tendo como causa do atendimento: _____

_____ CID: _____

1. () Paciente foi atendido nesta instituição às _____ hs e pode retornar à suas atividades.
2. () Necessitando de _____ () dias de afastamento de suas atividades laborais ou escolares por motivo de doença ou agravos. CID: _____
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, 10 de 05 de 18

Dr. Antonio Luiz Boncarras
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia de Quadril
CRM 12444 - RQEOT 14047

Médico - CRM

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
Rua Cândido Maria, 294 - Antº Bezerra
Fortaleza-Ceará
Telefone: (85) 3488 32 10

SINISTRO 3180510045 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO HELIO MACHADO PORTELA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO FRANCISCO HELIO MACHADO PORTELA

CPF/CNPJ: 04809553361

Posição em 02-04-2019 10:25:00

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/02/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50