



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Mumad Valcelino de Almeida</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>autônomo</u>	Nacionalidade: <u>brasileiro</u>
RG: <u>36.513.207-X</u>	CPF: <u>290.924.058-41</u>	
Endereço: <u>101 Nova Metrópole</u>		
Cidade: <u>Limoeiro</u>	CEP: <u>61.000-000</u>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Fortaleza-CE, Cep: 60.055-10, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover, acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiência e perícias médicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 16 de setembro de 2016.

[Assinatura]

OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Manoel Marcelino de Menezes, residente e
 domiciliado na 101, nº 90,
 bairro: Nova Metrópole na cidade de Cumecã, portador(a) do
 RG nº 36.513.604-X, inscrito(a) no CPF nº 290.924.058-41,
 estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu
 próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que
 declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que
 assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com
 esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 16 de setembro de 2016.

Manoel Marcelino de Menezes
 DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a)
Sr(a) Manoel Juliano de Mendonça Declara para os
devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA
DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais
precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs
nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos
fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal)
pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança
de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude
sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE
Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 16 de setembro 2016

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 1419 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 12/02/2016 17:54:46
Data / Hora da Ocorrência : 14/08/2015 09:30:00
Endereço da Ocorrência: RSTR



LAGOA DOS PORCOS CAUCAIA / CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: MANOEL VALCELINO DE MENESES
Nascimento : 21/03/1969
RG: 36513207X Órgão Emissor: SSP - UF: SP - CPF: .
Filiação: RAIMUNDO NONATO DE MENESES
MARIA GUARACI VASCONELOS MENESES
Endereço: R PROGRESSO 12
CAMPO GRANDE II
CAUCAIA CE BRASIL

Telefone: 88968992

Histórico

DISSE QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO QUANDO ESTAVA MONTADO EM UM CAVALO NA LOCALIDADE DE LAGOA DOS PORCOS EM CAUCAIA. QUE A VITIMA E O CAVALO FORAM ATINGIDOS PELO VEÍCULO AUTOMOTOR DE MARCA MERCEDES BENZ L 1620, CACAMÁ, CARREGADA DE BARRO, VEÍCULO ANO 1998/1998, COR VERMELHA, PLACA MYY0108-CAUCAIA-CE, NOME DE AQUAMASTER IND. DE RAÇÃO PARA P. LTDA, CHASSI 9BM695014WB173125, CONDUTOR DESCONHECIDO, QUE SOFREU LESÃO NO TORNOZELO DIREITO, QUE FOI SOCORRIDO PELO MOTORISTA DO VEÍCULO ACIMA IDENTIFICADO, SENDO LEVADO PELO PATRÃO DO CONDUTOR PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE CAUCAIA DR. ABELARDO GADELHA DA ROCHA SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL IJF-CENTRO-FORTALEZA ONDE A VITIMA SOFREU INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS, E NADA MAIS ACRESCENTAR.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

"ESCRIVÃO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

VISTO DO DELEGADO(A): _____

AROLD MENDES ANTUNES - MAT.: 88274819



AUTO-ATENDIMENTO - AG. CAUCAIA
 DATA: 29/07/2016 HORA: 10:15:55
 TERMINAL: 10891021 CONTROLE: 108910210278

AGENCIA: 1089 - CAUCAIA
 CONTA: 013.00058444-4
 CLIENTE: MANDEL VALCELINO DE MENESES

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

MOVIMENTAÇÃO	DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
			SALDO ANTERIOR	20,400
	Junho			
16/06	000000	REM BASICA		0,050
16/06	000000	CRED JUROS		0,100
28/06	000001	CRED TED		7.087,500
			RESUMO EM 30/06	7.108,050
			SALDO	

SE VOCE INDICOU A CAIXA NA DECLARACAO DE IMPOSTO DE RENDA, ANTECIPE SUA RESTITUICAO. PROCURE UMA AGENCIA CAIXA.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
 SAC CAIXA: 0800-726-0101
 Ouvidoria da CAIXA: 0800-725-7474
www.caixa.gov.br

0800 726 0101
 (informações, reclamações,
 sugestões e elogios)

Ouvidoria
 0800 725 7474
 (denúncias e reclamações
 não solucionadas)

0800 726 2402
 (para pessoas com
 deficiência auditiva)

BACEN
 0800 979 2345
 (Banco Central
 do Brasil)



"Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos."

Serviço de Atendimento ao Consumidor
 (SAC CAIXA)
www.caixa.gov.br

0800 726 0101
 (informações, reclamações,
 sugestões e elogios)

Ouvidoria
 0800 725 7474
 (denúncias e reclamações
 não solucionadas)

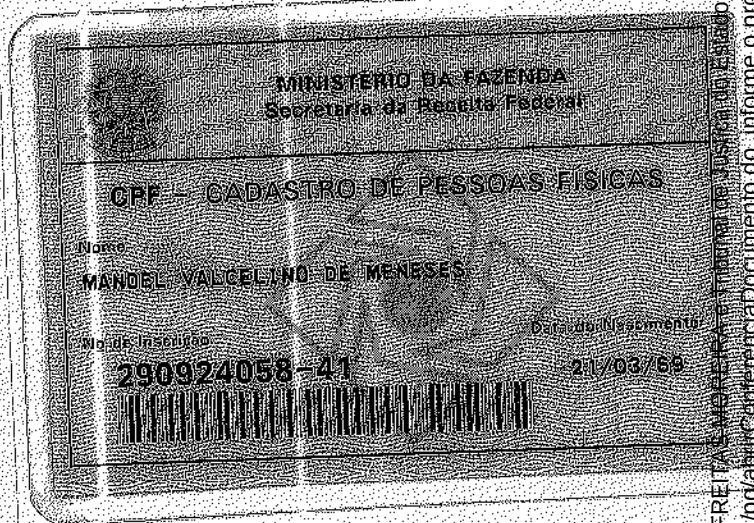
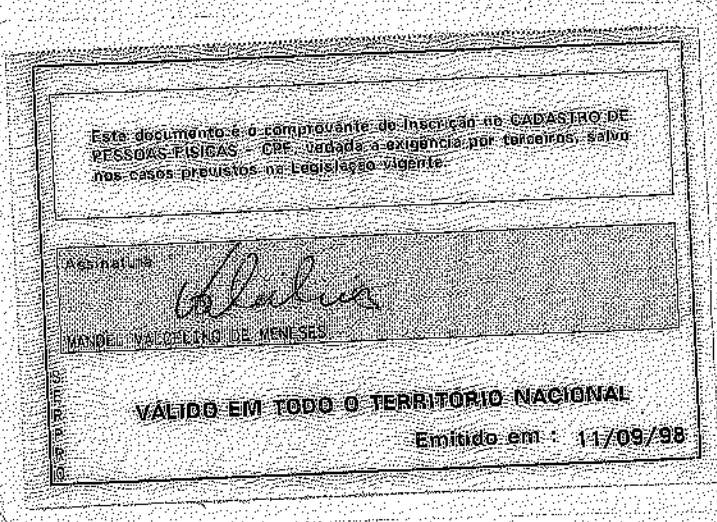
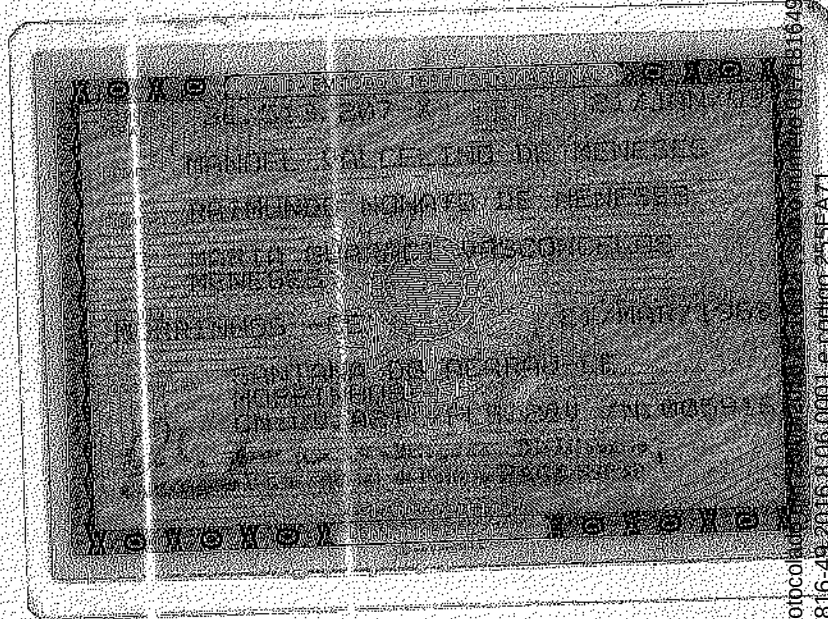
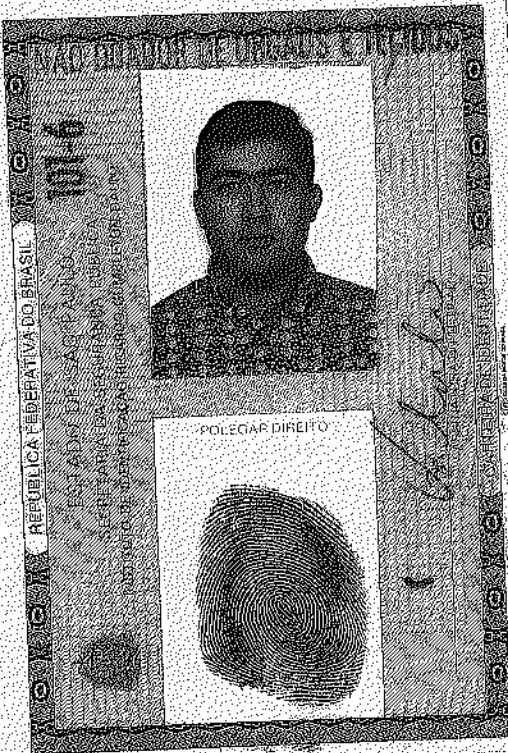
0800 726 2402
 (para pessoas com
 deficiência auditiva)

BACEN
 0800 979 2345
 (Banco Central
 do Brasil)



"Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos."

Serviço de Atendimento ao Consumidor
 (SAC CAIXA)
www.caixa.gov.br



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITA LACERDA e transmitido por SCS do Estado do Ceará, protocolado em 16/09/2016 às 16:49:20, sob o número 0171816-49-2016-8-06-0001 e código 255FAT1. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0171816-49-2016-8-06-0001 e código 255FAT1.

Nº DO CLIENTE
4341762-0

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.

Rua Padre Valdevino, 153
CEP 60135-040 Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

coelce

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B - SÉRIE D-1 - 109

Rota 17 22008 03 017500 - 8 Data de Emissão 24/05/2016

Nome MARIA GUARACI VASCONCELOS MENEZES

End. Postal 101 CONJ NOVA METROPOLE 00090
NOVA METROPOLE - CAUCAIA - 61600000

Medidor 347402

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 213486693-49

Nome do Responsável

Posto 0000 0002

Fator de Potência 2,00

CGF

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mai/2016	24/05/2016	24/06/2016

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunta JORDM
Mês: Mai/2016
DICI - 0,00 P
EUSD 45,38

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
137,55	27,00%	37,13

Padrão Individual	Apuração Individual		
	Mensal	Trin.	Anual
Mensal	10,29	20,59	41,19
Trin.	7,44	14,89	29,75
Anual	5,48	0,00	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

CE20.2490.944A.CAAI.0015.0439.9C86.4318

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
6893	6697	1,00	196	0,00	196	0,70181	137,55
24/05/16	25/04/16		29 DIAS		196		137,55

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	137,55
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL	19,30

VENCIMENTO 10/06/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 156,85

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
Energia	50,19
Transmissão	1,48
Distribuição	20,96
Encargos Setoriais	10,53
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	44,38
TOTAL	137,55

MÊS	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
Consumo (kWh)	207	196	245	234	235	239	340	181	174	178	179	146

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecoelce.	Compensação kg(CO ₂)	Consciência Ecológica (% CO ₂)
Emitido kg(CO ₂)	84,71	0,00

Informações importantes e avisos de vencimento
A ANEEL APROVOU UM AUMENTO MÉDIO DE 12,97% DAS TARIFAS DA COELCE, APLICADAS A PARTIR DE 22 DE ABRIL, CONFORME RESOLUÇÃO MONOLÓGATORIA NÚM. 2.065 DE 19 DE ABRIL DE 2016.

A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 7,25 referente a PIS e COFINS.
(Art. 9º Res. 105/2005 - ANEEL e Lei n. 10.637/02 e 10.690/03)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 26/09/2016 às 16:12, sob o número 01718164920168060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0171816-49.2016.8.06.0001 e código 255EAF71.

RECEITUÁRIO

Nome: Manoel Valcino L. Mendes BE/Prontuário: _____

Salute

Fisioterapia motora — 30 sessões

④ pelo ADM tornozelo D

Data: 20/01/16

Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC - 14.370

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.863 Versão 1 - 01/SEV/06 - Via Única - Formato A5 (148X219).

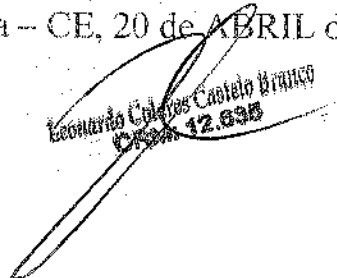


ATESTADO MÉDICO

NOME: MANUEL VALCELINO DE MENSES

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO, ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL POR FRATURA DE TORNOZELO DIREITO APÓS ATROPELAMENTO POR CAMINHÃO (SIC) . PACIENTE COM FRATURA CONSOLIDADA , APRESENTANDO DORES A MOBILIZAÇÃO, DEAMBULAÇÃO COM AUXILIO DE MULETAS CANADENSES, BLOQUEIO ARTICULAR DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR DE TORNOZELO AFETADO. PACIENTE COM DIFICULDADE DE MOBILIDADE.

Fortaleza – CE, 20 de ABRIL de 2016.


Leonardo Colares Castelo Branco
CRM 12.835



ATESTADO MÉDICO

NOME: MANOEL VALCELINO DE MENESES

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO (A) É ACOMPANHADO (A) EM AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA POR LUXAÇÃO COMPLEXA DO TORNOZELO DIREITO COM OSTEONECROSE DO TALUS, EM PROCESSO DE REABILITAÇÃO AO SETOR DE PERICIAS DO INSS

SOLICITO O AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES POR 06 (SEIS) MESES.

Fortaleza – CE, 09 DE DEZEMBRO de 2015.

Dr. Luiz Holanda Pinto Neto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CREMEC 9927 TEOT 11829

**INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA**

De: Serviço Social – IJF Centro
Para: Agência Previdenciária - INSS (Telefone: 135)
Encaminhamento: Auxílio Doença – Trabalhador Rural

Solicitamos atendimento aos familiares do Sr.
MANOEL VALCELINO DE MENESES, vítima de
ACID. DE TRANSITO internado neste hospital desde o dia
14/08/15, na unidade 1214

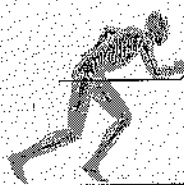
Documentos Necessários:

- Xerox e original da identidade e CPF;
- Comprovante de Residência;
- Declaração do Sindicato dos Trabalhadores Rurais;
- Documentação da EMATERCE com comprovação de vínculo com atividade agrícola;
- Comprovante da compra de sementes ou agrotóxicos;
- Xérox do Cadastro - CADÚNICO
- Atestado ou Declaração Médica;
- Xérox e original da certidão de nascimento dos filhos menores.


Vilma Aparecida Arruda Ramalho
Assistente Social
CRESS-CE 3851

85.32555040 – 32555037

Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP
60.025-061 Fortaleza, Ceará, Brasil
85 3255-5000



ARTICULAR
Clínica Médica e Fisioterapia

Av. Humberto Monte, 1440 - Parquelândia - CEP: 60450-000
Telefones: (85) 3283.4784 / 8800.0778

RECEITUÁRIO

Atestado

Atesto que o Sr. Wagner Veloso
de Fortaleza, 16/08/2015,
foi submetido a tratamento
físico com uso de
medicamentos e fisioterapia
para a recuperação da
função da coluna com êxito
de 90% da
função da coluna.
Atestado + limite de 15 dias
para o tratamento e acompanhamento
da mesma.

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.775.923-91

Fortaleza, 15/02/16

**Registro de Atendimento
Emergencial**

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUSA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 14/06/2015 18:07:11	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 702107741096699		NOME: MANOEL VALCELINO DE MENESES			Registro: 5390555		
CPF: 28092405841		RG:	D. NASC: 21/03/1969	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR:	
NOME DA MÃE: MARIA GUARACI VASCONCELOS MENESES				NOME DO PAI: RAIMUNDO NONATO DE MENESES			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: 101			Nº:	BAIRRO: NOVA METROPOLE (JUREMA)	
COMPLEMENTO:		TELEFONE CONTATO: 32131428	MUNICÍPIO: CAUCAIA		UF: CE	CEP: 61658090	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: MANOEL VALCELINO DE MENESES			PARENTESCO:			TELEFONE: 32131428	
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com caminhonete (pick up, perua, veraneio, furgão). Ocupante de uma caminhonete traum em acid de transporte sem colisão. Inclui: capotamento sem colisão							
QUEIXAS: HOJE CAMÇABA PASSOU POR CIMA DO PEM COM TRAUMA							
OBSERVAÇÕES: DOR							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escala de Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							

SERVIÇO DE PROTOCOLO - IJF
RAE TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 20/04/2016
MATRICULA 7965719

SERVIDOR(A)



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Nelson Carlos de Menezes
Idade: _____ anos _____ meses _____
Prontuário: _____ Unidade: _____ Leito: _____

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

psiquiatria de substituição de insulina (D)

Diagnóstico Principal: _____

Diagnósticos Secundários: _____

Seqüelas Apresentadas: _____

Procedimentos Cirúrgicos:

() Não

1- Cirurgia realizada: Ectomia de pele Cirurgião: Dr. Basso Data: 09/11/15

Tipo de anestesia/Sedação: _____ Cirurgião: _____ Data: ____/____/____

2- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____ Data: ____/____/____

Tipo de anestesia/Sedação: _____ Cirurgião: _____ Data: ____/____/____

3- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____ Data: ____/____/____

Tipo de anestesia/Sedação: _____ Cirurgião: _____ Data: ____/____/____

4- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____ Data: ____/____/____

Tipo de anestesia/Sedação: _____ Cirurgião: _____ Data: ____/____/____

5- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____ Data: ____/____/____

Tipo de anestesia/Sedação: _____ Cirurgião: _____ Data: ____/____/____

6- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____ Data: ____/____/____

Tipo de anestesia/Sedação: _____ Cirurgião: _____ Data: ____/____/____

Procedimentos Invasivos/Exames

() Sim

() Não

1- _____ Data: ____/____/____

2- _____ Data: ____/____/____

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Laudo Médico/Resumo de Alta - Serviço de Traumatologia-Ortopedia

No. HOSPGESTOR: 24461
LEITO: 1214

NOME: MANOEL VALCELINO DE MENEZES

DATA DE INTERNACAO: 14/ 08/ 2015

DATA DA ALTA: 20/11/2015

BE/PRONT: 5390555

CIDADE DE ORIGEM: CAUCAIA

NASCIMENTO: 21031969

IDADE: 46

DIAGNOSTICOS: FRATURA/LUXACAO DE TORNOZELO DIR (OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-OPERATORIOS: 1) RETORNAR PARA AMBULATORIO DO DR LUIZ HOLANDA 2) UTILIZAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS SE NECESSARIO 3) NÃO PISAR ATÉ O RETORNO

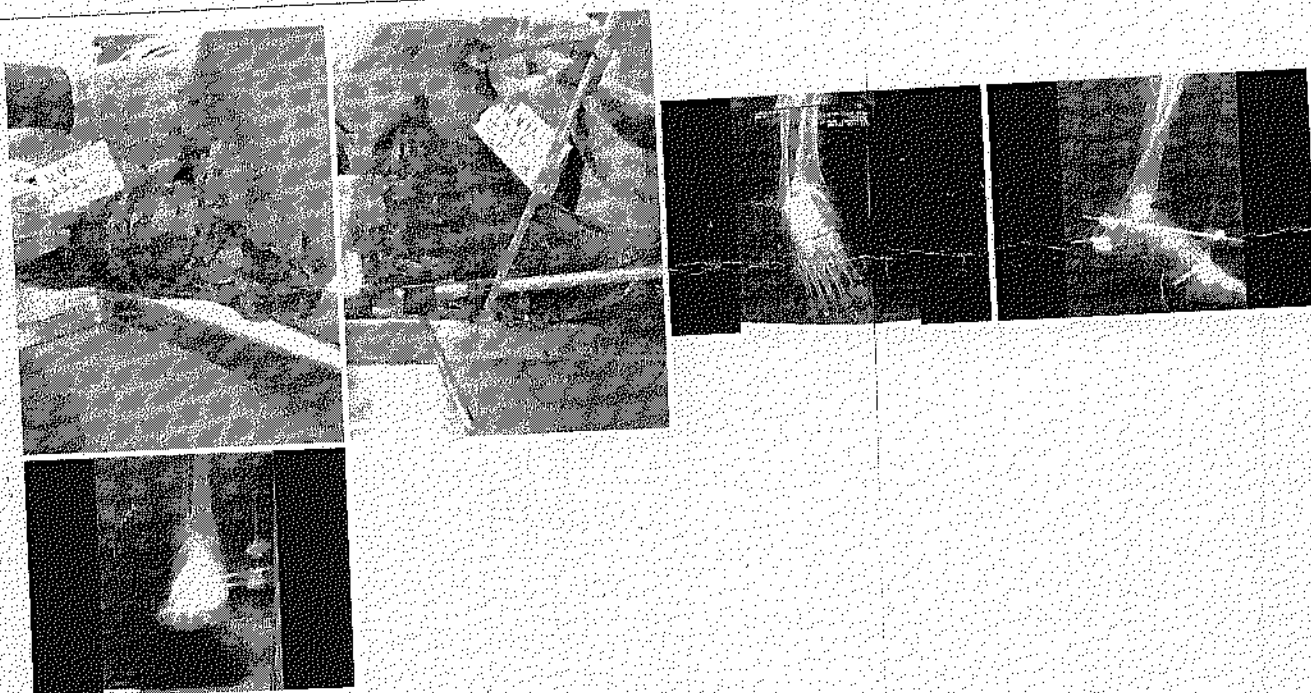
TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: LUIZ HOLANDA

RESIDENTE DO LEITO: RAFAEL CAVALCANTE



Mapa de Cirurgias

Dias Int.	#	Hora	Leito	Cirurgião
08	0	07:30	1214	MACHADO

MAPA DO DIA 05/09/2015 - Sábado

Residente: RAFAEL CAVALCANTE
Material: + CX BASICA TO PARA MMII + KIT BÁSICO: CX OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS E SACABOCADO + CX PEQUENOS FRAGMENTOS

Observação

Status da marcação

REALIZADA

Marcado por: HALINE MAGALHAE em 08-09-2015 9:24:02

LIMPEZA CIRURGICA BE: 5390555

MAPA DO DIA 11/09/2015 - Sexta-Feira

08	17	13:30	1214	TIAGO GOMES
----	----	-------	------	-------------

+ CX BASICA TO PARA MMII

REALIZADA

Marcado por: HALINE MAGALHAE em 14-09-2015 9:34:30

Dr. Igor E. do Lucena
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEO 16152

Retornar dia: 11/11 Hora: para Dr. LUIZ HOLANDA

20/11/15

20/11/2015



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5390555

NOME: MANOEL VALCELINO DE MENESES

DATA DE NASCIMENTO: 21/03/1969

PAI: RAIMUNDO NONATO DE MENESES

MÃE: MARIA GUARACI VASCONCELOS MENESES

DATA DE ATENDIMENTO: 14/08/2015

DATA SAÍDA: 21/11/2015

MOTIVO: PACIENTE COM HISTÓRICO DE ESMAGAMENTO EM PÉ DIREITO COM LUXAÇÃO EXPOSTA TORNOZELO DIREITO. DEU ENTRADA SEM PULSO PEDIOSO/TIBIAL POSTERIOR.

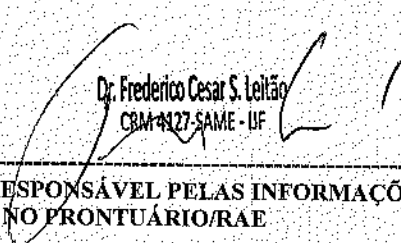
FOI SUBMETIDO A LIMPEZA CIRÚRGICA COM INSTALAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO E CIRURGIA VASCULAR (REPARO DA ARTÉRIA TIBIAL ANTERIOR) NA EMERGÊNCIA.

EVOLUIU COM NECROSE/INFECÇÃO, FOI SUBMETIDO A LIMPEZA CIRÚRGICA EM 05.09.2015 E EM 11.09.2015 (DR. BRENO PESSOA/TIAGO GOMES).

UMA TERCEIRA LIMPEZA FOI REALIZADA EM 10.10.2015 (DR. BRENO).

A LESÃO EXPOSTA FOI COBERTA COM ENXERTO DE PELE EM 09.11.2015 – DR. BRENO.

LAUDO MÉDICO DIGITADO EM 24/02/2016 (FRED/P).


Dr. Frederico Cesar S. Leitão
CRM 4127-SAME - UF

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL