

Fábio Monteiro
Advocacia

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Nome: <u>Raphael Saraiva de Oliveira</u>		Data Nasc: <u>11/03/1986</u>
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Autônomo</u>	Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>
RG: <u>2000018001808</u>	CPF: <u>025 769143-06</u>	Telefone: <u>3039.1515</u>
Endereço: <u>Rua Braz de Francisco, 475</u>		
Cidade: <u>Fortaleza</u>		CEP: <u>60355633</u>

OUTORGADOS: FÁBIO MONTEIRO ARRAIS MEDEIROS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE de nº 23.738, com escritório profissional na Rua Visconde de Barbacena, nº 413, sala 42, Bairro: Cidade dos Funcionários, Fortaleza/CE, CEP: 60.822-488, Fone: (85) 9992-0059 / (85) 8839-8483.

PODERES: Concede amplos poderes com os da cláusula "**AD JUDICIA**" para o foro em geral, para ajuizamento de medida judicial aplicável para cobrar a diferença do Seguro DPVAT, acompanhando-a em todos os seus termos até o final, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimentos e os documentos necessários, produzir provas e justificações, transigir, acordar, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, receber e dar quitação, finalmente tudo mais fazer, para o completo desempenho deste mandato, inclusive subestabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

DECLARAÇÃO: O (a) outorgante declara que não tem condições de arcar com as custas processuais sem prejuízo do sustento próprio e da família, necessitando, portanto, dos benefícios da justiça gratuita, nos termos da Lei 1.060/50.

Fortaleza (CE), 11 de Agosto de 20 15.

Raphael Saraiva de Oliveira

OUTORGANTE

Pará

Fortaleza / Ceará
Rua Visconde de Barbacena, 413, 31 - 42
CEP: 60.822-488, Cidade dos Funcionários
fabio.mam@hotmail.com
(85) 9992-0059 / 8839-8483

Maranhão

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2000018001808
DATA DE EXPEDIÇÃO	10/12/2007
NOME RAPHAEL SARAIVA DE OLIVEIRA	
FILIAÇÃO GESSI RODRIGUES DE OLIVEIRA	
ZILZA SARAIVA DE OLIVEIRA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
FORTALEZA - CE	11/03/1986
DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 ZONA TERMO: 180557 FOLHA: 191	
LIVRO: A153 FORTALEZA - CE	
CPF 025.769.143-06	
2 VIA	P.: 1
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BAIROSA DE SOUSA		Raphael Saraiva de Oliveira
	Polegar Direito	

1059499-0

378359667

09/03/2015

05 01140 10 020000 - 0

GESSE RODRIGUES DE OLIVEIRA

RU BRAZ DE FRANCESCO 00475 AP 402 BL 03

SAO GERARDO - FORTALEZA - 60355633

5539707

1100 T35N

-RESIDENCIAL MONOFASICO

0,00

013211453-49

Mar/2015 09/03/2015 08/04/2015

PRESIDENTE KENNETH

Jan/2015

ELER 54,43

DICRI= 0,00 P

44,96	27,80	12,13	5,07	10,15	20,30	0,00	0,00	0,00
			3,11	6,22	12,45	0,00	0,00	0,00
			2,95			0,00		

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

61783	61785	1,00	74	0,00	74	0,00	44,96
-------	-------	------	----	------	----	------	-------

05/03/15	06/02/15	31 DIAS	74	44,96
----------	----------	---------	----	-------

VALOR CONSUMO DO MES
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

44,96

4,35



16/03/2015

TOTAL
PAGAR (R\$)

49,31

Previdencia	20,39
Transmissao	0,00
Distribuição	1,14
Encargos Setoriais	1,14
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	15,06
TOTAL	44,96

204	74	184	187	274	241	213	221	215	183	227	226	212
-----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

31,98 0,00

informações importantes e avisos de pagamento
A AGEL APROVOU UM AUMENTO MEDIO EXTRAORDINARIO DE 9,05% DAS TAXAS DA ODELT, APLICANDO A PARTIR DE 02 DE MARÇO DE 2015, CONFORME RESOLUÇÃO MONOLOCUTORIA N.º 1058 DE 27 DE FEVEREIRO DE 2015.

A ODELT AGRADECE E INDEBENIZA PELA FORTALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Bandeira Tarifária: VERMELHA

Consta desta fatura R\$ 2,93 referente a PIS e COFINS.

Para adequações e melhorias no que concerne ao dimensionamento das redes elétricas por área geográfica e, visando a prestação de um melhor serviço, será efetuado remanejamento de rota de sua unidade consumidora, alterando a data da próxima leitura a de: 08/04/2015 para 17/04/2015

1059499-0

09/03/2015

378359667

Mar/2015

49,31

0001059499 00487 39212 30

8386000000-0 49310031000-7 00010594990-6 04873921278-2





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 1. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 101 - 1566 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 20/02/2015 10:04:21
Data / Hora da Ocorrência : 28/01/2015 13:00:00
Endereço da Ocorrência: AV PARCIFAL BARROSO

PRESIDENTE KENNEDY FORTALEZA /CE

Ponto de Referência: PROX. AO NORTH SHOPPING

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: RAPHAEL SARAIVA DE OLIVEIRA
Nascimento : 11/03/1986
RG: 2000018001808 Órgão Emissor: SSPDS UF: CE - CPF:
Filiação: GESSI RODRIGUES DE OLIVEIRA
ZILZA SARAIVA DE OLIVEIRA
Endereço: R RUA BRAZ DE FRANCESCO COND. PORTINÁRIO 475 BL.03/APTO.402
SAO GERARDO
FORTALEZA CE BRASIL Telefone: (

Histórico

Informa o noticiante que na data e hora acima citadas, seu filho RAPHAEL SARAIVA DE OLIVEIRA, pilotava a moto de marca HONDA/NXR150 BROS ESD, de placa-PMW-2878, chassi-9C2KD0540ER095023, renavam-10327825 ano/modelo-2014/2014, de cor preta, licenciada no nome de RAPHAEL SARAIVA DE OLIVEIRA, e trafegava pela Av. Parcifal Barroso, quando foi colhido por um veículo de placas não anotadas, que vinha em alta velocidade, cujo condutor saiu do local, tendo seu filho ficado jogado ao chão bastante ferido, sendo socorrido por uma ambulância do Samu, levado para o HUP-Centro e com cerca de três dias, foi transferido para o Pronto Socorro dos Acidentados, onde lá foi submetido a cirurgia. E nada mais disse. //

Noticiante(s)

Nome : GESSI RODRIGUES DE OLIVEIRA
Endereço : R BRAS DE FRANCESCO - COND. PORTINÁRIO 475 BL.03/APTO.402
Bairro : SAO GERARDO
Município/UF : FORTALEZA CE BRASIL Telefone: 8532371515

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 1. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

VISTO DO DELEGADO(A) :

VAGNER DINIZ LEITE - MAT.: 12580-1-X



Celia Moraes <celiamorais1984@gmail.com>

SOLICITADO PAGAMENTO

1 mensagem

Veritas DPVAT <contato@veritasdpvat.com.br>
Para: celiamorais1984@gmail.com

27 de julho de 2015 10:44

Porto Alegre, 27/07/2015 às 15:44:10

A
CELIA
Ref: SEGURO DPVAT
Vítima: RAPHAEL SARAIVA DE OLIVEIRA
Número do processo: 3150430517
Natureza: Invalidez

SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO

Informamos que o pagamento da indenização do sinistro está sendo providenciado. Se dentro de 10 dias a situação for a mesma, solicite esclarecimentos.
Relação dos Pagamentos Efetuados:

Data de previsão de pagamento: 28/07/2015
Valor: R\$ 7087,50

Cordialmente,

VERITAS REGULADORA DE SINISTROS LTDA.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Raphael Saraiva de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 2000018001808 e inscrito no CPF/MF sob o nº 025769143-06 residente e domiciliado na Rua Braz de Francisco, 475 Cidade Fortaleza Estado Ceará 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

x Raphael Saraiva de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Fortaleza, 20/04/13

Local e data

8. DETALHES DOS VEÍCULOS

Veículo 1
8.1. PLACA PMW 2878
8.2. MARCA HONDA
8.3. MODELO XR 150 BROS
8.4. ANO FABR. 2014
8.5. COR PRETA

8.6. TIPO
Bicicleta ☐ Vc. 1 ☐ Vc. 2 ☐ Vc. 3 ☐ Vc. 4
Ciclomotor ☐
Motocicleta ☒
Automóvel ☐
Microônibus ☐
Ônibus ☐
Misto ☐
Camioneta ☐
Outros ☐
Caminhonete ☐ Vc. 1 ☐ Vc. 2 ☐ Vc. 3 ☐ Vc. 4
Caminhão 2 eixos ☐
Caminhão 3 eixos ☐
Caminhão c/ semi-reboque ☐
Trator ☐
Tração animal ☐
Com reboque* ☐

Veículo 2
VEÍCULO EVADIU-SE DO LOCAL DO SINISTRO

Veículo 3
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 19/07/15
AMC

Veículo 4
PÁGINA 2/2
AMC

8.7. ESPÉCIE
Passageiro ☒ Vc. 1 ☐ Vc. 2 ☐ Vc. 3 ☐ Vc. 4
Carga ☐
Misto ☐
Tração ☐
Especial ☐
Competição ☐
Coleção ☐

8.8. CATEGORIA
Particular ☒ Vc. 1 ☐ Vc. 2 ☐ Vc. 3 ☐ Vc. 4
Aluguel ☐
Oficial ☐
Repres. Estrangeira ☐
Aprendizagem ☐
Fabricante ☐
Experiência ☐

8.9. ALUGUEL
Não se aplica ☒ Vc. 1 ☐ Vc. 2 ☐ Vc. 3 ☐ Vc. 4
Alternativo ☐
Escolar ☐
tratamento ☐
Moto-taxi ☐
Ônibus ☐
Taxi ☐
Número
Linha:

9. CONDUTORES DOS VEÍCULOS / PEDESTRES / PASSAGEIROS FERIDOS OU MORTOS

Vítima 1: Condutor ☒

Vítima 2: Condutor ☐ Pedestre ☐
Passageiro ☐ do veículo nº

Vítima 3: Condutor ☐ Pedestre ☐
Passageiro ☐ do veículo nº

Vítima 4: Condutor ☐ Pedestre ☐
Passageiro ☐ do veículo nº

9.1. Nº REGISTRO CNH:

9.2. NOME:

9.3. ENDEREÇO RESIDENCIAL:

9.4. TELEFONE:

9.5. NASCIMENTO:

9.6. IDENTIDADE:

9.7. PROFISSÃO:

9.8. REMOVIDO PARA:

9.9. REMOVIDO POR:

9.10. 1ª HABILITAÇÃO:

9.11. CNH VÁLIDA ATÉ:

9.12. CATEGORIA
NÃO habilitado ☐ VIL 1 ☐ VIL 2 ☐ VIL 3 ☐ VIL 4
Inabilitado p/ veículo ☐
Sem habilitação ☐
Permitido ☐
NÃO exigível ☐
NÃO apresentou CNH ☐
A ☐ VIL 1 ☐ VIL 2 ☐ VIL 3 ☐ VIL 4
B ☐
C ☐
D ☐
E ☐

9.13. GRAU DE INSTRUÇÃO
Superior ☐ VIL 1 ☐ VIL 2 ☐ VIL 3 ☐ VIL 4
2º grau ☐
1º grau ☐
Analfabeto ☐
Sem informação ☐

9.14. GRAVIDADE DAS LESÕES
Fatal ☒ VIL 1 ☐ VIL 2 ☐ VIL 3 ☐ VIL 4
Grave ☐
Leve ☐
Ileso ☐
Sem informação ☐

9.15. SEXO
Masculino ☒ VIL 1 ☐ VIL 2 ☐ VIL 3 ☐ VIL 4
Feminino ☐
Sem informação ☐
9.16. CINTO SEG. / CAPACETE
Vítima usando ☐ VIL 1 ☐ VIL 2 ☐ VIL 3 ☐ VIL 4

9.17. SITUAÇÃO DO CONDUTOR:

Permaneceu no local ☒ VIL 1 ☐ VIL 2 ☐ VIL 3 ☐ VIL 4
Atendeu a vítima ☐
Evadiu-se ☐
Socorrido ☐

9.18. POSIÇÃO DO PASSAGEIRO FERIDO OU MORTO

Na frente ☐ VIL 2 ☐ VIL 3 ☐ VIL 4
Atrás ☐
Em pé ☐
No compartimento de carga ☐
Sem informação ☐

10. TESTEMUNHAS

10.1 NOME _____ TELEFONE: _____
10.2 NOME _____ TELEFONE: _____
10.3 NOME _____ TELEFONE: _____

11. RESPONSÁVEIS PELO ATENDIMENTO E PREENCHIMENTO DO BO

11.1 NOME RAUÍLO MAT. 53914 ASSINATURA [assinatura]

11.2 NOME GERALDO BORGES MAT. 51731 ASSINATURA [assinatura]

Os dados contidos neste documento tem fins estatísticos como fonte de informação de apoio para realização de trabalhos na área de educação de trânsito, engenharia, operação e fiscalização.

O SR. JOSÉ EDILSON SOUZA DE OLIVEIRA - RG 03003007987 SSP - CE, FUNCIONÁRIO DA MADEIREIRA JUREMA FICOU RESPONSÁVEL PELA MOTO DE PLACA PMW 2878.



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 244 – 2144 Fax 224-7225
e-mail psahosp@baydenet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

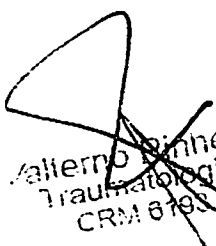
Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Atesto e declaro que RAPHAEL SARAIVA DE OLIVEIRA, deu entrada neste Hospital dia 31/01/15, Prontuário N.º 155.631 aos cuidados médico de DR. CLAUDIO JOSÉ FERNANDES EUFRÁSIO. Paciente internado com laudo médico de FRATURA DA TIBIA CID S 82.2 submetido a tratamento cirúrgico recebeu alta hospitalar dia 06/02/15. Paciente encontra-se em tratamento ambulatorial incapacitado de exercer suas atividades sem previsão de alta médica definitiva.

Fortaleza, 6 de fevereiro de 2015.

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

JEFSON ROCHA
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO


Jefferson Pinheiro
Traumatologia
CRM 8193


Jefson Rocha da Cruz
Matrícula 00375
Aux. SAME


HOSPITAL PSA
RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES MÉDICAS

 Diagnóstico: F. M. (S. 1)

 Cirurgia: Lig.

 Data da cirurgia: 04/12/15

- 1) FAZER CURATIVO DIARIAMENTE
- 2) RETIRAR OS PONTOS CIRÚRGICOS EM 20/12/15
- 3) AO RETORNAR TRAZER ESTA RECEITA E UMA NOVA GUIA DE REFERÊNCIA (PARA PACIENTES DO INTERIOR).

PATOLOGIA DE MEMBRO SUPERIOR:
☐ USAR TIPÓIA

PATOLOGIA DE MEMBRO INFERIOR:
☐ PISAR

☐ PISAR COM APOIO

☐ ANDAR

☒ ELEVAR MEMBRO INFERIOR

☒ NÃO PISAR

☒ USAR MOLETAS

☒ NÃO ANDAR

06/12/15
 Data

[Assinatura]
 Assinatura e carimbo do Médico

Retornos:

 Dia: 5/12/15 Hora: 7h Dia: 1/1 Hora: :
 Dia: / / Hora: : Dia: / / Hora: :
PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

 Av. Desembargador Moreira, 2283 - Aldeota - CEP 60170-002 Fortaleza-Ce
 FAPX: (85) 3224-2111 FAX: (85) 3224-7225



Paciente: **RAPHAEL SARAIVA DE OLIVEIRA**

Diagnóstico:

Idade

Evolução/ Parecer

Assinatura:

Pac 28 anos, apresenta fratura de fíbula secundária à colisão com
x moto com necessidade de tb cirúrgico.

Ansa Neurovascular

Comorbidades: ☒

Ch. Voz ☒

Bo. Internamento hospitalar

01/02/15

Apel. Limpeza

Dr. Vitor Holanda
Médico
CREMEC - 14852

02/02/15 para e para imp
e para R 202

03/02/15 Apel. Limpeza

Dr. Claudio Eufrazio
Ortopedia Traumatologia
CRM 4078

04/02/15: Avaliação - Análise
Pracel. com bom
estado geral. ACD mobil
RA 1030 x 1030 mmHg
Em observação

Apel. Limpeza - 02/02/2021

Dr. Claudio Eufrazio
Ortopedia Traumatologia
CRM 4078

05/02/15 para 12 do Pac

06/02/15 para 12 do Pac Ave

Handy

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"

Fortaleza ②

Solicitação: 12600002239

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

2 - CNES:
2529149

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **P.S.A.**

4 - CNES:
| | | | |

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **RAPHAEL SARAIVA DE OLIVEIRA**

6 - Nº PRONTUÁRIO: **155631**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **4014910159103179**

8 - DATA NASCIMENTO: **11/03/1986**

9 - SEXO: ☒ Masc ☐ Fem

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE:
ZILZA SARAIVA DE OLIVEIRA

12 - TELEFONE DE CONTATO:
85-99050532

13 - NOME DO RESPONSÁVEL:
NI

14 - TELEFONE DE CONTATO:

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO):
GUSTAVO SAMPAIO 1029-PARQUELANDIA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
FORTALEZA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:
CE

19 - CEP:
60455-00

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM FRATURA DE **EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA D**, REALIZADO LIMPEZA, COLOCADO FIXADOR EXTERNO NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DEFINITIVO.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
FX.OSSOS DA PERNA

24 - CID 10 PRINCIPAL:
S822

25 - CID10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:
TTO CIRÚRGICO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
0408050500

29 - CLÍNICA:
TRAUMA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
URGÊNCIA

31 - DOCUMENTO:
() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
Dr. Carlos Emanuel Vasconcelos

34 - DATA SOLICITAÇÃO:
31/01/2015

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):
Prescrição 194317400

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - Nº DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

42 - CNPJ DA EMPRESA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

48 - DOCUMENTO:
() CNES () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:
/ /

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via - SMS e 2ª via - Prontuário do paciente.

Denise Azevedo O. de Andrade
Auditora CRM - 5362
CPF 244 587 363-34
SMS FORTALEZA

Médico: **Dr. Claudio**

Leito: **525**

Examinante: **Jamirude**

REGISTRO DE ATENDIMENTO

☐ URGÊNCIA/EMERGÊNCIA☐ AMBULATÓRIO☒ INTERNAÇÃO

ATENDIMENTO

Dia 31 Mês 01 Ano 2015 Hora 22:33

Atendimento

Retorno

13000323

00185631

06/02

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE	PACIENTE RAPHAEL SARAIVA DE OLIVEIRA		Procedência IJF	Profissão AUTONOMO	Data Nascimento 11/03/1986		Idade 29an.
	SEXO ☒ MASC ☐ FEM	NATURALID/NACIONALID FORTALEZA	ESTADO CIVIL Solteiro(a)	ESCOLARIDADE/CPF	DOCUMENTO DE IDENTIDADE Iden 20000180018		
ID CV	ENDEREÇO RUA GUSTAVO SAMPAIO, 1029		BAIRRO PARQUELANDIA	MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	TELEFONE 8599050532	
	PAI GESSI RODRIGUES DE OLIVEIRA		MÃE ZILZA SARAIVA DE OLIVEIRA				
INF. INTERNAÇÃO	ACOMPANHANTE			PARENTESCO 60.455-000	TELEFONE		
	CONVÊNIO SUS			CARTEIRA Nº			
MÉDICO RESPONSÁVEL	MÉDICO SOLICITANTE VITOR CARVALHO LIMA HOLANDA			MÉDICO RESPONSÁVEL CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO			
	POSTO CLÍNICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			Nº DA ATEND 0525		REGISTRANTE LAURINDA	
	DIAGNÓSTICO S822 - Frat da diafise da tibia						
	PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA					PERMANÊNCIA MÍNIMA	

CONDIÇÕES DO PACIENTE

#04, 28a, apresenta fratura de diafise de tibia secundária à colisão
como um moto com necessidade de fixação cirúrgica.

#69. Internamento hospitalar.

Vitor Holanda
Médico
REC-14652

IMAGEM LABORATÓRIO(PEDIDO DE EXAMES)

MÉDICO RESPONSÁVEL

04-02-15 - Cirurgia imediata

Dr. Claudio Jose Fernandes Eufasio
Ortopedia Traumatologia
CRM 4079

DADOS DA ALTA

M.U.D. P/

CID PRIMÁRIO / CID SECUNDÁRIO L 989	PROCEDIMENTO SISREG 0408050500	PROCEDIMENTO REALIZADO 09/13050151	
MOTIVO DA ALTA ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERIDO ☐ A REVELIA ☐ A PEDIDO ☐ ÓBITO		DATA 06/02/15	HORA

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

4079 CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS - PSA
Av. Desembargador Moreira, 2283, Distrito Torres, CEP: 60170.002.
Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

02/05/15

Paciente: Raphael Saraiva de Oliveira

Leito: 525

Prontuário: 155631

Paciente: Raphaela - 20/06/2014		Prescrição Médica		Horário		Hora	PA(mmHg)	T(°C)	FC(bpm)	FR(lpm)	Visto
						8h	100x60	36c.			
1. Dieta Geral				SND		15h	100x10	36	-	-	
2. Diclofenaco 50mg VO 8/8h				22 06		22h	110x10	36			
3. Dipirona 500mg VO 6/6h SN				SND 24 06		Horário		6 horas	11 horas	17 horas	21 horas
4. Ranitidina 150mg VO 12/12h				FE 05		Glicemia					
5. Daltaparina Sódica 2500UI 24/24h						Evolução de Enfermagem:					
6. SSV				Roxina		Manhã: Paciente consciente, orientado, verbalizando, apresentando apatia leve, repousando no leito, segue em observação					
0 prof 12 Jan 14/14				SND		Tarde: Paciente consciente, orientado, verbalizando, apresentando apatia leve, repousando no leito, segue em observação					
0 prof 12 Jan 8h				SND		Noite: Paciente orientado, consciente, verbalizando, apresentando apatia leve, repousando no leito, segue em observação					
0 prof 12 Jan 14/14				24		Noite: Paciente orientado, consciente, verbalizando, apresentando apatia leve, repousando no leito, segue em observação					
				Adriana Sousa Barros Enfermeira COEN 62 120132							