

*Do Vale & Wady*  
*Advocacia e assessoria*

**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"**

**OUTORGANTES: VICENTE PEREIRA NETO**, brasileiro, casado, funcionário público, RG: 20079224614, inscrito n° CPF sob o número 208.802.433-68 residente na Rua Joaquim Quintino, n° 105, sitio Latadas, zona rural na cidade de Jaguaruana - CE CEP 62.823-000.

Pelo presente instrumento particular de procuração fica nomeado o procurador **Dr. Kaio Rodrigo do Vale Pereira**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/CE n. 36.171, fones (88) 9.9808-0475, e-mail: kaiodovale.adv@gmail.com, **Dr. Carlos Kauê do Vale Pereira**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/CE n. 36.172, fones (88) 9.9267-2530, e-mail: kauedovale\_adv@hotmail.com, **Dr. Josivaldo Wady Leite**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-CE n. 38.140, fone (88) 9.9696-4256, e-mail: george.wady@hotmail.com, todos com escritório profissional situado à Trav. José Roberto de Oliveira, n. 515, Bairro Centro, Jaguaruana-CE.

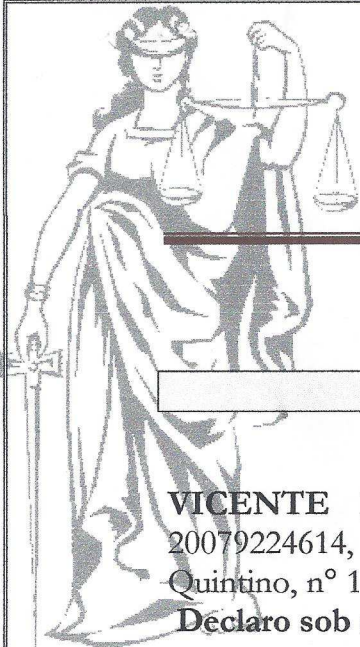
**FINALIDADE:** Representar o outorgante a fim de **requererem e/ou proporem AÇÃO DPVAT JUDICIAL**

**PODERES:** Os poderes contidos na cláusula "*ad judicium*", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, **conferindo, também, poderes específicos para:** receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com o disposto no art. 105 da Lei 13.105/2015, podendo substabelecer o presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, podendo administrativamente, defenderem meus interesses, especialmente para agendar e requerer benefícios, revisões administrativas, interpor pedidos e recursos no âmbito administrativo, agendar e requerer cópias, vistas, cargas de processos administrativos, retirar cópia de CNIS, COMBAS, INFEN, HISCRE, HISBEN, resultado de perícia médica, podendo usar dos poderes *ad negocia* para substabelecer, enfim, praticar todos os demais atos necessários ao completo e fiel desempenho deste mandato.

Nesta data, em 22/2/2018.

*Vicente Pereira Neto*

Outorgante



*Do Vale & Wady*  
*Advocacia e assessoria*

### **DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

**VICENTE PEREIRA NETO**, brasileiro, casado, funcionário publico, RG: 20079224614, inscrito nº CPF sob o número 208.802.433-68 residente na Rua Joaquim Quintino, nº 105, sitio Latadas, zona rural na cidade de Jaguaruana - CE CEP 62.823-000.

**Declaro sob as penas da lei que não possuo condições financeiras de arcar com os encargos processuais e honorários advocatícios sem afetar o meu sustento e o da minha família, nos termos do art. 98, caput, do CPC/2015.**

Por isso requiro a Vossa Excelência, a concessão dos benefícios da Justiça Gratuita, para o exercício de meus direitos e garantias fundamentais constitucionalmente assegurados.

Nesta data, em 22/2/2018.

*Vicente Pereira Neto*

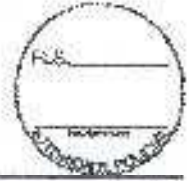
**Declarante**







**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARUANA



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 475 - 1188 / 2017**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**MICHAEL GOMES LESSA - MAT.: 301.12717**

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSIVALDO WADY LEITE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 14/06/2018 às 08:13, sob o número 01398449020188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0139844-90.2018.8.06.0001 e código 381EAC3C.



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**NOME**  
VICENTE PEREIRA NETO

**DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF**  
20079224614 SSPDS CE

**CPF**  
208.802.433-68

**DATA NASCIMENTO**  
17/09/1961

**FUNÇÃO**  
CARLOS PEREIRA DE OLIVEIRA  
MARIA NENE DE OLIVEIRA

**PERMISSÃO** **ACC** **CATEG.**  
AB AB AB

**Nº REGISTRO**  
02014029249

**VALIDADE**  
01/09/2021

**1ª EMISSÃO**  
26/01/1984

**OBSERVAÇÕES**  
A:

*Vicente Pereira Neto*  
ASSINATURA DO PORTADOR

**LOCAL**  
RUSSAS, CE

**DATA EMISSÃO**  
12/09/2016

*[Assinatura]*  
ASSINATURA DO PRESETO

35748395856  
CE155251538

**DETRAN - CE (CEARA)**

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1351492726

PROBING PLASTIFICAR  
1351492726

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSIVALDO WADY LEITE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 14/06/2018 às 08:13, sob o número 01398449020188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0139844-90.2018.8.06.0001 e código 381EA3D.



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 523595405

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de  
**MAI/2018**

Utilize o n° abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

**N° DO CLIENTE**  
**8158070** DV **3**

**VENCIMENTO**  
**12/06/2018**

**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
**67,32**

**DADOS DO CLIENTE**  
Rota 23 024043 51 075500 Medidor 6779556 Poste 0000 0  
Nome VICENTE PEREIRA NETO  
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RUA JOAQUIM QUINTINO 00105 ST LATADAS JAGUARUANA 62823000  
RG / CPF / CNPJ 208.802.433-68 CGF  
Classe 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**  
Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado  
FP 40119 40002 1 117 0 117

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
<b>ENERGIA</b> Consumo faixa 0-30 Kwh	117	0,35238	41,22

**OUTROS PAGAMENTOS**  
COB. SALDO FATURA ANTERIOR 26,10  
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES ( R\$ 0,11 )

**DATAS DE LEITURA**  
Data de Emissão/ Apresentação 05/06/2018  
Prev. Próxima Leitura 05/06/2018

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**  
5A6F.8BD7.1D6C.34F5.97EE.976E.2FFC.4CC4

**ICMS**  
Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto  
ISENTO

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

ENERGIA	21,62
TRANSMISSÃO	2,30
DISTRIBUIÇÃO	12,31
ENCARGOS SETORIAIS	3,30
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	1,69

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**  
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 19,53  
Conjunto JAGUARUANA  
Mês MAR/ 2018

	Padrão Individual Mensal		Apuração Individual Mensal	
	Trim.	Annual	Trim.	Annual
DIC (h)	10,73	21,46	42,92	3,19
FIC (un)	7,59	15,19	30,39	2,00
DMIC (h)	5,78		1,90	0,00

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**  
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emitido kg (CO<sub>2</sub>) | Compensado kg (CO<sub>2</sub>) | Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)  
0 100

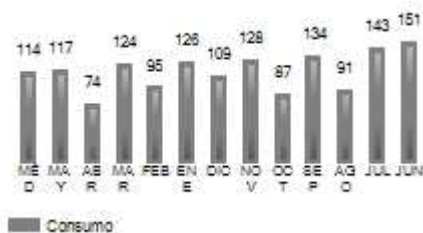
**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Prezado Cliente, não se autorregule. A religação a revela da distribuidora enseja nova acao de corte, bem como cobrança do custo administrativo de inspecao (art. 175 c/c art. 131

NAO FOI POSSIVEL COLHER LEITURA POR: - FAT MEDIA- LEIT BIMESTRAL ART 86 RES 414

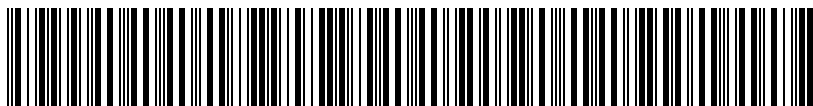
**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: **8158070-3** N° da Nota Fiscal: **523595405** Total a Pagar (R\$): **67,32**  
Data de Emissão: **06/06/2018** Referência: **MAI/2018** N° de Controle: **0008158070 00015 4316 2 01**

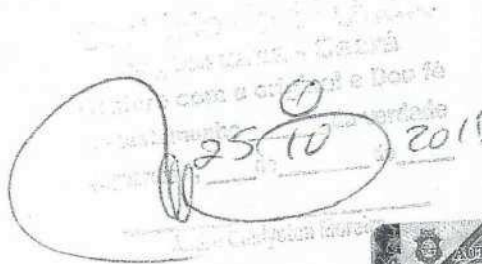
8382000000-2 67320031000-7 00081580700-7 00154316213-1



## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, VICENTE PEREIRA NETO, nascido (a) em 07/09/1961, residente no SÍTIO SÃO JOSÉ, deu entrada nesta unidade de saúde vítima de acidente de trânsito, no dia 22/09/2017 onde foi prestado atendimento médico de urgência conforme Xerox de SPA em anexo.

Atenciosamente,



Jaguaruana, 25 de Outubro de 2017.



**12.040.122/0001-9**  
**Hospital Maternidade Nossa**  
**Senhora da expectativa**

Avenida Simão de Góis, 1618

Centro- CEP - 62823-000

Jaguaruana - CE



Maria Zilda de Oliveira  
CPF: 314.85.000-11  
Responsável Amparo



Eduardo 09:30



### Hospital Maternidade Nossa Senhora da Expectação S.P.A - Serviço de Pronto Atendimento

#### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ATENDIMENTO IMEDIATO EMERGÊNCIA	VERMELHO	01 HORA URGÊNCIA	AMARELO	02 HORAS POUCA URGÊNCIA	VERDE	04 HORAS SEM URGÊNCIA	AZUL
---------------------------------	----------	------------------	---------	-------------------------	-------	-----------------------	------

Acidente Automobilístico:  
 SIM ( ) NÃO

Data: 09/09/17 Hora do atendimento: 07:40h

Nome: Micete Pereira Neto Atendente: Kalyane

Data de Nascimento: 01.09.61 RG/CPF/Outros: Idade: 56 Sexo: ( ) F ( ) M

Filiação: Mãe Renem de O CADSUS: 56

Endereço: 3 José

PSF: 3 José

Peso: Kg 70 PA: 70 x 70 mmHg FC: 70

Nº Telefone: 2019

irpm: 0 TEMP: 36 DC: mg/dl



- Atendimento Médico em Unidade de pronto Atendimento
- ( ) Atendimento de urgência em atenção especializada
  - ( ) Atendimento ortopédico com imobilização provisória
  - ( ) Atendimento de Urgência c/ Observação ate 24H
- Atendimento em CONSULTA
- ( ) Consulta Médica Atenção Especializada (Cardiologia, Av.Cirurgica)
  - ( ) Consulta Médica em Atenção Básica (Pediatría)
  - ( ) Consulta de prof. de nível sup na atenção esp (exceto médico)
  - ( ) Atividade educativa /Orientação em grupo na atenção

Data dos 1º Sintomas:

Anamnese de Enfermagem: paciente vítima de acidente automobilístico apresentando escoriações em couro cabeludo e MSD (clavícula)

Fatores de Risco: Neg

Alergias: Neg

Enfermeiro (a): Mª Graçiana da Almeida ENFERMEIRA COREN CE 437428

Motivo do Atendimento (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico)

Paciente vítima de acidente automobilístico apresentado escoriações em couro cabeludo e MSD. Queixas de dor em clavícula D. Ao exame Glasgow 15. ACP- psicológico Puplas reativas e foto reaquele

Prescrição na Urgência

Prescrição	Horário	Assinatura do executor
<u>Rx Clavícula D.</u>		
<u>SE 0910 100 ml + Citoxopropo 01KA e</u>		
<u>Observação 4h.</u>		

- Aferição de Pressão Arterial
- Glicemia capilar
- Administração de medicamentos na Atenção Especializada
- Inalação / Nebulização
- Curativo grau I c/ ou s/ debridamento
- Curativo grau II c/ ou s/ debridamento
- Retirada de pontos de cirurgias básicas
- Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva

- Retirada de Cerúmen de conduto auditivo externo
- Enema
- Sondagem Gástrica
- Drenagem de abscesso
- Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões
- Exereses de tumor de pele e anexos / cisto sebáceo
- Retirada de corpo estranho subcutâneo
- Excisão e sutura de linfangioma / nevos

Encaminhamento/Destino do Paciente: Alta ( ) Hora: \_\_\_\_\_ Internamento Hospitalar ( ) Observação ( ) Transferência ( ) Óbito ( )

Assinatura e Carimbo Médico - CRM: Dra. Larissa A. Pereira

Assinatura do executor: Enfermeira





SUS - Sistema Único de Saúde  
Secretaria de Saúde de Jaguaruana

**FICHA DE REFERÊNCIA**

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

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

CNES: \_\_\_\_\_

Município: **JAGUARUANA**

Nome: **Vicente Pereira Neto.**

Sexo: **M ( ) F ( )** Data de Nascimento: **07/09/1961** Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: **S. José**

Bairro: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: **Paciente, 56 anos vítima de acidente por colisão entre motos, com PSUI contusa em região do ombro Direito. Dor a movimentação dos artelhos com limitação do movimento**

RESULTADO DE EXAMES: **Rx de ombro (D) / Clavícula: fratura clavícula (D) Ngx com marbriolados.**

CONDUTA JÁ REALIZADA: **ANES**

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: **fratura de clavícula (D)**

Fco das Chagas de O. Filho  
Médico  
CREMEC 48.333

Assinatura, Carimbo e CRM

*Moisés*

Função

**22/09/2017.**

Data

Horário

**AGENDAMENTO**

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: Ambulatorial ( ) Hospitalar ( ) Auxílio Diagnóstico ( )

PROCEDIMENTO: **Avaliação - Ortopedia** PROFISSIONAL: **Ortopedista**

UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

**FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA**

UND. DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

PRONTUÁRIO Nº \_\_\_\_\_

ALTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO: \_\_\_\_\_

07.779.001/0001-847  
SECRETARIA DE SAÚDE  
JAGUARUANA

Dr. José ...  
CEM ...

RESULTADO DE EXAMES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

SECUNDÁRIO 1: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

SECUNDÁRIO 2: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

JUSTIFICOU A REFERÊNCIA SIM ( ) NÃO ( ) O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM ( ) NÃO ( )



22/09/2017

Guia de Atendimento 03

HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS  
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro  
Russas / Ceará



SUS - SUS

GUIA DE ATENDIMENTO

22/09/2017 10:15:15

41

Profissional: VICTOR

Especialidade: TRAUMATOLOGIA

Turno: DIURNO

Sótor: TRAUMATOLOGIA

Consulta: URGÊNCIA

Paciente: 00109867 - VICENTE PEREIRA NETO

Sexo: M DN: 17/09/1961 - 56 A 0 M 5 D Est. Civil: Casado(a)

Endereço: DISTRITO - SAO JOSE - 00 - ZONA RURAL - JAGUARUANA - CE

CNS: 706800789289020 CPF: 208.802.433-68 Ignorado

Fone: (89) 99238-9880

Ocup.: FUNCIONARIO PUBLICO FE

Raça/Cor: BRANCA -

Naturalidade: JAGUARUANA - CE

Validade:

Autoreização: CARLOS PEREIRA DE OLIVEIRA

SisPreNatal:

Mãe: MARIA NENE DE OLIVEIRA

Pai: CARLOS PEREIRA DE OLIVEIRA

Anotações de Outros Profissionais

Tempo

KG. Temp.

°C. P. A.

mmHg D. X.

Classificação de Risco

VERMELHO

LARANJA

AMARELO

VERDE

AZUL

Anotações Médicas

Conduta:

*WADY OK*

*F de Cavallini*

*Dr. Wady Percebe  
Traumatologia  
LEITE 12/09/17*

Diagnóstico:

Assinatura e Carimbo

Atesto a realização do Atendimento de acordo com os dados acima

*Maria Eugênia Pereira*  
Assinatura do Paciente ou Responsável

Atendimento: 1700216620

Registrado por: maria.aubetiza

HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS  
Rua Dr. José Ramalho, 1436  
CNPJ 07.770.001/0001-64  
CONFERE COM ORIGINAL

*14* / *12* / *2017*  
*Daniela Silva*  
Arquivo



HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS  
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro  
Russas / Ceará



170518963 25/09/2017 11:42:50 GUIA DE ADMISSÃO ( ) GUIA DE ATENDIMENTO ( ) TRAUMA/CIRURGICO-01.003.002

Paciente: 00105567 - VICENTE PEREIRA NETO  
 Nascimento: 17/09/1961 ID: 56 A 0 M 8 D 706800789289020 208.802.432-68  
 Sexo: M Estado Civil: Casado(a) Raça/Cor: Branca -  
 Ocupação: FUNCIONÁRIO PÚBLICO  
 Endereço: DISTRITO - SAO JOSE - 00 - ZONA RURAL - JAGUARUANA - CE  
 CEP: 62.823-000 Complemento: PROX AOS CORREIOS  
 Nome do Contato: CARLOS PEREIRA DE OLIVEIRA  
 Contato: (88) 99238-9860  
 Mãe: MARIA NENE DE OLIVEIRA  
 Situação: SUE - SUS  
 Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA  
 Profissional Solicitante: ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA P  
 Procedimento Solicitado: ( )

ANOTAÇÕES GERAIS

Paciente ( ) Exames Laboratoriais ( ) RX ( ) Ultrassonografia ( ) Prótese ( ) Mudança do Procedimento ( )

Comprova Autorizado Até: / / Perrogado Até: / /

Quais ( ) Específicas:

Data da Saída: 27/09/17 Motivo: ( ) Curado ( ) IA pedido ( ) Evasão ( ) Transferido ( ) Júbilo

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

OPERAÇÃO

PRINCIPAL:

SECUNDÁRIA:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

Médico Responsável:

*Antonio Valterno Nogueira P*  
Firmante do Responsável

25/09/2017  
Diretor

Guia emitida por: [illegible]

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSIVALDO WADY LEITE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 14/06/2018 às 08:13, sob o número 01398449020188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0139844-90.2018.8.06.0001 e código 381EA42.



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 E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS**  
 2 - CNES: **232800-3**  
 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTOR: **HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS**  
 4 - CNES: **232800-3**

Identificação do Paciente  
 5 - NOME DO PACIENTE: **VICENTE PEREIRA NETO**  
 6 - Nº DO PROTOCOLO: **60109867**  
 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **706800789289620**  
 8 - DATA DE NASCIMENTO: **17/09/1961**  
 9 - SEXO: **1 - Masculino**  
 10 - RAÇA/COR: **Branca**  
 11 - NOME DA MÃE: **MARIA NENE DE OLIVEIRA**  
 12 - TIPO FONE DE CONTATO: **(88) 99238-9880**  
 13 - NOME DO RESPONSÁVEL: **VICENTE PEREIRA NETO**  
 14 - TIPO FONE DE CONTATO: **(88) 99238-9880**  
 15 - ENDEREÇO PARA O SERVIÇO: **DISTRITO: SAO JOSE - 03 - PROX AOS CORREIOS - ZONA RURAL**  
 16 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA: **JAGUARUANA**  
 17 - COD. URB. MUNICÍPIO: **230700**  
 18 - UF: **CE**  
 19 - CEP: **62.823-800**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO  
 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS (CÓDIGOS):  
*Até antes de 1 ano e 10 meses, do tipo febril*  
 21 - HISTÓRICO DE DOENÇAS PREVIAS (CÓDIGOS):  
*Nenhuma*  
 22 - HISTÓRICO DE TRATAMENTOS PREVIOS (CÓDIGOS):  
*Nenhuma*  
 23 - EXAMES DE LABORATÓRIO (CÓDIGOS):  
*Nenhuma*  
 24 - EXAMES DE IMAGEM (CÓDIGOS):  
*Nenhuma*  
 25 - OUTROS EXAMES (CÓDIGOS):  
*Nenhuma*  
 26 - CID 10 CAUSAS RESOLVIDAS:

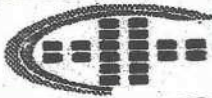
PROCEDIMENTO SOLICITADO  
 27 - PROCEDIMENTO SOLICITADO (CÓDIGOS):  
*Ampliação*  
 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:  
*4008010150*  
 29 - CATEGORIA: **TRAUMATOLOGICA**  
 30 - URGÊNCIA: **URGÊNCIA**  
 31 - DIAGNÓSTICO: **C. N. S.**  
 32 - Nº DO DOCUMENTO (CONS) / Nº DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSINANTE: **167215039540018**  
 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSINANTE: **ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO**  
 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **29/09/2017**  
 35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO:

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)  
 36 -  ACIDENTE DE TRÂNSITO  
 37 -  ACIDENTE TRABALHO TÍPICO  
 38 -  ACIDENTE TRABALHO TRAJETO  
 39 -  OUTROS  
 40 - Nº DO BEM DE INTERESSE PÚBLICO:  
 41 - DATA DA DANÇA:  
 42 - CATEGORIA DA DANÇA:  
 43 - Nº DO BEM DE INTERESSE PÚBLICO:  
 44 - DATA DA DANÇA:  
 45 - Nº DO BEM DE INTERESSE PÚBLICO:  
 46 - DATA DA DANÇA:

AUTORIZAÇÃO  
 47 - COD. ORÇÃO - MISSÃO:  
 48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:  
 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  
 50 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CONSULTÓRIO:  
 51 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO:  
 52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  
 53 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO:  
 54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  
 55 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO:  
 56 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  
 57 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO:  
 58 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  
 59 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO:  
 60 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  
 61 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO:  
 62 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  
 63 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO:  
 64 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  
 65 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO:  
 66 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  
 67 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO:  
 68 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  
 69 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO:  
 70 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  
 71 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO:  
 72 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  
 73 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO:  
 74 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  
 75 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO:  
 76 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  
 77 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO:  
 78 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  
 79 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO:  
 80 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  
 81 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO:  
 82 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  
 83 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO:  
 84 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  
 85 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO:  
 86 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  
 87 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO:  
 88 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  
 89 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO:  
 90 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  
 91 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO:  
 92 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  
 93 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO:  
 94 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  
 95 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO:  
 96 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  
 97 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO:  
 98 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  
 99 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO:  
 100 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSIVALDO WADY LEITE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 14/06/2018 às 08:13, sob o número 01398449020188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0139844-90.2018.8.06.0001 e código 381EA42.





**HCSR**  
HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas



**BOLETIM DE OPERAÇÃO**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

NOME: Vicente FORTINHA Neto

DATA: 25 / Setembro 2017

LEITO: 4-3

**DIAGNOSTICO CLÍNICO:**

**DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:**

*helic e chelo*

**CONDIÇÕES DO PACIENTE**

TEMPO	PULSO	RESP.	P.A.	GERAIS

**ANESTESIA:**

*GERM INDAZOLIA*

**OPERAÇÃO:**

*helic chelo*

**CLASSIFICAÇÃO:**

INÍCIO: 17:35h FIM:  

ACHADOS (DESCREVER OS ÓRGÃOS EXPLORADOS E REGISTRE OS OS ACHADOS PATOLÓGICOS)

*helic chelo*  
*[Signature]*

**O QUE FOI FEITO:**

*Obter em leito*  
*helic chelo*  
*helic chelo*  
*helic chelo*  
*helic chelo*  
*helic chelo*  
*helic chelo*  
*helic chelo*

**CONTAGEM COMPRESSAS:**

*helic chelo*  
*helic chelo*  
*helic chelo*

Operador

Auxiliar

Dr. Aluisio Figueiredo Filho  
Anestesiologista  
CRM - 2296

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSIVALDO WADY LEITE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 14/06/2018 às 08:13, sob o número 01398449020188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0139844-90.2018.8.06.0001 e código 381EA42.



