

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

**ZILDENEIDE MOREIRA DA SILVA**, brasileira, união estável, inscrita na cédula de identidade nº 2005030048542, SSP/CE e inscrito no CPF sob o nº 032.468.593-96, residente e domiciliado na Rua Raimundo Moreira de Araújo, 553, Peixe, zona rural, Município de Russas, CEP: 62.900-000.

### OUTORGADOS:

**FAGNER XAVIER GOMES**, casado, inscrito na OAB – CE sob o nº 30.339, residente na Rua Ocion Lopes da Silveira, 686 – Bairro Várzea Alegre, CEP: 62.900-000, Russas-CE, onde recebe intimações.

### PODERES:

Os das cláusulas “AD JUDITIA ET EXTRA” ao qual confere amplos poderes, por prazo indeterminado, para, de acordo com o Art. 105 do Código de Processo Civil, atuar judicial ou administrativamente praticando todos os atos necessários à defesa do outorgante além de poderes inerentes ao mandato, podendo propor e contestar ações, receber citações, intimações e notificações, confessar, reconhecer a procedência do pedido, recorrer, impugnar, concordar, discordar, transigir, desistir do direito em que se funda a ação, receber e dar quitação, declarar, fazer acordos, negociar, assinar, firmar compromissos, levantar valores mediante alvarás judiciais e/ou requisitórios de pequeno valor (RPV's), enfim, praticar todos os demais atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato, podendo substabelecer no todo ou em parte, com ou sem reserva os poderes ora conferidos, e ainda os poderes específicos de promover ações judiciais em face da União Federal (Fazenda Nacional) para ação de restituição do imposto de renda cobrado sobre o saque ou benefício de aposentadoria privada fechada.

Russas, 22 de março de 2019

x Zildeneide Moreira da Silva  
ZILDENEIDE MOREIRA DA SILVA  
RG: 2005030048542

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENTE**

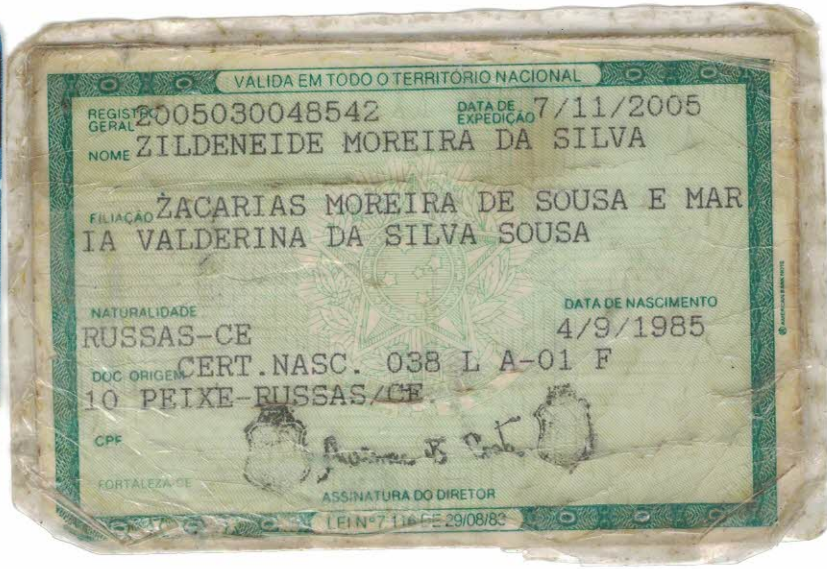
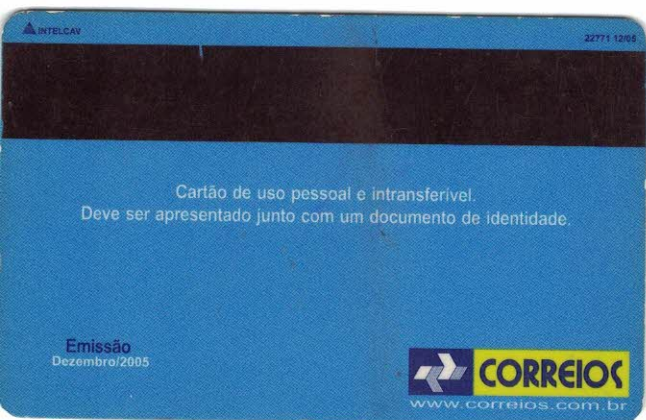
**ZILDENEIDE MOREIRA DA SILVA**, brasileira, união estável, inscrita na cédula de identidade nº 2005030048542, SSP/CE e inscrito no CPF sob o nº 032.468.593-96, residente e domiciliado na Rua Raimundo Moreira de Araújo, 553, Peixe, zona rural, Município de Russas, CEP: 62.900-000.

DECLARA para os devidos fins legais que se fizerem necessários que não tem condições financeiras, não podendo arcar com o ônus processual em face da lei Nº. 1060/50 e no artigo 5º, inciso LXXIV da Constituição Federal, requerendo por fim o benefício da gratuidade judiciária.

Russas, 22 de março de 2019

xZildeneide Moreira da Silva  
ZILDENEIDE MOREIRA DA SILVA  
RG: 2005030048542





3753695

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3


**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 566975967**

Rota 36 25005 74 118000 - 9 Data de Emissão 22/03/2019  
Nome PAULO VICTOR ESTEVAM  
End. Postal RU RAIMUNDO MOREIRA DE ARAUJO 00000  
PEIXE - RUSSAS - 62900000  
Medidor 23864884 Poste 0000 B63N  
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO  
RG/CPF/CNPJ 032073523-08 CGF  
Nome do Responsável

**DATAS**

Mês de Referência Data da Apresentação Previsão Próxima Leitura  
Mar/2019 22/03/2019 23/04/2019

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto RUSSAS I BUSO 7,73  
Mês Jan/2019  
DICEI = 0,00 P

**ICMS**

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

**Padrão Individual Apuração Individual**

|      | Mensal | Trim. | Anual | Mensal | Trim. | Anual |
|------|--------|-------|-------|--------|-------|-------|
| DIC  | 5,07   | 10,15 | 20,30 | 0,00   | 0,00  | 0,00  |
| FIC  | 3,23   | 6,47  | 12,95 | 0,00   | 0,00  | 0,00  |
| DMIC | 2,86   |       |       | 0,00   |       |       |

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

C2B5.0553.4018.E805.80FC.3907.24E5.E500

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

| Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Cons. Incl. | Cons. Fat. | Tarifa (R\$/kWh)   | Valor (R\$)   |
|-------------|----------------|--------|---------------|-------------|------------|--------------------|---------------|
| 8583        | 8506           | 1,00   | 77            | 0,00        | 30<br>47   | 0,17160<br>0,29417 | 5,14<br>13,83 |
| 22/03/19    | 20/02/19       |        | 30 DIAS       |             | 77         |                    | 18,97         |

**DESCRIÇÃO**

| DESCRIÇÃO                                  | VALOR (R\$) |
|--------------------------------------------|-------------|
| VALOR CONSUMO DO MES                       | 18,97       |
| ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL               | 4,22        |
| PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA | 0,66        |
| COB. SALDO FATURA ANTERIOR                 | 24,47       |

**VENCIMENTO**

02/05/2019

**TOTAL A PAGAR (R\$)**

48,32

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| Energia .....                 | 10,82 |
| Transmissão .....             | 1,07  |
| Distribuição .....            | 5,91  |
| Encargos Setoriais .....      | 1,53  |
| Tributos (IOM PIS/COFINS) ... | 1,30  |
| TOTAL .....                   | 19,63 |

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

| Mês | Consumo (kWh) |
|-----|---------------|
| 75  | 77            |
| 77  | 75            |
| 75  | 71            |
| 77  | 77            |
| 55  | 82            |
| 51  | 51            |
| 86  | 86            |
| 51  | 51            |
| 88  | 88            |
| 109 | 109           |
| 86  | 86            |

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO 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> ) |
|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------|
| 30,06                         | 0,00                             | 0                                          |

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**
**CONTAS EM ATRASO**

**AVISO DE DEBITO VENCIDO:**  
Informamos existir debitos vencidos sem acrescimos legais ate esta data, no valor de R\$ 211,13. Seu fornecimento de energia podera ser suspenso em ate 90 dias contados a partir da fatura vencida e nao paga.

**DEBITOS ANTERIORES**

| Mes/Ano | Valor R\$ |
|---------|-----------|
| 07/2018 | 52,44     |
| 09/2018 | 54,05     |
| 11/2018 | 49,78     |
| 01/2019 | 54,86     |

Consta desta fatura R\$ 1,30 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:0,61% e COFINS:2,84%

Bandeira verde em mar-19, sem acrescimo no valor da energia a ser repassado para o consumidor. Informacoes: [www.eneel.gov.br](http://www.eneel.gov.br)

Nº do Cliente: 3753695 Referência: Mar/2019  
Data de Emissão: 22/03/2019 Total a Pagar (R\$): 48,32  
Nº da Nota Fiscal: 566975967 Nº de Controle: 0003753695 00117 39332 08

83880000000-3 48320031000-1 00037536950-3 01173933228-2





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



|                                                      |                                     |                                         |                     |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------|
| 19/03/2019 18:01:54                                  | 1900284645                          | GUIA DE: (X) ATENDIMENTO ( ) OBSERVAÇÃO | * DIURNO            |
| Paciente: 00080200 - ZILDENEIDE MOREIRA DA SILVA     | DN: 04/09/1985 - 33 A 6 M 15 D      | Sexo: F - Est. Civil: Solteira          |                     |
| Identidade: 2005030048542 - SSP CE Raça/Cor: Parda - | CPF: 000.000.000-00                 | Ocupação: AGRICULTOR                    |                     |
| Endereço: SÍTIO - PEIXE - 0 - PEIXE - RUSSAS - CE    | CEP: 62.900-000                     | Nat.: RUSSAS - CE                       |                     |
| Contato: (88) 99974-7332                             | Mãe: MARIA VALDÉRINA DA SILVA SOUSA | Pai: ZACARIAS MOREIRA DE SOUSA          |                     |
| Convênio: SUS - SUS                                  | Carteira:                           | SUS Validade:                           |                     |
| Autorização:                                         | Sis. Prenatal:                      | CNS: 702605709262744                    | Caráter Atend.: URG |
| Motivo: URGENCIA / EMER                              | Especialidade: CLINICA MEDICA       | Profiss. Atend.: DRA MARIA JO           | Sector: EMERGEN     |

OUTRAS ANOTAÇÕES (Enfermagem)

Peço: \_\_\_\_\_ KG. Temp.: \_\_\_\_\_ °C. Pressão: 130x80 mmHg. D. X: \_\_\_\_\_

Classificação de Risco: ☐ VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☒ VERDE ☐ AZUL

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Fizte exame físico de todo o corpo, sem lesões  
maciças, dos membros inferiores e do abdômen.  
Coração: Normal, sem murmúrios e sopros.

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE JUAZEIRO  
Rua Dr. José Ramalho, 1436  
CNPJ 07.770.001/0001-84  
CONFERE COM ORIGINAL  
02 / 07 / 2019  
de Silva  
ARQUIVO

Estado do Ceará, protocolado em 02/09/2019 à  
e o processo 0168717-66.2019.8.06.0001 e

HIPÓTESE DIAGNÓSTICO

Fratura joelho. (E)

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

( ) RAIO-X ( ) ULTRASSOM ( ) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) ECG ( ) OUTROS

| PRESCRIÇÃO                                                                  | APRAZAMENTO | EVOLUÇÃO    |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|
| 1 curativo<br>2 Kex poelha (E)<br>3 Voltex Super III<br>4. Te transtuzogate | 18-30       | Paciente de |
|                                                                             | 18-30       | entrada n   |
|                                                                             | 18-30       | uidade,     |
|                                                                             | 18-30       | de queda    |
|                                                                             | 18-30       | modo com.   |
|                                                                             | 18-30       | em n.º 18   |
|                                                                             | 18-30       |             |
|                                                                             |             |             |

CONDUTA:

☐ ALTA POR DECISÃO MÉDICA      ☒ AMBULATÓRIO      ☐ ALTA A PEDIDO

☐ OBSERVAÇÃO (Até 24 Horas)      ☐ ALTA A REVERSA      ☒ INTERNAÇÃO

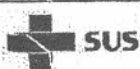
☐ TRANSFERÊNCIA PARA: \_\_\_\_\_ DATA E HORA DA SAÍDA/ALTA: 19/03/1972

ÓBITO  
Antes do 1º Atendimento? ( ) SIM ( ) NÃO Destino: ( ) Família ( ) IML ( ) Anatomia Patológica

Xistianeide de O. Mesquita  
Assinatura do Paciente ou Responsável

Atendimento registrado por: RICK

1 RX DE TOPAX

Sistema  
Único de  
Saúde Ministério  
da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS2 - CNES  
232800-33 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS4 - CNES  
232800-3

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ZILDENEIDE MOREIRA DA SILVA

6 - Nº. DO PROM. ÚNICO  
00080200

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702605709262744

8 - DATA DE NASCIMENTO  
04/09/19859 - SEXO  
3 - Feminino10 - RAÇA / COR  
Parda

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARIA VALDERINA DA SILVA SOUSA

12 - TELEFONE DE CONTATO  
(88) 99974-7332

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

ZILDENEIDE MOREIRA DA SILVA

14 - TELEFONE DE CONTATO  
(88) 99974-7332

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SITIO: PEIXE - 0 - PROX COLEGIO - PEIXE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

RUSSAS

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO  
23118018 - UF  
CE19 - CEP  
62.900-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Doença crônica  
pressão no tórax físico*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*H. Grupo*

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

TRAUMATOLOGICA

30 - CARATER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

31 - DOCUMENTO

C. N. S.

32 - Nº. DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

201591461720008

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

30/03/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. 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 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº. DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CATEGORIA

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

08/04/19

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)

*[Assinatura]*

07. 02.09.2019-04  
02.09.2019  
2019



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



1000284755 20/03/2019 11:12:23 GUIA DE ADMISSÃO ( ) GUIA DE ATENDIMENTO ( ) TRAUMA/CIRURGICO-01.023.001

Paciente 00080200 - ZILDENEIDE MOREIRA DA SILVA Nascimento 04/09/1985 Id: 33 A 6 M 16 D 702605709262744 CNS CPF  
Documento 00080200 - ZILDENEIDE MOREIRA DA SILVA Sexo Estado Civil Raça/Cor Escolaridade Ocupação  
Identidade - 2005030048542 - SSP CE - 07/11/2005 F Solteiro(a) Parda - AGRICULTOR  
Endereço SITIO - PEIXE - 0 - PEIXE - RUSSAS - CE CEP 62.900-000 Complemento PROX COLEGIO  
Naturalidade RUSSAS - CE Contatos (88) 99974-7332 Pai ZACARIAS MOREIRA DE SOUSA SisPreNatal  
Mãe MARIA VALDERINA DA SILVA SOUSA  
Plano - Convênio SUS - SUS Carteira Validade Autorização  
Caráter de Atendimento Urgência Procedência Especialidade Profissional Solicitante  
CID Principal CID Principal Procedimento Solicitado TRAUMA/ORTOPEDIA FRANCISCO JOSE FROTA R. M. Perin. Max.

## ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer ( ) Exames Laboratoriais ( ) RX ( ) Ultrassonografia ( ) Prótese ( ) Mudança de Procedimento ( )  
Convênio: Autorizado Até: / / Prorrogado Até: / /  
Outros ( ) Especificar: \_\_\_\_\_  
Data da Saída: 21/04/19 Motivo: ( ) Curado ( ) A pedido ( ) Evasão ( ) Transferido ( ) Óbito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Fratura ploto tibia (F)

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

fratura ploto tibia (F)

## OPERAÇÃO

PRINCIPAL:

SECUNDÁRIA:

## HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

Fratura de fratura de  
ploto tibia Enxerto  
com necessidade de fixação

07.779.001/0001-64

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE  
DE RUSSAS

Rua: Dr. José Ramalho, 1436

CENTRO CEP 62.900-000

02-07-2019 CEARA

Médico Responsável

Atestado de O. Mesquita

Paciente ou Responsável

Guia emitida por: maria.a.

## BOLETIM DE OPERAÇÃO

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Zelma de Menezes da Silva

DATA: 23/03/2019

LEITO: 3.1

### DIAGNOSTICO CLÍNICO:

Infecção cutânea

### DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:

### CONDIÇÕES DO PACIENTE

| TEMPO | PULSO | RESP. | P.A. | GERAIS |
|-------|-------|-------|------|--------|
|       |       |       |      |        |

### ANESTESIA:

### OPERAÇÃO:

Limpeza cirúrgica

### CLASSIFICAÇÃO:

INÍCIO: 11:50 FIM: 12:00

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

07.770.001/0001-64

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE

DE RUSSAS

Rua: Dr. José Ramalho, 1436

CENTRO

RUSSAS 02.07.2019

20 Silva

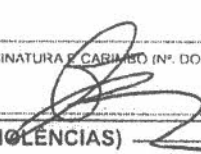
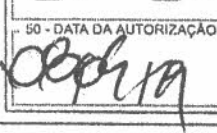
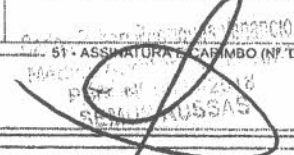
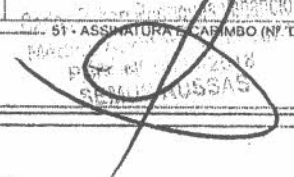
Dr. José Fernando  
Traumato. Ortopedista  
CREMEO 5253

Operador

Auxiliar

### CONTAGEM COMPRESSAS

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax

|                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                |  |                                                                       |  |                                                                                                                                                 |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde                                                                                                                                       |  | Ministério da Saúde                                                                                                                            |  | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b> |  |                                                                                                                                                 |  |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b><br>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br>HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                |  | 2 - CNES<br>232800-3                                                  |  |                                                                                                                                                 |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br>HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                |  | 4 - CNES<br>232800-3                                                  |  |                                                                                                                                                 |  |
| <b>Identificação do Paciente</b><br>5 - NOME DO PACIENTE<br>ZILDENEIDE MOREIRA DA SILVA                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                |  | 6 - Nº DO PRONTO-SOLAR<br>00080200                                    |  |                                                                                                                                                 |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)<br>702605709262744                                                                                                                                                                                                    |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO<br>04/09/1985                                                                                                           |  | 9 - SEXO<br>3 - Feminino                                              |  | 10 - RAÇA / COR<br>Parda                                                                                                                        |  |
| 11 - NOME DA MÃE<br>MARIA VALDERINA DA SILVA SOUSA                                                                                                                                                                                                       |  | 12 - TELEFONE DE CONTATO<br>(88) 99974-7332                                                                                                    |  | 13 - NOME DO RESPONSÁVEL<br>ZILDENEIDE MOREIRA DA SILVA               |  | 14 - TELEFONE DE CONTATO<br>(88) 99974-7332                                                                                                     |  |
| 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)<br>SÍTIO: PEIXE - 0 - PROX COLEGIO - PEIXE                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                |  | 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA<br>RUSSAS                                |  | 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO<br>231180                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                |  | 18 - UF<br>CE                                                         |  | 19 - CEP<br>62.900-000                                                                                                                          |  |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b><br>20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br>História de fratura de<br>plavolto tibial com<br>necessidade de tto cirurgico                                                                                        |  |                                                                                                                                                |  |                                                                       |  |                                                                                                                                                 |  |
| 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br>Risco cirurgico                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                |  |                                                                       |  |                                                                                                                                                 |  |
| 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)<br>Rx                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                |  |                                                                       |  |                                                                                                                                                 |  |
| 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL<br>Fratura de plato tibial                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                |  |                                                                       |  |                                                                                                                                                 |  |
| 24 - CID 10 PRINCIPAL<br>S82.1                                                                                                                                                                                                                           |  | 25 - CID 10 SECUNDÁRIO<br>1932                                                                                                                 |  | 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                         |  |                                                                                                                                                 |  |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b><br>27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br>Internamento cirurgico                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                |  |                                                                       |  |                                                                                                                                                 |  |
| 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO<br>040806019                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                |  |                                                                       |  |                                                                                                                                                 |  |
| 29 - CLÍNICA<br>TRAUMATOLOGICA                                                                                                                                                                                                                           |  | 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO<br>URGÊNCIA                                                                                                         |  | 31 - DOCUMENTO<br>C. P. F.                                            |  | 32 - Nº DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE<br>01130179362                                                       |  |
| 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE<br>FRANCISCO JOSE FROTA PADRO FILHO                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                |  | 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO<br>20/03/2019                                |  | 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)<br> |  |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                |  |                                                                       |  |                                                                                                                                                 |  |
| 36 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO                                                                                                                                                                                                       |  | 39 - CNPJ DA SEGURADORA                                                                                                                        |  | 40 - Nº DO BILHETE                                                    |  | 41 - SERVIDOR                                                                                                                                   |  |
| 37 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO                                                                                                                                                                                                   |  | 42 - CNPJ DA EMPRESA                                                                                                                           |  | 43 - CNAE DA EMPRESA                                                  |  | 44 - CBO                                                                                                                                        |  |
| 38 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                |  |                                                                       |  |                                                                                                                                                 |  |
| 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA<br><input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURO |  |                                                                                                                                                |  |                                                                       |  |                                                                                                                                                 |  |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                |  |                                                                       |  |                                                                                                                                                 |  |
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR<br>                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                |  | 47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR                                               |  | 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR<br>07.770.001/0001-64                                                                           |  |
| 48 - DOCUMENTO<br><input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF                                                                                                                                                                              |  | 49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR<br> |  |                                                                       |  |                                                                                                                                                 |  |
| 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO<br>02/04/2019                                                                                                                                                                                                                   |  | 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)<br>  |  |                                                                       |  |                                                                                                                                                 |  |

HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS

Rua: Dr José Ramalho, 1450

CENTRO - CEP: 62.900-000

RUSSAS

02.04.2019

Z. Silva



**MISSÃO:**  
PRESTAR  
ASSISTÊNCIA  
AMBULATORIAL  
E HOSPITALAR  
ESPECIALIZADA  
DE MEDIA  
COMPLEXIDADE  
DA 9ª REGIÃO

**VISÃO:**  
PRESTAR UMA  
ASSISTÊNCIA DE  
MÉDIA E ALTA  
COMPLEXIDADE  
PARA A  
POPULAÇÃO DA  
7ª, 9ª E 10ª  
REGIÃO

- > ÉTICA.
- > HUMILDADE.
- > INTEGRIDADE.
- > CONFIANÇA.
- > RESPEITO E IGUALDADE DE TRATAMENTO ENTRE AS PESSOAS.

**VALORES:**

- > COOPERAÇÃO E DISPONIBILIDADE ENTRE A EQUIPE.
- > COMPROMISSO E MOTIVAÇÃO COM O TRABALHO.
- > SINCERIDADE E VERDADE NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS.

> ATIVIDADE CIENTÍFICA EM BASES CIENTÍFICAS

> BUSCA PERMANENTE POR QUALIFICAÇÃO

> RESPONSABILIDADE AMBIENTAL

> JUSTIÇA SOCIAL

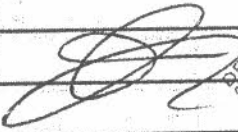
## FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

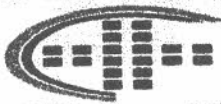
**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

NOME: Zildeneide Moreira da Silva

**DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:**

**DOENÇAS CRÔNICAS:** > CÂNCER ( ) > DIABETES ( ) > BRONQUITE OU ASMA ( ) > HIPERTENSÃO ( ) > DOENÇA DO CORAÇÃO ( )  
> INSUF. RENAL ( ) > DEPRESSÃO ( ) **OUTRO:** \_\_\_\_\_

| DATA       | HORÁRIO | EVOLUÇÃO                                                                                                                                                              |
|------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            |         | 1º D/H por fratura plot<br>fibrol ~ (E)<br>Edema joelho<br>Ad: tola alguns nódulos<br>Aguarda cirurgia<br>Exatidão pré-op ECG / do                                    |
| 07.11      | 04      | <br>DR. JOSÉ FROTA<br>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA<br>20 MAR 2019                    |
| 02.04.2019 |         | Aguda cya<br>DR. VICTOR PARANHOS<br>Ortopedia e Traumatologia<br>CRM 10660                                                                                            |
| 23/07/19   |         | Paciente submetido<br>à limpeza cirúrgica no<br>joelho e aguda osteoartrite<br>no lado fibrol (E)<br>Dr. Josafá Fernandes<br>Ortopedia e Traumatologia<br>CREMEC 5241 |


**HCSR**  
 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

*Uma História Cuidando de Vidas*
**SANTAS  
CASAS  
UNIDAS**
**BOLETIM DE OPERAÇÃO**
**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

 NOME: ZILDENEIDE MONEIMA DA SILVA

 DATA: 30/1/2019 120/19

 LEITO: 3-L
**DIAGNOSTICO CLÍNICO:**
Fratura distal do rádio
**DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:**
o mesmo
**CONDIÇÕES DO PACIENTE**

| TEMPO | PULSO | RESP. | P.A. | GERAIS |
|-------|-------|-------|------|--------|
|       |       |       |      |        |

**ANESTESIA:**
RAPI
**OPERAÇÃO:**
Fixação
**CLASSIFICAÇÃO:**

 INÍCIO: 15:55h FIM: 16:35h

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

Fratura
distal do rádio

 DR. CLÁUDIO EFRÁSIO  
 ORTOPEDA - ORTOPEDIA  
 CRM-CE: 4076

**O QUE FOI FEITO:**
anestesia
o mesmo
RAPI
fixação
distal do rádio
Releitura
RAPI
fixação
o mesmo
**CONTAGEM COMPRESSAS:**
07:770.001/0001-64

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE

DE RUSSAS

Rua: Dr. José Ramalho, 1436

CENTRO - RUSSAS

RUSSAS 02.07.2019

R. Silva

Operador

Auxiliar

Anestesiologista

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-0147

[www.hcsrussas.com.br](http://www.hcsrussas.com.br)

|                                    |  |                      |  |                     |  |                |  |                          |  |
|------------------------------------|--|----------------------|--|---------------------|--|----------------|--|--------------------------|--|
| Paciente                           |  | Laudo                |  | Localizar           |  | Usuário        |  | Unidade de Saúde         |  |
| Código                             |  | Data de Cadastro     |  | Data de Alteração   |  | Situação       |  | Data Situação            |  |
| 80200                              |  | 23/05/2014 07:30:18  |  | 20/03/2019 08:00:28 |  | Ativo          |  |                          |  |
| Paciente *                         |  |                      |  |                     |  |                |  |                          |  |
| ZILDENEIDE MOREIRA DA SILVA        |  |                      |  |                     |  |                |  |                          |  |
| Nome Social                        |  | Data de Nascimento * |  | Sexo *              |  | Credenciado?   |  |                          |  |
|                                    |  | 04/09/1985           |  | 33                  |  | Feminino       |  | <input type="checkbox"/> |  |
| CPF                                |  | C.N.S.               |  | Tipo de Documento   |  | Documento      |  |                          |  |
| 702605709262744                    |  | 702605709262744      |  | Identidade          |  | 2005030048542  |  |                          |  |
| Estado Civil                       |  | Conjuge              |  |                     |  |                |  |                          |  |
| Solteiro(a)                        |  |                      |  |                     |  |                |  |                          |  |
| Mãe                                |  |                      |  |                     |  |                |  |                          |  |
| MARIA VALDERINA DA SILVA SOUSA     |  |                      |  |                     |  |                |  |                          |  |
| Nacionalidade                      |  | Naturalidade         |  |                     |  |                |  |                          |  |
| BRASIL                             |  | RUSSAS - (CE)        |  |                     |  |                |  |                          |  |
| » Entrego                          |  |                      |  |                     |  |                |  |                          |  |
| CEP                                |  | Logradouro           |  | Endereço            |  | Número         |  | Complemento              |  |
| 62.900-000                         |  | SITIO                |  | PEIXE               |  | 0              |  | PROX COLEGIO             |  |
| U.F. (Estado)                      |  | Cidade               |  | Bairro              |  |                |  |                          |  |
| CE                                 |  | RUSSAS               |  | PEIXE               |  |                |  |                          |  |
| » Dados de Contato                 |  |                      |  |                     |  |                |  |                          |  |
| Residencial                        |  | Trabalho             |  | Celular 1           |  | Operadora 1    |  | Celular 2                |  |
|                                    |  |                      |  | (88) 99974-7332     |  |                |  |                          |  |
| » Cartões                          |  |                      |  |                     |  |                |  |                          |  |
| Código                             |  | Plano de Convênio    |  | Data Registro       |  | Nº da Carteira |  | Validade                 |  |
|                                    |  |                      |  |                     |  |                |  |                          |  |
| » Dados do Responsável             |  |                      |  |                     |  |                |  |                          |  |
| Código                             |  | Parentesco           |  | Código              |  | Responsável    |  | Contato                  |  |
|                                    |  |                      |  |                     |  |                |  |                          |  |
| » 07.770.001/0001-847              |  |                      |  |                     |  |                |  |                          |  |
| HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS |  |                      |  |                     |  |                |  |                          |  |
| Ficha                              |  |                      |  |                     |  |                |  |                          |  |



|                                                                                                                  |                                                                                                               |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MISSÃO:</b><br>PRESTAR ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR ESPECIALIZADA DE MÉDIA COMPLEXIDADE DA 9ª REGIÃO | <b>VISÃO:</b><br>PRESTAR UMA ASSISTÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE PARA A POPULAÇÃO DA 7ª, 9ª E 10ª REGIÃO | <b>ÉTICA:</b><br>> HUMILDADE.<br>> INTEGRIDADE.<br>> CONFIANÇA.<br>> RESPEITO E IGUALDADE DE TRATAMENTO ENTRE AS PESSOAS | <b>VALORES:</b><br>> COOPERAÇÃO E DISPONIBILIDADE ENTRE A EQUIPE.<br>> COMPROMISSO E MOTIVAÇÃO COM O TRABALHO.<br>> SINCERIDADE E VERDADE NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS | > ATIVIDADE DE GRADUAÇÃO E BASES CIENTÍFICAS<br>> BUSCA PERMANENTE POR QUALIFICAÇÃO<br>> RESPONSABILIDADE ACADÊMICA<br>> JUSTIÇA SOCIAL |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## RESUMO DE ALTA

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Zildeneide Moreira da Silva

ENFERMARIA: 3 LEITO: 1 PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

### RESUMO CLÍNICO:

Atendimento em pronto-socorro  
em 20/03/19

### EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:

Exame físico  
normal

### PROCEDIMENTO REALIZADO:

### TERAPÊUTICA UTILIZADA:

ADMISSÃO: 20/03/19 ALTA: 01/04/19 DIAS INTERN.: 1

### CONDIÇÕES DE ALTA:

MOTIVO: CURADO ( ), MELHORADO ( ), APEDIDO ( ), EVASÃO ( ), TRANSFERIDO ( ), ÓBITO ( ), INALTERADO ( ), ADMINISTRATIVO ( )

### ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO:

### DIAGNÓSTICO FINAL:

### OBSERVAÇÕES:

Valterino Pinheiro  
Traumatologista  
ERM-CE 6193

MÉDICO RESPONSÁVEL



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FAGNER XAVIER GOMES e Tribunal de Justiça do Estado da Ceara, protocolado em 02/09/2019 às 15:17, sob o número 01687176620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 016871766-2019-8-06-0001 e código 505812A.



**HCSR**  
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS  
*Uma História Cuidando de Vidas*  
www.hcsrussas.com.br

|                                                                                                                  |                                                                                                               |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                |                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MISSÃO:</b><br>PRESTAR ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR ESPECIALIZADA DE MÉDIA COMPLEXIDADE DA 9ª REGIÃO | <b>VISÃO:</b><br>PRESTAR UMA ASSISTÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE PARA A POPULAÇÃO DA 7ª, 9ª E 10ª REGIÃO | <b>VALORES:</b><br>> ÉTICA<br>> HUMILDADE<br>> INTEGRIDADE<br>> CONFIANÇA<br>> RESPEITO E IGUALDADE DE TRATAMENTO ENTRE AS PESSOAS | > COOPERAÇÃO E DISPONIBILIDADE ENTRE A EQUIPE<br>> COMPROMISSO E MOTIVAÇÃO COM O TRABALHO<br>> SINCERIDADE E VERDADE NAS RELAÇÕES INTERPESSOAS | > ATIVIDADE CENTRADA NAS BASES CIENTÍFICAS<br>> BUSCA PERMANENTE POR QUALIFICAÇÃO<br>> RESPONSABILIDADE AMBIENTAL<br>> JUSTIÇA SOCIAL |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Fideneide Moreira da Silva

### DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

DOENÇAS CRÔNICAS: > CÂNCER ( ) > DIABETES ( ) > BRONQUITE OU ASMA ( ) > HIPERTENSÃO ( ) > DOENÇA DO CORAÇÃO ( )  
 > INSUF. RENAL ( ) > DEPRESSÃO ( ) OUTRO: \_\_\_\_\_

| DATA     | HORÁRIO | EVOLUÇÃO                                                    |
|----------|---------|-------------------------------------------------------------|
| 24.03    |         | Exame físico em perfeitas condições de saúde                |
| 25/03/19 |         | Urticária aguda com lesões de pele / Ortopedia / Plac. 1000 |
| 26/03/19 |         | Fratura plavto fússil / Ortopedia / TC / Condições de pele  |

07.770.001/0001-64  
 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS  
 Rua: Dr. José Ramalho, 1436  
 CENTRO - RUSSAS - CE  
 02.07.2019  
 Dr. Silva

*Valterino Pinheiro*  
 Traumatologista  
 CRM-CE 6193

*Dr. Marcelo Lopes Maia*  
 Ortopedia e Traumatologia  
 GRM 11805 RQE 7360

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



|                                                    |                               |                                         |                                   |
|----------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|
| 19/03/2019 18:01:54                                | 1900284645                    | GUIA DE: (X) ATENDIMENTO ( ) OBSERVAÇÃO | DIURNO - 10                       |
| Paciente: 00080200 - ZILDENEIDE MOREIRA DA SILVA   |                               | DN: 04/09/1985 - 33 A 6 M 15 D          | Sexo: F - Est. Civil: Solteiro(a) |
| Identidade: 2005030048542 - SSP CE Raça/Cor: Parda |                               | CPF:                                    | Ocupação: AGRICULTOR              |
| Endereço: SÍTIO - PEIXE - O - PEIXE - RUSSAS - CE  |                               | CEP: 62.900.000                         | Nat.: RUSSAS - CE                 |
| Contato: (88) 99974-7332                           |                               | Mãe: MARIA VALDEIRINA DA SILVA SOUSA    | Pai: ZACARIAS MOREIRA DE SOUSA    |
| Convênio: SUS - SUS                                | Carteira:                     | CNS: 702605709262744                    | Validade:                         |
| Autorização:                                       | Sistema:                      | Caráter Atend.: URGÊNCIA                | Setor: EMERGÊNCIA                 |
| Motivo: URGÊNCIA / EMER                            | Especialidade: CLÍNICA MÉDICA | Profiss. Atend.: DRA MARIA JO           |                                   |

OUTRAS ANOTAÇÕES (Enfermagem)

Peso: — KG. Temp.: — °C. Pressão: 130x80 mmHg. D. X.: —

Classificação de Risco: ☒ VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

## ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Paciente apresenta queda de peso, sensação de cansaço, dor interna no peito e escostas nas pernas. Na pele observa-se inchaço e gravidez.

## HIPÓTESE DIAGNÓSTICO

Fratura joelho (E)

## SADI - EXAMES COMPLEMENTARES

( ) RÁIO-X ( ) ULTRASSOM ( ) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) ECG ( ) OUTROS

## PRESCRIÇÃO

1 Curativo  
2 R-X joelho (E)  
3 Voltex Imple III  
4 Te transdermática

## APRAZAMENTO

18:30

## EVOLUÇÃO

Paciente deu entrada nesta unidade, vítima de queda de moto, com dor em joelho.

## CONDUTA:

( ) ALTA POR DECISÃO MÉDICA (X) AMBULATÓRIO ( ) ALTA A PEDIDO  
( ) OBSERVAÇÃO (Até 24 Horas) ( ) ALTA A REVERSA ( ) INTERNAÇÃO

DATA E HORA DA SAÍDA/ALTA: 19/03/19 20:30

## ÓBITO

Antes do 1º Atendimento? ( ) SIM ( ) NÃO Destino: ( ) Família ( ) IML ( ) Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Atendimento registrado por: RICK

<http://192.168.0.21:8888/S4/iss4/C49EBB1F-D1E9-4C73-B074-D6F67C4663F7.html>







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 2305 / 2019**

**THALLES JOSÉ DE MELO LIMA - MAT.: 30124359**

