

PROCURAÇÃO

“ad judícia et extra”

MILENE FERREIRA DA SILVA, brasileira, solteira, agricultora, portadora do RG: 20077911070 SSP-CE e CPF: 061.436.153-22, domiciliada no PV de Formoso, s/n, Povoado de Limoeiro, Pacajus-CE, CEP: 62.870-000, pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores os advogados: **FRANCISCO RONALDO VIEIRA MARTINS**, OAB-CE 8.008 CPF: 398.705.963-04 – end. eletrônico drronaldovmartins@gmail.com, **RENATO MOREIRA MARTINS**, OAB-CE 20.807 CPF: 008.987.223-14 – end. eletrônico: renatomartins@gmail.com, **FILIPES MOREIRA MARTINS**, OAB-CE 24.414 CPF: 019.302.343-17 – end. eletrônico: adv.filipemartins@gmail.com, com escritório na Av. Treze de Maio, nº 1116, Sala 2004, Fátima, Fortaleza-CE, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula “ad-judícia” e “et extra”, a fim de, possa defender em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o(a) outorgante seja autor(a) ou reclamante, defendendo-o(a) quando for réu, interessado(a) ou requerido(a), podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firma compromisso, renunciar valores de alçada, receber e levantar alvarás, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como destituir advogado, se bem lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.



Pacajus-CE, 20 de Janeiro de 2020.

X Milene Ferreira da Silva
MILENE FERREIRA DA SILVA



DECLARAÇÃO DE POBREZA

MILENE FERREIRA DA SILVA, brasileira, solteira, agricultora, portadora do RG: 20077911070 SSP-CE e CPF: 061.436.153-22, domiciliada no PV de Formoso, s/n, Povoado de Limoeiro, Pacajus-CE, CEP: 62.870-000, declaro que sou pobre e não posso custear com as despesas processuais sem afetar o sustento da família, tendo em vista que sua renda é apenas da agricultura.

Esta declaração é a mais pura expressão da verdade, razão porque assumo inteira responsabilidade pelas informações acima, sujeitando-me às sanções previstas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E de mais penas aplicáveis, com relação ao acima afirmado.

Pacajus-CE, 20 de janeiro de 2020.

X Milene Ferreira da Silva
MILENE FERREIRA DA SILVA

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1943 que aprova a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL TRABALHO: [HTTP://TRABALHO.GOV.BR](http://TRABALHO.GOV.BR)



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

DISPENSAR

165.62684.10-3

2977849

0060

CE

Milene Ferreira da Silva

ASSINATURA DO TITULAR



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



MILENE FERREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO: FRANCISCA FERREIRA DA SILVA

ANTONIO EMILIANO DA SILVA

NASCIMENTO: 05/04/1989

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: FORTALEZA - CE

DOCUMENTO: R.G. - 2037791107-0 - 20/02/2011 - SSP/DS - CE

LEI Nº 9.043, DE 18 DE MAIO DE 1995

CNPJ: 061.436.153-22

TIT. ELEITOR: 001146210760

LOCAL DE EMISSÃO: PM - PACAEM - PIAUÍ

DATA DE EMISSÃO: 15/05/2018

ZONA: 048

SEÇÃO: 0084

Assinatura do Titular

Assinatura do Titular

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /
DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA

A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO
B - SP. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

Nº do Cliente

8241107

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 028238476

Referência 10/2019

Rota PJ137U51 - 26200
 Nome ANTONIO EMILIANO DA SILVA
 Endereço PV DE PAULICEIA, 00000, POVOADO DE LIMOIEIRO,
 62870-000 PACAJUS
 Classificação Resid. Baixa Renda
 Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL
 Ligação Monofásica

Emissão 23/10/2019
 Medidor 6409976-ELE-626

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KWH)



ÁREA RESERVADA AO FISCO

7216,9506, 7069,2076, 1584,1650, 0,106, 6,6270

DATAS DE LEITURA P.F.: 30 dias

Anterior 23/09/2019 Atual 23/10/2019 Próxima prevista 23/11/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo	Consumo Máx (KWH)	Consumo Ind. (KWH)	Consumo Tot. (KWH)	Tarifa (R\$/KWH)	Valor (R\$)
77	581	465	1.00	116	00	116	0,25129	33,79

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC
 COFINS COMPL BX RENDA
 DIC MENSAL
 DIC TRIMESTRAL
 COB CASA PROTEGIDA 0800 6000560
 JUROS MORATORIOS
 CONSUMO SEM SUBVENÇÃO
 DESCONTO BAIXA RENDA
 CONSUMO DE 000 KWH ATÉ 030 KWH
 CONSUMO DE 030 KWH ATÉ 100 KWH
 CONSUMO DE 100 KWH ATÉ 220 KWH
 ADICIONAL BAND. AMARELA
 ADICIONAL BAND. VERMELHA

TARIFA

VALOR (R\$)

-	8,45
-	0,04
-	-0,42
-	-1,36
-	7,90
-	1,79
-	25,94
-	-25,94
-	5,28
0,17600	21,23
0,30329	7,28
0,45500	0,75
-	0,60

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	35,14	0,03	0,02
COFINS	61,08	0,14	0,08

VENCIMENTO

20/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

51,54

CPF/CNPJ

660.738.983-04

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emissão kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consórcio Ecológica (KCO₂) 0

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 24/09 -
 30/09 Amarela : 01/10 - 23/10

DEBITOS ANTERIORES
 MES/ANO VALOR(R\$)
 07/2019 197,15
 Total: R\$ 197,15

Nº do Cliente: 8241107
 Data de Emissão: 23/10/2019
 Nº da Nota Fiscal: 028238476

Referência: 10/2019
 Total a Pagar (R\$): 51,54
 Nº de Controle: 200040049356

83890000000 5 51540031200 0 04004935607 0 00008241107 7



07000000000 5 51540031200 0 04004935607 0 00008241107 7

DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

MILENE FERREIRA DA SILVA, brasileira, solteira, agricultora, portadora do RG: 20077911070 SSP-CE e CPF: 061.436.153-22, domiciliada no PV de Formoso, s/n, Povoado de Limoeiro, Pacajus-CE, CEP: 62.870-000, declara para os devidos fins que a conta de energia de minha residência se encontra em nome de **ANTONIO EMILIANO DA SILVA**.

Esta declaração é a mais pura expressão da verdade, razão porque assumo inteira responsabilidade pelas informações acima, sujeitando-me às sanções previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal Brasileiro. E nas demais penas aplicáveis, com relação ao acima afirmado.

Pacajus-CE, 20 de janeiro de 2020.

X Milene Ferreira da Silva
MILENE FERREIRA DA SILVA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - CE		Nº 014928379965	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COO. RENAVAM	INTRC	EXERCÍCIO
01	656004355	0000000000	2019
NOME			
ANTONIO FILHO FERREIRA DA SILVA			
PACAJUS/CE			
PLACA		PLACA	
04687587099		SHU09235	
PLACA ANT./UF		CHASSI	
*****/CE		9BW222077BPS02447	
ESPECÍFICO		COMBUSTÍVEL	
PAS/AUTOMÓVEL/NAO AFILIC		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB - ANO MOD.	
VW/GOL CLT		1995 - 1996	
CAP/POT/CL		CATEGORIA	
5P/81CV/1600CC		EARTIC	
COTA ÚNICA		COR PREDOMINANTE	
VERMELHA		1º ISENTO	
2º NAO		3º INCIDE	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		IOF (R\$)	
12.00		0.06	
PREMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
12.06		15/10/2019	
OBSERVAÇÕES			

LOCAL		DATA	
PACAJUS		15/10/2019	
LICENCIAMENTO		LICENCIAMENTO	
LICENCIAMENTO		LICENCIAMENTO	



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE HORIZONTE
 Impresso nº 2019298995

fls. 10

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 461 - 5513 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **09/12/2019 13:41:14**
 Data / Hora da Ocorrência: **30/04/2018 06:20:00**
 Endereço da Ocorrência: **ROD BR-116 KM-40, CENTRO - HORIZONTE/CE**
 Ponto de Referência: **UPA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MILENE FERREIRA DA SILVA**
 Nascimento: **05/04/1999** CPF:
 RG: **20077911070** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **FRANCISCA FERREIRA DA SILVA**
ANTONIO EMILIANO DA SILVA
 Endereço: **SÍTIO ZONA RURAL**
 Bairro: **PAULICEIA**
 Município: **PACAJUS/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99206-7332**

Histórico

Afirma a declarante que no dia, hora e local supra, viajava no veículo de marca VW Gol CLT, ano 1996/1996, cor vermelha, placa HUQ-9235, de propriedade de ANTONIO FILHO FERREIRA DA SILVA, no instante do acidente, guiado por seu irmão JOÃO NETO FERREIRA DA SILVA, quando ao frear o carro para não colidir com o veículo que ia a sua frente, uma viatura da PM que vinha logo atrás colidiu contra a traseira do carro em que viajava; QUE com o impacto do acidente a declarante fraturou o tornozelo esquerdo; QUE afirma que foi socorrida pelo seu cunhado para a UPA local, de onde foi recambiada para o hospital Frotinha de Messejana em Fortaleza-CE, onde foi submetida a duas cirurgia. E nada mais disse

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE HORIZONTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ALESSANDRO BASTO DAMASCENO - MAT.: 135608-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Milene Ferreira da Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

ED CARLOS DE SOUSA LIMA - MAT.: 300815-1-X

CARTÓRIO DE 1º OFÍCIO DE PACAJUS - CE
 Rua Coronel Eduardo Araújo, 1934 - Centro - CEP: 60719-090 - Fone/Fax: (85) 3345-0005
 Tabelão: ADRIANA ARRUDA BEZERRA

Certifico que esta fotocópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado.
O referido é verdade. Dou fé
PACAJUS, 10 de dezembro de 2019

REGILANE FERNANDES
1ª Oficial de Registro Civil
Regilane F. de Rocha Rodrigues
Escrevente Autorizada
Pacajus - Ceará

EMOL.	R\$ 1,3
ISS	R\$ 0,0
FRMP	R\$ 0,0
FAADEP	R\$ 0,0
SELO	R\$ 0,9
FERMOJU	R\$ 0,0

IB400126
Selo 3

Pág. 1 de 1

Impresso em: 05/12/2019 13:32:57

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RENATO MOREIRA MARTINS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 07/02/2020 às 10:41, sob o número 02094633920208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0209463-39/2020.8.06.0001 e código 5EB8882



Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

[illegible]

impresso por francisca moraes da silva em 30/04/2018 12:13:08
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299
Penal.

Milene Ferreira
milene ferreira da silva

04.385.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
CARROS DE OLIVEIRA
Rua Jornalista Tomaz Coelho 1572
Messajana - Cep: 60.864-810
Fortaleza - Ceara

20/11/19

 SUS Ministério da Saúde Sistema Único de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
---	--	--

Identificação do Estabelecimento de saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____		2 - CNES _____
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____		4 - CNES _____

Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <i>Julio Ferreira de Silva</i>		6 - Nº PRONTUÁRIO _____
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____	8 - DATA DO NASCIMENTO <i>05/04/1999</i>	9 - SEXO ☒ Masculino ☐ Feminino
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Francisca Ferreira da Silva</i>		11 - TELEFONE DE CONTATO _____
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>Rua 13 casa 78 / Pátio</i>		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>TOAS-CE</i>
14 - Cód. IBGE MUNIC _____	15 - UF _____	16 - CEP _____

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Sofreu trauma no tornozelo e está com dor e edema no D</i>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Sup. funcional MTE</i>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>KG</i>		
20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL <i>fratura fechada L5</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL _____	22 - CID 10 SECUNDÁRIO _____
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____		

PROCEDIMENTO SOLICITADO		24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Int. cirúrgica</i>		26 - CLÍNICA _____
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO _____	28 - DOCUMENTO ☐ CNS ☐ CPF _____	29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>16/05/18</i>
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO _____		

RECORRER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		33 - Nº BILHETE _____
34 - Nº DO ACIDENTE _____	35 - CNPJ DA SEGURADORA _____	36 - SÉRIE _____
37 - CNPJ DA EMPRESA _____	38 - CNPJ DA EMPRESA _____	39 - CBOE _____
40 - CNIE EMPRESA _____		
41 - CBOE _____		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURO		

AUTORIZAÇÃO		43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA _____
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR _____		45 - DOCUMENTO ☐ CNS ☐ CPF _____
46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____		47 - DATA DO DOCUMENTO _____
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____		49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>04.883.197/00012-03</i>

Caricatura
 COMPRE COM ORIGINAL
 20/11/19

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
 BARROS DE OLIVEIRA
 Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578
 Messejana - Cep: 60.864-810
 Fortaleza - Ceará

Grat. HDEBO-SAME-AIH-000



MUNICÍPIO MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDILSON BARROS DE OLIVEIRA



REGISTRO EMERGÊNCIA

MATRÍCULA NO HOSPITAL

PACIENTE

Milene Figueira da Silva

DATA OPERAÇÃO

15/05/18

ENFERMARIA

LEITO

2º AUXILIAR

Leonardo

3º AUXILIAR

1º AUXILIAR

Reneo

INSTRUMENTADOR

ANESTESISTA

TIPO DE ANESTESIA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Fratura torçozelo

TIPO DE OPERAÇÃO

Redução fratura torçozelo + enxerto osso

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO

Normal

RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA

Não

EXAME RADIOLOGICO NO ATO

Sim

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO

Não

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÊC LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS

- 1) Anestesia
- 2) Incisão
- 3) Preparação de cupos
- 4) Reme modelar
- 5) Redução da fratura com grande compressão de fixar modelo
- 6) Fixação com 02 fios de Kirschner 2.0 x 07 próximo cortical e 02 fio de compressão
- 7) Controle da Rx
- 8) Enxerto osso
- 9) Sutura
- 10) Curativo

Leonardi Pierre Quental
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Pê - 2000
CRM 9114 - ROE 4556

Caricatura
20/11/19

885.107.00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tupy - 1570
Messias - 327.02.864-810
Fortaleza

Gráf. HDEBO-SAME-Desc. Oper.-003

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS				
NOME DO PACIENTE MILENE FERREIRA DA SILVA		Nº DO PRONTUÁRIO 5106452	Nº DO BE 332393	
CADASTRO 165626841030007		NASCIMENTO 05/04/1999(19 ANOS)	SEXO F	RACIA/COR PARDO
NOME MAE FRANCISCA FERREIRA DA SILVA		NOME RESPONSÁVEL NI		
ENDEREÇO RUA B 78 CJ STA RITA PASSARÉ		MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE
CONTATO (85) 98102-3334		CEP 60.867-020		
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE				
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				
QUEIXA RET DR LEONARDO		MOTIVO RETORNO TRAUMATOLOGICO		
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)		
SINAIS VITAIS				
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLICEMIA NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NAO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA CELIA DO NASCIMENTO		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 26/02/2019 07:19:14
CLASSIFICAÇÃO VERDE				
ÁREA DE ATENDIMENTO 04 RETORNO TRAUMA				
ÁREA ATENDIMENTO				
ATENDIMENTO MÉDICO				
REDE				
<i>Externa Tomazelo</i>				
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO 305090200	CID	
SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES		
<i>Rx Tomazelo @AP4P</i>				
<i>Curativo</i>				
		<i>(X3)</i>		
TIPO DE ALTA/SAÍDA				
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS				
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL				
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA <i>Leonardo de Queiroz e Tomazelo</i> CRM 9114 - RQE 452		

Impresso por MARIA CELIA DO NASCIMENTO em 26/02/2019 07:19:14
 Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Penal.

Maria Célia do Nascimento
 Enfermeira
 COREN 38085

Milene Ferreira da Silva
 milene ferreira da silva

04.885.197700012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
 Av. Jornalista Tomaz Coelho 1570
 Messejana - Cep: 60.864-610
 Fortaleza - Ceará

Lucivania
 CONFERE COM ORIGINAL
20/11/19



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HDEBO

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HDEBO

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Milene Fátima da Silva

6 - Nº PRONTUÁRIO

5106452

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

16151612161841101301007

8 - DATA DO NASCIMENTO

05/04/1999

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Francisca Ferreira da Silva

DDD - 11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua B. 78 - Ej. Sta Rita - Passare

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Fortaleza - Ce

14 - COD. IBGE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor de fratura torácica

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

Rx torácica fixa

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura torácica

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Guia de cirurgia de fratura de costela

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☒

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

8101251761151319

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº BILHETE

38 - GÊNERO

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CDDF

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

☐ CNS ☐ CPF

46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

47 - DATA DO DOCUMENTO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

8001205

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON

BARROS DE OLIVEIRA

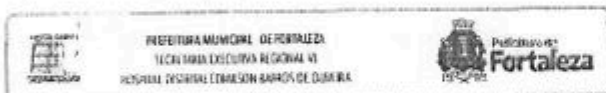
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578

Messejana - Cep: 60.864-810

Fortaleza - Ceará

Gráf. HDEBO-SAME-AIH-005

Assinatura
CONFERE COM ORIGINAL
20/11/19



REGISTRO EMERGÊNCIA	MATRÍCULA NO HOSPITAL
---------------------	-----------------------

PACIENTE <u>Hilma Ferreira de Almeida</u>		
DATA OPERAÇÃO <u>12/02/19</u>	ENFERMARIA	LEITO
2º AUXILIAR <u>Dr. Hilma Ferreira</u>	1º AUXILIAR <u>Dr. Hilma Ferreira</u>	INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA	TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO <u>Doença N. interna de útero e anexos E</u>		
TIPO DE OPERAÇÃO <u>Doença de útero e anexos</u>		
DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO <u>O útero</u>		
RELATÓRIO IMPLANTO PATOLOGISTA		
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCN. LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS
1) Acesso ao abdômen dorsal no cólon 2) Acesso ao útero + anexos no cólon E 3) Ligadura com fio de seda, ligadura por plano, em nível de útero 4) Retirada interna de útero (cerclagem, 02 fios + porção) 5) Retirada do hematócrito 6) Sutura por plano 7) Lavagem

04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARRIOS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tenor Cecílio 1670
Messejana - Cep. 60.864-810
Fortaleza - Ceará

[Assinatura]
CONFERE COM ORIGINAL
20/11/19



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



Prefeitura de
Fortaleza

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE <i>Mileu</i>			
PRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO <i>46</i>
INÍCIO DO TRATAMENTO <i>14/05/18</i>	DATA DA ALTA <i>17/05/18</i>	DATA DO RETORNO <i>22/05/18</i>	MÉDICO(A) PARA RETORNO <i>J. Almeida</i>

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

606

Quid

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL <i>Staph. aureus</i>
ACESSÓRIO 1
ACESSÓRIO 2
EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS <i>de</i>

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Cimip

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

AINH + ATB

CONDIÇÕES DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ PIORADO ☐ ÓBTOS ☐ OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA

18/05/18

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

[Assinatura]

Gráfica HDEBO-SAME-Relatório de Alta-002

	PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA	 Prefeitura de Fortaleza
---	---	---

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE <i>Uilene</i>	PRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO <i>41</i>
INÍCIO DO TRATAMENTO <i>12/02/19</i>	DATA DA ALTA <i>19/02/19</i>	DATA DO RETORNO <i>26/02/19</i>	MÉDICO PARA RETORNO <i>J. Rosário</i> <i>06:00</i>	

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Opnead

PRINCIPAL <i>Sintoma de urina</i>	DIAGNÓSTICOS
ACESSÓRIO 1	
ACESSÓRIO 2	
EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS	<i>HP</i>

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Cesep

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

AINH

CONDIÇÕES DA ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ PIORADO ☐ ÓBTOS ☐ OUTRO

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Gráfica HDEBO-SAME-Relatório de Alta