

PROCURAÇÃO

Outorgante(s):

Nome: PAULO SOLON ALVES DE ANDRADE	
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: CASADO
RG: 94002464487 Órgão Emissor: SSP CE Data da Emissão: 23.09.02	
CPF: 616.694.583-34 Profissão: AUX. DE PRODUÇÃO	
Endereço: RUA SÃO BENARDO, 1221 ALTOS	
Bairro: AWAPO WYNE Cidade/UF: FORTALEZA/CE CEP: 60.335-550	

Outorgado (s):

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A e **ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6994, ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota - Fortaleza - CE.

Poderes:

Os da cláusula ad judicium e et extra e os especiais para promover o processo do Seguro Obrigatório DPVAT, contra quem de direito, podendo para tanto, transigir, desistir, acordar, discordar, conciliar, requerer e receber alvará judicial, passar recibo, dar quitação, enfim praticar todos os atos necessários, inclusive substabelecer.

Fortaleza, 13 de fevereiro de 2020.

Paulo Solon Alves de Andrade

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante: PAULO SOLON ALVES DE ANDRADE		
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: CASADO	
RG: 94002464487	Órgão Emissor: SSP CE	Data da Emissão: 23.09.02
CPF: 616.694.583-34 Profissão: AUX. DE PRODUÇÃO		
Endereço: RUA SÃO BERNARDO, 1221 ALTO		
Bairro: AWAPO WENE	Cidade/UF: FORTALEZA/CE	CEP: 60335-555

DECLARA, com a presente, sob as penas da Lei, para fins de prova junto ao Juízo competente, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide, que não possui condições financeiras para arcar com o ônus processual, estando nas exatas condições da Lei nº. 1.060/50, carecendo, pois, dos auspícios da GRATUIDADE DE JUSTIÇA para promover Ação de Indenização e/ou Cobrança.

Fortaleza, 13 de ~~FEVEREIRO~~ de 2020.

Paulo Solon Alves de Andrade

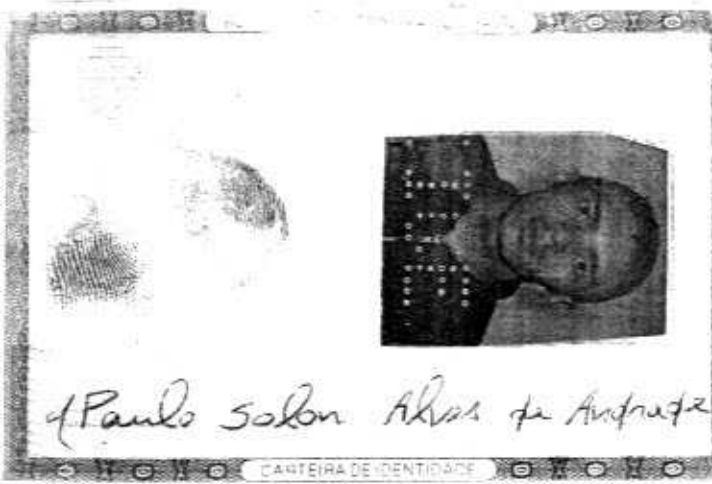
JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA,

brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A, e **ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6.994 ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE, declaramos para os devidos fins de direito, que não estamos cobrando honorários advocatícios antecipadamente do(a) autor(a), ressaltando os honorários de sucumbências.

Fortaleza, 13 de ~~FEVEREIRO~~ de 2020.

Ciente:

Paulo Solon Alves de Andrade



829744

A Tarifa Social de Energia Elétrica
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 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

eni

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

INTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 574377709

ta 10 01150 36 242600 - 0 Data de Emissão 16/05/2019

ome MARIA IRACEMA DE OLIVEIRA BARBOSA

id. Postal RU SAO BERNARDO 01221 A
ALVARO WEYNE - FORTALEZA - 60335555

edidor 833060 Poste 0000 A88W

lasse B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

G / CPF / CNPJ 496072783-72 CGF

ome do Responsável

ATAS

lês de referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
16/05/2019	16/05/2019	15/06/2019

CMS

base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
64,66	27,00%	17,45

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FEEL 6529.7746.7468.0236.9066.9740.3E21

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto 16/05/2019 BSI 17,47
Mês DICV1 = 0,00 P

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	4,82	9,67	19,34	0,00	0,00	0,00
FIC	3,11	6,22	12,45	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,69			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
3054	3570	1,00	64	0,00	84	0,76	64,6
16-05-19	15-04-19		31 DIAS				

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MÊS
MULTA MORATORIA REF 02/2019
JUROS DO MÊS
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,62)

VALOR (R\$)
64,66
1,13
0,43
4,70

Scanned by CamScanner

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: PAULO SOLON ALVES DE ANDRADE		
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: CASADO	
RG: 94002464487	Órgão Emissor: SSP CE	Data da Emissão: 23.09.02
CPF: 616.694.583-34	Profissão: AUX. DE PRODUÇÃO	
Endereço: RUA SÃO BERNARDO, 1221 ALTOS		
Bairro: AMARO WEYNE	Cidade/UF: FORTALEZA/CE	CEP: 60.335-555

Declara para devidos fins de direito e a quem possa interessar que reside no endereço acima declarado, porém não possui comprovante de residência em seu nome.

Fortaleza, 13 de FEVEREIRO de 2020

Paulo Solon Alves de Andrade

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declarante: PAULO SOUZA ALVES DE ANDRADE		
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: CASADO	
RG: 94002464487	Órgão Emissor: SSP CE	Data da Emissão: 23/09/02
CPF: 616.694.583-34 Profissão: AUX DE PRODUÇÃO		
Endereço: RUA SÃO BERNARDO, 1221 AUTOS		
Bairro: AWAARO UWEYNE	Cidade/UF: FORTALEZA / CE	CEP: 60335-555

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que assumo de forma plena, única e integral, a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, isento o escritório José Brito Advogados representado através dos Advogados José Orisvaldo Brito da Silva, inscrito na OAB/CE 21.292 A e Ana Cláudia Maia Alencar, inscrita na OAB/CE 6994, com endereço na Avenida Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota, Fortaleza /CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e/ou administrativa, no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

"As informações contidas no processo indenizatório DPVAT são de responsabilidade do beneficiário, sendo o mesmo informado que a comunicação de fato não ocorrido ou inexistente é crime punível na forma da lei – Art. 339 e 340 do CPB."

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade do mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza, 13 de FEVEREIRO de 2020.

Paulo Souza Alves de Andrade



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 201906654



fls. 13

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4336 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/12/2019 12:05:25**
Data / Hora da Ocorrência: **19/09/2019 21:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV CORONEL CARVALHO, BARRA DO CEARA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX. AO RESTAURANTE ESQUINÃO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **PAULO SOLON ALVES DE ANDRADE**
Nascimento: **14/07/1980** CPF: **616.694.583-34**
RG: **94002464487** Orgão Emissor: UF:
Filiação: **EDNIR ALVES DE ANDRADE NC**
Endereço: **RUA TULIPA, 118 CASA 73**
Bairro: **BARRA DO CEARA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.330-520**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98554-8622**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PML4891** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1670FR556870** Renavam: **1077949585** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 START** Ano Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **PAULO SOLON ALVES DE ANDRADE** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE POSSUI HABILITAÇÃO CNH Nº 06537872060, CATEGORIA "A", DETRAN/CE; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA PML-4891/CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. CORONEL CARVALHO QUANDO UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE ESTAVA PARADO, A MOTORISTA ABRIU A PORTA REPENTINAMENTE, E A MOTOCICLETA PILOTADA PELA VITIMA COLIDIU NA PORTA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DA PARANGABA. AFIRMA O DECLARANTE QUE TINHA UMA GARUPEIRA NA OCASIÃO DO ACIDENTE. E NADA MAIS DISSE.///

OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Paulo

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 11/12/2019 12:19:50

Pág. 1 de 2

Impresso em: 11/12/2019 12:19:50

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA e esaj.tjce.jus.br, protocolado em 20/02/2020 às 14:37, sob o número 02130021320208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0213002-13.2020.8.06.0001 e código 604CF1F.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019906654



fls. 14

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4336 / 2019

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Adriana Arrais Moreira
ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Paulo Roberto Alves de Andrade

VISTO DO DELEGADO(A) :

Maria das Graças Ferreira Uchoa
MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7

[Large handwritten signature]



DECLARAÇÃO



192

REGIÃO NOROCCIDENTAL

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Paulo Solon Alves de Andrade - C.P.F. - 616.694.583-34**, no dia **19/09/2019**, às **21h45min**, na **Avenida Coronel Carvalho**, no **Bairro Barra do Ceará**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

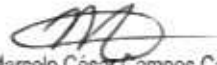
Documento requerido por meio do Processo nº **P919815/2019**.

Fortaleza, 30 de Outubro de 2019.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Marcelo César Campos Cabral
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45680-1

Marcelo César Campos Cabral
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

R 919815/19



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 18 PONTO DE APOIO: H.M.F. Nº DA OCORRÊNCIA: 0991
DATA: 19/09/19 TURNO: ON EQUIPE: Eduardo + Marcia
NOME: Paulo Solon Alves de Andrade IDADE: 39 SEXO: M
ENDEREÇO: Av. Coronel de Carvalho 1.100
REFERÊNCIA: BAIRRO: do ecará
QTY: 21:25 QUS: 21:45 QUR: 21:55 QUY: 22:05 QUU: 23:30

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: colapso + intolerância

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO EXPANSÃO TORÁCICA PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO ☒ PRESENTE ☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO ☐ AUSENTE ☐ AUSENTE
A ☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUIDAS POR:

B **PADRÃO RESPIRATÓRIO** **INSPEÇÃO** **PALPAÇÃO/PERCUSSÃO** **AUSCULTA**
☒ EUPNEICO ☒ NORMAL ☒ NORMAL ☒ NORMAL
☐ TAQUIPNEICO ☐ ALTERADA: ☐ ALTERADA: ☐ ALTERADA:
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/AUSENTE

C **PULSO** **PELE** **ENCHIMENTO** **SANGRAMENTO**
☒ NORMOCÁRDICO ☒ CHEIO ☒ CORADA ☐ SUDOREICA
☐ TAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME ☐ FALIDA ☒ SECA
☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL ☐ CIANÓTICA ☐ QUENTE
☐ ≤ 2 seg ☐ SIM
☐ > 2 seg ☒ NÃO

LOCAL:

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

D **ABERTURA OCULAR** **RESPOSTA VERBAL** **RESPOSTA MOTORA**
ESPONTÂNEA 4 ☒ ORIENTADO (A)/SORRI (P) 4 ☒ OBEDECE A COMANDOS
À VOZ 3 ☐ CONFUSO (A)/CHORO CONSOLÁVEL (P) 3 ☐ LOCALIZA A DOR
À DOR 2 ☐ PALAVRAS INAPROPRIADAS (A)/VINHOSOLÁVEL (P) 2 ☐ MOVIMENTO DE RETIRADA
NENHUMA 1 ☐ SONS INCOMPREENSÍVEIS (A)/GEMENTE (P) 1 ☐ FLEXÃO ANORMAL
TOTAL: 15 ☐ EXTENSÃO ANORMAL
NENHUMA

PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS:

E **ADULTO** **LESÕES** **PEDIÁTRICO**

SAMPLA

FR: — PA: — FR: — GLUC: — COXIM: — TEM: —

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS./CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

pac. de 39 anos, vítima de traumatismo, el. fraturas nas
mãos, el. dor na região MIE + pequena laceração
enfermeira, orientado, a. pneu. af. verbaliza / deambula
elaída, encaminhado para avaliação traumatológica

Atu - Dr. Lourenço

ASS./COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

UNIDADE DE SAÚDE:

DESTINO DO PACIENTE

☐ LIBERADO☐ RECUSA☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

BOLETIM EMERG:

☐ ÓBITO☐ NO LOCAL☐ DURANTE O TRANSPORTE☐ OUTRO:

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM☒ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

TERMO DE RECUSA

EU, _____

RG/CPF _____

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO

PELO SAMU EM: / / às

hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:

Nome: Paulo Sobrinho Alves de Andrade

Prontuário: _____ Enferm.: _____ Leito: _____ Data Internação: 20/09/19 Diagnóstico: _____

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
20/09	Intervenção para fratura de fêmur direito pelo Dr. Paulo César Barros Machado CRM 4477 Traumatista
21/09	Soluções Ax Soluções Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4600
21/09	Soluções Ax Soluções Antonio Eusebio T. Rocha CRM 4774 Traumatista
21/09	21/09 5 2015 - 20.00h em fratura do per- to lateral direito - Orientado curativo. Afec- ção DANITAS/Alergia. paratuberculose no MSD (2018). Com fisiológicos preservados. Com sono e repouso em referência de dor no momento. POLI 30x30 mm. 1g Saida clareado
22/09	Soluções Ax Soluções SELDA MARIA DE AGUIAR CARVALHO ENFERMEIRO - F.R.E.A SIAPE 1363684 CORENICE 63816
23/09/19	Paciente originária de intervenção traumática no momento. Vida estável. Alívio deixando para testes. HOSPITAL DISTRICTAL AM JOSE BARROSO DE OLIVEIRA ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL Dr. Eusebio T. Rocha CRM 4774 Traumatista Rômica Saba CRM 15754 Dr. Roberto Mendes Rodrigues CRM 4600 Traumatologia
24/09	24/09 21/09 Soluções Ax Soluções



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROFESSOR DR. PEDRO DE ARAÚJO
AV. Odebrecht nº 1111 - Pôrto de Pedra - CEP 44.038-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3133-7322



LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (AM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 00026

NOME DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE

ENDEREÇO DO PACIENTE

BAIRRO

DATA DO NASCIMENTO

SEXO

MUNICÍPIO

CONDIÇÃO

UF

CEP

NOME DA MÃE

EDINIR ALVES ANDRADE

CPF MÉDICO SOLICITANTE

156858963-87

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

20/09/2019

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fratura plástica
fêmur lateral do fêmur.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Neurólise de fratura

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

detra

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Mônica Saba

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura plástica fêmur lateral do fêmur

TIPO DE CLÍNICA

1. ☒ CIRÚRGICA
3. ☐ CLÍNICA MÉDICA
5. ☐ PSIQUIÁTRICA
9. ☐ OUTROS

Mai/15934

2. ☐ OBSTÉTRICA
4. ☐ TISIOPEUMOL
6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Crucio

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

Dr. Paulo César Barros Machado
Traumato - Ortopedista
CRM 4977

20/9/19

PROCESSO DE JUDICÍO MEDICAL / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
 SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

20:	
06:	

TEMP.:	
P. / MIN.:	
M. V. / MIN.:	

NOME: Paulo Sérgio de Azeiteiro

IDADE: 39 A

LEITO:

Nº. PRONTUÁRIO:

DATA: 10/02/2020

HISTÓRICO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

OBSERVAÇÃO

RUBRICA (Assinatura)

1. <u>10/02/2020</u> <u>10h</u> <u>100 mg</u> <u>100 ml</u> <u>SE</u> <u>SN</u>	<u>5 NO</u>	<u>Paralelo cardíaco, arcos</u>	<u>Paralelo cardíaco, arcos</u>
2. <u>10/02/2020</u> <u>10h</u> <u>100 mg</u> <u>100 ml</u> <u>SE</u> <u>SN</u>	<u>5 NO</u>	<u>Paralelo cardíaco, arcos</u>	<u>Paralelo cardíaco, arcos</u>
3. <u>10/02/2020</u> <u>10h</u> <u>100 mg</u> <u>100 ml</u> <u>SE</u> <u>SN</u>	<u>5 NO</u>	<u>Paralelo cardíaco, arcos</u>	<u>Paralelo cardíaco, arcos</u>
4. <u>10/02/2020</u> <u>10h</u> <u>100 mg</u> <u>100 ml</u> <u>SE</u> <u>SN</u>	<u>5 NO</u>	<u>Paralelo cardíaco, arcos</u>	<u>Paralelo cardíaco, arcos</u>
5. <u>10/02/2020</u> <u>10h</u> <u>100 mg</u> <u>100 ml</u> <u>SE</u> <u>SN</u>	<u>5 NO</u>	<u>Paralelo cardíaco, arcos</u>	<u>Paralelo cardíaco, arcos</u>
6. <u>10/02/2020</u> <u>10h</u> <u>100 mg</u> <u>100 ml</u> <u>SE</u> <u>SN</u>	<u>5 NO</u>	<u>Paralelo cardíaco, arcos</u>	<u>Paralelo cardíaco, arcos</u>
7. <u>10/02/2020</u> <u>10h</u> <u>100 mg</u> <u>100 ml</u> <u>SE</u> <u>SN</u>	<u>5 NO</u>	<u>Paralelo cardíaco, arcos</u>	<u>Paralelo cardíaco, arcos</u>
8. <u>10/02/2020</u> <u>10h</u> <u>100 mg</u> <u>100 ml</u> <u>SE</u> <u>SN</u>	<u>5 NO</u>	<u>Paralelo cardíaco, arcos</u>	<u>Paralelo cardíaco, arcos</u>
9. <u>10/02/2020</u> <u>10h</u> <u>100 mg</u> <u>100 ml</u> <u>SE</u> <u>SN</u>	<u>5 NO</u>	<u>Paralelo cardíaco, arcos</u>	<u>Paralelo cardíaco, arcos</u>
10. <u>10/02/2020</u> <u>10h</u> <u>100 mg</u> <u>100 ml</u> <u>SE</u> <u>SN</u>	<u>5 NO</u>	<u>Paralelo cardíaco, arcos</u>	<u>Paralelo cardíaco, arcos</u>

Dr. Paulo César Barros
 Médico - Oncologista

Robine
Monica Silva

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
 Oncologista

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
 Oncologista

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

Atenção: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

20/02/2020	06:			
------------	-----	--	--	--

P.A.:	100/70			
TEMP.º:	36			
P./MIN.:				
M.V./MIN.:				

NOME:

Paulo Solen Alves de Andrade

IDADE:

39 a

ENF.:

LEITO:

Nº. PRONTUÁRIO:

DATA:

24/02/19

PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA

HISTÓRICO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

SERVIÇÃO

RUBRICA (se houver)

DIETA GERAL
IBUPROFENO 01 COMP VO 12/12 HS
DIPRONA 01 AMP+18 CC SF EV 6/6 HS SN
TRAMAT 100 mg + 100 ml SE EV SN
SINAIS VITAIS

SMO
na 10
5m
2m

PORTAR

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2600

CMAR

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2600

ASSISTENTE SOCIAL - DR. JOSE ALVARO DE OLIVEIRA
ASSISTENTE SOCIAL - COPIA COM O ORIGINAL

Monica Saba

Mat. 15984

HOSPITAL DA CIDADE

ASSISTENTE SOCIAL - DR. JOSE ALVARO DE OLIVEIRA

Monica Saba

Mat. 15984

BRASIL, 20 de fevereiro de 2020.
JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA
CONFERENTE DE AUTENTICIDADE



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROTEÇÃO DE SAÚDE
AV. Odeir de Paula nº 1117 - Parangaba - CEP 40.120-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3120-7222

Fortaleza

CENTRAL DE REGISTRO E REGULAÇÃO DE DETERMINAÇÃO DE FORTALEZA - CRR - FORTALEZA - CE
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-6

NOME DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE

ENDEREÇO DO PACIENTE

BARRIO

DATA DO NASCIMENTO

NOME DA MÃE

SEXO

CONDIÇÃO

1. ☒ MASC 3. ☐ FEM

2. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ OUTRO DEP

EDINIR ALVES ANDRADE

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

156.858.963-87

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

20/10/2019

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fratura plástica
fêmur lateral do fêmur

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Neurologia e cirurgia

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

de + r

Mônica Saba

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura plástica fêmur lateral do fêmur

TIPO DE CLÍNICA

1. ☒ CIRÚRGICA
3. ☐ CLÍNICA MÉDICA
5. ☐ PSIQUIÁTRICA
9. ☐ OUTROS

Mat. 15504

2. ☐ OBSTÉTRICA
4. ☐ TISIOPEUMOL
6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgia

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

20/10/19

Dr. Paulo César Barros Machado
Traumato - Ortopedista
CRM 4977

Name: _____

Paulo Solon Alves de Andrade

Prontuário

Enferm.

Lehto

Data Internacional

Diagnóstico

2019/19

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA

EVOLUÇÃO

EVOLUÇÃO

Dr. Paulo César Barros Machado
Traumato - Ortopedista
CRM 4977

$\frac{2}{9}$ 1 cent 1/2

Dr. Roberto Marcos Rodríguez
Ortopedia Traumatología
CRM 4600

2199

Sono 1x 2011

Antonio Elisabetto I. Rochi
CRM 4776
Traumato

21/9/2019 @ 20:15 - 20 min por fratura do péto
to lateral direito - Orientado cirurgico. Afec-
tação DMTHAS/Alérgia. Partem de vênua no
MSD (2018) com fisiológicos preservados.
Com sono e repouso em referência a
dor no momento. (PDL 130x10 mmHg)
Selda Carneiro

SELDIA MARIA DE AGUIAR CARVALHO

ENFERMEIRO - AREA

~~SIAPF 1363684~~

COREN/CE 63816

82/09

50114

Ans - 10/01/18

File # Eusebio T. Roche
ERM 4774
Exhumato

23/09/19 Paciente originária de Intervenção Translocadora no cromossomo 17.
Voz: Anabela Almeida
dox história para história.

HOSPITAL DISTRIKTAL SAN JOSE BARROCO DE OLIVEIRA

ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

[Handwritten signature]

ATESTADO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

P. P. Ana Paula

Mônica Saba

Mónica Sabido

Problems

$$\frac{24}{9}$$

8. Center super

Dr. Rossio Mendes Araújo, 1994
Ortopedia - Traumatologia

ORIENTADOR: Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

P.					
TEMP.°					
P./MIN.:					
M.V./MIN.:					

NOME:		IDADE:	ENF.:	LEITO:	Nº. PRONTUÁRIO:
Paulo S / 4 de Outubro		39 A			
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Ente, Dieta)	
1- 01/10/12	Prescrição Médica	5:00	Paciente admitido em UTI, com diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva, em uso de medicação para controle da pressão arterial e glicemia.		
2- 02/10/12	Prescrição Médica	5:00	Paciente em uso de medicação para controle da pressão arterial e glicemia.		
3- 03/10/12	Prescrição Médica	5:00	Paciente em uso de medicação para controle da pressão arterial e glicemia.		
4- 04/10/12	Prescrição Médica	5:00	Paciente em uso de medicação para controle da pressão arterial e glicemia.		
5- 05/10/12	Prescrição Médica	5:00	Paciente em uso de medicação para controle da pressão arterial e glicemia.		
6- 06/10/12	Prescrição Médica	5:00	Paciente em uso de medicação para controle da pressão arterial e glicemia.		
7- 07/10/12	Prescrição Médica	5:00	Paciente em uso de medicação para controle da pressão arterial e glicemia.		
8- 08/10/12	Prescrição Médica	5:00	Paciente em uso de medicação para controle da pressão arterial e glicemia.		
9- 09/10/12	Prescrição Médica	5:00	Paciente em uso de medicação para controle da pressão arterial e glicemia.		
10- 10/10/12	Prescrição Médica	5:00	Paciente em uso de medicação para controle da pressão arterial e glicemia.		
11- 11/10/12	Prescrição Médica	5:00	Paciente em uso de medicação para controle da pressão arterial e glicemia.		
12- 12/10/12	Prescrição Médica	5:00	Paciente em uso de medicação para controle da pressão arterial e glicemia.		

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

Fraxina

6.			
20.			
08.			

P.A.:	100%				
TEMP.°:	36				
P./MIN.:					
M.V./MIN.:					

[illegible]

CERTIDÃO NARRATIVA

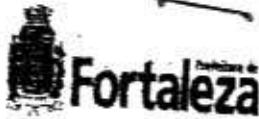
Certifico, em virtude da faculdade que me é conferida por lei, que o Sr. Paulo Solon Alves de Andrade esteve internado nesta unidade hospitalar no período de 19/09/2019 a 24/09/2019 sob o Prontuário de nº 389887 com o diagnóstico de fratura platô tibial lateral direito, sendo realizado tratamento cirúrgico e recebendo alta medica do profissional responsável.

Atenciosamente,

Fortaleza 14 outubro de 2019


Monica Maria Saba Ferreira
Coordenadora do NUAC

Avenida Osório de Paiva, 1127 Parangaba - Fortaleza - Ceará
CEP 60.720-640 - Fone (85) 31317322



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FROTHIA DE PARANGABA
AV. Osório de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000 - Fortaleza-Ceará
Telefone: (85) 3131.7322

RECEITA

24/9 ~~foram~~ Plator Digital
Volter 3/10 1300h.

17/09/2020

1300h.

DATA: ____/____/____

CRM - Médico (a)



Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PROTEÍNA DE PARANGARÁ
AV. Osório de Almeida nº 1123 - Parangaré - CEP 60.720-100 - Fortaleza-Ceará
Telefones: (85) 3131 7332

RECEITA

Receita para
Fisioterapia 10x
por semana
plato 1x por

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CPM 4460

DATA: 1 / 1 / 1

CRM - Médico (a)



HOSP. DIST. MARIA JOSÉ BARROS DE OLIVEIRA
FROTINHA DE PARANGABA
Av. Osório de Fátima nº 1137 - Parangaba - CEP 66.736-000
Fortaleza-Ceará Telefones (85) 3131-7323

ATESTADO MÉDICO DE COMPARCIMENTO

Boletim de Emergência - CAD.:

Atesto que o (a) Sr. (a) Paulo Elton A. P. Lima

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 23 / 10 / 19 às hs.

Tendo como causa de socorro: fratura de fêmur

Necessita de (20) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) S82

Observações:

Fortaleza-Ce, 23 de 10 de 19

Paulo Elton P. Lima
Ortopedista e Traumatologista
CREMEC: 5314 SSOT: 11200

CRM - Médico (a)

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 60.501 de 14/03/67, e será expedido para justificativa de 01 (um) a 15 (quinze) dias de afastamento.

SINISTRO 3190714635 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** PAULO SOLON ALVES DE ANDRADE**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** PAULO SOLON ALVES DE ANDRADE**CPF/CNPJ:** 61669458334**Posição em 29-01-2020 18:22:15**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/01/2020	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25