

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Yzolaner Antonio Sales</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Projetista</u>	Carteira de Identidade: <u>97002468495</u>	
CPF nº: <u>001.245.053-69</u>	Residência: <u>R. Antonio Gualberto, 002</u>		
Bairro: <u>Ant. Bezerra</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>60110-000</u>

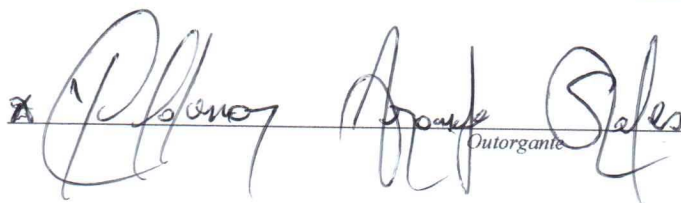
OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na rua Barão do Rio Branco, nº 1782, Bairro Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.025-060, fone: **(85) 9657.0528**
e-mail: KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instancia ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Fortaleza (CE), 18 de Dezembro de 2019

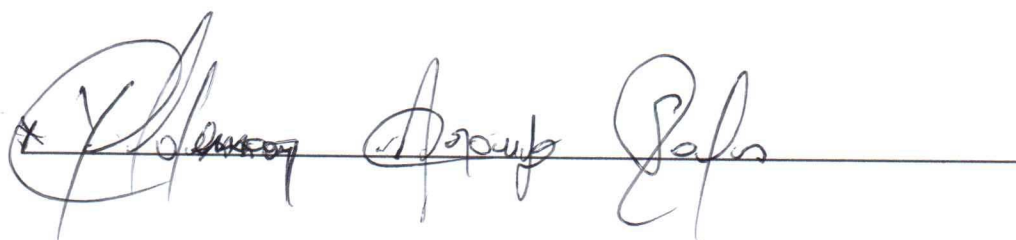

Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Yldemir Araújo Sales,
brasileiro(a), Solteiro, Protestista, portador da Carteira de Identidade/RG nº
97002468495, e inscrito no CPF/MF sob o nº 001.243.053-69, residente e
domiciliado na cidade de Fortaleza, estado do Ceará, na Rua
Antônio Gonçalves Sales, nº 002, declaro para os devidos fins
que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas
processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha
família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 18 de Dezembro de 2.019.



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
PARLAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1551397540

PROIBIDO PLASTIFICAR
1551397540

NOME
YLDEMAR ARAUJO SALES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
97002468495 SSPS CE

CPF
001.243.053-69

DATA NASCIMENTO
12/08/1983

FILIAÇÃO
FRANCISCO ROBERTO
SOARES DE SALES
GORETE DE ARAUJO SALES

PERMISSÃO
ACC
CATAL
AD

Nº REGISTRO
02340735207

VALIDADE
13/12/2022

1ª HABILITAÇÃO
04/10/2002

OBSERVAÇÕES

CEAR;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
18/12/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

56120078485
CE162761708

CEARÁ

© 2004 Blackwell Publishing Ltd
Journal of Internal Medicine 255: 105–112



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | Nº 052311011

Companhia Energética do Ceará

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

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

Esta é a sua conta de
02/2020

Nº DO CLIENTE
446189 DV

VENCIMENTO
10/03/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
62,20

DATA EMISSÃO
20/02/2020

DADOS DO CLIENTE

Nome FRANCISCO ROBERTO SOARES DE SALES

Endereço RU ANTONIO GUALBERTO SALES 00002
60110-000 FORTALEZA ANTONIO BEZERRA
Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 2765469-FAE-297 - FOF15U36

CPF / CNPJ
258.377.532-49

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0D4B.231C.0F8C.E9CF.DE60.A083.EFAF.B3B9

DATAS DE LEITURA

Anterior 23/01/2020 | Atual 20/02/2020 | Prev. Próx. Leitura 26/02/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	44227.00	44091.00	136.00	0.00	0.00	0.00	1.00	136.00	136.00	0.33757	45.91

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC			11,07
Consumo sem Subvenção			27,91
Desconto Baixa Renda			27,91-
Consumo de 000 kwh até 030 kwh	30	0,18900	5,67
Consumo de 030 kwh até 100 kwh	70	0,32443	22,71
Consumo de 100 kwh até 220 kwh	36	0,48694	17,53
Adicional Band. Amarela	30	0,00133	0,33
Cofins Compl Bx Renda			1,54
Pis Compl Bx Renda			0,35
COB DOACAO APAE 0800 0950703			3,00

CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh) Atualizado	A Expirar Próximo Mês

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
PIS/PASEP	74,14	1,2000	0,90
COFINS	74,14	5,5300	4,10
ICMS	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 24/01 - 31/01 Verde : 01/02 - 20/02 *TARIFA SOCIAL CANCELADA. BENEFICIO DA ASSISTENCIA SOCIAL SEM DIREITO. . INFORMACOES PELO TEL. (85) 3453 4527"

ATENÇÃO

DEBITOS ANTERIORES:

Mes/Ano Valor R\$

838000000000-9 62200031010-6 00944819207-5 00000446189-4



Autenticação Mecânica

Órgãos de Proteção ao Crédito, Cartórios de Protesto de Títulos e a Suspensão do Fornecimento de Energia Elétrica.

Pague sua conta até a data de vencimento. Você evita a cobrança de juros e multa, o envio de informações aos

Para a sua comodidade, utilize o sistema de débito automático em conta corrente.

DEBITO AUTOMÁTICO

FRANCISCO ROBERTO SOARES DE SALES
RU ANTONIO GUALBERTO SALES 00002
FORTALEZA ANTONIO BEZERRA
60110-000

DADOS PARA ENTREGA

FOF15U36 2765469-FAE-297
446189
20/02/2020 03/03/2020

ENEL & VOCÊ

Central de Relacionamento 0800 285 0196
Atendimento 24 horas Internet
www.eneldistribuicao.com.br

OBSERVAÇÕES

As regras para a cobrança da Contribuição de Iluminação Pública poderão ser encontradas em www.eneldistribuicao.com.br

Informações sobre Legislação

Comunicamos aos nossos clientes que quaisquer informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores para consulta em todas as nossas lojas de atendimento e no nosso site.

Importante

Informações sobre os atendimentos comerciais realizados podem ser obtidas em todas as nossas lojas de atendimento e no nosso site.

LEGENDA DE TERMOS E ABREVIações

HFP: Hora fora ponta.
Contrat: Contratada.
Regist: Registrada.
Ultrapass: Ultrapassagem.
UFER: Unidade de faturamento de energia reativa.
DMRC: Demanda máxima correspondente ao Reativo.

LEGENDA DOS INDICADORES DE QUALIDADE E FORNECIMENTO

DIC: Número de horas que o cliente ficou sem energia.
FIC: Número de vezes que o cliente ficou sem energia.
DMIC: Duração máxima, em horas contínuas, que o cliente ficou sem energia.
DICRI: Duração de interrupções ocorridas em Dias Críticos.
Dias Críticos: Dias em que o número de ocorrências emergenciais supera o padrão normal.
Clientes cujos padrões de continuidade tenham sido violados, deverão receber uma compensação financeira através da conta de energia, conforme critérios definidos no Procedimento de Distribuição Módulo 8, além de poder solicitar à distribuidora a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI, sempre que for necessário. Para mais informações entre no site www.aneel.gov.br.

INFORMAÇÕES/RECLAMAÇÕES

Regionais de Atendimento Enel:
Fortaleza e Região metropolitana:
(85) 4353 4788/4988
Juazeiro: (88) 3566 2225
Iguatu: (88) 3581 1191
Limoeiro: (88) 3423 4101
Canindé: (85) 3343 2025
Sobral: (85) 3677 2234
Itapipoca: (88) 3631 4188

CENTRAL DE TELEATENDIMENTO

1 - Ouvidoria: 0800 280 4100, dias úteis, das 8h às 12h e das 14h às 18h,
com protocolo de atendimento anterior
2 - Agência Reguladora de Serviços Públicos do Estado do Ceará
- ARCE - 0800 727 0167 - ligação gratuita de telefones fixos e móveis.
3 - Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167 - ligação gratuita de telefones fixos e móveis.
Em caso de falta de energia, envie um SMS para 26816 com: faltadeluz + espaço + número do cliente



DEVOÇÃO DA CONTA

Senhor Entregador: assinale com "X" o motivo da devolução desta conta.

☐ Casa fechada

☐ Endereço insuficiente

☐ Outros - especificar

Matrícula: _____

Rubrica: _____

Data: _____

Hora: _____

Para garantir a validade dos dados impressos nesta conta, arquive a mesma em local seco, sem contato com plástico, óleo ou produtos químicos.
Caso haja cobrança de valores referentes a serviços e/ou produtos não relacionados ao consumo de energia elétrica, o cliente poderá solicitar a emissão de nova fatura com a exclusão destes valores, com excesso de cobranças e contribuições previstas em lei ou regulamentos, como a CIP (contribuição de iluminação pública).

IMPORTANTE

fls. 10

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2018328663

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5430 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **28/12/2018 11:08:17**
 Data / Hora da Ocorrência: **19/04/2018 06:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA SARGENTO HERMINIO**
 Complemento:
 Bairro: **ANTONIO BEZERRA** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência: **EM FRENTE A GUARARAPES**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **YLDEMAR ARAUJO SALES**
 Nascimento: **12/08/1983** CPF: **001.243.053-69**
 RG: **97002468495** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **GORETE DE ARAUJO SALES**
FRANCISCO ROBERTO SOARES DE SALES
 Endereço: **RUA ANTONIO GUALBERTO DE SALES , 2 CASA**
 Bairro: **ANTONIO BEZERRA**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.356-570**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99792-8614**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIE2965** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C6KG0450C0015875 Renavam: **470851821** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/XTZ250 TENERE** Ano
 Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor:
AZUL Proprietário: **YLDEMAR ARAUJO SALES** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA OIE-2965-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. SARGENTO HERMÍNIO E AO PARAR NO SEMÁFORO E LOGO SAIR A ABERTURA DO SEMÁFORO; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VIA E LOGO ATRÁS, EFETUOU UMA MANOBRA BRUSCA PELA FAIXA DA DIRETA, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM A MOTO DA VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU DO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SEU PAI, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA. 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

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**Impresso nº 2018328663****BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5430 / 2018****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6**



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

fls. 13

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE YLDEMAR ARAUJO SALES		DADOS PESSOAIS	
CADUSUS	Nº DO PRONTUÁRIO 166637	Nº DO BE 210041	
NOME MAE GORETE DE ARAUJO SALES	NASCIMENTO 12/08/1983(34 ANOS)	SEXO M	RACIA/COR NAO INFORMADO
ENDEREÇO RUA ANTÔNIO GUALBERTO DE SALES 02 ANTÔNIO BEZERRA	NOME RESPONSÁVEL O MESMO		
CONTATO (85)99782-8614	MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DAQUS DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

CEP
60.356-570

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE VÍTIMA ACIDENTE MOTO/MOTO, APRESENTANDO DOR E EDEMA EM OMBRO E

MOTIVO
ACIDENTE DE MOTO

SINTOMAS
PACIENTE VÍTIMA ACIDENTE MOTO/MOTO, APRESENTANDO DOR E EDEMA EM OMBRO E

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
NEGA

CLASSIFICAÇÃO
AMARELO

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO

MARIA ELENICE CARNEIRO SILVEIRA

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
19/04/2018 07:43:17

ÁREA DE ATENDIMENTO

ATENDIMENTO TRAUMA

ÁREA ATENDIMENTO

ANAMNESE

ATENDIMENTO MÉDICO

*Lesão Acromioclavicular (C) grau (V).
cd: Tumbado capico (Intumescimento)*

DIAGNÓSTICO

SADY SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X

COD. PROCEDIMENTO

CID

() OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO

APRAZAMENTO

RESERVAÇÕES

*Dr. Manoel Augusto
Ortopedia e Traumatologia - SBCOC
Especialista em Ombro - SBCOC
CRM 11285 - TEOT 11493 - RQE 7880*

ALTA/SAÍDA:

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

Impresso por MARIA ELENICE CARNEIRO SILVEIRA em 19/04/2018 às 07:43:22
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 Código Penal.

Atestamos a veracidade das informações aqui prestadas, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

*Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEAM*

yldemar araujo sales

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTÔNIO KAIO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/03/2020 às 11:20, sob o número 021.542.191-AC6. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0215421-06.2020.8.06.0001 e código 6191AC6.



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

fls. 14

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

OME DO PACIENTE
YLDENAR ARAUJO SALES

DADOS PESSOAIS

OME MAE
GORETE DE ARAUJO SALES

ENDEREÇO
RUA ANTÔNIO GUALBERTO DE SALES 02 ANTÔNIO BEZERRA
JATATO
(85)99782-8614

NASCIMENTO
12/08/1983(34 ANOS)
NOME RESPONSÁVEL
O MESMO

Nº DO PRONTUÁRIO
166637

SEXO
M

Nº DO BE
210041

RACIA/COR
NÃO INFORMADO

MUNICÍPIO
FORTALEZA

CEP
60.356-570

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PACIENTE VÍTIMA ACIDENTE MOTO/MOTO, APRESENTANDO DOR E EDEMA EM OMBRO E
PACIENTE VÍTIMA ACIDENTE MOTO/MOTO, APRESENTANDO DOR E EDEMA EM OMBRO E

MOTIVO
ACIDENTE DE MOTO

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS
PRESSÃO ARTERIAL
N/N
TEMPERATURA
N/°C
CLASSIFICAÇÃO
AMARELO

SAT O2
N/%

PULSO
N/

GLUCEMIA
N/

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
MÁRIA ELENICE CARNEIRO SILVEIRA

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
19/04/2018 07:43:17

ÁREA DE ATENDIMENTO
ATENDIMENTO TRAUMA

ATENDIMENTO MÉDICO

Luiz Agostinho Acunha Oliveira @ Juan V.
Cl: Tumor benigno capilar (Intumescimento)

SOLICITADO
HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X

303090227

COD. PROCEDIMENTO

CID

5420

() OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

APRAZAMENTO

RESERVAÇÕES

Dr. Manoel Augusto
Ortopedia e Traumatologia - SBOC
Especialista em Ombro - SBOC
CRM 11285 - TEOT 11433 - RQE 1881

SAÍDA
DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
ESTADO DO CORPO: () FAMILIA () IML () ANAT. PATOL

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Assinado por MARIA ELENICE CARNEIRO SILVEIRA em 19/04/2018 às 07:43:22

Para serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código

Assinado por YLDENAR ARAUJO SALES em 19/04/2018 às 07:43:22

yldemar araujo sales

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEAM

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/08/2020 às 11:20, sob o número 202008060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0215421-06.2020.8.06.0001 e código 6191AC6.



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



Prefeitura de
Fortaleza

RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

PACIENTE: Yldemir Araújo Sles

PRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO
INÍCIO DO TRATAMENTO	DATA DA ALTA	DATA DO RETORNO	MÉDICO PARA RETORNO
13/04/18	21/04/18	04/05/18	Dr. Marcos Antônio

RESUMO DA HISTÓRIA DA CLÍNICA

Trauma ombro esquerdo.
Do a deformidade craniocervical o esquerdo.

DIAGNÓSTICO

PRINCIPAL: Lesão craniocervical ombro esquerdo

ACESSÓRIO-1

ACESSÓRIO-2

ACESSÓRIO-3

EXAMES ESPECIALIZADOS:

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
ATESTADO DE CÓPIA CONFERIDA

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEAM

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Tratamento cirúrgico → 20/04/18

TERAPÊUTA APÓS ALTA

- 1) Manter tipo.
- 2) Não malmente o ombro esquerdo.
- 3) Traço de curativo a cada 2 dias.
- 4) Medicação conforme prescrição médica.

CONDIÇÕES DE ALTA: CURADO MELHORADA OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

Dr. Livio Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18389 TEOT 15731

DATA: 21 04 18

MÉDICO - CRM

HOSPITAL DISTRITAL Dr. EVANDRO AYRES DE MOURA - HDEAM



Prefeitura de
Fortaleza

FICHA DE EVOLUÇÃO DE PACIENTE - FEP

NOME	PRONTUARIO	DATA DO NASCIMENTO	ENFERMARIA	LEITO	DATA DO INTERNAÇÃO	DATA DO INICIO DO TRATAMENTO
DIAGNÓSTICO					OBSERVAÇÕES	
DATA	EVOLUÇÃO					
19/04/18	Paciente vítima de queda de moto com lesão de grau II. Admissão para cirurgia					
20/04/18	Paciente operado / internado em UTI					
Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL						
Marcia Ramos Mat. 45632 Coordenador do SAME - HDEAM						
Dr. Manoel Augusto Ortopedia e Traumatologia - SBOT Especialista em Ombro - SBCOC CRM 11283 - TEOT 11193 - RQE 7890						
Dr. Marco Antonio Araújo Costa Ortopedia / Traumatologia CRM - 6422						



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL Dr. EVANDRO AYRES DE MOURA
FICHA DE ANESTESIA



NOME: Yedimar Araújo Sales - 34a
ENFERMARIA: _____

Nº PRONTUÁRIO: 156637

LEITO: _____

DATA <u>20/04/18</u>	PRESSÃO ARTERIAL <u>120 x 75</u>	PULSO <u>70 bpm</u>	RESPIRAÇÃO <u>Eup.</u>	TEMPERATURA <u>36,4</u>	PESO	ALTURA
TIPO SANGÜÍNEO -	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	PLAQUETAS	GLICEMIA	OUTROS:	
	URINA	checkado no prontuário	UREIA	CREATININA		
APARELHO RESPIRATÓRIO				ASMA	BRONQUITE	
APARELHO CIRCULATÓRIO				ELETCARDIOGRAMA	RS	
APARELHO DIGESTIVO				AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL		DENTES	PESCOÇO	ALERGIA	HIPOTENSORES	
		ANSIOLÍTICOS	CORTICÓIDES	ESTADO FÍSICO	RISCO	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				EMERGÊNCIA ()	ELETIVA (X)	
ANESTESIAS ANTERIORES						
MEDICAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA				APLICADA ÀS	EFEITO	

HORA		<u>13:00</u>	<u>15:00</u>
Agentes Anestésicos	O ₂		
	Halogenados		
Líquidos	Inotrópicos		
CÓDIGOS	V - P. Arterial Sistólica		
	* - PAM		
CÓDIGOS	X - Anestesia D - Operação		
INDUÇÃO		MANUTENÇÃO	
Satisf. Laringo Espasmo Náuseas Outros		Tosse Lenta Vômitos	
Anestesia satisf. Não, Porque?		DESBERTAR	
Reflexos na SO		Obstr. CO ₂ Exit	
Náuseas		Vômitos	
Com Cânula para o leito: Sim Não		CONDIÇÕES: <u>estável</u>	

AGENTES	TÉCNICAS ANESTÉSICAS	CIRURGIA	CIRURGIÕES
		<u>Distúrbio de ritmo cardíaco - bloqueio AV</u>	<u>Dr. Marcos + Dr. Cyndine</u>
ANESTESISTAS	OBSERVAÇÕES		
<u>Victor Emanuel da Silva</u> Médico Anestesiologista CREMEO 14556			



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: Vedimar Araújo Sales
DATA DA CIRURGIA: 20/04/18 UNIDADE: LEITO:
CIRURGIÃO: Dr. Marco Antonio 1º AUX.: Dr. Cydon 2º AUX.:
AUX. CIRCULANTE: AUX. INSTRUMENTADORA:
ANESTESISTA: Dr. Vitor TIPO DE ANESTESIA: Gen + Bloqueio Plexo
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Luxação acromioclavicular
TIPO DE CIRURGIA: Tratamento cirúrgico luxação acromioclavicular
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: o mesmo
EXAMES DURANTE ATO CIRURGICO: ok
INTERCORRÊNCIAS DURANTE A CIRURGIA: não houve

DESCRIÇÃO

Reduções + Apoição caméras
Injeção de sangue
Dissecção p/ planos
Redução da luxação acromioclavicular
e fixação c/ 63 fios Kirschner 2,0 mm
pos radiopacifica
Sutura p/ planos
curativo

Marco Antonio Araújo Costa
Ortopedia/Traumatologia
CRM-6422

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEAM

Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE						2 - CNES	
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA							
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE						4 - CNES	
CPF: 003.943.053-69							
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE						6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Yedemar Araújo Sales						166637	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
7061018131141912118143				12/08/1933		Masc. ☒ Femi. ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL						11 - TELEFONE DE CONTATO	
Gorete de Araújo Sales						199781236114	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)							
Rua Antonio Gualberto de Sales, 02 - Antonio Bezerra							
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	
Fortaleza				CE		60356150	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
Luxação Acromioclavicular Esq							
Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura ATTESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL Marcia Ramo Mat. 45632 Coordenador do SAME - HDEAM							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
Realizar cirurgia							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
Rx: Luxação AC							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL							
Luxação AC							
21 - CID 10 PRINCIPAL							
S420							
22 - CID 10 SECUNDÁRIO							
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO						25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Tratamento Cirúrgico							
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
TO		Eletiva		CNS () CPF			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
Dr. Manoel Augusto SBCO				19/04/18			
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
Dr. Manoel Augusto SBCO Ortopedia e Traumatologia - SBCO CRM 1283150193 - RQE 7890				Dr. Manoel Augusto SBCO Ortopedia e Traumatologia - SBCO CRM 1283150193 - RQE 7890			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU DOENÇAS)							
34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO							
35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO							
36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO							
37 - CNPJ DA EMPRESA				38 - CNAE DA EMPRESA		39 - SÉRIE	
40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO							
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
						231810248064	
46 - DOCUMENTO		47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		49 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	
CNS () CPF						12670020896	
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		51 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO		52 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	

SINISTRO 3190125387 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA YLDEMAR ARAUJO SALES
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO YLDEMAR ARAUJO SALES
CPF/CNPJ: 00124305369

Posição em 04-03-2020 10:58:02

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
25/02/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50