



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO, brasileiro, solteiro,  
AUTÔNOMO, RG. Nº 2007477694-5 SSP/CE, CPF Nº 604.555.393-40,  
residente e domiciliado à RUA RAIMUNDO DE NOROES MILFON, nº 180,  
Bairro Vila ALTA, CNATO, CE, 63.119-240.

**OUTORGADO:** FRANCO HENRIQUE FIORELLI, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB Seccional Ceará sob o número 42.804, com escritório profissional localizado à Rua Francisco Dias Guimarães, nº 429, Tiradentes, Juazeiro do Norte, Ceará, Caixa Postal 271, 63010-970, endereço eletrônico [francohenrique@gmail.com](mailto:francohenrique@gmail.com).

**PODERES:** Pelo presente instrumento, o (a) outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad judicium et extra", para representá-lo(s)(a) em repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, autarquias, para tratar de assuntos do seu interesse, assinando requerimentos e outros papéis, requerer benefícios previdenciários e suas revisões, transformações, desistências, obter vistas em procedimento administrativo, conferindo-lhe ainda poderes para em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, propor ações revisional e/ou concessão de benefício, seguindo-a até o final, utilizando-se dos recursos legais e acompanhando-os sendo expressamente autorizado a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, renunciar valores excedentes ao teto em razão do procedimento especial, transigir, firmar compromissos e acordos, receber e dar quitação, receber alvarás, levantar valores existentes em contas judiciais, precatórios, RPV, deduzindo e compensando os seus créditos pessoais por despesas de verba honorária contratual, e as decorrentes da sucumbência, nas respectivas prestações de contas, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, agindo tudo em conjunto ou separadamente, requerer e assinar para o completo desempenho, deste mandato, inclusive substabelecer com ou sem reserva de poderes.

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

O Outorgante declara não ter condições financeiras nem econômicas de arcar com as custas processuais sem prejuízo do seu próprio sustento e da sua família, necessitando, portanto, dos **benefícios da justiça gratuita**, nos termos dos arts. 98 e 99 do Código de Processo Civil de 2015, bem como, da Lei 1.060/1950.

CNATO, 02 de setembro de 2019.

Romário de Oliveira Nascimento

**OUTORGANTE**

FIORELLI Advocacia  
 Franco Henrique Fiorelli • Advogado • OAB/CE nº 42.804  
 Contato: (88) 99419.1001 • [francohenrique@gmail.com](mailto:francohenrique@gmail.com) • [www.fiorelli.adv.br](http://www.fiorelli.adv.br)  
 Caixa Postal 271 • Juazeiro do Norte, CE • 63010-970

REGISTRO CIVIL 2007477694-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/04/2018

NOME ROMÁRIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

FILIAÇÃO SEBASTIÃO FRANCISCO NASCIMENTO  
LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

NATURALIDADE ASSARÉ - CE DATA DE NASCIMENTO 05/07/1997

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:4 OFÍCIO TERMO:51116 FOLHA:117  
LIVRO:A 44 CRATO - CE

CPF

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 56

LEI Nº 7.416 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Prolegar Direto

PROIBIDO PLASTIFICAR

Romário de Oliveira Nascimento

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
604.555.393-40

Nome  
ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Nascimento  
05/07/1997

**Nº DO CLIENTE**  
**2863703-8**

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

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 07.041.254/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

---

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B - SÉRIE B-4 | N° 513793848**

Rota 13 11000 04 653600 - 8 Data de Emissão 19/02/2018

Nome **LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO**

End. Postal RU RAIMUNDO DE NOROES MILFONTE 00180  
VILA ALTA - CRATO - 63100000 63119-240

Medidor 12360679 Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICA de Potência

RG / CPF / CNPJ 987665383-00 CGF

Nome do Responsável

| Mês de Referência | Data da Apresentação | Previsão Próxima Leitura |
|-------------------|----------------------|--------------------------|
| Fev/2018          | 19/02/2018           | 20/03/2018               |

| Veja a legenda no verso desta conta. |                     |
|--------------------------------------|---------------------|
| Conjunto                             | INSCOE              |
| Mês                                  | Dez/2017 EUSD 22,55 |
|                                      | DICRI = 0,00 P      |

| Base de Cálculo (R\$) | Alíquota | Valor do Imposto |
|-----------------------|----------|------------------|
| ISENTO                |          |                  |

| Mensal | Trim. | Anual | Mensal | Trim. | Anual |
|--------|-------|-------|--------|-------|-------|
| 5,31   | 18,62 | 21,25 | 0,00   | 0,00  | 2,39  |
| DIC    |       |       |        |       |       |
| FIC    | 3,30  | 6,60  | 13,20  | 0,00  | 0,00  |
| DMIC   | 3,03  |       |        | 0,00  |       |

|                                         |
|-----------------------------------------|
| 5980.E00F.49E4.40E3.2F62.6EEF.24C1.8660 |
|-----------------------------------------|

| Mensal  | Trim. | Anual |
|---------|-------|-------|
| 0,16835 |       | 5,05  |
| 0,28868 |       | 20,20 |
| 0,43291 |       | 14,72 |

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

| Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Cons. Incl. | Cons. Fat.     | Tarifa (R\$/kWh)              | Valor (R\$)            |
|-------------|----------------|--------|---------------|-------------|----------------|-------------------------------|------------------------|
| FP 14340    | 14206          | 1,00   | 134           | 0,00        | 30<br>70<br>34 | 0,16835<br>0,28868<br>0,43291 | 5,05<br>20,20<br>14,72 |
| 19/02/18    | 19/01/18       |        | 31 DIAS       |             | 134            |                               | 39,97                  |

|                                            |       |
|--------------------------------------------|-------|
| VALOR CONSUMO DO MES                       | 39,97 |
| QUOTA PARCELAMENTO 2/4                     | 36,06 |
| MULTA MORATORIA REF 01/2018                | 1,51  |
| JUROS DO MES                               | 0,11  |
| ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL               | 4,82  |
| PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA | 0,93  |

|       |
|-------|
| 39,97 |
| 36,06 |
| 1,51  |
| 0,11  |
| 4,82  |
| 0,93  |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FRANCO HENRIQUE FIORELLI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/02/2020 às 07:00, sob o número 00503511820208060071. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 00503511-18.2020.8.06.0071 e código 5E171BA.



BOLETIM DE OCORRENCIA Nº 414 - 116 / 2018

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO  
Data / Hora da Comunicação: 01/03/2018 11:27:12  
Data / Hora da Ocorrência: 24/12/2017 11:00:00  
Endereço da Ocorrência: RODOVIA CE 292  
Complemento: ZONA RURAL  
Bairro: Município: ARARIPE/CE  
Ponto de Referência: SÍTIO BARREIRO DOS BATISTAS

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO  
Nascimento: 05/07/1997 CPF: 604.555.393-40 UF: CE  
RG: 2007477694-5 Órgão Emissor: SSP  
Filiação: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO  
SEBASTIÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO  
Endereço: RUA RAIMUNDO NOROES MILFO, 180 ZONA URBANA  
Bairro: VILA ALTA  
Município: CRATO/CE CEP:  
País: BRASIL Telefone: (88) 9869-7975

*Dados do(s) Veículo(s)*

1) Placa: OCS3949 Uf: CE Município: CRATO Chassi:  
9C6KE1520C0078690 Renavam: 398947503 Tipo do Veículo:  
MOTOCICLETA Marca / Modelo: YAMAHA/FACTOR YBR125 K Ano  
Fabricação: 2011 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA Cor:  
VERMELHA Proprietário: CARLOS LUIZ COSTA DA SILVA Situação:  
NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

*Histórico*

Advertido das penas de falsa comunicação de crime ou contravenção penal, disse que, na data do dia 24/12/2017, por volta das 11:00h, após visitar alguns parentes no Sítio Alecrim - Potengi - CE, sendo as pessoas conhecidas como TOINHA GUERRA e TONELDA GUERRA, passou a trafegar pela Rodovia CE 292 conduzindo o veículo MOTO YAMAHA/FACTOR YBR 125, COR VERMELHA, PLACA OCS 3949-CE, ANO/MODELO 2011/2012 RENAVAL 398947503, DOCUMENTADO EM NOME DE CARLOS LUIZ COSTA DA SILVA, tendo como destino o Sítio Barreiro dos Batistas - Araripe - CE, porém, na curva daquele Sítio, acabou perdendo o controle do veículo e caindo, permanecendo desacordado até que recobrou seus sentidos no Hospital Municipal de Potengi - CE, onde deu entrada e logo após fora transferido para o Hospital Regional do Cariri em Juazeiro do Norte - CE, onde permaneceu internado por dezessete (17) dias consecutivos, devido ter sofrido fratura no fêmur da perna direita; QUE, não possui documento de habilitação - CNH - para conduzir qualquer veículo automotor, estando ciente de que, após analisado o presente Registro pela Autoridade Policial, estará sujeito responder criminalmente por infração ao Artigo 309 da Lei 9.503 /1997; QUE, estava sozinho no veículo no momento do acidente e fora socorrido pela patrulha PM, não sabendo informar se desta cidade de Araripe - CE ou de Potengi - CE. E nada mais havendo, deu-se por encerrado o presente Registro que, lido e achado conforme, segue devidamente

DELEGACIA MUNICIPAL DE ARARIPE

Romário de Oliveira Nascimento

Assinado digitalmente por FRANCO HENRIQUE FIORELLI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/02/2020 às 07:00, sob o número 00503511820208060071. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 00503511-18.2020.8.06.0071 e código 5E171BC.

Fed. Mariano de A. Filho  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL  
MAT 13.3831-1-7 SSPDC/CE



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 414 - 115 / 2018

assinado,

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ARAPIPE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO MARIANO DE ALMEIDA FILHO - MAT.: 133931-1-7

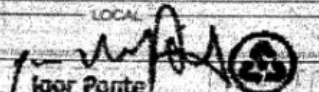
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Romário da Oliveira Nascimento*

VISTO DO DELEGADO(A):

WANINI GALIZA RIZZI - MAT.: 300799-1-4

Fco. Mariano de A. Filho  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL  
MAT. 13.3931-1-7 SSP/CE

| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                                                                                       |                      |                    |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------|-------------------|
| MINISTÉRIO DAS CIDADES                                                                                               |                      |                    |                   |
| DETRAN - CE                                                                                                          |                      | Nº 013869310684    |                   |
| CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO                                                                   |                      |                    |                   |
| VIA                                                                                                                  | COD. RENAVAM         | R.N.T.R.C.         | EXERCÍCIO         |
| PFT 01                                                                                                               | 00398947503          | 0000000000         | 2017              |
| NOME                                                                                                                 |                      |                    |                   |
| CARLOS LUIZ COSTA DA SILVA                                                                                           |                      |                    |                   |
| *****                                                                                                                |                      |                    |                   |
| *****                                                                                                                |                      |                    |                   |
| CRATO /CE                                                                                                            |                      |                    |                   |
| CPF / CNPJ                                                                                                           |                      | PLACA              |                   |
| 86553461368                                                                                                          |                      | 0053949/CE         |                   |
| PLACA ANT. / UF                                                                                                      |                      | CHASSI             |                   |
| /CE                                                                                                                  |                      | 9D6KE1520C0078690  |                   |
| ESPECIE TIPO                                                                                                         |                      | COMBUSTIVEL        |                   |
| PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.                                                                                             |                      | GASOLINA           |                   |
| MARCA / MODELO                                                                                                       |                      | ANO FAB.           | ANO MOD.          |
| YAMAHA/FACTOR YER125 K                                                                                               |                      | 2011               | 2012              |
| CAP / POT / CIL                                                                                                      | CATEGORIA            | COR PREDOMINANTE   |                   |
| 2P/0CV/124CC                                                                                                         | PARTIC               | VERMELHA           |                   |
| COTA UNICA                                                                                                           | VENC. COTA UNICA     | VENC. COTAS        |                   |
| *****                                                                                                                | **/**/**             | 1* *****           |                   |
| FAIXA I.R.V.A.                                                                                                       | PARCELAMENTO / COTAS | 2* *****           |                   |
| *****                                                                                                                | *****                | 3* *****           |                   |
| PREMIO TARIFARIO (R\$)                                                                                               | IOF (R\$)            | PREMIO TOTAL (R\$) | DATA DE PAGAMENTO |
| *****                                                                                                                | *****                | *****              | *****             |
| OBSERVAÇÕES                                                                                                          |                      |                    |                   |
| *****                                                                                                                |                      |                    |                   |
| *****                                                                                                                |                      |                    |                   |
| *****                                                                                                                |                      |                    |                   |
| LOCAL                                                                                                                |                      | DATA               |                   |
| CRATO                                                                                                                |                      | 07/12/2017         |                   |
| <br>Igor Ponte<br>Superintendente |                      |                    |                   |



# UNIDADE MISTA DE SAÚDE

## TRIAGEM DE ENFERMAGEM PARA URGÊNCIA

|                                       |                  |                                   |
|---------------------------------------|------------------|-----------------------------------|
| Nome: <i>Remário de O. Nascimento</i> | Sexo: <i>M</i>   | Data Atendimento: <i>21/12/17</i> |
| Endereço: <i>Crato</i>                | Idade: <i>20</i> | Data Nascimento: <i>05/07/97</i>  |
| Cartão SUS: <i>706 80571907 0121</i>  |                  |                                   |

|                                                                                                                                             |                            |                                                                                                                                                                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| PA: <i>Referindo</i>                                                                                                                        | Peso:                      | HGT:                                                                                                                                                                                                                                  | T: |
| 1- Referindo                                                                                                                                |                            | 2- Apresentando                                                                                                                                                                                                                       |    |
| <input type="checkbox"/> Cefaleia<br><input type="checkbox"/> Dor:<br><input type="checkbox"/> Náuseas<br><input type="checkbox"/> Diarreia |                            | <input type="checkbox"/> Dispneia<br><input type="checkbox"/> Hipertensão<br><input type="checkbox"/> Hipertermia<br><input type="checkbox"/> Sudorese Intensa<br><input type="checkbox"/> Vômitos<br><input type="checkbox"/> Outros |    |
| 3- Outras Informações                                                                                                                       |                            |                                                                                                                                                                                                                                       |    |
| Queixa Principal: <i>Paciente vítima de</i>                                                                                                 |                            |                                                                                                                                                                                                                                       |    |
| Exame Físico: <i>Acidente de traf</i>                                                                                                       |                            |                                                                                                                                                                                                                                       |    |
| Prescrição:                                                                                                                                 |                            |                                                                                                                                                                                                                                       |    |
| Cliente                                                                                                                                     | Profissional de Enfermagem |                                                                                                                                                                                                                                       |    |
| <i>Bildesliden</i>                                                                                                                          | <i>[Signature]</i>         |                                                                                                                                                                                                                                       |    |

*[Signature]*  
**Dr. Luiz Iamã Rodrigues**  
 MÉDICO  
 CREMEC 3064  
 CRP 015383-87  
 Médico *[Signature]* **Patronista**

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Pront.: 155452 Data Nasc.: 05/07/1997 Idade: 20 ano(s) 5 mes(es) e 19 dia(s) Admissão: 24/12/2017 15:49

Mãe: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Sexo: Masculino

RG:

Município: CRATO

CEP 63113-000

Bairro: MURITI

Tel.: 88 99202-0714

Endereço: RUA TOME CABRAL

Num: 02

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO

Classificador ROSA MARIA GRANGEIRO MARTINS

Horário 24/12/2017 15:52

Queixa:

PACIENTE COM DOR EM MID. RELATA ACIDENTE DE TRÂNSITO HOJE.

Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador: DOR MODERADA

### ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: PAULO JOSE DE MACEDO FILHO

CRM: 6

Nº: 404102

Horário 24/12/2017 17:19

Acidente: Sim

Agressão: Não

Peso:

P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: DOR ARTICULAR

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA MOTO HÁ 7H. EVOLUINDO COM CEFALÉIA E DOR EM COXA DIREITA.

EF: FRANKEL:E GLASGOW:15

MID: COM FERIMENTOS SUPERFICIAIS, COM DOR A PALPAÇÃO E LIMITAÇÃO DO QUADRIL DIREITO.

CD: RX DA BACIA, FÊMUR DIREITO E TÓRAX

### EXAME

| Nome                                      | Data Solicitação | Urgente | Situação |
|-------------------------------------------|------------------|---------|----------|
| RX TORAX AP LORDOTICA (0204030129)        | 24/12/2017 17:25 | Não     | Pendente |
| RX FEMUR D AP/P (0204060117)              | 24/12/2017 17:25 | Não     | Pendente |
| RX FEMUR AP/P (OSSOS LONGOS) (0204060117) | 24/12/2017 17:25 | Não     | Pendente |
| RX BACIA AP (0204060095)                  | 24/12/2017 17:25 | Não     | Pendente |



Dr. Paulo José de Macedo Filho  
CREMEC-14.804

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE  
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

## RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Endereço: RUA TOME CABRAL

Bairro: MURITI

CEP: 63113-000

Num: 00

Idade: 20 ano(s) 6

UF: CEARÁ

Cidade: CRATO

Prontuário: 155452

Sexo: Masculino

### Localização

Clinica: TRAUMATO-

Enfermaria: 07

Leito: 427

Internação 24/12/2017

16:29

Alta: \* Não Informado \* \* Não Informado

### Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

### Resumo Clínico

FRATURA SUBTROCANTÉRICA D

### Exames Realizados

RX COXA

### Terapêutica Utilizada

OSTEOSSÍNTESE INTRAMEDULAR

### Diagnóstico

S729 - FRATURA DO FEMUR, PARTE NAO ESPECIFICADA

### DIAGNÓSTICOS

| Principal | Código | Descrição                                |
|-----------|--------|------------------------------------------|
| Sim       | S729   | FRATURA DO FEMUR, PARTE NAO ESPECIFICADA |

### Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 09/01/2018

### Observações Complementares

RETORNO AMBULATORIAL

CURATIVO NO PSF

MOBILIZAR QUADRIL/JOELHO ATIVAMENTE

### Responsável

Médico: ALDO LEITE MOREIRA NETO

Data: 09/01/2018

Aldo Leite Moreira Neto  
Traumato - Ortopedista  
CRM-PE 21.073 / CRM-CE 13.645  
TEOT: 15.653

| Agendamento |        |        |
|-------------|--------|--------|
| Data:       | Data:  | Data:  |
| Hora:       | Hora:  | Hora:  |
| Código      | Código | Código |



## Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 08/01/18 00:15

Paciente: ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO  
Prontuário: 155452  
Clínica: CENTRO CIRURGICO  
Cirurgião: IVAN NAJAS SAMMARCO  
1º Auxiliar:  
Enfermeiro: SAMARA CARTACHO MACEDO  
Instrumentador:

Dt. Nascimento: 05/07/1997  
Enfermaria: Sala Cirurgica  
Anestesiologia: \*\* Não informado \*\*  
Leito: 02G  
2º Auxiliar:  
Circulante:

### Procedimentos Propostos

| Código     | Descrição                                        | Principal |
|------------|--------------------------------------------------|-----------|
| 0409050616 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA | S         |

### Procedimentos Realizados

| Código     | Descrição                                        | Principal |
|------------|--------------------------------------------------|-----------|
| 0409050616 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA | S         |

Diagnóstico pré-operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico:

Contagem Compressas e Instrumental:

Complicantes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação:

Limpa

Tipo de Anestesia:

Bloqueio

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VISCERAS

- 1) PACIENTE EM MESA ORTOPEDICA DE TRAÇÃO DOB RAQUIANESTESIA
- 2) REALIZADO ASSEPSIA ANTISSEPSIA E COLOCADO CAMPOS ESTEREIS
- 3) REALIZADO INCISAO LATERAL NA COXA D EM TOPOGRAFIA DE FRATURA, DISSECADO POR PLANOS E REALIZADO REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO
- 4) REALIZADO INCISAO LATERAL EM REGIAO PROXIMAL DA COXA E DISSECADO POR PLANOS ATE TROCANTER MAIOR
- 5) REALIZADO ORIFICIO DE ENTRADA DA HIM E PASSADO FIO GUIA MANTENDO REDUÇÃO DA FRATURA
- 6) PASSADO HIM 10X380 FIXANDO A FRATURA, COM 2 BLOQUEIOS PROXIMAIS E 2 DISTAIS A FRATURA + PARAFUSO TAPAO
- 7) RESULTADO SATISFATORIO NA RADIOSCOPIA
- 8) LIMPEZA ABUNDANTE
- 9) FECHAMENTO POR PLANOS + CURATIVO ESTERIL
- 10) AC ANESTESIOLOGISTA

Dr. Ivan Najas Sammarco  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 145.760 / TEST 13.901

Data

08/01/18

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rua Catião da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE  
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



## Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 30/12/17 20:3

Paciente: ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO  
Prontuário: 155452  
Clínica: CENTRO CIRURGICO  
Cirurgião: SAMIR SAMAAH FILHO  
1º Auxiliar:  
Enfermeiro: IRATYENNE MAIA DA SILVA BENTES  
Instrumentador:

Dt. Nascimento: 05/07/1997  
Enfermaria: Sala Cirurgica  
Anestesiologia: RAFAEL GOMES DE LIMA CRUZ  
2º Auxiliar:  
Circulante:

Leito: 03G

### Procedimentos Propostos

| Código     | Descrição                                           |
|------------|-----------------------------------------------------|
| 0408050098 | INSTALACAO DE TRACAO ESQUELETICA DO MEMBRO INFERIOR |

Principal  
s

### Procedimentos Realizados

| Código     | Descrição                                           |
|------------|-----------------------------------------------------|
| 0408050098 | INSTALACAO DE TRACAO ESQUELETICA DO MEMBRO INFERIOR |

Principal  
s

Diagnóstico pré-operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico:

Contagem Compressas e Instrumental:

identes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

| Grau de Contaminação: | Potencialmente Contaminada | Tipo de Anestesia: | Local com sedação |
|-----------------------|----------------------------|--------------------|-------------------|
|-----------------------|----------------------------|--------------------|-------------------|

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO -TÉCNICA -TÁTICA -LIGADURAS -DRENAGEM -SUTURAS -MATERIAL EMPREGADO -ASPECTOS DAS VÍSCERAS

- 1- PTE EM DDH, SOB SEDAÇÃO + BLOQUEIO LOCAL
- 2- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA E CAMPOS ESTEREIS
- 3- INCISAO LATERAL 1/3 PROXIMAL DA TIBIA ABAIXO DA TAT
- 4- PASSADO FIO K NA TIBIA
- 5- MONTADA TRAÇÃO COM 8KG
- 6- CURATIVO ESTERIL
- 7- A/C ANESTESISTA
- 8- PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS

Data

30/12/17

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



Dr. Samir Samaa Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 12.121-1/EST 13.353

## Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 24/12/17 23:43

Paciente: ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Prontuário: 155452

Clínica: CENTRO CIRURGICO

Cirurgião: MARCELO NOGUEIRA LIMA

1º Auxiliar:

Enfermeiro: OLIDIANNE MARIA BEZERRA FERREIRA

Instrumentador:

Dt. Nascimento: 05/07/1997

Enfermaria: Sala Cirurgica

Leito: 01A

Anestesiologia: \*\* Não Informado \*\*

2º Auxiliar:

Circulante:

## Procedimentos Propostos

| Código     | Descrição                                           | Principal |
|------------|-----------------------------------------------------|-----------|
| 0408050519 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR | S         |

## Procedimentos Realizados

| Código     | Descrição                                           | Principal |
|------------|-----------------------------------------------------|-----------|
| 0408050519 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR | S         |

Diagnóstico pré-operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico:

Contagem Compressas e Instrumental:

Eventos e Incidentes:

Anestesia / Ocorrências Principais:

X

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação:

Limpa

Tipo de Anestesia:

Bloqueio

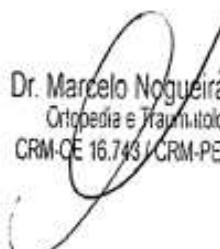
## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VÍSCERAS

PACIENTE EM SALA CIRURGICA AMBULATORIAL

NÃO REALIZADO TRAÇÃO ESQUELETICA POIS NÃO HAVIA FERULA DISPONIVEL NO HOSPITAL IMPOSSIBILITANDO A MONTAGEM DA TRAÇÃO ESQUELETICA (COMUNICADO A ENFERMEIRA OLIDIANE E AO SUPERVISOR DO NAC GEORGE)

SOLICITADO CONFECÇÃO DE TALA GESSADA INGUINO PODALICA A DIREITA



Dr. Marcelo Nogueira Lima  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-CE 16.743 / CRM-PE 23.779

Data

24/12/17

Assinatura Cirurgião | CREMEC



Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) paciente  
Romario da Oliveira Nascimento  
esteve internado (a) no Hospital Regional do Cariri para tratamento  
cirúrgico ortopédico. Necessita de repouso por um período de 120 (cento e vinte)  
dias a contar 24/12/2017.

CID 10: S72.3

**Aldo Leite Moreira Neto**  
Tratamento - Ortopedista  
CRM-PE 21.073 / CRM-CE 13.845  
TEOT. 15.653

MÉDICO

Juazeiro do Norte – CE, 09 de Janeiro de 2018

## RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Endereço: RUA TOME CABRAL

Bairro: MURITI

CEP: 63113-000

Num: 00

Idade: 20 ano(s) 6

UF: CEARÁ

Cidade: CRATO

Prontuário: 155452

Sexo: Masculino

### Localização

Clinica: TRAUMATO-

Enfermaria: 07

Leito: 427

Internação 24/12/2017

16:29

Alta: \* Não Informado \* \* Não Informado

### Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

### Resumo Clínico

FRATURA SUBTROCANTÉRICA D

### Exames Realizados

RX COXA

### Terapêutica Utilizada

OSTEOSSÍNTESE INTRAMEDULAR

### Diagnóstico

S729 - FRATURA DO FEMUR, PARTE NAO ESPECIFICADA

### DIAGNÓSTICOS

| Principal | Código | Descrição                                |
|-----------|--------|------------------------------------------|
| Sim       | S729   | FRATURA DO FEMUR, PARTE NAO ESPECIFICADA |

### Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 09/01/2018

### Observações Complementares

RETORNO AMBULATORIAL

CURATIVO NO PSF

MOBILIZAR QUADRIL/JOELHO ATIVAMENTE

### Responsável

Médico: ALDO LEITE MOREIRA NETO

Data: 09/01/2018

**Aldo Leite Moreira Neto**  
Traumato - Ortopedista  
CRM-PE 21.073 / CRM-CE 13.645  
TEOT-16.052

|                | Agendamento    |        |
|----------------|----------------|--------|
| Dr. Thiago     | RX             |        |
| Data: 06/03/18 | Data: 05/03/18 | Data:  |
| Hora: ~ 13h    | Hora: ~ 13h    | Hora:  |
| Código         | Código         | Código |

## RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: *Romario de Oliveira Nascimento*

### VIA ORAL

1- CEFALLEXINA 500 MG----- 28 CP  
Tomar 01 comprimido VO 6/6hs por 07 dias.

2- CETOPROFENO 100MG----- 21 CP  
Tomar 01 comprimido VO de 12/12H, por 07 dias

3- DIPIRONA 1G----- 1CX  
Tomar 01 comprimido ate de 6/6h – em caso de dor

*Aldo Leite Moreira Neto*  
Traumato - Ortopedista  
CRM-PE 21.073 / CRM-CE 13.645  
TEOT: 15.655

JUAZEIRO DO NORTE/CE, 09/01/18

\_\_\_\_\_  
MÉDICO

CNPJ/MF – 05.268.526/0002-51  
Rua Catulo da Paixão Cearense, s/n - Triângulo – CEP 63.041-162 – Juazeiro do Norte – CE - Telefone: (88) 3566-3600  
Hospital mantido com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH  
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI  
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde

PARA: Romário da Oliveira Noroiment

SOLICITO:

FISIOTERAPIA ..... 30 SESSÕES

Carlos Pascoal

HD:

Juazeiro do Norte, 09/01/2020

**Aldo Leite Moreira Neto**  
Traumato - Ortopedista  
CRM-PE 21.073 / CRM-CE 13.633  
TEST. 13.633  
Médico

CRATO

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS HOSPITALARES

Emitido em: 09/01/2018 16:59:51

Do(a) Sr(a): ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

PRONTUÁRIO nr: 155452

ATENDIMENTO nr: 404123

A direção do HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC e sua equipe de profissionais tiveram grande satisfação em atendê-lo(a) nos serviços descritos abaixo, no período de: 24/12/2017 a 09/01/2018.

| UNIDADE              | Nr DIÁRIAS/Horas | Vr DIÁRIA/Horas | Valor TOTAL  |
|----------------------|------------------|-----------------|--------------|
| CENTRO CIRURGICO     | 02:46            | R\$ 2.739,46    | R\$ 8.218,38 |
| TRAUMATO-ORTOPEDIA I | 16 dia(s)        | R\$ 574,93      | R\$ 9.198,88 |

Portanto o seu tratamento e permanência hospitalar geraram uma despesa de **R\$ 17.417,26**

Informamos que este valor foi totalmente custeado com recursos públicos  
Agradecemos pela confiança e privilégio de tê-los atendido.

Atenciosamente,

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC

## PARA SEGUNDA LIXE

Solicito Perícia médica pois em decorrência do meu acidente tive fratura na perna ~~esquerda~~ <sup>direita</sup> passei por cirurgia de implante de platina e 4 parafusos no fêmur direito.

Solicito Perícia médica II continuo com as sequelas do meu acidente, para receber em conformidade com a tabela DPVAT, pois recebi somente R\$ 2.362,50 enquanto que o valor indicado na tabela DPVAT é de R\$ 4.725,00 no mínimo para minha lesão.

NO AGUARDO, OBRIGADO - JUSTIÇA DO TRABALHO, 20/08/2018.

Romário de Oliveira Nascimento

Romário de Oliveira Nascimento

SINISTRO: 3180.268.523

FONE (88) 3587-1645 (RECADO C/ MARCOS)





CRELITE

Ex:

AP

Se: 3/3

Im: 1/1

FEMUR

Mag: 0.4x

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI  
ROMARIO DE OLIVEIRA NACIMENTO

1997 Jul 05 M 155452

Acc: SRPA

2017 Dec 30

Acq Tm: 21:42:56.765

D

Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID

W:4096 L:2048

NUM



