

PROCURAÇÃO AD JUDICIA A ROGO**OUTORGANTE:**

Flávio Corneio da Rocha
brasileiro, solteiro
 inscrito sob o RG 290873495 e CPF 769.486.353-53, residente
 na Rua Francisco Aldenor Porto, 105, Centro, Aracati-Ce,
 doravante outorgante.

OUTORGADOS:

ANDRÉ DO NASCIMENTO SIMÕES, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/CE sob o nº 28.552 e PRISCILA SANTOS NOGUEIRA, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 35.444, ambos com endereço profissional na Av. Dragão do Mar nº 404, Centro, Aracati-Ce, onde receberão as notificações e intimações de estilo.

PODERES-OUTORGADOS:

Pelo presente instrumento de procuração ao final assinado, nomeia e constitui seus bastante procuradores os outorgados, a quem confere amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com a cláusula ad judicium e et extra a fim de que possa defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, repartição pública autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o outorgante seja autor ou reclamante, e defendendo-o quando for réu, interessado ou requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber quitação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reserva de poderes, se assim lhes conviver, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, podendo propor quaisquer tipos de ações, transigir, etc, bem como defendê-lo em eventuais ações contra ele propostas.

Aracati-Ce, 23 de outubro de 2018.

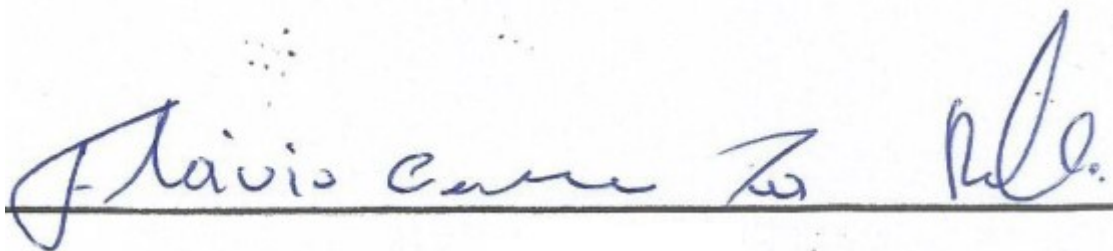
Flávio Corneio da Rocha RLC
 Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Flávio Correa da Rocha
Marcelino, solteiro
inscrito sob o RG 290873495 **e CPF** 761.496.353-53, **residente**
na Rua Francisco Aldenor Porto, 105, Centro, Aracati-Ce.

Eu, acima qualificado, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **gratuidade da Justiça**, nos termos do parágrafo único do artigo 98 do CPC.

Aracati-Ce, 05 de novembro de 2019.



Assinatura

3984315-7
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 07047261/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 502772792
Rota 18 24000 15 082000 - 7 Data de Emissão 27/11/2017
Nome DANIELE MARIA BATISTA SILVA
End. Postal RU FRANCISCO ALDENOR PORTO 00105
CENTRO - ARACATI - 62800000
Medidor 24775295
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 012067523-43
Nome do Responsável
Posta 0000 A08N
Fator de Potência 0,00
CGF

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.		
Nov/2017	27/11/2017	27/12/2017	Conjunto	ARACATI	
			Mês	Set/2017	ELSD 34,88
ICMS			DICIPI = 0,00 P		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual		
128,50	27,00%	34,69	Apuração Individual		
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			DIC	Mensal	Trim.
F98.C1F6.001E.4350.F53C.6D20.95DE.69E1			FIC	11,10	22,21
			DMIC	6,72	13,45
				0,00	0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO						
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Valor (R\$)
10116	9945	1,00	171	0,00	171	128,50
27/11/17	25/10/17		32 DIAS		171	

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	128,50
MULTA MORATORIA REF 10/2017	2,08
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,23
JUROS DO MES	1,45
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	14,13
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 11,84)	

VENCIMENTO	04/12/2017	TOTAL A PAGAR (R\$)	146,39
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	44,30	156	171
Transmissão	4,43	140	155
Distribuição	38,09	156	158
Encargos Setoriais	10,41	156	168
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	39,27	174	160
TOTAL	128,50	138	147
		159	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 73,91 Compensado kg (CO₂) 0,00
Consciência Ecológica 100%



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 412 - 530 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **08/02/2018 15:35:49**Data / Hora da Ocorrência: **06/11/2017 07:57:00**Endereço da Ocorrência: **RUA CEL ALEXANDRINO**

Complemento:

Bairro:

Município: **ARACATI/CE**

Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **FLAVIO CORREIA DA ROCHA**Nascimento: **29/07/1977** CPF: **761.146.353-53**RG: **290873495**Órgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **MÁRIA JOSÉ DE JESUS CORREIA D A ROCHA****FRANCISCO FERREIRA DA ROCHA**Endereço: **RUA FRANCISCO ALDENOR PORTO, 105 CASA**Bairro: **CENTRO**CEP: **62.600-000**Município: **ARACATI/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 99728-7180**

Histórico

O noticiante FLAVIO CORREIA DA ROCHA, RG 290873495 SSP/CE, CPF 761.146.353-53, residente na Rua Francisco Aldenor Porto, 105, Centro, Aracati/CE, informa que dirigia um motociclo marca/modelo Honda BIZ 110i, Cor predominante VERMELHA, ano de fabricação 2016, Placa PMV 4972, Renavam 76114635353, Chassi 9C2JC7000GR102075, de sua propriedade. Que estava Trafegando pela Rua Cel Alexandrino em frente a Rua Rio Jaguaribe quando um homem que vinha numa BRDS DE CDR PRETA bateu no declarante e se evadiu do local. Dentre as pessoas que souberam do acidente estão MARIA DASDORES DA SILVA, (testemunha 01), RG 2007678666-2 SSP/CE, CPF 028.660.283-09, residente na Trave 33a Barão de Messejana, 142, Campo Verde, Aracati/CE, e SAMIA ELISABETE MORENO MARQUES, (testemunha 02), RG 20082492110 SSP/CE, CPF 653.169.163-87, residente na Rua Cônego João Paulo, 1347, Aracati-CE, esta socorreu o declarante. Após o acidente, o noticiante foi socorrido por SAMIA ELISABETE, acima mencionada, que levou o noticiante para a UPA da Cidade de Aracati/CE, sendo posteriormente transferido para o Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias, sendo atendido e tratado em virtude do mencionado acidente. Em virtude do Acidente o noticiante sofreu um trauma no ombro esquerdo, sendo submetido a cirurgia. Que fica o noticiante ciente da expedição de guia para a realização de perícia de lesão corporal na PEFOCE, com laudo a ser remetido para esta delegacia, Que se responsabiliza pelas informações prestadas, E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

IZABELLE CRISTINA DE MEDEIROS DIAS DANTAS - MAT.: 30060717





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 412 - 530 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Handwritten signature]

VISTO DO DELEGADO(A):

[Handwritten signature]
ANA MARIA DE ARAUJO PADILHA - MAT.: 30078918



ATENÇÃO:
 Confere Com o (s) Original (ais) Apresentado (s)
 Valido Somente Com o Selo de Autenticidade
 03 ABR 2018

[Handwritten signature]
 Maria Pombo Costa Lima Gurgel - Titular
 Luciano Costa Lima Gurgel - Substituto
 Lourdes G. de Souza - Esc. A
 CONFIRME COM O SELO DE

Joşany Fernando Fencova do Silva
 Escrevente Autorizado

ENF: _____ LEITO: _____

Francivaldo Assunção Chaves
Enfermeiro
COREN - CE 505134 - ENF

PREScrição ELETRônica DO PACIENTE (Médica)

UPA - ARACATI

Prescrição: 1027
Í * E I

Paciente: FLAVIO CORREIA DA ROCHA
Data Solic.: 06/11/2017 08:34:04
Data Pr In: 06/11/2017 9H
Data Atend.: 06/11/2017 07:55:14
Prontuário: 1013
Prest. Presc: ISRAEL ICARO DE OLIVEIRA MELO (CRM 18621)
CID:
Diagnóstico: DIAGNOSTICO NAO DEFINIDO

Sexo: MASCULINO
Convenção: SUS AMBULATORIO
Data Pr Enc: 07/11/2017 9H
Atendimento: 1231 (A)
Leito:
CPF: 761.146.353-53
Prest. At: MEDICO PLANTONISTA (CRM 000000)
Proced.: 0301060118 ACOHILHAMENTO COM CIAC. Custo: RECEPCAO

Dt Nasc: 29/07/1977 40A 3M 8D
Prescrição: 1027

Silvia Brito Matos Lima
Téc. Enfermagem
CORENCE 709 004

Medicações										
Ítem Elem		Código	Descrição		Nome de Segurança		Opção Comercial		Dose	Unid Via
01	01	00010023	DICLOFENACO DE SODIO; 25MG/ML 3ML				DICLOFENACO SODICO		1	AMP IM
02	01	00010027	DIPIRONA; 500MG/ML 2ML				DIPIRONA		1	AMP IM
Exames										
Ítem Elem		Código	Descrição		Qtde Total		Centro de Custo			
03	01	00000005	RADIOGRAFIA DE OMBRO		1					

Ass. Prestador: Israel Icaro de Oliveira Melo (CRM 18621)
Ass Paciente: Israel Icaro de Oliveira Melo (CRM 18621)
Impresso em 06/11/2017 08:35:00 pelo usuário ICARO

Denise Rodrigues Correia
Téc. Enf. Radiologia



3- _____ Data ____/____/____
4- _____ Data ____/____/____
5- _____ Data ____/____/____
6- _____ Data ____/____/____

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência () Atendimento domiciliar () Transferência para: _____

Retornar: () Ambulatório em ____/____/____ Dr.(a) _____

Observações: _____

ALTA HOSPITALAR

Noto para

Retorno 15 dias DRA. JAVIER

Data: 12 / 1 / 18

Dr. Pedro Rafael
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18985

CRM/Carimbo



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Flávio Costa da Rocha
Idade: _____ anos _____ meses
Prontuário: 8538995 Unidade: _____ Leito: _____

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente compareceu para retirada
de fio cirúrgico interno (E)

Diagnóstico Principal: _____

Diagnósticos Secundários: _____

Seqüelas Apresentadas: _____

Procedimentos Cirúrgicos:

() Não

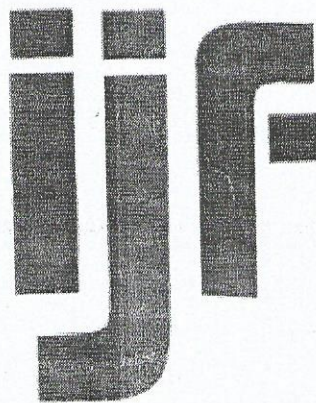
- 1- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
- 2- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
- 3- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
- 4- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
- 5- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
- 6- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____

Procedimentos Invasivos/Exames

() Sim

() Não

- 1- _____ Data ____/____/____
- 2- _____ Data ____/____/____



ATESTADO MÉDICO

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE FLAVIO CORREIA DA ROCHA ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA DO IJF POR FRATURA DO Umero ESQUERDO. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO EM 11/11/17, RECEBEU ALTA EM 12/11/17. EVOLUINDO COM FRATURA EM CONSOLIDAÇÃO. DEVE PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR 60 DIAS

FORTALEZA 27/11/17.



Prefeitura de
Fortaleza

fls. 23

ATESTADO MÉDICO

Nome : FLAVIO CORREIA DA ROCHA

Atesto para os devidos fins que o paciente supracitado é acompanhado no ambulatório de Traumatologia e Ortopedia do IJF por fratura de umero esquerdo operado no IJF.

No momento, fratura em consolidação, sem dor e com redução do arco de movimento. Em reabilitação fisioterápica.

Ao setor de pericias do INSS.

CID 10 : S42

Dr. Ronaldo Guedes
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 17019

Fortaleza, 25 DE Janeiro DE 2018



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 27/03/2018 10:25:23

Por: EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 06/11/2017 16:59:42	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700506789469958	NOME: FLAVIO CORREIA DA ROCHA				Registro: 5535995		
CPF: 76114635353	RG: 290873495	D. NASC: 29/07/1977	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA JOSE DE JESUS CORREIA DA ROCHA				NOME DO PAI: FRANCISCO FERREIRA DA ROCHA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: JOSE CAVALCANTE SOBRINHO		Nº: 120	BAIRRO: COACU			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 993487370,	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60871640			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: DANIELE MARIA BATISTA SILVA		PARENTESCO: ESPOSA		TELEFONE: 993487370			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:				
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Outros acidentes e violências, Fatos ou eventos não especificados, intenção não determinada							
QUEIXAS: PERFIL PARA REFERENCIA							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Residência	Escala de Dor: Sem dor	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: BRANCO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICA MEDICA							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
ASSINADO DE PROTOCOLO - 137 RAE TIRADA PELO SISTEMA E-SUS DATA 27/03/2018 MATRICULA 13826 SEVIDOR(A)							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO :5535995

NOME: FLAVIO CORREIA DA ROCHA

DATA DE NASCIMENTO:29/07/1977

PAI: FRANCISCO FERREIRA DA ROCHA

MÃE:MARIA JOSÉ DE JESUS DA ROCHA

DATA DE ATENDIMENTO:07/11/2017

DATA DE SAÍDA:10/11/2017

MOTIVO: PACIENTE ADMITIDO NO IJF, EM 07/11/2017, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

A CIRURGIA FOI CANCELADA E ADIADA, POR FALTA DE JEJUM; TENDO RECEBIDO ALTA HOSPITALAR EM 07/11/2017, PARA RETORNAR EM 10/11/2017.

LAUDO DIGITADO EM 14/03/2018 (JOAQUIM/C)

Joaquim C
Cirurgião Plástico
CRM 8403

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE /NUAME / IJF

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO :5535995

NOME: FLAVIO CORREIA DA ROCHA

DATA DE NASCIMENTO:29/07/1977

PAI:FRANCISCO FERREIRA DA ROCHA

MÃE:MARIA JOSÉ DE JESUS DA ROCHA

DATA DE ATENDIMENTO: 10/11/2017

DATA DE SAÍDA:12/11/2017

MOTIVO:PACIENTE ADMITIDO NO IJF, EM 10/11/2017, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

EM 11/11/2017, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO COM FIXAÇÃO COM FIO DE KIRSCHNER ROSQUEADO. OPERADO POR DR. CLODOALDO DUARTE.

LAUDO DIGITADO EM 14/03/2018 (JOAQUIM/C)”

Joachim
Cirurgião Plástico
CRM 10710

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE/NUAME/IJF

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO :5535995

NOME: FLAVIO CORREIA DA ROCHA

DATA DE NASCIMENTO:29/07/1977

PAI:FRANCISCO FERREIRA DA ROCHA

MÃE: MARIA JOSÉ DE JESUS DA ROCHA

DATA DE ATENDIMENTO: 12/01/2018

DATA DE SAÍDA:12/01/2018

MOTIVO: PACIENTE ADMITIDO NO IJF, EM 12/01/2018, PARA RETIRADA DE FIO ROSQUEADO DO ÚMERO ESQUERDO.

RECEBEU ALTA HOSPITALAR EM 12/01/2018.

LAUDO DIGITADO EM 14/03/2018 (JOAQUIM/C)”

Joaquim José
Cirurgião Plástico
CRM 4407

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE /NUAME / IJF

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL



3- _____ Data ____/____/____
4- _____ Data ____/____/____
5- _____ Data ____/____/____
6- _____ Data ____/____/____

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência () Atendimento domiciliar () Transferência para: _____

Retornar: () Ambulatório em ____/____/____ Dr.(a) _____

Observações: _____

ALTA HOSPITALAR

Noto para

Retorno 15 dias para JAVIER

Data: 11 / 1 / 18

Dr. Pedro Rafael
Médico Residente
Nefrologia e Nematologia
CRM 13005

CRM/Carimbo



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Flávio Costa da Rocha
Idade: _____ anos _____ meses
Prontuário: 5535995 Unidade: _____ Leito: _____

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente compareceu para retirada
de fio de sutura número (E)

Diagnóstico Principal: _____

Diagnósticos Secundários: _____

Seqüelas Apresentadas: _____

Procedimentos Cirúrgicos:

() Não

- 1- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
- 2- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
- 3- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
- 4- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
- 5- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
- 6- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____

Procedimentos Invasivos/Exames

() Sim

() Não

- 1- _____ Data ____/____/____
- 2- _____ Data ____/____/____



RECEITUÁRIO

Paciente:

BE / Prontuário:

Flavio Correia da Rocha

Aterbado medico

Aterto para os estudos
para que o paciente supere
o trauma acompanhado
no ambulatório ou frambola
sujeito oportunamente por 15
dias até retorno.

CTA: 542

Data:

7 / 1 / 18

Ass./Carimbo do Médico

Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 18005

Dr. Pedro Rafael
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 18005

MA 000.003 - Versão 2 - 01/DEZ./17 - 1 via - Formato A5 (148/210).
Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061 • Fortaleza, Ceará, Brasil.
(85) 3255-5000.



AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA

Reg. Geral

5535995

Reg. de Amb.

Reg. Radiológica

Nome

Flavio Correia da Rocha

Diagnóstico

Data

Médico

Clodaldo

Auxiliar

Redução sob Anestesia

Realizada

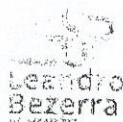
após o acidente

3255-5186

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por PRISCILA SANTOS NOGUEIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 10/12/2019 às 09:33, sob o número 00141689320198060035. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0014168-93.2019.8.06.0035 e código 59FBF47.

Voltar em	07/02/17	às	7:00	horas
Voltar em	04/01/2018	às	7:00	horas
Voltar em	25/03/18	às	7:00	horas
Voltar em	27/04/18	às	7:00	horas
Voltar em	27/07/18	às	7:00	horas
Voltar em		às		horas
Voltar em		às		horas
Voltar em		às		horas
Voltar em		às		horas
Voltar em		às		horas
Voltar em		às		horas
Voltar em		às		horas

 PREFEITURA DO ARACATI ARACATI - 1911		Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias - HMED					
		ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
AT. IMEDIATO EMERGÊNCIA		01 HORA URGÊNCIA		02 HORAS POUCA URGÊNCIA		04 HORAS 5/ URGÊNCIA	
VERMELHO		AMARELO		VERDE		AZUL	
Data: <u>06/11/19</u>		Hora do Atendimento: <u>10:26</u>		Téc. de Enfermagem:			
Nome: <u>Flavio Pereira da Rocha</u>				Idade: <u>40 anos</u>		Sexo: () F (X) M	
Data de nascimento: <u>29/07/77</u>		RG/CPF/Outros: <u>290873495</u>		CADSUS:			
Filiação: <u>Mário José de Jesus da Rocha</u>				Tem Plano de Saúde () Sim (X) Não Qual:			
Endereço: <u>R. Fco Aldenor Ponte - Centro</u>				Nº: <u>105</u>		Telefone: <u>88999348</u>	
PSF:				ACS:			
T: _____ °C		PA: _____ x _____ mmHg		FC: _____ bpm		FR: _____ irpm	
Glicemia Capilar: _____ mg/dL							
Nível de consciência: () Inconsciente () Orientado () Confuso () Desorientado ECG: _____				Alergias:		Violência: () Sim () Não	
CLASSIFICAÇÃO DA DOR: () Sim () Não		() Aguda () Crônica () Recorrente		TIPO DE DOR:		() Leve () Moderada () Forte () Severa	
ATENDIMENTO E CONSULTA							
() Atendimento Médico em Unidade de pronto Atendimento				() Atendimento Médico de urgência em atenção especializada			
PROCEDIMENTO							
Motivo do Atendimento - ENFERMAGEM (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico)							
<u>Trauma no ombro E</u>							
Enfermeiro(a):				Encaminhamento: () Clínica Médica () Traumatologia			
Anamnese (Conduta Médica)							
<u>Dor e edema no ombro esq, acompanhados de incapacidade funcional.</u>							
Hipótese Diagnóstica							
<u>fratura do colo do úmero E.</u>							
Prescrição na Urgência				Horário		Assinatura do executor	
<u>limpeza</u>							
() Administração de medicamentos na Atenção Especializada				() Retirada de Cerúmen de conduto auditivo externo			
() Inalação / Nebulização				() Enema			
() Curativo grau I c/ ou s/ debridamento				() Sondagem Gástrica			
() Curativo grau II c/ ou s/ debridamento				() Drenagem de abscesso			
() Retirada de pontos de cirurgias básicas				() Excisão e/ ou sutura simples de pequenas lesões			
() Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva				() Exerese de tumor de pele e anexos / cisto sebáceo			
() Pequena Cirurgia:				() Retirada de corpo estranho subcutâneo			
() Outros:				() Excisão e sutura de linfangioma / nevus			



PREFEITURA DO
ARACATI
Cidade de Aracati - Ceará

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES PARA UNIDADES EXTERNAS

NOME.....: FLAVIO CORREIA DA ROCHA
PRONTUÁRIO.....: 1013 LEITO: DATA DE ADMISSÃO: 06/11/2017
MÉDICO.....: ISRAEL ICARO DE OLIVEIRA MELO
UNIDADE DE ORIGEM.....: UPA ARACATI UNIDADE DE DESTINO: HMED
DATA DE TRANSFERÊNCIA: 06/11/17 HORA: 08:35

SINAIS VITAIS

GRUPO DE PERGUNTAS: TOLIFE

INÍCIO DA CLASSIFICAÇÃO: 2017-11-06 07:57:52

TEMPO DE ESPERA: 158

DURAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO: 132

PRIORIDADE: AMARELO

QUEIXA: DOR EM MSE APÓS COLISÃO MOTOXMOTO

FLUXOGRAMA: Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR: Dor moderada *

COLETA NÃO-AUTORIZADA: NAO

AValiação E MEDIDAS CLÍNICAS: DOR 5DOR

TEMPO 1230

ENCAMENTAMENTO: Consultório Clínica Médica

Alergia(s).....	NÃO	Qual:
Suporte de O ²	NÃO	Qual:
Acesso Vasculares...	NÃO	Qual:
Sondas.....	NÃO	Qual:
Drenos.....	NÃO	Qual:
Lesão de Pele.....	NÃO	Qual:
Outros Dispositivos:	NÃO	Qual:
Curativos.....	NÃO	Qual:
Isolamento.....	NÃO	Qual:
Familiares Cientes..	NÃO	Qual:
Médicos Assistente		
informado.....	NÃO	Qual:
Exames Pendentes....	NÃO	Qual:

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

PCT VITIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO, EVOLUINDO COM DESLOCAMENTO DE OMBRO ESQUERDO E DOR DE

MOBILIZAÇÃO.

ABCD NORMA

SAT 02: 98%

PULSOS PERIFÉRICOS EM MEBROS SUPERIORES PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS

Recomendações:

EM AGUARDO DE RX DE OMBRO

INFORMAÇÕES TRANSMITIDAS PARA:

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

NOME DO RESPONSÁVEL

Israel de Oliveira
Médico
ASSINATURA E CARIMBO
CRM - 18621



PREFEITURA DE
ARACATI
CE 6280000

DATA ATEND: 06/11/2017

PACIENTE...: FLAVIO CORREIA DA ROCHA

Nº ATEND.: 1231

DATA NASC.: 29/07/1977 IDADE: 40

SEXO....: MASCULINO

RG.....: 290873495 CPF...: 761.146.353-53

MÃE.....: MARIA JOSE DE JESUS DA ROCHA

ENDEREÇO...: RUA FRANCISCO ADENOR PORTO 105

BAIRRO....: BAIRRO DE FATIMA CIDADE: ARACATI

TELEFONE 1: TELEFONE 2:

UF...: CE

CEP.: 6280000

PLANO DE SAÚDE: SUS AMBULATORIO CARTÃO SUS:

PRIORIDADE CLÍNICA.: URGENCIA

/ AMARELO

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

GRUPO DE PERGUNTAS: TOLIFE

INÍCIO DA CLASSIFICAÇÃO: 2017-11-06 07:57:52

TEMPO DE ESPERA: 158

DURAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO: 132

PRIORIDADE: AMARELO

QUEIXA: DOR EM MSE APÓS COLISÃO MOTOXMOTO

FLUXOGRAMA: Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR: Dor moderada *

COLETA NÃO-AUTORIZADA: NAO *

AValiação E MEDIDAS CLÍNICAS: DOR 5DOR

SENHA: 1230

ENCAMINHAMENTO: Consultório Clínica Médica

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE.....:

PACIENTE VITIMIA DE COLISÃO MOTO-MOTO, EM USO DE CAPACETE.
EVOLUINDO COM DOR EM OMBRO ASSOCIADO COM DESLOCAMENTO APARENTE

NEGA ALERGIAS

EXAME FÍSICO.....:

ABCD NORMAL

SAT 02: 99%

FC: 74

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA.:

TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO

CID: s400

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

PRONTUÁRIO:

ENF:

LEITO:

Francivaldo Assunção Chaves
Enfermeiro
COREN - CE 505134 - ENF

Encaminhamento de Paciente**Dados do Paciente**

Nome: FLAVIO CORREIA DA ROCHA
 Data Nascimento: 29.07.1977 Idade: 40
 Sexo: M
 Nome da mãe: MARIA JOSE DE JESUS DA
 Episcópio: 2068949
 F. atualizado: 101
 Admissão: 06/11/2017 07:55
 Tempo de espera: 30.02.12
 Tempo de espera: 30.02.36
 Prioridade: **AMARELO**
 Queixa/Motivo:
 DOR EM MISE APÓS COLISÃO MOTOXAMOTO
 Exatidão: 40 Problemas e n
 Descrição:
 Do: moderada
 Avaliação de Medidas Críticas
 Descrição: Valor
 Do: 5
 Observação

Dados Complementares

Pressão Arterial: 120/80 mmHg

De e Moleada: NAO
 Vacinação Pentaval: NAO
 Tempo de Encaminhamento Capta

Encaminhamento

Departamento: Consultório Clínica Médica

Classificação: FERNANDO VALDO ASSUNÇÃO
 CHAVES

Profissão:

Ente: neto
 Coreia CRM: 505134

Data/Hora Triagem: 06/11/2017 08:00

Data/Hora Impressão: 06/11/2017 08:00

FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES
UPA - ARACATI

SENHA:

1230

06/11/2017 07:52:27

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA)
UPA - ARACATI

Prescr

Paciente: **FLAVIO CORREIA DA ROCHA** Sexo: **MASCULINO** Dt Nasc: **29/07/1977 40A 3M 8D**
Data Solic.: **06/11/2017 08:34:04** Convênio: **SUS AMBULATORIO** Prescrição: **1027**
Data Pr Ini: **06/11/2017 9H** Data Pr Enc: **07/11/2017 9H** Leito:
Data Atend.: **06/11/2017 07:55:14** Atendimento: **1231 (A)**
Prontuário: **1013** CPF: **761.146.353-53** CNS:
Prest. Presc.: **ISRAEL ICARO DE OLIVEIRA MELO (CRM 18621)** Prest. At: **MEDICO PLANTONISTA (CRM 000000)**
CID: Proced.: **0301060118 ACOANHAMENTO COM CIAC. Custo: RECEPCAO**
Diagnóstico: **DIAGNOSTICO NAO DEFINIDO**

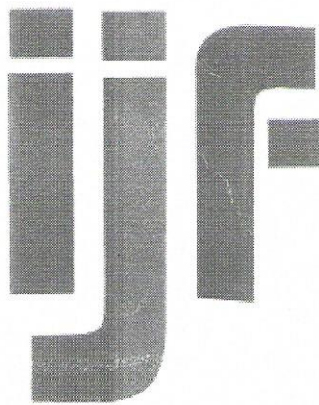
Medicações		Nome de Segurança	Opção Comercial	Dose	Unid Via
Item Elem	Código	Descrição			
01	01	00010023	DICLOFENACO DE SODIO; 25MG/ML 3ML	1	AMP IM
02	01	00010027	DIPIRONA; 500MG/ML 2ML	1	AMP IM

Silvia Brito Montes Lima
Téc. Enfermagem
CORENCE 769.004

Exames		Qtde Total	Centro de Custo
Item Elem	Código	Descrição	
03	01	00000005	RADIOGRAFIA DE OMBRO

Ass. Prestador: **Isauro de Oliveira**
ISRAEL ICARO DE OLIVEIRA (CRM 18621)
CREMEC 186210
Ass Paciente
Impresso em 06/11/2017 08:35:00 pelo usuário ICARO

Denise Rodrigues Correia
Téc. Enf. Radiologia



ATESTADO MÉDICO

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE FLAVIO CORREIA DA ROCHA ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA DO IJF POR FRATURA DO UMEROS ESQUERDO. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO EM 11/11/17, RECEBEU ALTA EM 12/11/17. EVOLUINDO COM FRATURA EM CONSOLIDAÇÃO. DEVE PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR 60 DIAS

FORTALEZA 27/11/17.



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO

Paciente: ELÁVIO CORREIA DA ROCHA

BE / Prontuário: _____

Prescrição Médica

Prescrição de sessões de

Fisio Terapêutica Motora de

Ombro (Membro Superior) Esquerdo.
(Ganho de Amplitude de Ombro Esquerdo)

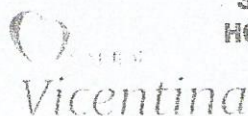
Dr. Pedro Rafael
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 18005

Data: 12/01/18

Ass./Carimbo do Médico

MA 000.003 - Versão 2 - 01/DEZ./17 - 1 via - Formato A5 (148/210).

Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061 • Fortaleza, Ceará, Brasil
(85) 3255-5000.



SISTEMA DE SAÚDE VICENTINA MARGARIDA NASEAU
HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA LUÍSA DE MARILLAC

HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA
HOSPITAL AMIGO DA MULHER

RECEITUÁRIO

Declaro para os devidos
fins que o paciente Flávio
Lencina da Rocha se encontra
em tto fisioterápicos para
sequela de fratura proximal
do úmero esquerdo, por
indicação médica

23102158

Andréa Nunes Cavalcante
Fisioterapia
CREFATO 26.705F

O NOSSO NEGÓCIO É RESOLUTIVIDADE EM SAÚDE
Rua Cônego João Paulo, 1026 - Centro - Aracati - CE/ CEP: 62800.000
(88) 3421.1007 / CNPJ: 07.126.998/0007-00



Prefeitura de
Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSE FROTA

NOME: FLAVIO CORREIA DA ROCHA

SOLICITO

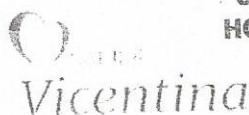
FISIOTERAPIA MOTORA -----20 SESSOES

HD: 1) FRATURA UMEROS PROXIMAL ESQUERDO

-GANHO DE ADM OMBRO ESQUERDO

FORTALEZA 27 DE ABRIL DE 2018

Dr. Pedro Rafael
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 16065



SISTEMA DE SAÚDE VICENTINA MARGARIDA NASEAU
HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA LUÍSA DE MARILLAC

HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA
HOSPITAL AMIGO DA MULHER

RECEITUÁRIO

Declara para os devidos fins que o paciente Flávio Louieira da Rocha se encontra em Tto fisioterápico para sequelas de fratura proximal do úmero esquerdo, apresentando bloqueio aos movimentos do ombro

08/05/18

Andrea Nunes Cavalcante
Fisioterapia
CREFTO 26.705F

O NOSSO NEGÓCIO É RESOLUTIVIDADE EM SAÚDE
Rua Cônego João Paulo, 1026 - Centro - Aracati - CE/CEP: 62800.000
(88) 3421.1007 / CNPJ: 07.126.998/0007-00



ATESTADO MÉDICO

Paciente: Flávio Correia da Rocha

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO É ACOMPANHADO NO AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA DO IJF POR FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO EM NOVEMBRO DE 2017, TENDO SIDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS ROSQUEADOS.

PACIENTE EVOLUI COM FRATURA CONSOLIDADA. APRESENTA, NO ENTANTO, REDUÇÃO DE ADM EM OMBRO ESQUERDO.

ENCONTRA-SE EM REABILITAÇÃO FISIOTERÁPICA.

SUGIRO AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR 60(SESSENTA) DIAS;

CID 10 : S42

Fortaleza, 04 de Maio de 2018.

Dr. Ernane Osório
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 17577



Prefeitura de
Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSE FROTA

NOME: FLAVIO CORREIA DA ROCHA

SOLICITO

FISIOTERAPIA MOTORA -----20 SESSOES

HD: 1) FRATURA UMEROS PROXIMAL ESQUERDO

-GANHO DE ADM OMBRO ESQUERDO

FORTALEZA 27 DE ABRIL DE 2018

Dr. Pedro Rafael
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 18005



ATESTADO MÉDICO

Nome : FLAVIO CORREIA DA ROCHA

Atesto para os devidos fins que o paciente supracitado é acompanhado no ambulatório de Traumatologia e Ortopedia do IJF por fratura de umero esquerdo operado no IJF.

No momento, fratura em consolidação, sem dor e com redução do arco de movimento. Em reabilitação fisioterápica.

Ao setor de pericias do INSS.

CID 10 : S42

Dr. Ronaldo Guedes
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 17019

Fortaleza, 25 DE Janeiro DE 2018