

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Rafael dos Santos Oliveira, Travessa Sucupira, 879,
Gushiban, Fortaleza, CPF nº 052.517.823-65

Nomeia e constitui como bastante procurador para defender seus direitos fundamentais e interesses jurídicos,

OUTORGADO: IAGO NAZARO GUIMARÃES SERRA, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 39.695, com endereço profissional à Rua José Alves Cavalcante, nº 136, Bairro Cidade dos Funcionários, CEP 60.822-570, Telefone (85) 9.9772-4386, e-mail iagonazaro.adv@gmail.com, recebendo a comunicação de quaisquer atos processuais neste endereço.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica**, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Fortaleza, 08 de 12 de 2020.

Rafael dos Santos Oliveira
OUTORGANTE

Contato (85) 9.9173-5879
E-mail: nazaroadvocacia@gmail.com

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 7.115/83, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, 08 de 12 de 2020.

Rafael dos Santos Oliveira
Assinatura do declarante

Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP: 60.170-002, Fortaleza-CE /
E-mail: wsdpvat.juridico@gmail.com | (85) 98786-0818 (85) 988882031

9663420

A Tarifa Social da 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 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 061026555

Rota FORTALEZA - 310.000

Referência 04/2020

Nome RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

Endereço TR SUCUPIRA, 00379, GRAJÁ PORTUGAL, 60110-000,

Fortaleza

Classificação Residência Plena

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásica

Emissão 24/04/2020

Medidor 2414810 FAI 0000

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

Anterior 24-03-2020 Atual 24-04-2020 Próxima prevista 25-05-2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
BT	11.34	11.03	1.30	101	0	101	0,2325	23,28

DADOS DO FATURAMENTO

CIP IUM PUB PREF MUNIC
 CONSUMO
 MULTA

TARIFA	VALOR (R\$)
	19,05
	73,25
	2,85

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	0,00	0,00	0,00
COFINS	0,00	0,00	0,00

10.05.2020

86,15

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 052.517.823-65

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões

pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂)

39,43 0,00

Consciência Ecológica (%CO₂)

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA Voce possui conta(s) em atraso (Ref:2020/03 Valor R\$81,12). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC Res. ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do débito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº 000009663420. Cliente:

Periodos: Band. Tarif.: Verde : 25/03 - 24/04

DEBITOS ANTERIORES
 MES ANO VALOR (R\$)
 03 2020 76,90
 Total: R\$ 76,90

Nº do Cliente: 9663420 Referência: 04/2020 V: [1.0.0.10]
 Data de Emissão: 24/04/2020 Total a Pagar (R\$): 86,15
 Nº da Nota Fiscal: 001 055 Nº de Controle: 00008263293

838800000003 86150031020 6 00826329307 1 00009663420 0



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

Nome RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

DOC IDENTIFICACAO / CNP / CNPJ Nº 1615292 MTE CE

CPF 052.517.823-65 DATA NASCIMENTO 05/12/1991

FUNCAO JOSE MESSIAS DE OLIVEIRA MARIA DOS SANTOS GOMES ARAUJO

PERMISSAO ACC CATEGORIA A

Nº REGISTRO 05715217574 VALIDEZ 15/12/2022 1ª VALIDACAO 23/02/2013

SEM OBSERVACAO:

Rafael dos Santos Oliveira

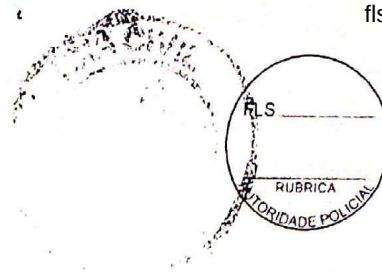
LOCAL FORTALEZA, CE DATA EMISSAO 12/08/2019

73534488236
 CE172015550

CEARA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2020494765



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1383 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **14/08/2020 15:40:08**
 Data / Hora da Ocorrência: **10/07/2020 15:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV IMPERADOR C/ AV. DOMINGOS OLIMPIO, CENTRO - FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA**
 Nascimento: **05/12/1991** CPF: **052.517.823-65**
 RG: **2003012001592** Orgão Emissor: **SSP** UF:
 Filiação: **MARIA DOS SANTOS GOMES ARAUJO**
JOSE MESSIAS DE OLIVEIRA
 Endereço: **TRAVESSA SUCUPIRA, 879**
 Bairro: **GENIBAU**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9912-1158**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSF5982** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC4110DR413067 Renavam: **535427689** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
 Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **MAGNO SILVA DE MENEZES** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

COMPARECE A ESTE ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE NA DATA CITADA, A VITIMA TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA OSF-5982 NA AV. IMPERADOR NA FAIXA DA ESQUERDA QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE TRAFEGAVA NA FAIXA DA DIREITA REALIZOU UMA CONVERSÃO PARA ESQUERDA COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA PILOTAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS PARA HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA (PARANGABA). E NADA MAIS DISSE. ////////////////
 OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
 PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Rafael dos Santos Oliveira

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em 14/08/2020 15:44:51

Pág. 1 de 2

Impresso em 14/08/2020 15:44:51



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2020494765



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 1383 / 2020

VISTO DO DELEGADO(A): *MCSS*

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em 14/08/2020 15:44:51

Pág. 2 de 2

Impresso em 14/08/2020 15:44:51

fls. 16

REGISTRO DE ATENDIMIENTO EMERGENCIA

NOME DO PESSO(A) RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA		N.º DO PROTOCOLO 321570	
DATA DO NASCIMENTO 05/12/1994 (28 ANOS)		SEXO M	
NOME DA MÃE MARIA DOS SANTOS GOMES ARAUJO		RACIA OR PARDO	
ENDEREÇO RUA SUCUPIRA 879 PARQUE GENIBAU		CIDADE (85) 39121-153	
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05251782165		UF CE	
N.º DO REGISTRO 60.534-212		NOME DO PESSO(A) RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA	
DATA DO NASCIMENTO 05/12/1994 (28 ANOS)		SEXO M	
NOME DA MÃE MARIA DOS SANTOS GOMES ARAUJO		RACIA OR PARDO	
ENDEREÇO RUA SUCUPIRA 879 PARQUE GENIBAU		CIDADE (85) 39121-153	
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05251782165		UF CE	
N.º DO REGISTRO 60.534-212		NOME DO PESSO(A) RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA	
DATA DO NASCIMENTO 05/12/1994 (28 ANOS)		SEXO M	
NOME DA MÃE MARIA DOS SANTOS GOMES ARAUJO		RACIA OR PARDO	
ENDEREÇO RUA SUCUPIRA 879 PARQUE GENIBAU		CIDADE (85) 39121-153	
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05251782165		UF CE	
N.º DO REGISTRO 60.534-212		NOME DO PESSO(A) RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA	
DATA DO NASCIMENTO 05/12/1994 (28 ANOS)		SEXO M	
NOME DA MÃE MARIA DOS SANTOS GOMES ARAUJO		RACIA OR PARDO	
ENDEREÇO RUA SUCUPIRA 879 PARQUE GENIBAU		CIDADE (85) 39121-153	
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05251782165		UF CE	
N.º DO REGISTRO 60.534-212		NOME DO PESSO(A) RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA	
DATA DO NASCIMENTO 05/12/1994 (28 ANOS)		SEXO M	
NOME DA MÃE MARIA DOS SANTOS GOMES ARAUJO		RACIA OR PARDO	
ENDEREÇO RUA SUCUPIRA 879 PARQUE GENIBAU		CIDADE (85) 39121-153	
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05251782165		UF CE	
N.º DO REGISTRO 60.534-212		NOME DO PESSO(A) RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA	
DATA DO NASCIMENTO 05/12/1994 (28 ANOS)		SEXO M	
NOME DA MÃE MARIA DOS SANTOS GOMES ARAUJO		RACIA OR PARDO	
ENDEREÇO RUA SUCUPIRA 879 PARQUE GENIBAU		CIDADE (85) 39121-153	
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05251782165		UF CE	
N.º DO REGISTRO 60.534-212		NOME DO PESSO(A) RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA	
DATA DO NASCIMENTO 05/12/1994 (28 ANOS)		SEXO M	
NOME DA MÃE MARIA DOS SANTOS GOMES ARAUJO		RACIA OR PARDO	
ENDEREÇO RUA SUCUPIRA 879 PARQUE GENIBAU		CIDADE (85) 39121-153	
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05251782165		UF CE	
N.º DO REGISTRO 60.534-212		NOME DO PESSO(A) RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA	
DATA DO NASCIMENTO 05/12/1994 (28 ANOS)		SEXO M	
NOME DA MÃE MARIA DOS SANTOS GOMES ARAUJO		RACIA OR PARDO	
ENDEREÇO RUA SUCUPIRA 879 PARQUE GENIBAU		CIDADE (85) 39121-153	
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05251782165		UF CE	
N.º DO REGISTRO 60.534-212		NOME DO PESSO(A) RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA	
DATA DO NASCIMENTO 05/12/1994 (28 ANOS)		SEXO M	
NOME DA MÃE MARIA DOS SANTOS GOMES ARAUJO		RACIA OR PARDO	
ENDEREÇO RUA SUCUPIRA 879 PARQUE GENIBAU		CIDADE (85) 39121-153	
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05251782165		UF CE	
N.º DO REGISTRO 60.534-212		NOME DO PESSO(A) RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA	
DATA DO NASCIMENTO 05/12/1994 (28 ANOS)		SEXO M	
NOME DA MÃE MARIA DOS SANTOS GOMES ARAUJO		RACIA OR PARDO	
ENDEREÇO RUA SUCUPIRA 879 PARQUE GENIBAU		CIDADE (85) 39121-153	
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05251782165		UF CE	
N.º DO REGISTRO 60.534-212		NOME DO PESSO(A) RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA	
DATA DO NASCIMENTO 05/12/1994 (28 ANOS)		SEXO M	
NOME DA MÃE MARIA DOS SANTOS GOMES ARAUJO		RACIA OR PARDO	
ENDEREÇO RUA SUCUPIRA 879 PARQUE GENIBAU		CIDADE (85) 39121-153	
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05251782165			

LOCAL DISCREPANCY IN THE POLYMERIZATION OF MONOMER

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DATA: PACIENTE COM DOR E EMEIA NO 2º QUADRANTE DA MÃO ESQUERDA. APÓS COLISÃO DE MOTO.		MOTIVO: COLISÃO CARRO X MOTO		ESCALADOR: 99 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS		SINAIS VITAIS		GLICEMIA: NI	
PRESSÃO ARTERIAL: NI/NI		SAT O2: NI %		PULSO: NI	
TEMPERATURA: NI °C		FORÇA: NENHUMA		GLICEMIA: NI	
CLASSIFICAÇÃO: VE		RESUMÃO: RESUMÃO PELA CLASSIFICAÇÃO: JONATHAS WASHINGTON SPINOSA ALBUCA		DATA E HORÁRIO DA CLASSIFICAÇÃO: 10/07/2020 16:2	

TRAUMATOLOGIA

.....
ATENDIMENTO MÉDICO

Queda de urto. Trauma na mão (E).
Exposta do 2º DDT e necessidade
de fixação urgente. CD. Internamento.

M.F. MCAMEN TO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEMORAMENTO	AFRONTAMENTO	OBSERVAÇÕES
6x mes (E) AP/obliqua + perf/ 2 ^o apt		

TIPO DE ALMACÉN

4124242A
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMILIA () MILITAR () PATO -
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 11/05/2007 14:57
LUGAR DO ASSASSINATO: Rua Teófilo Torres, 4124242A
Cidade: Curitiba, Paraná
Estado: Paraná
País: Brasil
Data de Nascimento: 11/05/2007
Idade: 48 anos
Sexo: Masculino
Profissão: Médico
Endereço: Rua Teófilo Torres, 4124242A
Cidade: Curitiba, Paraná
Estado: Paraná
País: Brasil

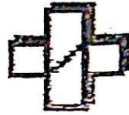
presso por jonathas washington spinoza luca em 10/07/2020 às 16:27:40

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES AQUI POSTAS SÃO VERDADEIRAS E ASSUMO TODA A RESPONSABILIDADE POR ELAS.

11/10/24

Rafael dos Santos Oliveira

Paralcentrus



SUS
Sistema Único de Saúde

CCI - Central de Controle de Internação
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

AV. Odeite de Mello nº 1121 - Torre Norte - CEP 64.214-000
Fortaleza - Ceará
Telefone (85) 3131-7032



CENTRAL DE INTERNAÇÃO E REGISTRAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE PORTALEZA - CCI - PMF

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

23202626950

UNIDADE HOSPITALAR		CGC / CNPJ
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA		07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE	Rafael dos Santos Oliveira		
ENDEREÇO DO PACIENTE	Rua Sucupira 870		
BARRIO	MUNICÍPIO	UF	CEP
Parque Amibau	Fort		
DATA DO NASCIMENTO	SEXO	CONDIÇÃO	
05/12/91	1. ☐ MASO 3. ☐ FEM	2. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ OUTRO DEP.	
NOME DA MÃE	M. dos Santos Gomes, viúva		

DADOS DA INTERNAÇÃO		CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO
CPF MÉDICO SOLICITANTE	CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL	
C. INT.	PROCEDIMENTO SOLICITADO	
	DATA DA EMISSÃO	
/ /		

LAUDO TÉCNICO JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura exposta do 2º QDT (E)
(falange intermediária).

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicações
Rx + Exame físico

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO INICIAL	TIPO DE CLÍNICA
Rx 2º quadrático (E)	1. ☐ CIRÚRGICA 2. ☐ OBSTÉTRICA 3. ☐ CLÍNICA MÉDICA 4. ☐ TISIOPEUMOL 5. ☐ PSIQUIÁTRICA 6. ☐ PEDIÁTRICA 9. ☐ OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CRM - MÉDICO SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE	DATA	HORA
	Dr. Nelson Mendes Aguiar Ortopedia e Traumatologia CREDEC 14.911.007/6417	10/07/2020	

5

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

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

	Glicemias	Insulinas	Rubric
17:			
18:			
20:			
06:			

SINAIS VITAIS				fls. 21
ORÁRIO:	17:40	9:00		
P.A.:	130x80	120x80		
TEMP.º:		36		
P./MIN.:				
M.V. / MIN.:				

NOME:	Rafael dos Santos Oliveira	IDADE:	28	ENF.:		LEITO:	107	Nº. PRONTUÁRIO:	412649
-------	----------------------------	--------	----	-------	--	--------	-----	-----------------	--------

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Enf. / Diet)
10/07/2020	1) Dieta geral	SND	Pte. admitida na + neutra	
	2) Cefazolina 1g ev 6/6h (suspensão)		Consciente, orientada.	
	3) Dipyrone ali 6/6h se dor.	SN	Verifica-se melhora da situação + limpeza da ferida.	
	4) Tranf 100mg ev ali 12/12h se dor	SN	Deixa internado.	
	5) Tranf 100mg ev ali 12/12h se dor	SN 22/00	Após 08:30h Pariente melhora.	
	6) SSN + CCG		Assessante, sem alterações.	
	7) Cefalotina 1g ev 6/6h		Realiza: hemograma. Segue sob cuidados da equipe.	

Dr. Nelson Vieira Matias
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 14.957 TPO 1647

Dr. Nelson Vieira Matias
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 14.957 TPO 1647

24 08 12

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

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

11:			
16:			
20:			
06:			

SINAIS VITAIS					fls.
...ORÁRIO:					
P.A.:					
TEMP.º:					
P/J MIN.:					
M.V. / MIN.:					

NOME: Raulo Dos Santos Oliveira	IDADE: 28	ENF.: B	LEITO: 107	Nº. PRONTUÁRIO: 412649
---------------------------------	-----------	---------	------------	------------------------

[illegible]

Prontuario

**FOLHA DE ANESTESIA**

FOLHA DE ANESTESIA							
NOME DO PACIENTE: Rafael In Santo Oliveira				PRONTUÁRIO: 41264P		ENFER./LEITO:	
DATA DA CIRURGIA: 11/07/2020	PRESSÃO ARTERIAL:	RESPIRAÇÃO	SATURAÇÃO	PULSO:	PESO:	ALTURA:	TEMPERATURA:
TIPO SANGÜÍNEO:	HEMACIAS:	HEMATÓCRITO:	HEMOGLOBINA:	GLICEMIA:	URÉIA:	OUTROS:	
APARELHO URINÁRIO:					DIURESE:		
APARELHO RESPIRATORIO				ASMA		BRONQUITE:	
APARELHO CIRCULATORIO:				ELETROCARDIOGRAMA:			
APARELHO DIGESTIVO				DENTES		PESCOÇO:	
ESTADO MENTAL: Alerta		ATÁRXICO	ALERGIAS	CORTICOIDES		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: Fract. mão				ESTADO FÍSICO: ASA I		RISCO:	
ANESTESIAS ANTERIORES:				TEMPO DE JEJUM PRÉ-ANESTÉSICO:			
V. P. ART. - O. - PULSO - O. - RESPIRAÇÃO - O. - ANESTESIA - O. - OPERAÇÃO		AÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: 1020 1035		ADMINISTRADA ÀS:		EFEITO:	
AGENTES ANESTÉSICOS	OZ						
	LITROS						
V. P. ART. - O. - PULSO - O. - RESPIRAÇÃO - O. - ANESTESIA - O. - OPERAÇÃO	CÓDIGO						
SIMBOLOS E ANOTAÇÕES		INDUÇÃO SATISF.: _____ EXCIT.: _____ LENTA: _____ TOSSE: _____ NAUSEA: _____ VÔMITOS: _____ LARINGO ESPASMO: _____ OUTROS: _____ MANUTENÇÃO ① Mant. 100% ② Fentanil 100 µg ③ Propofol 200mg ④ Gafesina 2g IV ⑤ Dinastia 2g IV					
POSICÃO		ANESTESIA SATISF.: ☒ SIM ☐ NÃO NÃO, POR QUÊ? _____					
AGENTES:		Desataniol, Propofol					
TÉCNICA:		Sedação					
CIRURGIA:		Troca de fratura + tenotomia					
ANESTESISTAS:		Dr. Francisco A. Dias Junior e Dr. Roberto + Dr. Eduardo					
CIRURGIÕES		Dr. Roberto + Dr. Eduardo					
OBSERVAÇÕES:		Fco Andrade Dias Junior Médico Anestesiologista CREMEC - 6085					
		DESPERTAR: REFLEXOS NA S.O.: _____ OBSTR.: _____ CO2: _____ EXCIT.: _____ NAUSEA: _____ VÔMITOS: _____ OUTROS: _____ COM CÂNULA PARA O LEITO: ☐ SIM ☒ NÃO CONDIÇÕES: boas					

Paciente: Rafael dos Santos Oliveira

Data da Operação: 1 / 1 Enfermaria: Leito:

Operador: Roberto Munda

1º Auxiliar: Ezequiel

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista: José

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-operatório:

Tipo de Operação:

Diagnóstico Pós-operatório: Do abdômen por trauma

Relatório Imediato Patologista:

Imagem Radiológica no ato:

Acidente durante a operação:

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

Sob anestesia

abdominal por

incisão horizontal em fio de sutura

abdominal, drenagem

de urgência

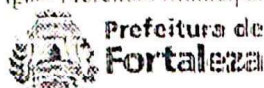
de urgência

de urgência

[Assinatura]

[Assinatura]

PM - Prefeitura Municipal de Fortaleza



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

http://172.30.56.201/siga/public/relatorio/index.html

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA		DADOS PESSOAIS	
CARTÃO		Nº DO PRONTUÁRIO 412649	Nº DO SE 321570
DOCUMENTOS		SEXO M	RACIA/CO PARDO
CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05251782365		NOME MÃE MARIA DOS SANTOS GO ARAÚJO	
NOME PESSOA FÍSICA NI		ENDEREÇO RUA SUCUPIRA 879 PARQUE GENIBAU	
MUNICÍPIO FORTALEZA		CONTATO (85) 99121-158	
CEP 60.534-212		UF CE	

OCORRÊNCIA			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
TÍTULA PACIENTE COM DOR E EDEMA NO 2º QUIRODÁCTILO DA MÃO ESQUERDA. APÓS COLISÃO DE MOTO.		MOTIVO COLISÃO CARRO X MOTO	
GRUPO SANGÜÍNEO NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS			
RESPIRAÇÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI	CIÊNCIAS NI
RESPOSTAS NI C			
RESPOSTAS VE			
RESPOSTAS JONATHAS WASHINGTON SPINOSA JUCA			
DATA/HORA DA CLINICA 10/07/2020			

ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA	
ATENDIMENTO MÉDICO	
DIAGNÓSTICO	
DATA SOLICITANTE () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS	

PRESCRIÇÃO MÉDICA		OBSERVAÇÕES	
MEYLA WENTO		APLAZAMENTO	
<i>bx mão (E) AP/obliqua + perfil 2º OTT</i>			

TIPO DE ALTA SAÍDA	
DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVISÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () OUTROS	
DESTINO DO CORPO: () FAMILIAR () PUL () ANAT PATOL	

Assinatura por Jonathan Washington Spinoza JUCA em 10/07/2020 às 13:27:40

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

enal

RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

10/07/2020

10/07/2020

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JAGO NAZARO GUIMARAES SERRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 11/12/2020 às 15:36, sob o número 02720587420208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 02720587-74.2020.8.06.0001 e código 7E0CB1D.

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200369211

Vítima: RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 10/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000001048

Conta: 0000034351-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Digitalizado com CamScanner