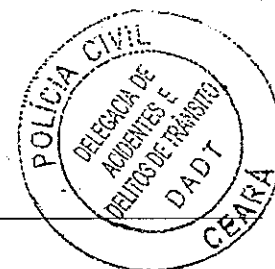




GOVERNO DO ESTADO DO CEARA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 696 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/01/2016 16:23:01**
Data / Hora da Ocorrência : **03/07/2014 19:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV JORGE FIGUEIREDO**

ANCURI FORTALEZA /CE
Ponto de Referência: **PROX AS CASAS DA CEF**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **HERBERT DAVID LEONSSO DA SILVA**
Nascimento : **03/07/1999**
REGISTRO CIVIL: **136221** Órgão Emissor: UF: - CPF:
Filiação: **RAIMUNDO EUDES SANTOS DA SILVA**
MARIA DAS GRAÇAS LEONSSO DE FREITAS
Endereço: **R PARQUE DAS FLORES CEL:988288478 71**
ANCURI
FORTALEZA CE BRASIL Telefone: **32752664**

Histórico

AFIRMA A NOTICIANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE A VITIMA ENCONTRAVA-SE EM UMA MOTO-TAXI, MAS NAO POSSUI NEM A HABILITACAO DO PILOTO E NEM O DOCUMENTO DA MOTO EM QUE ESTAVA NA VIA E VINHA NA SITUAÇÃO DE GARUPEIRO; QUE TRAFEGAVA PELA AV. JORGE FIGUEIREDO , QUANDO DE REPENTE UM OUTRO VEICULO(PLACAS NAO ANOTADAS) ONIBUS QUE ESTAVA NO SENTIDO CONTRARIO DA VIA ENCONTRAVA-SE COM FAROIS ALTO E ENCANDEOU A MOTO-TAXI ONDE ESTAVA A VITIMA NA VIA E COM A PERDA DO CONTROLE DA MOTO FOI SE CHOCAR COM OUTRO VEICULO QUE ESTAVA PARA DO OUTRO LADO DA VIA; QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADO; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO. E NADA MAIS DISSE.//

OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO PELO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

Noticiante(s)

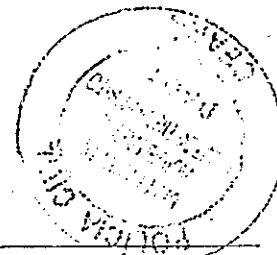
Nome : **MARIA DO SOCORRO LEONSSO DE FREITAS**
Endereço : **R PARQUE DAS FLORES 71**
Bairro : **ANCURI**
Município/UF : **FORTALEZA CE BRASIL** Telefone: **32752664**

+ Maria do Socorro

8



GOVERNO DO ESTADO DO CEARA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 696 / 2016

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

Maria da Esmeralda de Freitas

VISTO DO DELEGADO(A) :

CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5

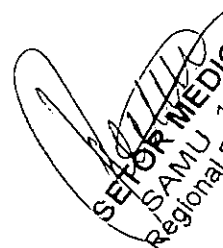


CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, e a requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA prestou atendimento ao Sr. Hebert David Leonsso da Silva no dia 03/07/2014. Paciente vítima de urgência traumática, sendo provável vítima de acidente de trânsito.

Fortaleza, 23 de Fevereiro de 2015.

Atenciosamente,


SEI TOR MEDICO
SAMU 192
Regional Fortaleza

Breitner Gornes Chaves
Diretor Médico
SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



RUA PADRE GUERRA, 1350 -- PARQUELÂNDIA -- CEP: 60455-360
FONE: (085) 3452.9155 - FAX: (085) 3452.9153
FORTALEZA-CE
ouvidoria@samu.fortaleza.ce.gov.br



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5307017

NOME: HERBERT DAVID LEONSSO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 03/07/1999

PAI: RAIMUNDO EUDES SANTOS DA SILVA

MÃE: MARIA DO SOCORRO LEONSSO DE FREITAS

DATA DE ATENDIMENTO: 03/07/2014

DATA SAÍDA: 04/07/2014

MOTIVO: O PACIENTE HERBERT DAVID LEONSSO DA SILVA, 16 ANOS, COM FRATURA DE RÁDIO DISTAL BILATERAL E FRATURA DE FÊMUR DIREITO E ESCORIAÇÕES NO SACO ESCROTAL, EM 03.07.2014, DECORRENTE DE ACIDENTE DE MOTO. FOI TRANSFERIDO, EM 04.07.2014 AO PSA.

LAUDO MÉDICO DIGITADO EM 24/09/2015 (ANANIAS/P).

Dr João Ananias Vasconcelos Neto

MÉDICO
CREMEC 8636

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/BE

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 244 – 2144 Fax 224-7225
e-mail psahosp@baydenet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Atesto e declaro que HERBERT DAVID LEONSSO DA SILVA, deu entrada neste Hospital dia 04/07/14, Prontuário N.º 153.673 aos cuidados médico de DR. JOSÉ NEWTON MACEDO. Paciente internado com laudo médico de FRATURA DO FEMUR DIREITO CID S 72.3 + FRATURA DO RADIO DIREITO CID S 52.5 submetido a tratamento cirúrgico recebeu alta hospitalar dia 10/07/14, retornou dia 21/07/14 submetido a tratamento cirúrgico de fratura do rádio esquerdo CID S 52.5, recebeu alta hospitalar dia 23/07/14, retornou dia 01/09/14 submetido a tratamento cirúrgico de retirada de material CID Z 47.0, recebeu alta hospitalar dia 01/09/14. Paciente encontra-se em tratamento ambulatorial incapacitado de exercer suas atividades com previsão de 60 dias.

Fortaleza, 27 de outubro de 2014.

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

LAYANNE APARECIDA
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113

Recebido
DATA 01/12/14

Assinado digitalmente por LAYANNE APARECIDA
CPF 011.123.456-78
MANTENEDOR: LAYANNE APARECIDA

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS
FOLHA 01 DE 01
LAYANNE APARECIDA
MANTENEDOR: LAYANNE APARECIDA



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 244 – 2144 Fax 224-7225
e-mail psahosp@baydenet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Atesto e declaro que HERBERT DAVID LEONSSO DA SILVA, deu entrada neste Hospital dia 04/07/14, Prontuário N.º 153.673 aos cuidados médico de DR. JOSÉ NEWTON MACEDO. Paciente internado com laudo médico de FRATURA DO FEMUR DIREITO CID S 72.3 + FRATURA DO RADIO DIREITO CID S 52.5 submetido a tratamento cirúrgico recebeu alta hospitalar dia 10/07/14, retornou dia 21/07/14 submetido a tratamento cirúrgico de fratura do radio esquerdo CID S 52.5, recebeu alta hospitalar dia 23/07/14, retornou dia 01/09/14 submetido a tratamento cirúrgico de retirada de material CID Z 47.0, recebeu alta hospitalar dia 01/09/14. Paciente encontra-se em alta médica definitiva.

Fortaleza, 8 de dezembro de 2014.

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

LAYANNE APARECIDA
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 31117

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS
Layanne Aparecida da Silva
Médica - Auxiliar SAME

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

2 - CNES:

2 | 5 | 2 | 9 | 1 | 4 | 9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: P.S.A

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: HEBERT DAVID LEONSSO DA SILVA

6 - Nº PRONTUÁRIO:

5306571

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

808001413-5092198

8 - DATA NASCIMENTO:

03/07/1999

9 - SEXO:

☒ Masc ☐ Fem

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE:

MARIA DO SOCORRO L. DE FREITAS

12 - TELEFONE DE CONTATO:

(85) 3275 2664

13 - NOME DO RESPONSÁVEL:

N.I

14 - TELEFONE DE CONTATO:

(85) 8729 7436

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO):

PARQUE DAS FLORES 71 ANCURI

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

ITANGA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:

CE

19 - CEP:

61880000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE SOFREU TRAUMATISMO COM **FRATURA PUNHO + FEMUR**, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

FX. PUNHO + FEMUR

24 - CID 10 PRINCIPAL:

S62.1

25 - CID 10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

TTO CIRÚRGICO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

0408020466

29 - CLÍNICA
TRAUMA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

EMERGÊNCIA

31 - DOCUMENTO:

CNS () CPF

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

33 - DATA SOLICITAÇÃO:

04/07/2014

34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - Nº DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ DA EMPRESA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

48 - DOCUMENTO:

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

() CNES () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via - SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

Médico:	J. Newton
Lotto:	622
Assinatura:	Guilherme

SSM	OPER.	DESCRIÇÃO DO MATERIAL	LIMITE	USADO	Nº LOTE	N.FISCAL	NS. 21
2020.30040	203732	Arruela	02				
2020.31380	9905	Cimento ortopédico	02				
2020.30139	203630	Componente cefálico nº 22 CM() CC() CL()	01				
2020.30139	203630	Componente cefálico nº 26 CM() CC() CL()	01				
2020.30139	203630	Componente cefálico nº 28 CM() CC() CL()	01				
2020.30090	203626	Componente acetabular nº	01				
2020.30163	203624	Componente femural	01				
2020.30171	203625	Componente femural tipo Charnley	01				
2020.30333	203673	Fio de Steimann rosqueado	01				
2020.30392	203767	Fixador externo híbrido p/ plateau tibial	01				
2020.30414	203768	Fixador externo para punho	01				
2020.30406	203766	Fixador externo Linear	01				
2020.30600	203770	Fixador para mão ou pé	01				
2020.30643	203742	Parafuso canulado 7.0	03				
2020.30635	203743	Parafuso canulado 4,5	03				
2020.30627	203744	Parafuso canulado 3,5	01				
2020.30023	203667	Parafuso Âncora 2,7	04				
2020.30694	203738	Parafuso cortical 3,5	04	02			
2020.30708	203737	Parafuso cortical 4,5	04				
2020.30724	203740	Parafuso esponjoso 4.0	04				
2020.30732	203739	Parafuso esponjoso 6,5	02				
2020.30716	203797	Parafuso Interferência X	04				
2020.30740	203741	Parafuso maleolar	01				
2020.30805	203818	Pino de Schanz x	01				
2020.30902	203677	Placa estreita () furos	01				
2020.30830	203693	Placa 1/3 tubular 3,5 () furos	01				
2020.30848	203685	Placa 1/3 tubular 4,5 () furos	01				
2020.31070	203697	Placa semitubular 2,7	01				
2020.31089	203694	Placa semi tubular 3,5 () furos	01				
2020.31097	203686	Placa semi tubular 4,5 () furos	01				
2020.30910	203676	Placa A/C larga () furos	01				
2020.30899	203688	Placa A/C pequenos fragmentos 3,5 () furos	01				
2020.30813	203706	Placa angulada Richard 135° () furos	01				
2020.30821	203699	Placa angulada Richard 95° () furos	01				
2020.30856	203687	Placa angulada 4,5 () furos	01				
2020.30945	203680	Placa de suporte de plateau tibial 4,5	01				
2020.30988	203695	Placa em T 2,7 () furos	01				
2020.30996	203690	Placa em T 3,5 (3x3) furos 3x3	01	01			
2020.31003	203679	Placa em T 4,5 () furos	01				
2020.30929	203689	Placa de reconstrução bacia 3,5 () furos	01				
2020.30937	203678	Placa de reconstrução bacia 4,5 () furos	01				
2020.50474	203814	Placa de reconstrução de titânio p/ mandíbula	02				
2020.31062	203708	Placa ponte 4,5 () furos	01	01			
2020.50482	203798	Placa específica de titânio p/ mini/ micro fragmentos	02				
2020.30961	203691	Placa em L 3,5	01				
2020.30970	203682	Placa em L 4,5	01				
2020.31020	203683	Placa em Trevo 4,5 () furos	01				

da cirurgia : 08/07/2014

Circulante Francisco

Orgão: Dr. Newton



☐ URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

ATENDIMENTO

Dia Mês Ano Hora
04 07 2014 16:30

☐ 1º Atendimento

☐ Retorno

Prontuário Nº

fls. 22

00153673

☒ INTERNAÇÃO

03 Rx

10/07

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE	PACIENTE HERBERT DAVID LEONSSO DA SILVA		Procedência IJF		Profissão ESTUDANTE		Data Nascimento 03 07 1999		IDADE 15
	SEXO ☒ MASC ☐ FEM	NATURALIDADE NACIONALIDADE FORTALEZA	ESTADO CIVIL Solteiro(a)	ESCOLARIDADE	CPF	DOCUMENTO DE IDENTIDADE Ignô			
	ENDEREÇO RUA PARQUE DAS FLORES, 71 - ANCURI		BAIRRO ZONA URBANA	MUNICÍPIO ITAIPETINGA		UF CE	TELEFONE 853275266		
	PAI RAIMUNDO EUDES SANTOS DA SILVA		MÃE MÁRIA DO SOCORRO LEONSSO DE FREITAS						
ID. CV	CONVÊNIO SUS					CARTEIRA Nº			
	SEGURADO								
INF. INTERNAÇÃO	MÉDICO SOLICITANTE CATHERINE MARJORIE STUDART LEITO			MÉDICO RESPONSÁVEL JOSE NEWTON MACEDO					
	POSTO CLÍNICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			ARRO LITO 0622		REGISTRANTE GIULIANE			
	DIAGNÓSTICO S621 - Frat de outr ossos do carpo							PERMANÊNCIA MÍNIMA	
	PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408020466 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO								
MÉDICO SOLICITANTE	CONDIÇÕES DO PACIENTE Internamento p/ tratamento cirúrgico de fratura do pulso e fêmur								
	IMAGEM LABORATÓRIO (PEDIDO DE EXAMES) Rx de pulso e fêmur -								
MÉDICO RESPONSÁVEL	FEITO ATUAL - Unipar a fratura de fêmur - dia 0408050514								
	FEITO ATUAL - Unipar a fratura de pulso - dia 0508020466								
	DADOS DA ALTA 9150300/3								
	CID PRIMÁRIO / CID SECUNDÁRIO 552756245723		PROCEDIMENTO SISREG 0408020466		PROCEDIMENTO REALIZADO 0408020466				
MOTIVO DA ALTA ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERIDO ☐ A REVELIA ☐ A PEDIDO ☐ ÓBITO				DATA 10/07/14		HORA			
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL Manoel Soares Leonso de Freitas									3113 - JOSE NEWTON MACEDO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 31/10/2016 às 11:27, sob o número 01799749320168060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0179974-93.2016.8.06.0001 e código 265957C.

23

Boletim de Descrição Cirúrgica

Data:

01/04/15

Paciente

HERBERT DAVID LEONSSO DA SILVA

Prontuário

153.673

Leito:

622

Operatório:

Fem Leão 02 Cirúrgico 0177

dimto:

em 01/04/15 Cirúrgico 0177

Código:

040900179

-Operatório:

Assepsia/antisepsia ☒

Aposição de campos estéreis ☒

EXAMES RADIOLOGICO
TRANSOPERATORIO:

☐ Sim ☐ Não

EXAME HISTOPATOLOGICO:

☐ Solicitado

☐ Não Solicitado

☐ Enviado do Laboratório

☐ Entregue à Família

CPR: 289452633-49

CRM - 6193

Cirurgia

Ones/Protes

☐ Limpa

☐ Contaminada

☐ Infectada

☐ Potencialmente contaminada

izados:

Dreno/Localização:

Descrição da Operação

1- Análise do Soma do
2- ASSESSORIA DO S.O. E
3- ANÁLISE DO S.O. E
4- ANÁLISE DO S.O. E
5- ANÁLISE DO S.O. E
6- ANÁLISE DO S.O. E
7- ANÁLISE DO S.O. E
8- ANÁLISE DO S.O. E

Dr. José Roberto Macedo

Ortopedia e Traumatologia

Assinatura do cirurgião/CRM

Av. Desembargador Moreira, 2283, Dionísio Torres, CEP 60170-002

Fortaleza-Ce Tel: 3244 -- 2144 Fax: 3224-7225

PREScrição Médica/ Evolução de Enfermagem

Paciente:	HERBERT DAVID LEONSSO DA SILVA	Leito: 622	Prontuário: 153.673				
Prescrição Médica		Hora	PA(mmHg)	T(°C)	FC(bpm)	FR(lpm)	Visto
Ata Quel VD		8h					
Sufonamidas 50 mg sup 10 da 8/8 e	22 de	15h					
10mg sup 10 do sb 8/8 horas de manutenção	22 de	22h	130x80	36.5			22 de
Normal 5000 ui SC de 12 112 e	22 de	Horário	6 horas	11 horas	17 horas	21 horas	
SNV + CCGG		Glicemia					
		Evolução de Enfermagem:					
		Pct: admitido p. r.					
		curado com o pct.					
		recuso de					
		Recusa de tratamento					
		na alimentação. Alimentação normal					
		na ingestão de líquidos. Gota					
		de diurese aumentada. Bate					
		em 22h.					
		22.40 h. Pte. med. final. Admite					
		med. p.m. (22)					



SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
Av. Desembargador Moreira, 2283, Dionísio Torres, CEP: 60170-022.
Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

153.673

1103114

Paciente: Herbert David

Leito: 622

Prontuário:

Prescrição Médica

Horário

Hora

PA(mmHg)

T(°C)

FC(bpm)

FR(lpm)

Visão

Dieta Geral

SND

15h

120x80

36°

56-

-

-

Diclofenaco 50mg VO 8/8h

14/22/06

22h

120x80

36°

56-

-

-

Dipirona 500mg VO 6/6h SN

5/11/05

Horário

6 horas

11 horas

17 horas

21 horas

-

Ranitidina 150mg VO 12/12h

11/05

Glicemia

-

-

-

-

-

Daltaparina Sódica 2500UI 24/24h - Curta

-

Evolução de Enfermagem:

SSV

Rot.

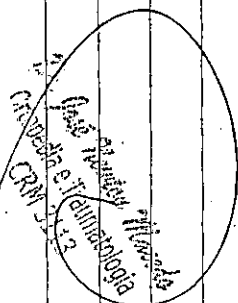
Manhã

(OK) AM!

Domínio: oprimido em

Paralisação
COREN 257191

refusou no leito/pegar
de visita médica
Tamb. est. copulando
com a mãe. Abolic.
amor. acerta dieta
deu a comer
no no leite e água
em 05c:
Noite: Primeira
Quadrado em refusou
leito usou choro Parado
visão



Diagnóstico:

fls. 30

Evolução/ Parecer

Assinatura

04/07/14

17h - Internamento hospitalar p/ tto cirúrgico de fratura de punho e fêmur. Estável hemodinamicamente Glasgow 15

Un. Cuiabá
Largo
C. 14-2
CREMEO 14-2

05/07/14. Punho C/ braço

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113

06/07/14. Punho C/ braço

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113

07/07/14. C/ braço punho
C/ punho

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113

08/07/14. Punho C/ braço

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113

09/07/14. Punho C/ braço

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113

10/07/14. C/ braço punho

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113

12374102628541

153.673

REGISTRANTE

Clara

MÉDICO

Dr. Newton

LEITO

622

SOLICITAÇÃO

10966544

RESERVA

DATA DE INTERNAÇÃO

21/07/14

DATA DA ALTA

23/07/14

NOME DO PACIENTE

Herbert David Leonso da Silva

NOME DO PAI

Daimundo Gomes Santos da Silva

NOME DA MÃE

Marta do Socorro Leonso de Freitas

ENDEREÇO DO PACIENTE

Rua: Parque das Flores nº 71 - Anicun

RG/CPF/OUTROS

D.ID

BAIRRO

MUNICÍPIO

8980041750921198

Zona Urbana - Itaitinga

CEP

UF

DATA NASC.

SEXO

TELEFONE

64880000

42

03/07/1999

M

F

(85) 82752664

NOME DO RESPONSÁVEL

RG/CPF/OUTROS

CPF MÉD. SOLICITANTE

0568723334

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF DIRETOR CLÍNICO

ASS. DIRETOR CLÍNICO

PRONTO SOCÓRIO DE ACIDENTADOS LTDA

Antonio S. Machado Neto - CRM 1033

Diretor Clínico

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pré-TC último AT ACIDENTE
TTC - FURTO AO CARRO
ESU

Silvia
Rir Studar
Auditora CREMEC 4341
CPF: 121.194.823-49
SMS / Fortaleza

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

R/TT - Círculo

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

GFE
N+

☐ TRAUMATOLOGIA
☐ CLÍNICA CIRÚRGICA
☐ PEDIATRIA
☐ CLÍNICA MÉDICA
☐ OUTROS

DIAGNÓSTICO INICIAL

Pré-TC AT ACIDENTE

CID

5523

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TT - Círculo

C.INT.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040020431

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

Dr. Newton
CRM 3113

7/17

21/07/14

Unidade de Origem: _____

CEP: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: Heibelit Daura Leonno da Silva Prontuário Nº 153.678
Sexo: M () F () Data de Nascimento: 03/07/1999 RG: _____
Pal: Limão de São Paulo Mãe: Maria do Carmo Leonno
Endereço: _____ Bairro: Zona Urbana
Agente de Saúde: _____ Telefone: _____

Histórico do Paciente: _____

Exames solicitados e resultados: _____

Medicamentos utilizados: _____

Impressão diagnóstica: _____

Assinatura e carimbo do médico

Data: _____

Encaminhamento para atendimento: _____

Ambulatorial ()

Hospitalar ()

Auxílio Diagnóstico ()

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de referência: _____

Data: _____

Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº: _____

Alta: _____

Resumo Clínico/Cirúrgico: Pré-Exame - EntestResultado dos Exames: IF NO PNEUMONIADiagnóstico: Principal Pré-Exame - NO PNEUMONIA

CID: _____

Secundário 1 _____

CID: _____

Secundário 2 _____

CID: _____

Proposta de Conduta para Segmento: Pré-ExameO problema justifica a referência? Sim () Não () O motivo da referência é compatível com o diagnóstico? Sim () Não ()

Assinatura e carimbo do médico

Data: _____

de Silva

SSM	OPER.	DESCRIÇÃO DO MATERIAL	LIMITE	USADO	Nº LOTE	N.FISCAL
07020.30040	203732	Arruela	02			
07020.31380	9905	Cimento ortopédico	02			
07020.30139	203630	Componente cefálico nº 22 CM() CC() CL()	01			
07020.30139	203630	Componente cefálico nº 26 CM() CC() CL()	01			
07020.30139	203630	Componente cefálico nº 28 CM() CC() CL()	01			
07020.30090	203626	Componente acetabular nº	01			
07020.30163	203624	Componente femoral	01			
07020.30171	203625	Componente femoral tipo Charnley	01			
07020.30333	203673	Fio de Steimann rosqueado 2,5	01	01		
07020.30392	203767	Fixador externo híbrido p/ plateau tibial	01			
07020.30414	203768	Fixador externo para punho	01			
07020.30406	203766	Fixador externo Linear	01			
07020.30600	203770	Fixador para mão ou pé	01			
07020.30643	203742	Parafuso canulado 7.0	03			
07020.30635	203743	Parafuso canulado 4,5	03			
07020.30627	203744	Parafuso canulado 3,5	01			
07020.30023	203667	Parafuso Âncora 2,7	04			
07020.30694	203738	Parafuso cortical 3,5	04			
07020.30708	203737	Parafuso cortical 4,5	04			
07020.30724	203740	Parafuso esponjoso 4.0	04			
07020.30732	203739	Parafuso esponjoso 6.5	02			
07020.30716	203797	Parafuso Interferência X	04			
07020.30740	203741	Parafuso maleolar	01			
07020.30805	203818	Pino de Schanz x	01			
07020.30902	203677	Placa estreita () furos	01			
07020.30830	203693	Placa 1/3 tubular 3,5 () furos	01			
07020.30848	203685	Placa 1/3 tubular 4,5 () furos	01			
07020.31070	203697	Placa semitubular 2,7	01			
07020.31089	203694	Placa semi tubular 3,5 () furos	01			
07020.31097	203686	Placa semi tubular 4,5 () furos	01			
07020.30910	203676	Placa A/C larga () furos	01			
07020.30899	203688	Placa A/C pequenos fragmentos 3,5 () furos	01			
07020.30813	203706	Placa angulada Richard 135° () furos	01			
07020.30821	203699	Placa angulada Richard 95° () furos	01			
07020.30856	203687	Placa angulada 4,5 () furos	01			
07020.30945	203680	Placa de suporte de plateau tibial 4,5	01			
07020.30988	203695	Placa em T 2,7 () furos	01			
07020.30996	203690	Placa em T 3,5 () furos	01			
07020.31003	203679	Placa em T 4,5 () furos	01			
07020.30929	203689	Placa de reconstrução bacia 3,5 () furos	01			
07020.30937	203678	Placa de reconstrução bacia 4,5 () furos	01			
07020.50474	203814	Placa de reconstrução de titânio p/ mandíbula	02			
07020.31062	203708	Placa ponte 4,5 () furos	01			
07020.50482	203798	Placa específica de titânio p/ mini/ micro fragmentos	02			
07020.30961	203691	Placa em L 3,5	01			
07020.30970	203682	Placa em L 4,5	01			
07020.31020	203683	Placa em Trevo 4,5 () furos	01			

da cirurgia 22/07/2014

Circulante Francisco

urgião: Dr. Newton

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 31/10/2016 às 11:27, sob o número 01799749320168060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0179974-93.2016.8.06.0001 e código 265957C.



☐ URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

ATENDIMENTO

☐ AMBULATÓRIO

☒ INTERNAÇÃO

Dia Mês Ano Hora
21 07 2014 12:50

1º Atendimento

Retorno

Prontuário Nº

fls. 34

00153673

23/07

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

PACIENTE HERBERT DAVID LEONSSO DA SILVA		Procedência ELETIVA PSA		Profissão ESTUDANTE		Data Nascimento 03 07 1999		IDADE 15	
SEXO ☒ MASC ☐ FEM		NATURALIDADE/NACIONALIDADE FORTALEZA		ESTADO CIVIL Solteiro(a)		ESCOLARIDADE CPF		DOCUMENTO DE IDENTIDADE Ignor	
ENDEREÇO RUA PARQUE DAS FLORES, 71 - ANCURI				BAIRRO ZONA URBANA		MUNICÍPIO ITAITINGA		UF CE	
PAI RAIMUNDO EUDES SANTOS DA SILVA				MÃE MARIA DO SOCORRÔ LEONSSO DE FREITAS					
ACOMPANHANTE				PARENTESCO 61.880-000				TELEFONE	

ID CV

CONVENIO SUS	CARTEIRA Nº
SEGURADO	

INF. INTERNAÇÃO

MÉDICO SOLICITANTE JOSE NEWTON MACEDO	MÉDICO RESPONSÁVEL JOSE NEWTON MACEDO
POSTO CLÍNICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Nº INTERIO 0622
REGISTRANTE JESSICAM	
DIAGNÓSTICO Z470 - Seguin env rem placa frat outr disp fix int	
PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA	
PERMANÊNCIA MÍNIMA ULNA	

MÉDICO SOLICITANTE

CONDIÇÕES DO PACIENTE - PACIENTE, 15a, CI FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO HK OSTIA DE 20 DIAS. NEEA AVALIADA DO CONJUNTO - CD: INSTRUMENTO HOSPITALAR
IMAGEM LABORATÓRIO (PEDIDO DE EXAMES)

Dra. Camila Barros
MEZAS
CREMEC 34.727

21/07/14

MÉDICO RESPONSÁVEL

CID PRIMÁRIO / CID SECUNDÁRIO 5523		PROCEDIMENTO SISREG		PROCEDIMENTO REALIZADO 0408020431	
MOTIVO DA ALTA ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERIDO ☐ A REVELIA ☐ A PEDIDO ☐ ÓBITO		DATA 23/07/14		HORA 1	

DADOS DA ALTA

Maria do Socorro Leonssso de Freitas
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

JOSE NEWTON MACEDO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 31/10/2016 às 11:27, sob o número 0199749320168060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0199749320168060001 e código 265957C.

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

fls. 35

☐	MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
☐	DIÁRIA DE UTI
☒	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
☐	VACINA ANTI Rh
☐	

☐	USO DE PRÓTESE E ÓRTESE
☐	USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
☐	USO DE OXIGENADORES
☐	NUTRIÇÃO PARENTERAL
☐	

HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

CGC 07.272.297/0001-93

PACIENTE: Herbert David Leomso do Silva Nº AIH _____

PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM _____ CPF _____

JUSTIFICATIVA:

PACIENTE menor INTERNADO NESTA UNIDADE PARA
TRATAMENTO CIRÚRGICO, NECESSITA DE ACOMPANHANTE.

DATA: 21/07/14

Dr. José Milton Macêdo
Ortopedia e Traumatologia
ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

AUDITOR

DATA:

Elis
...nir Studari
Auditora CREMEC 4348
CPF: 121.194.823-49
SMS / Fortaleza

ASSINATURA - CPF

Boletim de Descrição Cirúrgica

Data:

29/02/16

Paciente

HERBERT DAVID LEONSSO DA SILVA

Prontuario

153.673

Leito:

622

Operatório:

Pré-Tm no M120 & 1

mento:

Nelecio Clark

Código:

060800471

Operatório:

Ortopedia

Assepsia/antisepsia ☒

Aposição de campos estéreis ☒

EXAMES RADIOLOGICO
TRANSOPERATORIO:

☐ Sim ☐ Não

EXAME HISTOPATOLOGICO:

☐ Solicitado

☐ Não Solicitado

☐ Enviado do Laboratório

☐ Entregue à Família

Cirurgião: Onese/P. 01939

Cirurgião: Onese/P. 01939

☐ Limpa

☐ Contaminada

☐ Infectada

☐ Potencialmente
contaminada

Ados:

Dreno/Localização:

Descrição da Operação

1. Solicito sanareti,
2. Assente no M120
3. Atuação de 1101
4. Corte
5. Corte

Assinatura do Cirurgião/CRM

etim Anestésico

fls.

HERBERT DAVID LEONSSO DA SILVA

15

153.673

622

Cirurgia:

Retirada dos ossos do antebraço esquerdo

Nº da 3ª via

Data 22/04/14

EXAMES

Porte Anestésico
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

Atenção

Atenção

EXAMES

Temp

pH

pCHO²

pO₂

SAT

BE

CO₂

HCO₃

Ht

Hb

Na

K

Ca

G

Temp

pH

pCHO²

pO₂

SAT

BE

CO₂

HCO₃

Ht

Hb

Na

K

Ca

G

Temp

pH

pCHO²

pO₂

SAT

BE

CO₂

HCO₃

Ht

Hb

Na

K

Ca

G

Temp

pH

pCHO²

pO₂

SAT

BE

CO₂

HCO₃

Ht

Hb

Na

K

Ca

G

Temp

pH

pCHO²

pO₂

SAT

BE

CO₂

HCO₃

Ht

Hb

Na

K

Ca

G

Temp

pH

pCHO²

pO₂

SAT

BE

CO₂

HCO₃

Ht

Hb

Na

K

Ca

G

Temp

pH

pCHO²

pO₂

SAT

BE

CO₂

HCO₃

Ht

Hb

Na

K

Ca

G

Temp

pH

pCHO²

pO₂

SAT

BE

CO₂

HCO₃

Ht

Hb

Na

K

Ca

G

Temp

pH

pCHO²

pO₂

SAT

BE

CO₂

HCO₃

Ht

Hb

Na

K

Ca

G

Temp

pH

pCHO²

pO₂

SAT

BE

CO₂

HCO₃

Ht

Hb

Na

K

Ca

G

Temp

pH

pCHO²

pO₂

SAT

BE

CO₂

HCO₃

Ht

Hb

Na

K

Ca

G

Temp

pH

pCHO²

pO₂

SAT

BE

CO₂

HCO₃

Ht

Hb

Na

K

Ca

G

Temp

pH

pCHO²

pO₂

SAT

BE

CO₂

HCO₃

Ht

Hb

Na

K

Ca

G

Temp

pH

pCHO²

pO₂

SAT

BE

CO₂

HCO₃

Ht

Hb

Na

K

Ca

G

Temp

pH

pCHO²

pO₂

SAT

BE

CO₂

HCO₃

Ht

Hb

Na

K

Ca

G

Temp

pH

pCHO²

pO₂

SAT

BE

CO₂

HCO₃

Ht

Hb

Na

K

Ca

G

Temp

pH

pCHO²

pO₂

SAT

BE

CO₂

HCO₃

Ht

Hb

Na

K

Ca

G

Temp

pH

pCHO²

pO₂

SAT

BE

CO₂

HCO₃

Ht

Hb

Na

K

Ca

G

Temp

pH

pCHO²

pO₂

SAT

BE

CO₂

HCO₃

Ht

Hb

Na

K

Ca

G

Temp

pH

pCHO²

pO₂

SAT

BE

CO₂

HCO₃

Ht

Hb

Na

K

Ca

G

Temp

pH

pCHO²

pO₂

SAT

BE

CO₂

HCO₃

Ht

Hb

Na

K

Ca

G

Temp

pH

pCHO²

pO₂

SAT

BE

CO₂

HCO₃

Ht

Hb

Na

K

Ca

G

Temp

pH

pCHO²

pO₂

SAT

BE

CO₂

HCO₃

Ht

Hb

Na

K

Ca

G

Temp

Av. Desembargador Moreira, 2283, Dionísio Torres, CEP 60170-002

Fortaleza-Ce Tel. 3244-2144 Fax 3224-7225

Dr. Camila Barros
Médica
CREMEIA 14.721



Av. Desembargador Moreira, 2283, Centro, Fortaleza, Ceará, 60110-000
Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

10/11/2014 Paciente: Harold David Leonardo da Silva Leito: 622 Prontuário: 153.613

Prescrição Médica

Horário

Hora

PA(mmHg)

T(°C)

FC(bpm)

FR(lpm)

Misto

Dieta-Geral - Leito

Diclofenaco 50mg VO 8/8h

Dipirona 500mg VO 6/6h-SN

Zantidina 150mg VO 12/12h

Daltaparina Sódica-2500UI 24/24h

SW

5000 UI

5000 UI

Requerido Cirurgia

paciente em cama em banho ao

201/120

SW

paciente em cama em banho ao

SW

paciente em cama em banho ao

ROTINA

paciente em cama em banho ao

ROTINA

paciente em cama em banho ao

ROTINA

paciente em cama em banho ao

ROTINA

paciente em cama em banho ao

ROTINA

paciente em cama em banho ao

ROTINA

paciente em cama em banho ao

ROTINA

paciente em cama em banho ao

ROTINA

paciente em cama em banho ao

Assinado digitalmente por: Harold David Leonardo da Silva

Ass 22:00, pt. necessitando de cuidados e Pm. Formulário de Prescrição Médica e de Enfermagem. Ass 08:00, pt. necessitando de cuidados e Pm. Formulário de Prescrição Médica e de Enfermagem. Ass 12:00, pt. necessitando de cuidados e Pm. Formulário de Prescrição Médica e de Enfermagem.

Diagnóstico:

fls. 40

Evolução/ Parecer

Assinatura

- ID: HERBERT DAVID, 15a

21/03/14

- HDA: PACIENTE COM FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO
DIREITO HA ULTRASSOM 20 DIAS APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTA.
REFORMA DO LUGAR - SEM OUTRAS LESÕES NO MOMENTO.
SEM ALEGRIA OU COMODIDADES.

- ID: INTERNAMENTO HOSPITALAR

Dr(a) Camila Barros
Médica
CREMESP - 14.727

22-07-14 - DPT 4277

Dr(a) Camila Barros
Médica
CREMESP - 14.727

23-07-14 - DPT 4277

Dr(a) Camila Barros
Médica
CREMESP - 14.727

Nº DA AIH		PRONTUÁRIO	
234450 3516296		153673	
REGISTRANTE		MÉDICO	
Guilherme		Dr. Newton Macedo	
COD. SOLICITAÇÃO		LEITO	
113391381		661	
DATA DE INTERNAÇÃO		DATA DA ALTA	
01.09.2014		01.09.14	

NOME DO PACIENTE				
Herbert David Leouso da Silva				
NOME DO PAI				
Raimundo Eudes Santos da Silva				
NOME DA MÃE				
Maria do Socorro Leouso de Freitas				
ENDEREÇO DO PACIENTE				
Rua Parque dos Flores				
CNS	BAIRRO	MUNICÍPIO		
89800411750921918	Encuru	Itatinga		
CEP	UF	DATA NASCI	SEXO	TELEFONE
61880000	ee	03/07/99	☒ M ☐ F	(85) 32752664
NOME DO RESPONSÁVEL		RG/CPF/OUTROS		

CPF MÉD. SOLICITANTE	DADOS DA INTERNAÇÃO	ASS. DIRETOR CLÍNICO
05687233334	CPF DIRETOR CLÍNICO	Ednir Studart
		Auditora CREMEC 4349
		CPF 121.194.823-49
		SMS / Fortaleza

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente com dor no ponto de impacto

na mão direita

Ednir Studart
Auditora CREMEC 4349
CPF 121.194.823-49
SMS / Fortaleza

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO		☐ TRAUMATOLOGIA	
HTT - C1 M1 L1		☐ CLÍNICA CIRÚRGICA	
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS		☐ PEDIATRIA	
R1 R1 L1		☐ CLÍNICA MÉDICA	
DIAGNÓSTICO INICIAL		☐ OUTROS	
R1 R1 L1			
PROCEDIMENTO SOLICITADO		C.INT.	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
R1 R1 L1			040960317
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE		CRM DO MÉDICO SOLICITANTE	DATA
		7/17	01.09.14



URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

AMBULATÓRIO

INTERNAÇÃO

Dia 01 Mês 09 Ano 2014 Hora 09:12
01/09

1º Atendimento

Relorno

Prontuário Nº

fls. 42
00153673

21/09

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

PACIENTE HERBERT DAVID LEONSSO DA SILVA		Procedência ELETIVA PSA		Profissão ESTUDANTE		Data Nascimento 03 07 1999		IDADE 159
SEXO 1 X MASC 2 FEM	NATURALIDADE/NACIONALIDADE FORTALEZA	ESTADO CIVIL Solteiro(a)	ESCOLARIDADE	CPF	DOCUMENTO DE IDENTIDADE Igno 96002160898			
ENDEREÇO RUA PARQUE DAS FLORES, 71 - ANCURI		BAIRRO ZONA URBANA	MUNICÍPIO ITAITINGA		UF CE	TELEFONE 85327526		
PAI RAIMUNDO EUDES SANTOS DA SILVA		MÃE MARIA DO SOCORRO LEONSSO DE FREITAS						
ACOMPANHANTE				PARENTESCO 61.880-000		TELEFONE		
CONVÊNIO SUS						CARTEIRANº		
SEGURADO								

INF. INTERNAÇÃO

MÉDICO SOLICITANTE JOSE NEWTON MACEDO	MÉDICO RESPONSÁVEL JOSE NEWTON MACEDO	
POSTO CLÍNICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Nº DO LEITO 0661	REGISTRANTE GIULIANE
DIAGNÓSTICO Z470 - Seguem env rem placa frat outr disp fix int		
PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408060352 - RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO		PERMANÊNCIA MÍNIMA

MÉDICO SOLICITANTE

CONDIÇÕES DO PACIENTE
Paciente internado para retirada de pino

IMAGEM LABORATÓRIO(PEDIDO DE EXAMES)

Raio X de MIO

MÉDICO RESPONSÁVEL

CID PRIMÁRIO / CID SECUNDÁRIO Z470			PROCEDIMENTO SISREG		PROCEDIMENTO REALIZADO 0408060352		
MOTIVO DA ALTA X MELHORADO TRANSFERIDO A REVELIA A PEDIDO ÓBITO					DATA A-03-09-14		HORA

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Assinado digitalmente por ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 31/10/2016 às 11:27, sob o número 0179974-93.2016.8.06.0001 e código 265957C.

Assinado digitalmente por ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 31/10/2016 às 11:27, sob o número 0179974-93.2016.8.06.0001 e código 265957C.

Av. Descambargador Moreira, 2283, Dionísio Torres, CEP 60170-002
Fortaleza-Ce Tel. 3244 -- 2144 Fax 3224-7225

PREScrição Médica/ Evolução de Enfermagem

[illegible]

Diagnóstico:

fls. 46

Evolução/ Parecer

Assinatura

02/03/14 - Paciente internado para retirada de pontos.

Nega comorbidades e alergias

Dr. Cassia Dummar
Médica
CRM / CE: 15.642

VPTMD

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113

[Handwritten signature]

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113

ALENCAR, RIBEIRO & SOMBRA

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA"

OUTORGANTE:

Maria do Socorro Leão de Freitas, BRASILEIRA, SOLTEIRA,
SEM UNIÃO ESTÁVEL, SEM ENDEREÇO ELETRÔNICO, AUTÔNOMA, RG nº
96002560808 SSP/CE, CPF 314.178.483-00, COM DOMICÍLIO E
RESIDÊNCIA RUA PARQUE DAS FLORES, 73, AUCURI, ITAITINGA-CE,
CEP 60.000-000.

OUTORGADOS: Dr. FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811, Dr. ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 30.204 e Dr. FABIO LIMA SOMBRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 27.447, e, todos com endereço profissional, à Rua Joaquim Nabuco, nº 2424, Sala 12, Dionísio Torres, Fortaleza/CE, CEP 60.125-121, onde receberão intimações.

PODERES CONFERIDOS: O(s) Outorgante(s) confere(m) aos Outorgados amplos e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia", para representá-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, seguindo umas e outras até o final da decisão, usando os recursos legais cabíveis para a plena defesa dos interesses do Outorgante e acompanhando-o(s), conferindo-lhe(s) ainda 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*, inclusive autorizando a expedição de alvarás de levantamento em nome dos outorgados, bem como fazer levantamento desses alvarás perante instituição financeira, utilizando-se, ainda, os outorgados de todos os mecanismos oferecidos pelo sistema jurídico necessários ao desiderato colimado em cada postulação, de bem como outras que se fizerem necessárias para tanto, sendo certo que o presente patrocínio estende-se até a segunda instância, podendo os outorgados agir em conjunto ou separadamente, sendo-lhes facultado substabelecer esta para outro(s) advogado(s), com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso ao cumprimento do presente mandato valendo acrescentar, por derradeiro, que este mandato tem seu foco mais especificamente voltado para a defesa dos interesses do(s) outorgante(s) na esfera da Justiça Estadual, Federal e Trabalhista do Ceará.

Fortaleza - CE, 14 de OUTUBRO de 2016.

Maria do Socorro Leão de Freitas
 OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 1.060/50, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, 14 de outubro de 2016.



ASSINATURA

DO DECLARANTE

VALIDADE: 08/03/1996

REGISTRO: 96002160008

DATA: 08/03/1996

NOME: MARIA DO SOCORRO LEONSSO DE FREITAS

LOCAL: FORTALEZA-CE

DATA DE NASCIMENTO: 7/9/1968

IDENTIFICADOR: 176936 L 129 F

DATA DE EMISSÃO: 08/03/1996

LOCAL: FORTALEZA-CE

IDENTIFICADOR: 3141749300 ID: ANY 118228986

ASSINATURA DO COLETOR: (LEI N° 7115 DE 29/09/83)

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ASSINATURA DO TITULAR: Maria do Socorro Leonss de Freitas

(CARTEIRA DE IDENTIDADE)

Serviço Registral de Messejana



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MESSEJANA, DISTRITO DE FORTALEZA CAPITAL DO ESTADO DO CEARÁ
ESTADO DO CEARÁ

Município de Fortaleza - Distrito de Messejana

Rua Cel. Joaquim Bezerra, 111 - Fone: 229.1941

OFICIAL: BELA SILVANA MARY FARIAS GOMES

SUBSTITUTA: VANDA MARIA GOMES DE MATOS

Casamentos - Nascimentos - Óbitos - Procurações - Reconhecimento de Firmas - Autenticações

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Cartório do Registro Civil do Distrito de Messejana, Comarca de Fortaleza, Capital do Estado do Ceará, em virtude da lei, etc.

CERTIFICO, que do livro A 128, de Registro de Nascimento às fls. 235, sob o número de ordem 136.221, consta que no dia três (03) de julho de mil noventa e nove (1999) às 16:35 h, em Fortaleza - Ceará

nasceu uma criança do sexo masculino de nome Heriberto David Leonisso da Silva filho de Raimundo Eudes Santos da Silva e de Maria do Socorro Leonisso de Freitas sendo seus avós paternos Deusimar Fernandes da Silva e Maria do Carmo Santos da Silva e maternos Maria das Graças Leonisso de Freitas

É o que contém no referido termo de nascimento que está assinado, pelo Escrivão e pelo declarante os pais do registrando Serviram de testemunhas as constantes do termo

Observações: Registro feito aos 28.07.1999

o referido é verdade e dou fé.

Messejana, 28 de julho de 19 99

STEFANIA MARIA GOMES SILVEIRA
Escrivente Autorizada
Serviço Registral do Município de Messejana
Fortaleza - Ceará

OFICIAL





Nº DO CLIENTE
24167843

A Tarefa Social da Empresa Elétrica
da cidade de Fortaleza
de 26 de abril

Rua Padre...
CEP 00135...
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF

CONTA DE UTILIDADE PÚBLICA (SERVICO) UNP

Rat 35 20082 10 010600 - 2 Data de Emissão 19/

Nome MARIA DO SOCORRO LEONSSO DE FREITAS

End. Postal RU PARQUE DAS FLORES 00071

ANCURI - ITAITINGA - 61880000

Medidor 10637041

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 314172483-00

Nome do Responsável

Poste 0000 0000

Fator de Potência

CGF

INDICADOR DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Ver a legenda no verso desta conta.

Conjunto 180071

Mês Set/2015

ELSD 36,

DUCEI = 0,00 P

Padrão Individual

Aprovação Inc

Atual Anual

Trím Anual

Trím Anual

Trím Anual

Trím Anual

Trím Anual

Trím Anual

Trím Anual

Trím Anual

Trím Anual

Trím Anual

Trím Anual

Trím Anual

Trím Anual

Trím Anual

Trím Anual

Trím Anual

Trím Anual

Trím Anual

Trím Anual

Trím Anual

Trím Anual

Trím Anual

Trím Anual

Trím Anual

Trím Anual

Trím Anual

VENCIMENTO 05/01/2016

TOTAL A PAGAR (R\$)

150

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 51,48

Transmissão 1,18

Distribuição 22,42

Encargos Setoriais 3,26

Tributos (IMPOSTOS) 99,68

TOTAL 120,96

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO2 (kg/kWh)

0,179974932016806

0,179974932016806