

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado:

OUTORGANTE: Antonio Jose Galvão da Costa, nacionalidade Brasileiro,
estado civil solteiro, profissão Agricultor, RG nº 200622039149 SSP/CE, CPF nº
037.912.433-57 residente e domiciliado(a) na sítio cacimbinha, nº SN bairro
Zona rural na cidade de Zicora, e-mail: _____, constituo e nomeio a
bastante procuradora:

OUTORGADA: Dr.^a LORENA FERNANDES DA CUNHA, advogada regularmente inscrito na OAB/CE 23.467-A, com
escritório profissional na Rua Madalena Nunes, 16, esq. MT Quincas Bezerril, Centro, Tianguá - CE, e-mail:
lorenacunha.adv@gmail.com.

OBJETO: representar o Outorgante, promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto,
propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer
Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados,
concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad iudicia et extra*, para o foro em geral, especialmente para
propor AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - DPVAT em face de SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer
defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar,
providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e
contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a
fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais
para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito
sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação,
receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de
hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.

Zicora - CE, 03 de Maio de 2017

Antonio Jose Galvão da Costa
OUTORGANTE

lorenacunha.adv@gmail.com

Rua Madalena Nunes, 016, esq. MT Quincas Bezerril, Centro
33' 3671 2583 88' 9622 9474 CEP 62.320-000, Tianguá - CE.

13
b

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu Antonio José Galeno da Costa
nacionalidade Brasileiro, estado civil solteiro,
profissão Agricultor, RG nº 2006028039149 SSP/SN,
CPF nº 037.912.433.57, residente e domiciliado(a) na
sítio cacimbinha, nº SN, bairro Zona rural,
na cidade de Sucosa, venho por meio desta, Declarar, nos
termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para todos os fins de direito, que
não possuo condições financeiras de arcar com o pagar com o pagamento de custas
processuais, honorários advocatícios e demais cominações legais sem prejuízo próprio
e familiar, vindo requerer perante este Nobre Juízo, os benefícios da Justiça Gratuita
sob as penas da Lei.

Declaro ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso
inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplina no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Sucosa - Ce, 03 de maio de 2017

Antonio José Galeno da Costa

Assinatura

Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)

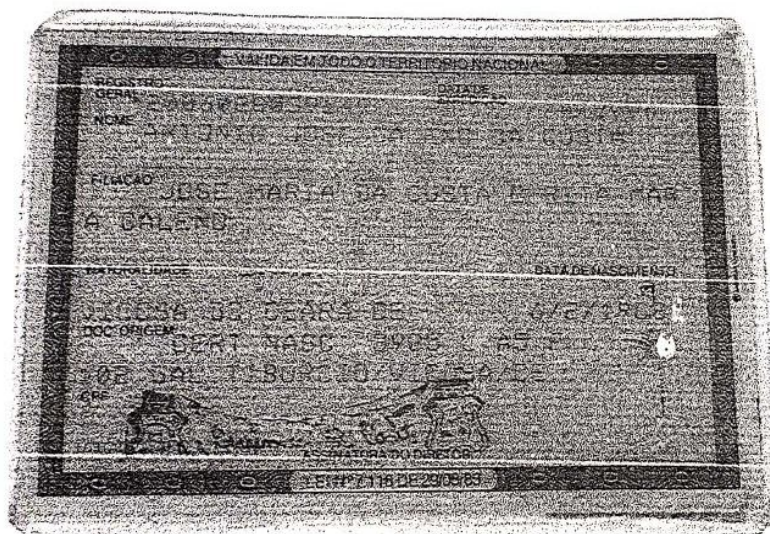
Eu, Antonio José Galeno da Costa, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Agricultor, portador(a) do RG nº 2006028039149 SSP/ce e CPF nº 037.912.433-57 filho de pai José Maria da Costa e mãe Rita Maria Galeno DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na rua Cacimbinha, nº 51 bairro Zona rural, na cidade de Luzosa - ce ponto de referência (próximo à) _____.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surta seus efeitos legais.

Luzosa - ce, 02/05/2017.

*Antonio José Galeno da Costa



16

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Recarta Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
037.912.433-67

Nome
ANTONIO JOSE GALENO DA COSTA

Nascimento
06/02/1988

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Nº DO CLIENTE

5971840-4

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 Melchior, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

Coeficiente de ajuste

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota 16 31144 55 037400 - 7 Data de Emissão 459202721
Nome RTA MARIA GALENO 26/12/2016
End. Postal ST CACIMBINHAS 00000
SUL - VICOSA CEARA - 62300000
Medidor 12044587 Poste 0000 0000
Classe 04-RURAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00
RG / CPF / CNPJ 316329553-34 CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência 26/12/2016 - 23/01/2017
Data da Apresentação
Previsão Próxima Leitura

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto VIOSA DO CEARÁ

ICMS 26/12/2016 - 23/01/2017

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto

ISENTO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

6528,50% 26/12/2016 - 23/01/2017

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual 10870

Leit. Anterior 9987

Const. 1,00

Consumo (kWh) 883

Cons. Ind. 0,00

Cons. Fat. 0,00

Tarifa (R\$/kWh) 0,33

Valor (R\$) 29,74

26/12/16 24/11/16 23/01/17

DESCRIÇÃO VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES 29,74

VENCIMENTO

12/01/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

29,74

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 17,91

Transmissão 8,45

Distribuição 3,27

Encargos Setoriais 3,23

Tributos (ICMS PIS/COFINS) 1,88

TOTAL 29,74

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

70	69	68	67	66	65	64	63	62	61	60	59
70	69	68	67	66	65	64	63	62	61	60	59

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 35,87

Compensado kg (CO₂) 0,00

Consciência Ecológica(%CO₂) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 1,88 referente a PIS e COFINS.

Port. 9 Res. 110/2008 - ANCEL e Lei n. 10.637/02 e 10.638/02



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA

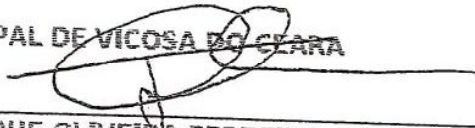


BOLETIM DE Ocorrência Nº 570 - 19 / 2017
Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **04/01/2017 08:28:35**
Data / Hora da Ocorrência: **31/10/2016 22:31:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO INGA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **VICOSA DO CEARA/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)
Nome: **ANTONIO JOSE GALENO DA COSTA**
Nascimento: **06/02/1988** CPF: **037.912.433-57**
RG: **2006028039149** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **RITA MARIA GALENO**
JOSE MARIA DA COSTA
Endereço: **SITIO CACIMBINHA**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **62.300-000**
Município: **VICOSA DO CEARA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99927-5026**

Histórico
O NOTICIANTE AFIRMA QUE TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA HONDA/CG 160 TITAN EX, COR VERMELHA, PLACA PNU 3317, ANO E MODELO 2016/2016, CHASSI 9C2KC2210GR057336, DE PROPRIEDADE DE ELTON FONTENELE ARRUDA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO AO DESVIAR DE UM CACHORRO QUE INVADIU A ESTRADA, CHEGANDO O MESMO A CAIR AO CHÃO E FICANDO O NOTICIANTE COM LESÕES CORPORAIS CONFORME A FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO EM ANEXO. ESTE B.O É PARA FINS DPVAT. QUE NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: **P.O.** 
SERGIO HENRIQUE OLIVEIRA FERREIRA - MAT.: 300265-1-9
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: **Antonio Jose Galeno da Costa**
VISTO DO DELEGADO(A): **GREGORIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6**

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização



Nota Corrente

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170197634 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO JOSE GALENO DA COSTA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO ANTONIO JOSE GALENO DA COSTA

CPF/CNPJ: 03791243357

Posição em 04-05-2017 07:43:44

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 2.531,25

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/05/2017	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

BOLETIM DE ATENDIMENTO

61



Emitido em: 31/10/2016 22:31:13

Por: MARIA DE LOURDES SIQUEIRA DA SILVA

Data: 31-10-2016 Hora: 22:31

Incluído/Atualizado por: MLOURDES

Nome do Paciente: ANTONIO JOSE GALENO DA COSTA

Sexo: MASCULINO

Nome da Mãe: RITA MARIA GALENO

Estado Civil: SOLTEIRO

Idade: _____

Localidade: Sítio CACIMBINHA

Região: ZONA RURAL

Responsável: (-)

Data de Nascimento: 06-02-1988

Pai: JOSE MARIA DA COSTA

Cor: _____

Nacionalidade: _____

CPF: _____

Número: _____

Cidade: VICOSA DO CEARÁ (CE)

Prontuário: 15871

Idade: 28a 08m 25d

Ocupação: _____

FONE: C

SisPrénatal: /-/-

CEP: _____

Documento: _____

CPF: _____

Atendimento: EMERGENCIA HMMVC

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Especialidade: _____

Pressão: _____ mmHg

Pulso: _____

Temp: _____

Peso: _____

Estatura: _____

Exames Complementares: []

RAIOX []

SANGUE []

URINA []

TC []

LÍQUOR []

EG []

ULTRASONOGRAFIA []

Exatidão de Violência ou Maus Tratos: [] SIM [] NÃO

Sinais Clínicos: _____

Data Primeiros Sinais: _____

Indicações da Enfermagem: _____



AUTENTICO A PRESENTE CÓPIA REPROGRÁFICA,
CONFORME ORIGINAL APRESENTADO. DOU FÉ.

Vicosa do Ceará 03 JAN. 2017

Em Test. _____ da verdade.

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE FISCALIZAÇÃO

Louissana Kelly Pereira Siro
Escrevente Substitua

Observações: _____

Prescrição: _____

Horário da Medicação: _____

Informações de Saída

Data da Saída: / /

Hora da Saída: _____

A: [] DECISÃO MÉDICA [] A PEDIDO [] EVASÃO [] DESISTÊNCIA [] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

Internação no próprio Hospital (Setor): _____

Internação em (Unidade de Saúde): _____

Tempo: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS [] FAMÍLIA [] IML [] ANATOMIA PATOLÓGICA

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Rubrica do Médico

Dr. João T. Melo
CRM - CE 15.362



RECEITA

Atesto que Antônio
José Galvão da Costa, quem
fiatura do pulso tibial
esquerdo, em acidente
de moto, no dia
31/10/2016.

Hoje recebe alta
ambulatorial defini-
tiva com dor residual
deformidade e em
Valgo no tornozelo esquer-
do e limitação parcial
dos movimentos do
tornozelo esquerdo

QUANDO RETORNAR AO MEDICO LEVE SUA RECEITA
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS.
PREJUDICAM A SAÚDE, PERGUNTE AO SEU MÉDICO.

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34883210 CNPJ - 4.885.197/0010-71

Dr. José Márcio A. Porto
Médico - Traumatologista
CRM 6596 - 12/01/17



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

22
4

LAUDO DE AUTORIZAÇÃO DE AIH
LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12670012849
NÚMERO DA AIH: 2316102000400

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2516683 - HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTONIO BEZERRA

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: 2516683 - HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTONIO BEZERRA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: ANTONIO JOSE GALENO DA COSTA

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 02/06/1988 - 28 anos

NOME DA MÃE: RITA MARIA GALENO

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

ENDEREÇO: ST. CACIMBINHA - ACS: HELENA, AVISAR AILA NO HOSPITAL OU EDBERTO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 231410 - VICOSA DO CEARÁ

UF: CE

SEXO: FEMININO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 985121011

BAIRRO:

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S825 - Fratura do maléolo medial

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050578 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 03052117300 - MARIO JORGE GOMES DA FROTA

CLÍNICA: CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 14/11/2016 - 23:07 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 14/11/2016 - 23:07

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

CNPJ DA SEGURADORA:

NÚMERO DO BILHETE:

SÉRIE DO BILHETE:

CNPJ DA EMPRESA:

CBO NA EMPRESA:

NATUREZA DA LESÃO:

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZADOR:

PARECER

DATA AUTORIZAÇÃO:

Fortaleza
EVANDRO AYRES DE MOURA
ANTONIO BEZERRA
MIRIAM MENDES MARQUES SOARES
Má. 45300-01
Coordenadora SAME - HDEAM
CONFERE COM ORIGINAL

unisusweb.com.br

Rq. 2006028039149



SUS Sistema Ministério
Unico de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HDEAM

Identificação do Paciente

3. NOME DO PACIENTE

Antonio Jose Galeno da Costa

4. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70132066119543399

5. DATA DE NASCIMENTO

06/02/88

6. Nº DO PRONTUÁRIO

92633

7. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Rita Maria Galeno

8. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA Paraíba 86 Democrito Rocha

9. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Fortaleza

10. Cód. IBGE MUNICÍPIO

612610440131

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

11. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Deficiência motora no 2º e 3º membros em 31/10/16 em Fortaleza
Dor + edema + deformidade no 2º membro (C)

12. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Deficiência motora (C)

HOSPITAL MARIA EVANGELINA AYRES DE MOTA

PROFESSORA ANTONIO BEZERRA

Maria Meneses Marques Soares
Mat. 45300-01

Coordenadora SAME - HDEAM

CONFERE COM ORIGINAL

13. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame clínico e radiológico

20. DIAGNÓSTICO INICIAL

Deficiência motora esquerda

21. CID 10 PRINCIPAL

22. CID 10 SECUNDÁRIO

23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Amputação

25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26. CLÍNICA

Tro

27. CARACTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

28. DOCUMENTO

CNS

29. Nº DOCUMENTO (CNS/APP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

204927713

30. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSINANTE

Dr. Antonio Jose Galeno da Costa

31. DATA DA SOLICITAÇÃO

14/11/16

32. ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Antonio Jose Galeno da Costa

PREENCHER CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

33. () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34. () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35. () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

36. CNPJ DA SEGURADORA

37. Nº DO BILHETE

38. SÉRIE

39. CNPJ DA EMPRESA

40. CNAE DA EMPRESA

41. CBOR

42. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

43. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44. Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49. Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITAL

45. DOCUMENTO

() CNS () CPF

46. Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47. DATA DA AUTORIZAÇÃO

48. LOCAL DA AUTORIZAÇÃO

10/11/2016

Fortaleza

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

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: Auto José G. Costa
DATA DA CIRURGIA: 24/01/2017
CIRURGIÃO: Dr. Manoel 1º AUX.: Dr. Lydner 2º AUX.:
AUX. CIRCULANTE:
ANESTESISTA: Dr. Auto. J. Barros AUX. INSTRUMENTADORA:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fract. pilos tubial
TIPO DE CIRURGIA: Osteossíntese p/ clodax
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: fract. pilos tubial consolidado
EXAMES DURANTE ATO CIRÚRGICO:
O fraco
INTERCORRÊNCIAS DURANTE A CIRURGIA:

Exame em DVD
Análise regional
osseas e articulares M. INF. (R)
Causa mínima (R)
Incisão regional medial (R)
Redução da fratura clodax de fratura
da malola medial e posterior
do fêmur (R)
Redução da fratura medial
medial e posterior
Fixação C/ 3 fios de N° 2,0 mm
p/ controle
lavagem C/ SF 0,9%
Suturas
Curativo
Tala gesso

Prefeitura de
Fortaleza
HOSPITAL DISTRICTAL EVANDRO AYRES DE MOURA
FROTHA ANTONIO BEZERRA

Mariana
Mariana Menezes Marques Soares

Mat. 45300-01

Coordenadora SAME - HDEAM

CONFERE COM ORIGINAL



Prefeitura de
Fortaleza

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

25
4



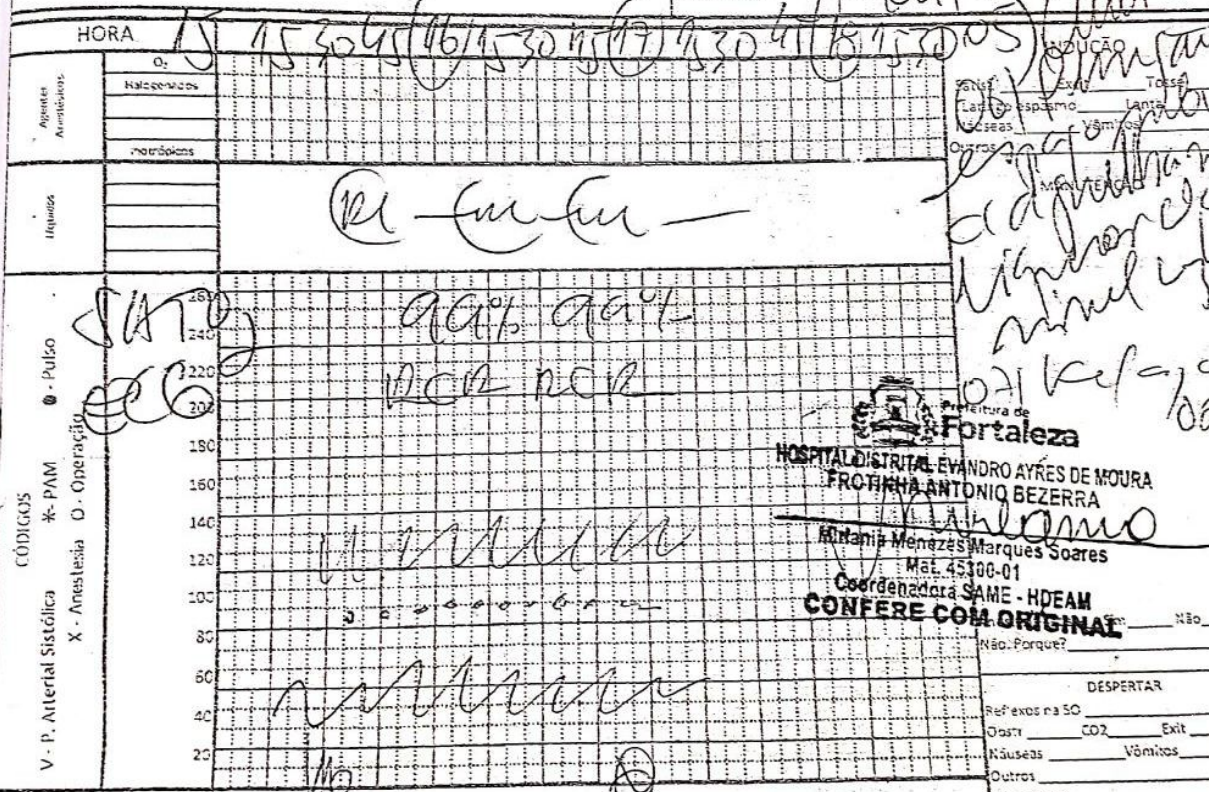
NOME: Antonio Jose Galeno da Costa
ENFERMARIA:

Nº PRONTUARIO: _____

LEITO: _____

16/11/16 16/11/16	PRESSÃO ARTERIAL:	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	PLAQUETAS	GLICEMIA	OUTROS:	
	URINA	UREIA	CREATININA			

APARELHO RESPIRATORIO	ASMA	BRONquite
APARELHO CIRCULATORIO	ELETCARDIOGRAMA	
APARELHO DIGESTIVO	AP. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL	DENTES	PESCOÇO
DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATORIO	ANSIOLÍTICOS	CORTICÓIDES
ANESTESIAS ANTERIORES	ALERGIA	HIPOTENSORES
EDICAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA	ESTADO FÍSICO	RISCO
	EMERGÊNCIA	ALERTA
	EFETOS	



Prefeitura de
Fortaleza
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
PROF. ANTONIO BEZERRA
Mariana Menezes Marques Soares
Méd. 45300-01
Coordenadora SAME - HDEAM
CONFERE COM ORIGINAL

Despertar: _____

Reflexos na SO: _____

Oxim: CO2 Exit: _____

Náuseas: _____ Vômitos: _____

Outros: _____

Com Cânula: _____

para o leito. Sim: _____ Não: _____

CONDICÕES: _____

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	POSICÃO	AGENTES	TÉCNICAS ANESTÉSICAS	QUIRURGIA	QUIRURGIÕES	ANESTESISTAS	CÂNULAS	TEMPO GARROTE	PERDA SANGÜINEA	INÍCIO	TERMINO
		<u>25% Peróxido 12mg + DIMORF</u>	<u>RAQUIANESTESIA</u>	<u>HTO CIL FNAT TOILNORLO</u>	<u>Dr. Cyndy M. Marcelo</u>	<u>Dr. Antonio</u>	<u>12mg (*)</u>				



TIPO

FICHA DE EVOLUÇÃO DE PACIENTE - FEP

NOME Antonio José Goleto Costa

PRONTUARIO	Data do nascimento	ENFERMARIA	LEITO	DATA DE INTERNAÇÃO	DATA - INICIO - TRATAMENTO
				14/11/16	
DIAGNÓSTICO			OBSERVAÇÕES		

DATA	EVOLUÇÃO
14/11	Recebeu copiar no RPT realizado em 11/10/16 em Fortaleza. Sobre o exame tomográfico 2 guelmas para exame

Atestado emitido em 11/10/16
Osteodensitometria
CRM 1220 / FCM 1193
Ass: [assinatura] / 2002-2666

15/11 Golem em infusão
Sintp prop.

[assinatura]

Prefeitura de Fortaleza
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
FROTHA ANTONIO BEZERRA
[assinatura]
Mariana Menezes Marques Soares
Mat. 45300-01
Coordenadora SANE - HDEAM
CONFERE COM ORIGINAL

16/11 Redigida cury e interconexões

[assinatura]

HOSPITAL DISTRITAL Dr. EVANDRO AYRES DE MOURA - HDEAM - RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - FORTALEZA - CE - CNPJ 04.885.197/0010/35

CEP-60356-830 - PABX (85) 3488-32-10 - FAX -(85) 3488-32-73



DATA

EVOLUÇÃO

17/11 - Pte. sh. 9

13P.5

Coord. Analgesia / Ath

Dr. Gabriel Franco
Traumatologia
CRM 9835 TERT 11.535

18/11 - Pte. sh. 9

fundo m.
st. piro

Alter hosp

Dr. Gabriel Franco
Traumatologia
CRM 9835 TERT 11.535



HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
PROTINHA ANTONIO BEZERRA

Mirania Menezes Marques Soares
Mat. 45300-01

Coordenadora SAME - HDEAM
CONFERE COM ORIGINAL

28



Nome

Antonio José Calvo da Costa

Enfermária

Leito

45

Nº de prontuário

18-11-16

OBSERVAÇÕES/RUBRICA

HORARIO DE MEDICAÇÃO

PRESCRIÇÃO TRAUMATOLOGICA

01	DIETA GERAL () , HAS () , DM ()
02	SCALP
03	SINAIS VITAIS 6/6HS
04	DIPRONA 2:18 AD EV 6/6 HS SN
05	PLAMET 2:18 AD EV 8/8 HS SN
06	TRAMAL 50 + 100 ML SF 0,9% EV 8/8HS SN
07	CURATIVO.

Alto top

Dr. Gabriel R. R. R.
Traumatologista
CRM: 9895-13011-535

CONFERE COM ORIGINAL

Maria Menezes Marques Soares
Mat. 43390101
Coordenadora SAM - HOEAM
PROFESSORA ANTONIO BEZERRA
HOSPITAL EVANDRO AVRES DE MOURA
FORTALEZA

SINAIS VITAIS

	08:00	16:00	22:00	RUBRIC
PA				A
T				
R				
P				
SPO2				
GLUCEMIA				
DIURESE				
DRENO				

HOSPITAL DISTRICTAL DE EVANDRO AVRES DE MOURA - RUA CÂNDIDO MAIA Nº294 - BAIRRO ANTONIO BEZERRA (85) 3488 32 10 - CEP 60356-830