



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE ITAITINGA



BOLETIM DE Ocorrência Nº 208 - 1267 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 03/10/2017 16:09:06
Data / Hora da Ocorrência: 08/10/2016 08:10:00
Local: Aven. Virgílio Tavora
Complemento:
Bairro: Alto São Francisco
Município: ITAITINGA/CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: NILSON SILVA HOLANDA
Nascimento: 05/03/1991 CPF: 029.406.403-60
RG: 2005005103144 Orgão Emissor: SSP UF: CE
Filiação: ELZA MEDEIROS SILVA HOLANDA
JOSE ILSON HOLANDA
Endereço: RUA CONEGO LUCIO, 337
Bairro: ALTO SÃO FRANCISCO
Município: QUIXADA/CE
País: BRASIL
CEP:
Telefone: (88) 99661-3548

Histórico

CIENTE DO TEOR DOS ARTIGOS 340 E 342 DO CPB. Compareceu em cartório o declarante a fim de prestar a seguinte informação: que na data e local supra citado, declara estar na condução da motocicleta registrada em nome de ELZA MEDEIROS SILVA HOLANDA, MARCA/MODELO: HONDA/CG150 START, VERMELHA, PLACA: PMJ2811, quando colidiu contra um pneu de caminhão, vindo a ser projetado e tombar na via, sofrendo escoriações pelo corpo e fratura no 1º Primeiro metacarpo (ou náux) do pé e tornozelo direito; Que foi socorrido pelo SAMU da PRF e encaminhado ao (frotinha do Antonio Bezerra) onde foi submetido a procedimento cirúrgico, conforme consta em laudo médico expedido pelo referido hospital; Que a testemunha, PEDRO REMO GIRAÓ CARNEIRO declara que "tomou conhecimento através de ligação telefônica"; Que a testemunha MICHEL JACKSON CAVALCANTE DE LIMA aduz que "compareceu ao acidente do declarante"; Que procurou os serviços desta delegacia para que sejam adotadas as medidas legais. /// E nada mais disse ou quis mencionar, pelo que encerro o presente B.O. que eu o digitei e assino. ///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE ITAITINGA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO NEIVA DE SOUSA ALBUQUERQUE JUNIOR - MAT.: 500040-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Nilson Silva Holanda

VISTO DO DELEGADO(A):

PAULO CESAR CANEVARI CAETELAO - MAT.: 3007971x

DELEGACIA METROPOLITANA DE ITAITINGA

Pág. 1 de 1

Impresso em: 03/10/2017 16:34:23

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei a requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **NILSON SILVA HOLANDA**, portador do RG Nº 2005005103144 e inscrito no CPF sob o Nº 029.406.403-60, no dia 07/10/2016, às 8h16min, no município de ITAITINGA - CE, na Av. Cel Virgílio Távora. Paciente vítima de colisão moto com caminhão, onde o mesmo foi encaminhado para o **Hospital I.J.F Antônio Bezerra**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 19 de outubro de 2016

Atenciosamente,

MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ

SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax:3260 2061

E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br

Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br, Fone : (85) 3260-3797

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei a requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **NILSON SILVA HOLANDA**, portador do RG Nº 2005005103144 e inscrito no CPF sob o Nº 029.406.403-60, no dia 07/10/2016, às 8h16min, no município de ITAITINGA - CE, na Av. Cel Virgílio Távora. Paciente vítima de colisão moto com caminhão, onde o mesmo foi encaminhado para o **Hospital I.J.F Antônio Bezerra**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 19 de outubro de 2016

Atenciosamente,


MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ

SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax:3260 2061

E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br

Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br, Fone : (85) 3260-3797



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

fls. 14

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE NILSON SILVA HOLANDA		DADOS PESSOAIS	
CADUS	NASCIMENTO 01/01/1991 (25 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 86340	Nº DO REGISTRO 90566
NOME MÃE NAO INFORMADO PELO SAMU	SEXO M	RACIA DO PACIENTE PARANÁ	
ENDEREÇO AV CEL VIRGILIO TAVORA AO LADO DO CEMITERIO SN ITATINGA	NOME RESPONSÁVEL SAMU CE USA PRF		UF CE
CONTATO	MUNICÍPIO	CEP NI	
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/CAUSAS DO ACIDENTE		OCORRÊNCIA	
CÓDIGO RELATA COLISÃO ENTRE MOTO E CAMINHÃO, APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM PÉ DIREITO E LEVE ESCORIAÇÕES EM M.S.D.		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
SINTOMAS NI	MOTIVO QUEDA DE MOTO		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)
PESO NI KG	SINAIS VITAIS PRESSÃO ARTERIAL NI/NI 140 X 90	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI		Glicemia NI
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO LANNA NHAYARA TEIXEIRA BRAZ		DATA E HORA DO ATENDIMENTO 07/10/2016 09:38:12
TENDIMENTO ENDIMENTO TRAUMA		ÁREA ATENDIMENTO	
ANAMNESE		ATENDIMENTO MÉDICO	
		<i>fratura exposta pé direito</i>	
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO	
SOLICITAÇÃO ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIO-X		CID	
		☐ OUTROS	
PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO	
MÉDICAMENTO <i>1 Rx pé direito (AP + o pliguo)</i>		OBSERVAÇÕES	
TIPO DE ALTA/SÁIDA			
☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Impresso por LANNA NHAYARA TEIXEIRA BRAZ em 07/10/2016 às 09:38:12

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 29 do Código Penal.



Prefeitura de
Fortaleza

HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
FROTHINA ANTONIO BEZERRA

Mirlândia Menezes Marques Soares

Mat. 45300-01

Coordenadora SAME - HDEAM

CONFERE COM ORIGINAL

NILSON SILVA HOLANDA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado de Ceará em 04/01/2019 às 10:12, sob o nº 1003681120198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0100368-11-2019.8.06.0001 e código 4244260.

647

 SUS Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde Nome do Estabelecimento: <u>HDEA m</u>			
Identificação do Paciente Nome do Paciente: <u>Nelson Silva Holanda</u> Data de Nascimento: <u>05/03/91</u>		2 - CNES 4 - CIES	
Nome do Responsável: <u>Elisa Medeiros Silva Holanda</u> Endereço: <u>Rua Cel Virgílio Távora (Ocorrência) Port</u>		5 - Nº DO FRONTIÁRIO: <u>86340</u> 9 - SEXO: <u>M</u>	
11 - TELEFONE DE CONTATO: <u>07 10 16</u>		13 - CID, ICD, ICD-10: <u>C16</u>	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO <u>Lesão apertada MT F (9º grau) pi. M. n. n.</u>			
PROCEDIMENTO SOLICITADO <u>Lesão apertada pi.</u>			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) 37 - N° DO BILHETE: <u>07 10 16</u> 38 - SÉRIE: <u>07 10 16</u> 39 - CLASSE DA EMPRESA: <u>07 10 16</u> 40 - CATEGORIA: <u>07 10 16</u>			
AUTORIZAÇÃO 41 - NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR: <u>Dr. André Alcântara</u> 42 - NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADO: <u>Dr. André Alcântara</u> 43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <u>07 10 16</u> 44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>11670012410</u>			

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 04/01/2019 às 10:12, sob o número 01003681120198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0100368-11.2019.8.06.0001 e código 4244260

SUS Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: NF			
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: HIDRA			
3 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:		4 - Nº DO PRONTUÁRIO: 86340	
5 - NOME DO PACIENTE: Nelson Silva Holanda		6 - DATA DE NASCIMENTO: 05/03/81	
7 - NOME DO RESPONSÁVEL: Eliane Rodrigues Silva Holanda		8 - ENDEREÇO: R. Cel. Virgílio F. F. (Ocupação)	
9 - CID-10: E01.0		10 - CID-9: 250.00	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
1 - NOME DO RESPONSÁVEL: Eliane Rodrigues Silva Holanda 2 - ENDEREÇO: R. Cel. Virgílio F. F. (Ocupação) 3 - CID-10: E01.0 4 - CID-9: 250.00			
11 - NOME DO RESPONSÁVEL: Eliane Rodrigues Silva Holanda			
12 - ENDEREÇO: R. Cel. Virgílio F. F. (Ocupação)			
13 - CID-10: E01.0			
14 - CID-9: 250.00			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
15 - NOME DO RESPONSÁVEL: Eliane Rodrigues Silva Holanda			
16 - ENDEREÇO: R. Cel. Virgílio F. F. (Ocupação)			
17 - CID-10: E01.0			
18 - CID-9: 250.00			
PREFACHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
19 - NOME DO RESPONSÁVEL: Eliane Rodrigues Silva Holanda			
20 - ENDEREÇO: R. Cel. Virgílio F. F. (Ocupação)			
21 - CID-10: E01.0			
22 - CID-9: 250.00			
AUTORIZAÇÃO			
23 - NOME DO RESPONSÁVEL: Eliane Rodrigues Silva Holanda			
24 - ENDEREÇO: R. Cel. Virgílio F. F. (Ocupação)			
25 - CID-10: E01.0			
26 - CID-9: 250.00			



HOSPITAL	NÚMERO AIH	PRONTUÁRIO	ID ENT
208	2-1610 172 3193		
NOME DO PACIENTE Wilson Silva Holanda			
RACIA/COR	DATA NASCIMENTO	CNS	TIPO RUA
	05/03/94	762	
LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO	
RAIRRO	MUNICÍPIO	COD MUNICÍPIO	ESTADO NAC
			CE
RESPONSÁVEL	DOD	TELEFONE	
MÃE	(85)		
	CEP		
DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA	MOTIVO CI	DTA EMPISAO
PARTO	Nº FILHOS	CID NOTIF	GAR NST
SEXO	CID PRINCIPAL	CID SECUNDARIO	CID CAUSA MORTE
1 MASC 2 FEM			
CRM SOLICITANTE	CRM RESPONSÁVEL		
Nº ENF	Nº LEITO	TP DOC	Nº DOCUMENTO
AUTO GLOSA	CPF GESTOR	DATA AUTORIZAÇÃO	
CAMPO DE CMA	PROF SADI PROT		
CONTROLE			
PROCEDIMENTO CMA cont.			
TIPO ATO CRM	CBO PROCEDIMENTO	QTDE	EXAMES QTDE LABO
SOMA TP ATOS	NÚMERO SUSPRENATAL	SOMA EXAMES	SOMA QTDE SOMA LABO
CÓDIGO PRÓTESE	FORN	QUANT	DATA CIRURGIA Nº NOTA FISCAL
SOMA COD PROT			



HOSPITAL MUNICIPAL DE FORTALEZA
HOSPITAL MUNICIPAL DO SUDOESTE
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVADRO AVRES DE MOURA



DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: W. Van Sila Holanda

DATA DA CIRURGIA: 03-10-16 UNIDADE: LETTO:

CIRURGIÃO: Dr. André Alcântara 1ª AUX.: 2ª AUX.:

AUX. CIRCULANTE: Dr. Teófilo AUX. INSTRUMENTADORA:

ANESTESISTA: TIPO DE ANESTESIA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura cingula (fratura exposta)

TIPO DE CIRURGIA: fratura exposta M.P. 1º grau por Dr

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: melhor

EXAMES DURANTE ATO CIRÚRGICO:

INTERCORRÊNCIAS DURANTE A CIRURGIA:

PROCEDIMENTO

1) Exame em leito lateral de fratura - seguir

2) Anestesia por bloqueio

3) Lavagem da ferida

4) Amputação da extremidade da perna com lâmina plástica, seguir com o Dr. Teófilo

5) Utilizada placa longa, entre de voluta para articular de osso de P. e osso de P. e osso de P.

6) Lavagem 4) de osso de osso

7) Fixação com 4 parafusos com 1/2 polegada de osso.

8) Amputação da perna de osso

Dr. André Alcântara
Ortopedia e Traumatologia
Cidade 11538 TEOT 14023

NO PROPRIETARY

LEFTO-

1. NAME		2. SURNAME		3. GRADE		4. SEX	
1. NAME		2. SURNAME		3. GRADE		4. SEX	
5. DATE OF BIRTH		6. DATE OF ENTRY		7. DATE OF DEPARTURE		8. DATE OF RETURN	
5. DATE OF BIRTH		6. DATE OF ENTRY		7. DATE OF DEPARTURE		8. DATE OF RETURN	
9. PLACE OF BIRTH		10. PLACE OF ENTRY		11. PLACE OF DEPARTURE		12. PLACE OF RETURN	
9. PLACE OF BIRTH		10. PLACE OF ENTRY		11. PLACE OF DEPARTURE		12. PLACE OF RETURN	
13. OCCUPATION		14. OCCUPATION		15. OCCUPATION		16. OCCUPATION	
13. OCCUPATION		14. OCCUPATION		15. OCCUPATION		16. OCCUPATION	
17. RELIGION		18. RELIGION		19. RELIGION		20. RELIGION	
17. RELIGION		18. RELIGION		19. RELIGION		20. RELIGION	
21. POLITICAL OPINION		22. POLITICAL OPINION		23. POLITICAL OPINION		24. POLITICAL OPINION	
21. POLITICAL OPINION		22. POLITICAL OPINION		23. POLITICAL OPINION		24. POLITICAL OPINION	
25. SIGNATURE		26. SIGNATURE		27. SIGNATURE		28. SIGNATURE	
25. SIGNATURE		26. SIGNATURE		27. SIGNATURE		28. SIGNATURE	
29. STAMP		30. STAMP		31. STAMP		32. STAMP	
29. STAMP		30. STAMP		31. STAMP		32. STAMP	

[illegible]

$\frac{1}{2} \times 100 = 50$ (100 is the total number of items)
 $\frac{1}{2} \times 100 = 50$ (100 is the total number of items)
 $\frac{1}{2} \times 100 = 50$ (100 is the total number of items)

William Gilson Holcomb

12/10/19

[Handwritten signature]

[illegible]

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

Gratuity de l'ouvrage de
l'ouvrage,
autre de l'ouvrage de l'ouvrage
de l'ouvrage (PMT)

Exercitarea de profunzime toracică
pe 1 (PMTT)

Feb 17 (PMTT)

ON THE BOUNDARY OF THE

[illegible]

42AUMADG004-INT000017
"SEMFC 748" SGT 1031

NOME Nilson Silva Holanda FICHA DE

Nº PRONTUARIO

EMERILARIA

LEITO-

[illegible]

Antonio Jedson Martins
Médico - CRM: 5621

TIPO

FICHA DE EVOLUÇÃO DE PACIENTE - FEP

NOME

PRONTUÁRIO

PAVILH

ENFER.

LEITO

DATA INTERNAÇÃO

DATA INIC. TRAT.

DIAGNÓSTICO

OBSERVAÇÃO

DATA

EVOLUÇÃO

02/10/16 Realiza-se exame físico completo e exame de fezes exposto NTE (12 ml) com resultado 22/3: normal.

Dr. André Alcântara
Proprietário e Tratador de Equos
CRM 113.547-1/2017

17/10/16 Exame físico completo

Exame físico completo

Exame físico completo
Exame físico completo
Exame físico completo
Exame físico completo

DATA	EVOLUÇÃO
10/12	PS limpo, limpo e foras de lúmen h-lex Amte apurte físico de 2º MPT diâmetro Eolun + 501 m sp OK
11/12	Contm. e lúmen Dental com
	Dr. José Marcelo L. P. Pin Médico Traumatologista CRM 6692
12/10/16	Resoluto e fixado de fratura do fêmur e (pê) (2º membro)
13/12	PS limpo 1º PS Analgésico



TIPO

FICHA DE EVOLUÇÃO DE PACIENTE - FEP

NOME	
------	--

PRONOME	PALE	ENFER	LEITO	DATA INTERNAÇÃO	DATA INC. TRAT.
---------	------	-------	-------	-----------------	-----------------

DATA	DIAGNÓSTICO
------	-------------

DATA	DIAGNÓSTICO
------	-------------

DATA	DIAGNÓSTICO
------	-------------

DATA	DIAGNÓSTICO
------	-------------

DATA	DIAGNÓSTICO
------	-------------

DATA	DIAGNÓSTICO
------	-------------

DATA	DIAGNÓSTICO
------	-------------

DATA	DIAGNÓSTICO
------	-------------

DATA	DIAGNÓSTICO
------	-------------

DATA	DIAGNÓSTICO
------	-------------

DATA	DIAGNÓSTICO
------	-------------

DATA	DIAGNÓSTICO
------	-------------

DATA	DIAGNÓSTICO
------	-------------

DATA	DIAGNÓSTICO
------	-------------

DATA	DIAGNÓSTICO
------	-------------

DATA	DIAGNÓSTICO
------	-------------

HOSPITAL GERAL DE EVANDRO AYRES DE MOURA - HDEAM - AB
 Rua Siqueira Maia, 211 - Jardim Beberibe - Fortaleza - CE - CEP 60.356-030 - FONE: (85) 3468.3279 - FAX: (85) 3498.3279

Nome		Nº de prontuário		Leito		Informação		HORAÇÃO - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES/RUBRICA	
DATA	PRESCRIÇÃO TRAUMATOLOGICA										
01	DIETA GERAL () HAS () DM ()										
02	ZERO ()										
03	SCALP										
04	SINAIS VITAIS 6/6 Hs										
05	DIPIRONA 2:18 AD EV 6/6 Hs SN										
06	PLAMET 2:18 AD EV 8/8 Hs SN										
07	TRAMAL 50 + 100 ML 5F 0.9% EV 8/8 Hs SN										
08	CURATIVO										
09											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											



Nº de prontuário
44 07110

Infermária
Lento

Nome
Wilson Siqueira

Fortaleza

HORARIO - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO

PRESCRIÇÃO TRAUMATOLOGICA

OBSERVAÇÕES/RUBRICA

01 DIETA GERAL (X) NAS () DM ()

02 ZERO

03 SCAIP

04 SINAIS VITAIS 6/6H5

05 DIFERONAL 2.18 AD EV 6/6 H5 SN

06 PLAVET 2.18 AD EV 8/8 H5 SN

07 TRAMAL 50 + 100 ML 5F 0.9% EV 8/8 H5 SN

08 CURATIVO

09 *efetuar 2x por dia - 6h e 14h*

10 *prescrever 1000mg*

11 *12h e 18h*

Dr. Wilson Siqueira

SINAIS VITAIS

08.00

16.00

22.00

PA

T

R

P

SPO2

GLUCEMIA

DIURESE

RUBRICA

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

477



Nome

Rodolfo Diogo de Sampaio Filho

PRESCRIÇÃO TRAUMATOLOGICA

HOMEN - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO

Infermeiro

Idade

Nº de prontuário



DIETA GERAL (X) HASI

DM () SOND

DATA 12/10/16

OBSERVAÇÕES/RUBRICA

10/10/16 0900

De acordo com o médico, o paciente apresenta quadro de insuficiência cardíaca congestiva, com sinais de congestão pulmonar. Prescrever: Furosemida 40mg PO, 1x ao dia. Paracetamol 500mg PO, 3x ao dia. Repetir dosagem conforme necessidade. Registrar.

12/10/16 0900
Sinais vitais: PA 120/80, FC 80, R 20, P 20, SPO2 96%.
Glicemia: 120 mg/dL.
Diurese: 200 mL.
Rubrica: 12/10/16

SINAIS VITAIS	PA	FC	R	P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	RUBRICA
12/10/16 0900	120/80	80	20	20	96%	120 mg/dL	200 mL	12/10/16

HOSPITAL DISTRITAL Dr EVANDRO AYRES DE MOURA - RUA CÂNDIDO MATA Nº294 - BAIRRO ANTONIO BEZERRA (85) 3488 32 10 - CEP 60356-830

Fortaleza		Nome		Infermaria		Leito		Nº de prontuário	
PRESCRIÇÃO TRAUMATOLOGICA		Nelson Silva Holanda		47		14/10/16		OBSERVAÇÕES/RUBRICA	
HORAÇÃO - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO									
01	DIETA GERAL (N) HASI () DM ()								
02	ZERO ()								
03	SCATP								
04	SINAIS VITAIS 6/6 HS								
05	DIPIRONA 2-18 AD EV 6/6 HS SN								
06	PLAVET 2-18 AD EV 8/8 HS SN								
07	TRAMAL 50 + 100 ML SF 0,9% EV 8/8 HS SN								
08	CURATIVO								
09									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
HOSPITAL DISTRITAL		Dr EVANDRO AYRES DE MOURA - RUA CÂNDIDO MAIA Nº294 - BAIRRO ANTONIO BEZERRA (85) 3488 32 10 - CEP 60356-830		SINAIS VITAIS		16:00		22:00	
				PA		136/80			
				T		36,4			
				R					
				P					
				SPO2					
				GLICEMIA					
				DIURESE					
				RUBRICA					

Trauma

23

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICO - CIRÚRGICA



Nome	<i>Nilton Silva Holanda</i>	Data	<i>24/10/16</i>
Endereço	<i>Bairro</i>	Idade	<i>25-a</i>
		Estado Civil	<i>C</i>
		Sexo	<i>M</i>

HISTÓRIA CLÍNICA

<i>Relato total</i>	<i>Rx de Ap. 004</i>
<i>Relato Cirúrgico</i>	<i>Rx de Ap. 007</i>
	<i>Ap. 008</i>

DESTINO

Observações:

☐ Residência	☐ Recusou internamento
☐ Ficou em observação	☐ Referência
☐ Internação	☐ Óbito
☐ Transfêrencia	

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Cliente / Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA



ATESTADO MÉDICO

O Sr (a): Wilson Siqueira Holanda

Foi atendido (a) neste hospital:

Dia: 07 de 10 de 16 às _____ hs

Tendo como causa do atendimento: fratura do
zelo e pé direito CID: _____

1. () Paciente foi atendido nesta instituição às _____ hs e poder retornar à suas atividades.

2. (X) Necessitando de Novela 9 dias de afastamento de suas atividades laborais ou escolares por motivo de doença ou agravos. CID: _____

3. () Encontra-se a () APTO () INAPTO a prática curricular de Educação física.

4. () Não apresenta, no momento, sinais e/ou sintomas de doenças ou agravos que o (a) incapacitem para o trabalho.

5. () Paciente encaminhado à especialidade _____

Fortaleza, 07 de 10 de 16

[Assinatura]
Médico - CRM

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
Rua Cândido Maia, 294 - Antº Bezerra
Fortaleza-Ceará
Telefone: (85) 3488 32 10

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME NILSON SILVA HOLANDA	
DOC. IDENTIDADE / CDS. EMISSOR UF 2005005103144 SSPDE CE	
CPF 029.406.403-60	
DATA NASCIMENTO 05/03/1991	
FUNÇÃO JOSE NILSON HOLANDA	
ELZA MEDEIROS SILVA HOLANDA	
PRIMEIRO ALC. ACC. CATEG. 2/B	
Nº REGISTRO 04781977112	
VALIDADEZ 06/06/2019	
1ª EMISSÃO 10/09/2009	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Nilson Silva Holanda</i>	
LOCAL QUIXADA, CE	
DATA EMISSÃO 11/06/2014	
15951572074 CE142282820	
DETRAN - CE (CEARA)	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 959028786

PROIBIDO PLASTIFICAR 959028786



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 555334686

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002Esta é a segunda via de
DEZ/2018Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

9321685DV **8**

VENCIMENTO

25/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

113,58

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

Rota 17 028000 02 0339000

Medidor

Poste

Nome NILSON SILVA HOLANDA

23640056

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade

RU FRANCISCO SEGUNDO COSTA 00499 COMBATE QUIXADA

Consumidora

63900000

RG / CPF / CNPJ

029.406.403-60

CGF

Classe

B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 21335

21181

1

154

0

154

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leitura

24/12/2018

24/01/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

2750.9444.D89C.C07A.7CA9.F8BA.14E2.9B69

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

105,99

Alíquota

27%

Valor do Imposto

28,61

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

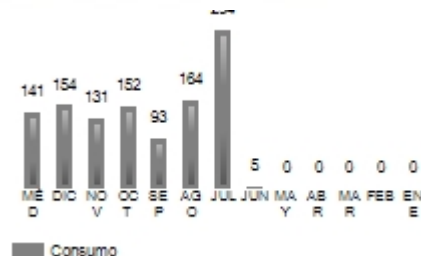
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 36,38

Conjunto QUIXADA

Mês OUT/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,31	10,62	21,25	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,03			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

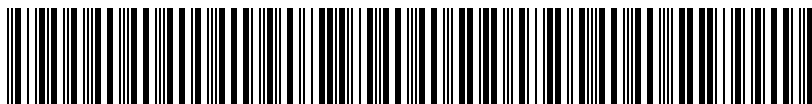
N° do Cliente:

9321685-8N° da Nota Fiscal: **555334686**Total a Pagar (R\$): **113,58**

Data de Emissão:

27/12/2018Referência: **DEZ/2018**N° de Controle: **0009321685 00007 4308 2 64**

83880000001-1 13580031000-3 00093216850-7 00074308235-4



Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA E DE RESPONSABILIDADE

Nome: <i>Nilson Silva Holanda</i>		Nacionalidade: Brasileira
CPF: <i>029.406.403-60</i>	RG: <i>2005005103144</i>	Profissão: () Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: <i>Rua Francisco Segundo Costa</i>		Nº <i>499</i>
Bairro: <i>Lembete</i>	Cidade: <i>Quixadá</i>	Estado Civil: () Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
CEP: <i>63.900-000</i>	Estado: CE	
Telefone:		

Declaro para os devidos fins que posso hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com às custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Declaro ainda, para todos os fins a que esta se destinar, que fui devidamente esclarecido pelos Advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia", acerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente ação judicial, assumindo, assim, de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste, isentando expressamente os advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia" de qualquer ato inverídico ou omissivo que possa interferir no resultado deste procedimento.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Morada Nova (CE), *26* de *dezembro* de 20____.

Nilson Silva Holanda
DECLARANTE

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Nome: Nilson, Silva Holanda		Nacionalidade: Brasileira
CPF: 029.406.403-60	RG: 2005 00 51031 44	Profissão: () Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: Rua Francisco Segundo Costa 499		Nº: 499
Bairro: Cambate	Cidade: Quixadá	Estado Civil: () Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
CEP: 67.900-000	Telefone:	

OUTORGADO:

RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 017.809.013-13, inscrito na OAB/CE 23.814 e **FILIPPE BEZERRA CATUNDA CAMPELO**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 044.264.803-02, portador da OAB/CE 27.565, ambos Representantes da Sociedade **SAMPAIO E CATUNDA ADVOGADOS ASSOCIADOS, OAB/CE 1736**, com sede na Rua Raul Nogueira, 131, Centro, Morada Nova – CE têm entre si, justos e contratados, o que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o Outorgante nomeia, constitui e habilita o (s) Outorgado (s) a praticar (em) todos os atos do processo, conforme disposto na primeira parte do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

CLÁUSULA ESPECÍFICA:

Por esta cláusula específica, O Outorgante habilita o (s) Outorgado (s) a transigir (em), desistir (em), renunciar (em) ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar (em) compromisso, receber (em) e dar (em) quitação no presente feito, realizarem levantamentos e saques de Alvará Judicial, conforme parte final do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

Morada Nova (CE), 26 de dezembro de 2018.

Nilson Silva Holanda
Outorgante

* Art. 105. A procuração geral para o foro, outorgada por instrumento público ou particular assinado pela parte, habilita o advogado a praticar todos os atos do processo, exceto 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, que devem constar de cláusula específica.

Buscar no site

A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma segu de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180174311 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA NILSON SILVA HOLANDA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO NILSON SILVA HOLANDA

CPF/CNPJ: 02940640360

Posição em 27-12-2018 16:07:02

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulá

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
24/05/2018	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
01/06/2018	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/WS__gtMFhL831UDNfdiohKA==/ym06IjInJC api_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMVfqBu39AkEHgz0FGvOnqK6X00=)
17/05/2018	Interrupção de Prazo	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Ufs4Oj7nhisiRtBLmoxG2g==/oDhRSExSxl api_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMVfqBu39AkEHgz0FGvOnqK6X00=)
21/04/2018	Exigência Documental	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/HuZAvFDEf2ljk+C822cpag==/MISl8OVsm api_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMVfqBu39AkEHgz0FGvOnqK6X00=)
20/04/2018	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/vnpQMXrDNsYYbhTqOIXOWg==/bl1jnG7 api_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMVfqBu39AkEHgz0FGvOnqK6X00=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8)



(https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)



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

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

[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(https://http://www.furukawa.jp/DRIVE/Toolbox/Toolbox_official/
%C3%ADder-
dpvat)

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

- › [A Seguradora Líder-DPVAT \(/Pages/Quem-Somos.aspx\)](#)
- › [Sobre o Seguro DPVAT \(/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx\)](#)
- › [Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)
- › [Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)
- › [Dicionário do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT\)](#)
- › [Perguntas Frequentes \(/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes\)](#)

- » Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- » Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- » Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- » Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- » Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- » Mapa do Site (/Mapa-do-Site)
- » Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Download)