



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado:

OUTORGANTE: Antonio pa de oliveira
estado civil soltéis, profissão Depicador, nacionalidade Brasileiro
030.683.813-04 residente e domiciliado(a) na Sítio corauba, RG nº 20040280755-21 SSP/CE CPF nº
zona Rural, na cidade de Zicora, e-mail: _____, nº SIN bairro
bastante procuradora: _____, constituo e nomeio a

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 juditia 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, 05 de Julho de 20 17.

Antonio pa de oliveira
OUTORGANTE

lorenacunha.adv@gmail.com

Rua Madalena Nunes, 016, esq. Mt. Quincas Bezzeril. Centro.
88' 3671 2583 88'99622..9474. CEP 62.320-000. Tianguá - Ce.

DECLARAÇÃO DE POBREZA



Eu Antonio saí de Oliveira
nacionalidade Brasileiro, estado civil solteiro
profissão Agricultor, RG nº 2004028075521 SSP/ ce
CPF nº 020.681.813.04, residente e domiciliado(a) na
rua Caravela, nº 51N, bairro Zona Rural
na cidade de Lucora, 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.

Lucora, ce 05 de Julho de 2017

Antonio saí de Oliveira

Assinatura

Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)



Eu, Antônio Sá de Oliveira, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Agricultor, portador(a) do RG nº 2004028075521 SSP/ ce e CPF nº 020.681.813-04, filho de pai Raimundo Norato Oliveira e mãe Tereza Alves de Sá Oliveira DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na Sítio Caranheas, nº 514 bairro Zona Rural na cidade de Zicora - ce, ponto de referência (próximo à) a fábrica de tijolos.

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.

Zicora - ce, 05/07/2017.

Antônio Sá de Oliveira

DEPARTAMENTO FEDERAL DO REGISTRO

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGATO QUINETO

ANTONIO SA DE OLIVEIRA

31/10/1981

DEPARTAMENTO FEDERAL DO REGISTRO

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

ANTONIO SA DE OLIVEIRA

31/10/1981

15

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria da Saúde Federal

CPF

020.681.813-04

ANTONIO SA DE OLIVEIRA

03/10/1981

Nº DO CLIENTE
3860063-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438,
de 26 de abril de 2002.

coelce

Para garantir seu atendimento, utilize este e-mail
sempre que entrar em contato conosco.

Rua Padre Valdevino, 150
CEP: 60135-040 Fortaleza CE
FONE: 082 25110001-10 / CEP: 06.102.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA (GRUPO B - 1 SÉRIE B-a - 1 HP)

Rota 38 31145 01 021400 - 0

Data de Emissão 22/01/2016

Nome TEREZA ALVES DE OLIVEIRA

End. Postal ST CARAUBA 00001

NORTE - VICOSA CEARA - 62300000

Medidor 24253111

Porta 0000 B90N

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

RS - CPF / CNPJ 782779143-34

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Letura
Jan/2016	22/01/2016	23/02/2016

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Ver a legenda no verso desta conta.

Conjunta VIOSA 10 0598

Mês Nov/2015

DISS 12,28

DISS 0,00

ÍNDICES

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor de Imposto
ISENTO		

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Ver a legenda no verso desta conta.

Conjunta VIOSA 10 0598

Mês Nov/2015

DISS 12,28

DISS 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

680C.B00A.571E.296B.45B4.570C.FCEB.C016

DMIC 5,88

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Anual	Let. Anterior	Const.	Consumo Médio	Consumo Ind.	Const. Ind.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
3461	3372	1,00	89	8,00	0,00	0,29221	2,37

22/01/16 22/12/15 31 0068 89 22,28

DESCRIÇÃO

VR. CONSUMO DO MÊS PREÇO NORMAL	43,04
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA	-20,64
MULTA MORATORIA REF 10/2015	0,38
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,10
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MÊS (R\$ 2,18)	

VENCIMENTO 01/03/2016

TOTAL A PAGAR (R\$) 23,68

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (Anual e Mensal)

Energia	14,34
Transmissão	0,00
Distribuição	0,00
Encargos Setoriais	0,00
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	2,28
TOTAL	23,68

78	89	78	100	75	73	87	68	76	66	92	62
78	89	78	100	75	73	87	68	76	66	92	62

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compensação das emissões pelo consumo de energia elétrica através do Coelce

Emitido kg(CO₂)

Compensado kg(CO₂)

Consistência Ecológica (% CO₂)

100

38,47 0,00

Informações importantes e avisos de vencimento

Estamos expandindo o canal WhatsApp e por isso temos novos números para contato por mensagem. Para consultar os números acesse nosso site - www.coelce.com.br

A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.



UNIC



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 22 / 2016



Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 05/01/2016 10:31:35

Data / Hora da Ocorrência: 27/09/2015 19:39:00

Endereço da Ocorrência: SIT MANHOS

Ponto de Referência:

ZONA RURA VICOSA DO CEARÁ /CE

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ANTONIO SA DE OLIVEIRA

Nascimento: 03/10/1988

RG: 2004028075521 Órgão Emissor: SSP UF: - CPF:

Filiação: RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA

TEREZA ALVES DE SA OLIVEIRA

Endereço: SIT CARAUBAS

ZONA RURAL

VICOSA DO CEARÁ CE BRASIL

Telefone:

Histórico

O NOTICIANTE AFIRMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA HONDA/CG 150 FAN ESDI, ANO 2014/2015, COR VERMELHA, PLACA: PMC 8167, CIIASSI 9C2KC1680FR564923, DE PROPRIEDADE DE FRANCISCO HUMBERTO O DA CONCEIÇÃO, QUANDO SE ENVOLVEU EM ACIDENTE DE TRÂNSITO, APÓS OUTRA MOTOCICLETA COLIDIR NO MESMO, CHEGANDO ESTE A CAIR AO CHÃO E SOFRENDO LESÕES CORPORAIS CONFIRMA O LAUDO MÉDICO EM ANEXO. ESTE B.O É PARA FINS DÍVAT. QUE NADA MAIS DISSE E NEM LHE FOI PERGUNTADO, DANDO-SE ESTE TERMO POR ENCERRADO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

EDSON XAVIER LIRA DA SILVA - MAT.: 300270-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Antonio Sa de Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A):

FRANCISCO MIGUEL DE SALES FILHO - MAT.: 126884-1-5

DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

Pág. 1 de 1

Impresso em: 05/01/2016 10:35

Posição em 20-06-2016 07:43:31

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 4.725,00

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.



ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



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

A A A

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-Efetuos.aspx)

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

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)



Buscar no site

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

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

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 3160325573 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO SA DE OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Sabemi Seguradora S/A-Filial

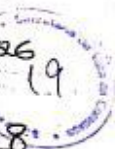
Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO ANTONIO SA DE OLIVEIRA

REPÚBLICA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
AV. JOSÉ FIGUEIRA, S/N - CENTRO - VIÇOSA DO CEARÁ - CE
FONE: (88) 3632.1119

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

12930003626



Registro: Antonio Sã de Oliveira
M
Mãe: Tereza Alves de Sã Oliveira
Estado Civil: S
Nome do Pai: Raimundo Nogueira de Oliveira
Município: Viçosa do Ceará
Data do atendimento: 27/09/15
Horas: 19:39
Religião:
Assinatura do Paciente ou Responsável: Ericelis B. da Rocha

Vitais:

☐ x ☐ MM Hg FR ☐ Inc/min FC ☐ Bat/min Temp. ☐ °C. Peso: ☐

Principal

Post. vítima de acidente de trânsito moto x moto
resultando em fratura de fêmur + tíbia +
ulna e E

Físico:

Hipótese Diagnóstica

Fratura fêmur + tíbia + ulna e E

Diagnóstico Definitivo

Dr. Ricardo Dantas da Silva
Médico

CREMEC 15.347
Assinatura e Carimbo

GRÁFICA TAVARES (88) 3634.1314 - UBAJARA - CE / PVC052

Dr. Ricardo Daniel da Silva
Médico
CREMEC 15.347

de moto, aguarda transferência. Assim, a
P. 10480 — tit. da dentro 10-962016
28.09.13 A.S.O. 26 anos, em observação, devido status de
função + ulner 5, estando ausente, he- tues ferências
apresentando dor, segue a coincidência de enfermagem
29.09.13, as 7:55 - P. 10480



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 - CEP 60170-002 - Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 3244 - 2144 Fax 3224-7225
e-mail psahosp@veloxmail.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

663

DNIC



Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Atesto e declaro que ANTONIO SA DE OLIVEIRA, deu entrada neste Hospital no dia 12/10/15, Prontuário N.º 158.263 aos cuidados médicos do DR JOSE NEWTON MACEDO, internado com laudo médico de FRATURA DO FEMUR ESQUERDO CID S 72.3 + FRATURA DA ULNA ESQUERDA CID S 52.8 submetido a tratamento cirúrgico, recebeu alta hospitalar dia 19/10/15. Paciente encontra-se em tratamento ambulatorial incapacitado de exercer suas atividades com previsão de 120 dias.

Fortaleza, 19 de outubro de 2015

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

JEFSON DA ROCHA
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS LTDA
CNPJ: 07.272.297/0001-93

Jefson Rocha da Cruz
Matricula 00375
AUX. SAME

p/ Gláucia

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3213



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Aten: 4289561 Dt. Atende: 29/09/2015 - 14:42
Reg.: 231554 Dt. Reg.: 03/10/1980
Nome: ANTONIO SA DE OLIVEIRA
End.: ACARAUA
ZONA RURAL: VITORIA DO CEARA-DE: CEP: 62300000



ATENDIMENTO: ADULTO ☒

PEDIÁTRICO ☐

CIRÚRGICO ☐

ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Amarelo

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 14:20

PROCEDÊNCIA: Vitoria do Ceará

PROCUROU PSF: SIM ☒

CAUSAS:

- ☐ ENCAMINHADO
- ☐ NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
- ☐ NÃO TINHA MÉDICO
- ☐ POSTO ESTAVA FECHADO
- ☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

NÃO ☒ CAUSAS:

- ☐ NÃO É EFICIENTE
- ☐ É LONGE DE CASA
- ☐ NUNCA TEM MÉDICO
- ☐ TEM PLANO DE SAÚDE

☒ TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

☐ UBS

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
PP: Andreia R. Montenegro
COORDENADORA

- ☐ SAMU
- ☐ CARRO
- ☐ DEAMBULANDO
- ☒ OUTRAS AMBULANCIAS
- ☐ MOTO, BICICLETA...

ped. F. F. F.
[Signature]

DA DO ACOLHIMENTO:

Paciente 26 anos vítima de acidente de moto, trauma
no M.E. RMSE + alergia, sem deambular.

PA: 1 FULSO: FR: TEMP.: PESO:

TIPO DE AGENTE:

- ☐ Acidente com objetos corto-contusos
- ☐ Choque elétrico
- ☐ Ingestão acidental
- ☐ Queimaduras
- ☐ Atropelamento
- ☐ Carro
- ☐ Mordedura de animais
- ☐ OUTROS
- ☐ Queda. De onde?
- ☐ Produto químicos farmacêuticos
- ☐ 3º Grau Por:
- ☐ Bicicleta
- ☒ Moto
- ☐ Selvagem
- ☐ Acidente por arma de fogo
- ☐ Afogamento
- ☐ Corpo estranho
- ☐ 1º Grau
- ☐ 2º Grau
- ☐ 3º Grau Por:
- ☐ Água
- ☐ Óleo
- ☐ Alcool
- ☐ Elétrico
- ☐ Carro
- ☐ Moto
- ☐ Outros
- ☐ com capacete
- ☒ sem capacete
- ☐ Ofídico

LOCAL DO ACIDENTE:

- ☐ Domicílio
- ☒ Via Pública
- ☐ Escola
- ☐ Outros

COD. 4950

TIPO DE TRAUMA

- ☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO
☐ PAI ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO: _____

Amarelo, 26 anos, agricultor, estilita, natural de Vigor.

Próximo de colisão moto-moto, sem capacete e sem qualquer proteção (sem-
pre médio, com cavalcadema ao Rx) e sem E (sem-
pre médio, sem cavalcadema ao Rx).
Encontrou-se com o veículo e não conseguiu sair dele.

CONDUTA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

Dr. João César Chagas e Cavalcante
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
Ass: Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

- ☐ COM MEDICAÇÃO
☐ SEM MEDICAÇÃO

- ☐ ALTA COMPLEXIDADE
☐ INTERNAÇÃO

- ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☐ INTERNADO: ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ ALTA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS
☐ TRANSFERÊNCIA

ALTA DO PACIENTE

Data: ____/____/____

Hora: _____

Santa Casa de M. de Sob.
 S.A.M.E.
 CONFERE COM O ORIGINAL
 PP: Andréia R. Montenegro
 COORDENADORA

INSTITUTO DR. JOSÉ FROYA
Instituição de proteção à vida

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **INSTITUTO DR. JOSÉ FROYA**

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **PSA**

5 - NOME DO PACIENTE: **ANTONIO SA OLIVEIRA**

6 - Nº PRONTUÁRIO: **158 263**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **1026011204870541**

8 - DATA NASCIMENTO: **03/10/1988**

9 - SEXO: ☒ Masc ☐ Fem

10 - RAÇA/COR: **10.1 - ETN**

11 - NOME DA MÃE / PAI: **TEREZA ALVES DE SA OLIVEIRA**

12 - TELEFONE DE CONTATO:

13 - NOME DO RESPONSÁVEL: **N.I**

14 - TELEFONE DE CONTATO:

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): **JOSE CAVALCANTE PARANGABA SÍTIO CABAUBAS S/N - VICOSA DO CEARÁ**

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **FORTALEZA**

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF: **CE**

19 - CEP: **62300**

JUSTIFICAR A INTERNAÇÃO:

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE COM FRATURA DE ANTEBRAÇO + FEMUR, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DEFINITIVO

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: **FRATURA DE ANTEBRAÇO + FEMUR**

24 - CID 10 PRINCIPAL: **S723**

25 - CID 10 SECUNDÁRIO: **V22**

26 - PRONTUÁRIO DE ACIDENTADOS LTA: **Antonio S. Oliveira**
Diretor Clínico

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **TTTO CIRÚRGICO**

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

29 - CLÍNICA: **TRAUMA**

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **EMERGÊNCIA**

31 - DOCUMENTO: ☐ CNS ☐ CPF

32 - NOME DO RESPONSÁVEL DO SOLICITANTE: **Cláudia Maria Faciel**

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

34 - DATA SOLICITAÇÃO: **12/10/2015**

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - Nº DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

42 - CNPJ DA EMPRESA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:

48 - DOCUMENTO:

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **/ /**

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:



Boletim de Descrição Cirúrgica

agnóstico Pré-Operatório:

Fernando de Azevedo

peração/Procedimento:

TR - C/MA

Código:

09090007P

agnóstico Pós-Operatório:

0 mm

Assepsia/antisepsia ☒

Aposição de campos estéreis ☒

irurgião:

uxiliar 1:

uxiliar 2:

nestesiologista:

Claudio José Fernandes Edrício
CPF 10.112.123-87
09/09/78

CRISTIAN

Antibióticos Utilizados:

- ☐ Profilático
- ☐ Terapêutico
- ☐ Pré-Operatório
- ☐ Transoperatório
- ☐ Não

- ☐ Limpa
- ☐ Contaminada
- ☐ Infectada
- ☐ Potencialmente contaminada

Dreno/Localização:

Antibióticos Utilizados:

Prontuário

ANTONIO SA DE OLIVEIRA

158.263

Leito:

663

Descrição da Operação:

1. P.C. 1500 Son 120000
2. ASSEPSIA A C/MA
3. Aposição no C/MA
4. L
5. 120000 E F1 Tal
6. 120000 (MA
7. 120000 Tal
8. 120000 Tal
9. 120000 Tal
10. 120000 Tal
11. 120000 Tal
12. 120000 Tal
13. 120000 Tal
14. 120000 Tal
15. 120000 Tal
16. 120000 Tal
17. 120000 Tal
18. 120000 Tal
19. 120000 Tal
20. 120000 Tal
21. 120000 Tal
22. 120000 Tal
23. 120000 Tal
24. 120000 Tal
25. 120000 Tal
26. 120000 Tal
27. 120000 Tal
28. 120000 Tal
29. 120000 Tal
30. 120000 Tal
31. 120000 Tal
32. 120000 Tal
33. 120000 Tal
34. 120000 Tal
35. 120000 Tal
36. 120000 Tal
37. 120000 Tal
38. 120000 Tal
39. 120000 Tal
40. 120000 Tal
41. 120000 Tal
42. 120000 Tal
43. 120000 Tal
44. 120000 Tal
45. 120000 Tal
46. 120000 Tal
47. 120000 Tal
48. 120000 Tal
49. 120000 Tal
50. 120000 Tal
51. 120000 Tal
52. 120000 Tal
53. 120000 Tal
54. 120000 Tal
55. 120000 Tal
56. 120000 Tal
57. 120000 Tal
58. 120000 Tal
59. 120000 Tal
60. 120000 Tal
61. 120000 Tal
62. 120000 Tal
63. 120000 Tal
64. 120000 Tal
65. 120000 Tal
66. 120000 Tal
67. 120000 Tal
68. 120000 Tal
69. 120000 Tal
70. 120000 Tal
71. 120000 Tal
72. 120000 Tal
73. 120000 Tal
74. 120000 Tal
75. 120000 Tal
76. 120000 Tal
77. 120000 Tal
78. 120000 Tal
79. 120000 Tal
80. 120000 Tal
81. 120000 Tal
82. 120000 Tal
83. 120000 Tal
84. 120000 Tal
85. 120000 Tal
86. 120000 Tal
87. 120000 Tal
88. 120000 Tal
89. 120000 Tal
90. 120000 Tal
91. 120000 Tal
92. 120000 Tal
93. 120000 Tal
94. 120000 Tal
95. 120000 Tal
96. 120000 Tal
97. 120000 Tal
98. 120000 Tal
99. 120000 Tal
100. 120000 Tal

Assinatura do cirurgião/CRM



26

VND



Boletim de Descrição Cirúrgica

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura - Antebraço Data: 16/10/15

Operação/Procedimento: OT - Clavícula Código: 0308.20431

Diagnóstico Pós-Operatório: Distúrbio Assepsia/antissepsia ☒ Aposição de campos estéril ☒

Cirurgião: Cláudio José Gonçalves Eufrazio EXAMES RADIOLOGICO: TRANSOPERATORIO: ☐ Sim ☐ Não EXAME HISTOPATOLÓGICO: ☐ Solicitado ☐ Não Solicitado ☐ Enviado do Laboratório ☐ Entrega à Família

Auxiliar 1: CRM 4077 Anestesiologista: PAULO ☐ Profilático ☐ Limpa ☐ Terapêutico ☐ Contaminada ☐ Pré-Operatório ☐ Infectada ☐ Transoperatório ☐ Potencialmente contaminada ☐ Não

Antibióticos Utilizados: Dreno/Localização:

Paciente: ANTONIO SÁ DE OLIVEIRA Leito: 663 Prontuário: 188263

1. P-LIBERSON
2. ASSESSORIA DO MIST
3. ANAESTESIA
4. NERVO E FIBRA
5. ENT 1/16
6. ENT 1/16
7. ENT 1/16



Assinatura do cirurgião/CRM
CRM 4077



PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 10/12/15 Paciente: Antônio Sá de Oliveira Prescrição Médica

Leito: 663 Prontuário: 58.263

Horário	PA(mmHg)	T(°C)	FC(bpm)	FR(lpm)	Visão
8h	120x80	36,4	-	-	2
15h	130x80	37,2	-	-	2
22h	100x70	36,5	-	-	2
Horário	6 horas	11 horas	17 horas	21 horas	

Glicemia

Evolution de Enfermagem: Paciente aguardando cirurgia de emergência.

Marta de Fátima

1. Dieta Geral 20ml	OK 22 06	15h	130x80	37,2	-	-	2
2. Diclofenaco 50mg VO 8/8h	OK 22 06	22h	100x70	36,5	-	-	2
3. Dipirona 500mg VO 6/6h SN	OK 22 06	Horário	6 horas	11 horas	17 horas	21 horas	
4. Omeprazol 20mg VO 24/24h	OK 22 06	Evolution de Enfermagem:					
5. Heparina Sódica 5000UI 24/24h	OK 22 06	Paciente aguardando cirurgia de emergência.					
6. SSV	OK 22 06	Paciente aguardando cirurgia de emergência.					
7. SE 100ml	OK 22 06	Paciente aguardando cirurgia de emergência.					
1. Dieta Geral 20ml	OK 22 06	Paciente aguardando cirurgia de emergência.					
2. Diclofenaco 50mg VO 8/8h	OK 22 06	Paciente aguardando cirurgia de emergência.					
3. Dipirona 500mg VO 6/6h SN	OK 22 06	Paciente aguardando cirurgia de emergência.					
4. Omeprazol 20mg VO 24/24h	OK 22 06	Paciente aguardando cirurgia de emergência.					
5. Heparina Sódica 5000UI 24/24h	OK 22 06	Paciente aguardando cirurgia de emergência.					
6. SSV	OK 22 06	Paciente aguardando cirurgia de emergência.					
7. SE 100ml	OK 22 06	Paciente aguardando cirurgia de emergência.					

Dr. José Roberto de Almeida
Oncologista
CRM 3173

Dr. Roberto de Almeida
Oncologista
CRM 3173

DATA

2



Av. Desembargador Moreira, 2203, Município Tanque, CEP: 60110-000
Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 29/04/15 Paciente: Antonio Sá de Oliveira

Prescrição Médica

Horário

Leito: 663 Prontuário: 158263

Horário	PA(mmHg)	T(°C)	FC(bpm)	FR(lpm)	Vist
8h	13x10	36,4	-	-	2
15h	20x90	36,4	-	-	-
22h	-	-	-	-	-

Horário	6 horas	11 horas	17 horas	21 hor.
Glicemia				

Evolução de Enfermagem:

Recebeu o exame e encontrou
febre de alta hospitalar.

Dr. João Roberto Mendes
CRM 3135

Dr. João Roberto Mendes
CRM 3135

Atualmente, com paciente
bem-estar, mobilizado
e melhora em peso no
diagnóstico hospitalar - febre de alta hospitalar
CORREN 66854

Atualmente alta
hospitalar as 15h.
LCC.

Paciente: **ANTONIO SA DE OLIVEIRA**

Diagnóstico: Ex de dor no joelho e coxa (27/9/11)

Idade

Evolução/ Parecer

Assinatura

12/10/11 Ex + internação em UICUBEN de coxa (2) e
dor no joelho (2) após cirurgia em articulação
do joelho. Ex de dor no joelho e coxa.
H6: Dor no joelho e coxa.
Ex de dor no joelho e coxa.
Plano de tratamento: Fisioterapia e analgesia.
Ex de dor no joelho e coxa.
Ex de dor no joelho e coxa.

Dr. Sidnei Torres Vieira Junior
CRM 13.555

13.10.11 Ex de dor no joelho e coxa

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113

14.10.11 Ex de dor no joelho e coxa

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113

15.10.11 Ex de dor no joelho e coxa

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113

16.10.11 Ex de dor no joelho e coxa

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113

17.10.11 Ex de dor no joelho e coxa - Ex de dor no joelho e coxa

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113

18.10.11 Ex de dor no joelho e coxa

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113

19.10.11 Ex de dor no joelho e coxa

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113