



# ACTUS

Advogados Associados

## “PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

**OUTORGANTE:** Heliana Ana de Oliveira, brasileira, solteira,  
autônoma, inscrita na RG nº 2015.122038-8 e na CPF  
536.367.161-15, residente e domiciliada na Rua Francisco  
Dias Seabra, 799, Trindade, Juazeiro do Norte - CE

**OUTORGADO:** THOMAZ ANTÔNIO NOGUEIRA BARBOSA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 20.787 e ANTONIO ALLAN LEITE SARAIVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 23.502, ALANA CORREIA DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE sob o n.º 30.218, ANDEISE SILVA FARIAS NOGUEIRA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o n.º 35.332, ambos com escritório situado à Rua Zuca Sampaio n.º 649, Santo Antônio, Barbalha/CE onde recebe intimações e avisos.

**PODERES:** O(A) outorgante concede os mais amplos, gerais, especiais e ilimitados poderes, para representá-lo(a) junto ao foro em geral, conforme o artigo 105 do CPC, bem como os poderes da cláusula “*ad judicium et extra*”, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(os(as) nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais, acompanhando-o(a) e promovendo quaisquer medidas preliminares, previstas ou asseguratórias dos seus direitos e interesses; conferindo-lhe, também, poderes especiais para transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação e/ou procedimento, requerer gratuidade da justiça, enfim, receber e dar quitação de valores depositados em instituições financeiras, firmar compromisso, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, propor execução, requerer insolvência, rescisória, embargos, agravos, agindo em conjunto ou separadamente, podendo, ainda, representar junto às instituições financeiras e repartições públicas federais, estaduais e municipais; empresas públicas, autárquicas, sociedades de economia mista, pessoas jurídicas de direito público/privado ou pessoas físicas em geral, podendo substabelecer (em conjunto ou isoladamente), com ou sem reserva de poderes, o presente mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, enfim, poderá o(s) procurador(es), praticar(em), alegar(em), promover(em) e assinar(em) todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

**DECLARA** o outorgante, nos termos da Lei nº 13.105/15, Arts. 98 e 99 de que não possui recursos suficientes para arcar com as despesas do processo em afetar diretamente o seu próprio sustento e de sua família.

Barbalha/CE, 02 de NOVEMBRO de 2018

Heliana Ana de Oliveira

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

**Polegar Direito**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

*Hiolanda Ana de oliveira*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2015122088 - 8 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/09/2013

NOME **HIOLANDA ANA DE OLIVEIRA**

FILIAÇÃO **PEDRO ALEXANDRINO NETO**  
**MARIA ANA ALEXANDRINO**

NATURALIDADE **FARIAS BRITO - CE** DATA DE NASCIMENTO **02/06/1968**

DOC. ORIGEM **CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:SEDE TERMO:9618 FOLHA:74 V LIVRO:26**

**FARIAS BRITO - CE**

CPF **536.367.161-15** RG: ANT: 175404088 P.: 199

1 VTA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

**NO DO CLIENTE**

**3726777-9**

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

Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 05.105.848-3

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°**

Rota 05 13000 12 026800 - 9 Data de Emissão 516159918 08/03/2018

Nome JOSE UMBERTO BRITO DE SOUZA

End. Postal RU FRANCISCO DIAS SOBREIRA 00794

Medidor TIRADENTES - JUAZEIRO DO NORTE - 63031220

Classe 4891197 Poste 0000 0000

RG/CPF/CNPJ 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO CGF

Nome do Responsável 096632978-32

**DATAS**

| Mês de Referência | Data da Apresentação | Previsão Próxima Leitura |
|-------------------|----------------------|--------------------------|
| Mar/2018          | 08/03/2018           | 06/04/2018               |

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JUAZEIRO DO NORTE

Mês Jan/2018 EUSD 36,16

| Mês      | Apuração Individual |       |       |
|----------|---------------------|-------|-------|
|          | Mensal              | Trim. | Anual |
| Jan/2018 | 4,95                | 9,91  | 29,82 |
| Fev/2018 | 3,17                | 6,35  | 12,70 |
| Mar/2018 | 2,77                | 4,75  | 14,25 |

**ICMS**

| Base de Cálculo (R\$) | Alíquota | Valor do Imposto |
|-----------------------|----------|------------------|
| 60,10                 | 27,00%   | 16,22            |

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

5000,0001 0076 0004 4007 4003 0406 0100

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

| Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Cons. Incl. | Cons. Fat. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------------|----------------|--------|---------------|-------------|------------|------------------|-------------|
| 11906       | 11819          | 1,00   | 87            | 0,00        | 07         | 2,29081          | 60,10       |

08/03/18 06/03/18 30 DIAS 87 60,10

**DESCRICAÇÃO**

| DESCRICAÇÃO                 | VALOR (R\$) |
|-----------------------------|-------------|
| VALOR CONSUMO DO MES        | 60,10       |
| MULTA MORATORIA REF 02/2018 | 1,52        |
| CORRECAO MONETARIA DO MES   | 1,89        |
| JUROS DO MES                | 2,49        |
| INDENIZACAO MENSAL DMIC     | -1,23       |

**VENCIMENTO 15/03/2018**

**TOTAL A PAGAR (R\$) 64,77**

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

|                            |              |
|----------------------------|--------------|
| Energia                    | 20,47        |
| Transmissão                | 2,05         |
| Distribuição               | 13,50        |
| Encargos Setoriais         | 4,61         |
| Tributos (ICMS PIS/COFINS) | 16,07        |
| <b>TOTAL</b>               | <b>60,10</b> |

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

| Mês | Consumo (kWh) |
|-----|---------------|
| 109 | 87            |
| 111 | 134           |
| 113 | 146           |
| 115 | 150           |
| 117 | 97            |
| 119 | 99            |
| 121 | 87            |
| 123 | 108           |
| 125 | 109           |
| 127 | 120           |
| 129 | 69            |

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

| Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica. | Consciência Ecológica (%CO <sub>2</sub> ) |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Emitido kg (CO <sub>2</sub> ) 37,60                      | Compensado kg (CO <sub>2</sub> ) 0,00     |

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

**CONTAS EM ATRASO**

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contábeis em atraso. Segue o detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 122 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

| DEBITOS ANTERIORES | Valor (R\$)  |
|--------------------|--------------|
| 02/2018            | 78,22        |
| <b>Total</b>       | <b>78,22</b> |

Consta desta fatura R\$ 2,65 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,75% e COFINS:3,64%.

Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0005150-11.2019.8.06.0112 e código 42831FE.





SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

**BOLETIM DE Ocorrência N° 488 - 8380 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **24/07/2018 11:23:30**  
Data / Hora da Ocorrência: **05/05/2018 18:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA AILTON GOMES**  
Complemento:  
Bairro: **JOÃO CABRAL** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**  
Ponto de Referência: **PARQUE ECOLÓGICO**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **HIOLANDA ANA DE OLIVEIRA**  
Nascimento: **02/06/1968** CPF: **536.367.161-15**  
RG: **20151220888** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA ANA ALEXANDRINO**  
**PEDRO ALEXANDRINO NETO**  
Endereço: **RUA JOSÉ HUMBERTO BRITO DE SOUZA, 794**  
Bairro: **TIRADENTES**  
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98806-1842**

**Noticiante(s)**

Nome: **FRANCISCO FERREIRA LIMA**  
Nascimento: **01/03/1994** CPF: **054.029.913-83**  
RG: **20077654409** Orgão Emissor: **SSPDS** UF:  
Filiação: **EXPEDITA FERREIRA LIMA**  
**RAIMUNDO FRANCISCO PEREIRA**  
Endereço: **RUA JOSE HORÁCIO PEQUENO, 665**  
Bairro: **LAMEIRO** CEP:  
Município: **CRATO/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9793-9813**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **ORY6899** Uf: **CE** Município: **CRATO** Chassi:  
**9C2JC4110DR708488** Renavam: **503670200** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano  
Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor:  
**AZUL** Proprietário: **NUBIA DE SENA LIMA** Situação: **NÃO INFORMADO**  
Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

Advertido (a) das penalidades previstas para os arts. 229, 304, 339 e 340, todos do CP, notícia que é habilitado (cnh nº 05611055740, cat. AD) e está nesta DRPC acompanhado da vítima. Afirma que na data, hora e local, acima informados, conduzia o veículo, acima descrito, levando na garupa "HIOLANDA ANA DE OLIVEIRA", ora vítima; trafegava pela Av. Ailton Gomes, bairro João Cabral, próximo ao Parque Ecológico, nesta cidade. Ocorre que, um animal atravessou a via e ao frear perdeu o controle da motocicleta e caíram ao chão; que o noticiante/conductor nada sofreu, já a vítima HIOLANDA ANA foi socorrida por populares e levada para a Unidade de Pronto Atendimento/UPA, no dia seguinte ao acidente foi encaminhada para

x Hiolanda Ana de Oliveira



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 8380 / 2018**

o Hospital Regional do Cariri, e no dia 05/06/2018 ao Hospital São Raimundo da cidade de Crato/Ce, tendo sofrido em virtude do sinistro, fratura no antebraço, conforme ficha de atendimento da UPA, anexa; QUE está fazendo este boletim apenas para fins de seguro DPVAT, não representando, portanto, pela apuração em relação ao crime de lesão corporal culposa no trânsito (art. 303 do CTB); QUE foi perguntado se tem interesse em ser submetido ao exame na PEFOCE, porém a vítima dispensa a Guia de exame de corpo de delito; QUE foi orientado que se posteriormente precisar desse documento, pode procurar esta Delegacia para solicitá-lo. Foi cientificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do (a) declarante; ANEXA: CNH, FICHA DE ATENDIMENTO DA UPA, FICHA DE ATENDIMENTO DO HRC, FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DO HSR, COMPROVANTES DE ENDEREÇOS, RG/CPF E CRLV. Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

VALMIR PEREIRA GOMES JUNIOR - MAT.: 405149-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

x FRANCISCA FERREIRA LIMA

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3

x Hiolanda Ana de Oliveira



**SINISTRO 3180389667 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** HIOLANDA ANA DE OLIVEIRA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Sabemi

Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

**BENEFICIÁRIO** HIOLANDA ANA DE OLIVEIRA**CPF/CNPJ:** 53636716115**Posição em 06-12-2018 18:06:24**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|-------------|
| 02/10/2018        | R\$ 843,75           | R\$ 0,00         | R\$ 843,75  |
| 01/11/2018        | R\$ 843,75           | R\$ 0,00         | R\$ 843,75  |

1687,50



# Dr. Jofrânio Bandeira F. de Caldas

## Clínica Médica - Cirurgia Geral

- Especialização em Medicina da Família e Comunidade.
- Pós-Graduação (Residência Médica em Cirurgia Geral)

Relatório médico  
A paciente Heraldo Agra  
de 40 anos sofreu acidente de  
moto no dia 05/05/2018 que  
resultou em fratura do osso  
do braço (radio ulna) esquerdo.  
Recebeu tratamento = cirúrgico  
= redução imediata = 15 dias  
de fisioterapia. Apresenta se-  
gunda moto (muitos)  
de 70% de mobilidade do punho  
esquerdo. Encontrou-se de el-  
ta definitiva.

CID 10: S52.5.

05/10/2018

Dr. Jofrânio B. F. de Caldas  
MÉDICO  
CREMEC: 6795

Av. Ailton Gomes, 2478 - Pirajá - Juazeiro do Norte-CE - Px. ao Banco do Brasil  
Anexo Laboratório Vidanalise

(88) 3571.1449 / 0800.0791441 / 9 8829.6724 / 9 9689.5332



## RECEITUÁRIO

Hidondo Ara Oliveira

Relatório

Paciente, vítima de acidente (sic). Foi tratado cirurgicamente por fratura em rádio (E) de origem do acidente. Está em fase de reabilitação motora. Foi feita gesso e tem hoje restrição de flexão e de extensão dos braços.

050918

Wassio Murilo da Silva  
Cirurgião  
CRM 12.602



**UPA 24h Limoeiro**

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N  
 Cidade...: JUAZEIRO DO NORTE  
 E-mail...:

CNPJ: 19.622.700/0001-46  
 Telefone: (088) 3512-2373

**30605****Ficha de Atendimento**

Data: **05/05/2018**  
 Hora: **19:30**

Data de Saida:  
 Hora de Saida:

**Paciente**

Nome: **24332HIOLANDA ANA DE OLIVEIRA**  
 Responsável: **HIOLANDA ANA DE OLIVEIRA**  
 Mãe: **MARIA ANA ALEXANDRINO**  
 Endereço: **FRANCISCO DIAS SOBREIRA, 794, FRANCISCANOS - CEP: - - Natural: JUAZEIRO DO**

Nasc: **02/06/1968** Idade: **47**

Telefone: ( ) - Celular: **(88) 8836-8975**

**Documento**

Mat/CNS: Doc. Identidade: Guia: Autorização:  
 Trabalho: Validade da Carteira: Ultimo Pagto:

**Convênio**

Convênio: **SUS** Cod. de Credenciamento: Tipo de Atendimento: **2**

**Queixas do Paciente**

ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

**Antecedentes Médicos****Exame Físico****Exames Complementares****Conclusão Diagnóstica**

CID-10 **S52.2**

FRATURA DE ANTEBRACO

**Tratamento**

AO HTJ

OMA MURAB DE OLIVEIRA  
 CRM: 15716 / CE

DR. Hedilberto Macêdo  
 MÉDICO  
 CRM 10455  
 Diretor Médico

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: HIOLANDA ANA DE OLIVEIRA

Pront.: 160514 Data Nasc.: 02/06/1968 Idade: 49 ano(s) 11 mes(es) e 6 dia(s) Admissão: 06/05/2018 01:06

Mãe: MARIA ANA ALEXANDRINO

Sexo: Feminino

RG:

Município: JUAZEIRO DO NORTE

CEP

Bairro: TIRADENTES

Tel.: 88 99718-8959

Endereço: RUA FRANCISCO DIAS SOBREIRA

Num: 794

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO

Classificador DANIELA BARBOZA SABÓIA CRUZ

Horário 06/05/2018 01:19

Queixa:

paciente vítima de acidente de trânsito encaminhada da UPA pelo cirurgião para avaliação da ortopedia com HD de fratura em rádio distal esquerdo. queixa-se de dor e dificuldade para mexer punho esquerdo e dor e edema em tornozelo direito.

Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador: DOR MODERADA

Sato02:

### ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: PAULO JOSE DE MACEDO FILHO

CRM: 14804

Nº: 425677

Horário 06/05/2018 01:26

Acidente: Sim

Agressão: Não

Peso:

P.A.:

Eixo:

OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE COM FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO, APOS ACIDENTE DE MOTO HÁ 6H.

EF: EDEMA:+++ EM ++++. COM DOR A PALPAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO.

NEUROVASCULAR: PRESERVADO

CD: REDUÇÃO INCRUENTA+ANALGESIA

PROCURAR SECRETARIA PARA ACOMPANHAMENTO

### ALTA

Data: 06/05/2018 02:36

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

| Data             | Fluxograma                | Discriminador | Risco   | Profissional                |
|------------------|---------------------------|---------------|---------|-----------------------------|
| 06/05/2018 01:19 | PROBLEMAS EM EXTREMIDADES | DOR MODERADA  | AMARELO | DANIELA BARBOZA SABÓIA CRUZ |

### EXAME

| Nome | Data Solicitação | Urgente | Situação |
|------|------------------|---------|----------|
|------|------------------|---------|----------|

**EVOLUÇÃO**

| Data Cadastro | Usuário Cadastro | Descrição |
|---------------|------------------|-----------|
|---------------|------------------|-----------|

**ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL**

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 05/06/2018 08:08

N.Atendimento...: 490826  
Data Atendimento: 05/06/2018 Hora:07:53  
Médico Respons...: CASSIO MURILO DA SILVA  
Recepcionista...: VANUZA  
Setor Atend.....: CONSULTORIO

Convênio....: BPA SUS  
Matricula...: 898000148503782  
Guia.....:  
Tipo Atend.: AMBULATORIAL  
Serviço.....: CONSULTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente.: HIOLANDA ANA DE OLIVEIRA Pront: 138534  
Dta Nasc.: 02/06/1968 - 50 Anos - Sexo: FEMININO Est.Civil:SOLTEIRO RG: 2015122088  
Endereço.: RUA FRANCISCO DIAS SOBREIRO 794 CASA Município:JUAZEIRO DO NORTE  
Cep.....: 63100000 Bairro:TIRADENTES  
Estado....: CE Resp.: HIOLANDA ANA DE OLIVEIRA  
Fone.....: 8888061842 97188959

DIAGNÓSTICO

CONSULTA MÉDICA

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[ ] Resid. [ ] Ambul. [ ] Itern. [ ] Outro [ ] Clínica [ ] Cirurg [ ] Obst. [ ] Ped. [ ] Oftalmo. [ ] Outro

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

[ ] RAIO-X

[ ] ULTRASSOM

[ ] ENDOSCOPIAY

MOTIVO DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dr. (a) CASSIO MURILO DA SILVA  
CRM: 6002

Hiolanda Ana de Oliveira  
Paciente / Responsável



FICHA DE INTERNAÇÃO

Contratado: 24/06/2018  
Comp.: /  
Apres.: /

Prontuário N°.: 138534  
Internação N°.: 490887

Impresso: 05/06/2018 09:24

-DADOS DO PACIENTE-

Paciente.: HIOLANDA ANA DE OLIVEIRA  
Respons.: HIOLANDA ANA DE OLIVEIRA

Nasc.: 02/06/1968 Idade: 50 Sexo: F

Matricula: 898000148503782  
Endereço.: RUA FRANCISCO DIAS SOBREIRO 7  
Cidade.: JUAZEIRO DO NORTE  
Filiação.: Mãe - MARIA ANA ALEXANDRINO  
CPF.: 536.367.161-15 RG: 2015122088

Bairro.: TIRADENTES Cep.: 63100000  
Telefone: 8888061842 97188959  
Pai - PEDRO ALEXANDRINO NETO  
UF: Orgão: Natural: FARIAS

BRITO

Raça.: PARDO

Profissão:

Est. Civil: SOLTEIRO

-DADOS DE ATENDIMENTO-

Médico.: CASSIO MURILO DA SILVA  
Clínica.: INTERN. CIRURGICA  
Setor.: POSTO FEMININO  
Acomod.: AF03

Cadastro.: VANUZA /Atendente: VANDA  
Data/Hora.: 05/06/2018 09:21  
Convênio.: CONVENIO JUAZEIRO 17/2017  
Carater.: ELETIVA  
Tipo Acom.: ENFERMARIA TRAUMATO

to.: AF3.01 Trans. P/Leito: Enf/Apto:

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

HDA:

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS ( ) DM ( ) AVC ( ) ALERGIA A DROGAS ( )

INTERNAMENTOS PREVIOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS: PA = FP = FR = TA =

ACV:

AR.:

ABDOMEN:

NEUROLÓGICO:

ECG: AO = RV =

PUPILAS:

DIAGNÓSTICO

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

RESERVADO A RECEPÇÃO  
N° DO UNISUS:  
ASS.:

TRASNF. P/ MÉDICO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

ALTA EM: 06/06/2018  
Dr. Cassio Murilo da Silva  
CPF: 346.313.483-72  
CREMEC 6002

MEDICO(A): 6002 CASSIO MURILO DA SILVA



[illegible]

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                                |   |                                                            |   |                               |     |       |   |         |   |           |   |                        |   |    |    |     |    |     |    |                        |      |   |    |    |     |     |      |    |     |    |    |    |    |        |         |         |          |   |   |   |   |    |    |     |    |     |    |     |      |   |    |    |     |     |      |   |     |    |    |    |    |        |         |         |          |  |  |          |  |                            |  |                         |  |                               |  |  |  |               |  |                     |  |                    |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------|---|------------------------------------------------------------|---|-------------------------------|-----|-------|---|---------|---|-----------|---|------------------------|---|----|----|-----|----|-----|----|------------------------|------|---|----|----|-----|-----|------|----|-----|----|----|----|----|--------|---------|---------|----------|---|---|---|---|----|----|-----|----|-----|----|-----|------|---|----|----|-----|-----|------|---|-----|----|----|----|----|--------|---------|---------|----------|--|--|----------|--|----------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------------|--|--|--|---------------|--|---------------------|--|--------------------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| SECCIONAL DOS ANESTESIOLOGISTAS DO CARIRI - SANESC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     | FICHA DE ANESTESIA             |   | Nº DO REGISTRO                                             |   |                               |     |       |   |         |   |           |   |                        |   |    |    |     |    |     |    |                        |      |   |    |    |     |     |      |    |     |    |    |    |    |        |         |         |          |   |   |   |   |    |    |     |    |     |    |     |      |   |    |    |     |     |      |   |     |    |    |    |    |        |         |         |          |  |  |          |  |                            |  |                         |  |                               |  |  |  |               |  |                     |  |                    |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| NOME DO PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     | IDADE                          |   | CIRURGIÃO                                                  |   |                               |     |       |   |         |   |           |   |                        |   |    |    |     |    |     |    |                        |      |   |    |    |     |     |      |    |     |    |    |    |    |        |         |         |          |   |   |   |   |    |    |     |    |     |    |     |      |   |    |    |     |     |      |   |     |    |    |    |    |        |         |         |          |  |  |          |  |                            |  |                         |  |                               |  |  |  |               |  |                     |  |                    |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| DATA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     | CLÍNICA                        |   | ANESTESISTA                                                |   |                               |     |       |   |         |   |           |   |                        |   |    |    |     |    |     |    |                        |      |   |    |    |     |     |      |    |     |    |    |    |    |        |         |         |          |   |   |   |   |    |    |     |    |     |    |     |      |   |    |    |     |     |      |   |     |    |    |    |    |        |         |         |          |  |  |          |  |                            |  |                         |  |                               |  |  |  |               |  |                     |  |                    |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| APTO./LEITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     | PRÉ-MEDICAÇÃO-DOSE-HORA-EFEITO |   | CPM 3458<br>MEDICA<br>Dantas Lúndim<br>CPF: 128.857.174-48 |   |                               |     |       |   |         |   |           |   |                        |   |    |    |     |    |     |    |                        |      |   |    |    |     |     |      |    |     |    |    |    |    |        |         |         |          |   |   |   |   |    |    |     |    |     |    |     |      |   |    |    |     |     |      |   |     |    |    |    |    |        |         |         |          |  |  |          |  |                            |  |                         |  |                               |  |  |  |               |  |                     |  |                    |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| <table><tr><td rowspan="2">A</td><td rowspan="2">N20</td><td rowspan="2">02</td><td rowspan="2">S</td><td rowspan="2">T</td><td rowspan="2">E</td><td rowspan="2">M</td><td rowspan="2">P</td><td rowspan="2">A</td><td rowspan="2">V</td><td rowspan="2">PA</td><td rowspan="2">°C</td><td rowspan="2">240</td><td rowspan="2">38</td><td rowspan="2">220</td><td rowspan="2">36</td><td rowspan="2">220</td><td rowspan="2">ANES</td><td rowspan="2">X</td><td rowspan="2">OP</td><td rowspan="2">30</td><td rowspan="2">140</td><td rowspan="2">120</td><td rowspan="2">TEMP</td><td rowspan="2">▲</td><td rowspan="2">100</td><td rowspan="2">80</td><td rowspan="2">60</td><td rowspan="2">40</td><td rowspan="2">20</td><td rowspan="2">Expon.</td><td rowspan="2">Assist.</td><td rowspan="2">Contro.</td><td rowspan="2">SÍMBOLOS</td></tr><tr></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |                                |   |                                                            |   | A                             | N20 | 02    | S | T       | E | M         | P | A                      | V | PA | °C | 240 | 38 | 220 | 36 | 220                    | ANES | X | OP | 30 | 140 | 120 | TEMP | ▲  | 100 | 80 | 60 | 40 | 20 | Expon. | Assist. | Contro. | SÍMBOLOS |   |   |   |   |    |    |     |    |     |    |     |      |   |    |    |     |     |      |   |     |    |    |    |    |        |         |         |          |  |  |          |  |                            |  |                         |  |                               |  |  |  |               |  |                     |  |                    |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | N20 | 02                             | S | T                                                          | E |                               |     |       |   |         |   |           |   |                        |   |    |    |     |    |     |    |                        |      |   |    |    |     |     |      |    |     |    |    |    |    |        |         |         |          | M | P | A | V | PA | °C | 240 | 38 | 220 | 36 | 220 | ANES | X | OP | 30 | 140 | 120 | TEMP | ▲ | 100 | 80 | 60 | 40 | 20 | Expon. | Assist. | Contro. | SÍMBOLOS |  |  |          |  |                            |  |                         |  |                               |  |  |  |               |  |                     |  |                    |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                                |   |                                                            |   |                               |     |       |   |         |   |           |   |                        |   |    |    |     |    |     |    |                        |      |   |    |    |     |     |      |    |     |    |    |    |    |        |         |         |          |   |   |   |   |    |    |     |    |     |    |     |      |   |    |    |     |     |      |   |     |    |    |    |    |        |         |         |          |  |  |          |  |                            |  |                         |  |                               |  |  |  |               |  |                     |  |                    |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| <table><tr><td colspan="2">AGENTES</td><td colspan="2">DOSES</td><td colspan="2">TÉCNICA</td><td colspan="2">ANOTAÇÕES</td></tr><tr><td>A. <i>[assinatura]</i></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>B. <i>[assinatura]</i></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>C.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>D.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>E.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>F.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>G.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">LÍQUIDOS</td><td colspan="2">CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA</td><td colspan="2">NASO/OROTRAQUEAL - CEGA</td><td colspan="2">BAL. - TAMP - CALIBRE DO TUBO</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">SOB - MÁSCARA</td><td colspan="2">DIFICULDADE TÉCNICA</td><td colspan="2">TEMPO DE ANESTESIA</td></tr><tr><td colspan="2">TOTAL</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr></table> |     |                                |   |                                                            |   | AGENTES                       |     | DOSES |   | TÉCNICA |   | ANOTAÇÕES |   | A. <i>[assinatura]</i> |   |    |    |     |    |     |    | B. <i>[assinatura]</i> |      |   |    |    |     |     |      | C. |     |    |    |    |    |        |         | D.      |          |   |   |   |   |    |    | E.  |    |     |    |     |      |   |    | F. |     |     |      |   |     |    |    | G. |    |        |         |         |          |  |  | LÍQUIDOS |  | CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA |  | NASO/OROTRAQUEAL - CEGA |  | BAL. - TAMP - CALIBRE DO TUBO |  |  |  | SOB - MÁSCARA |  | DIFICULDADE TÉCNICA |  | TEMPO DE ANESTESIA |  | TOTAL |  |  |  |  |  |  |  |
| AGENTES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     | DOSES                          |   | TÉCNICA                                                    |   | ANOTAÇÕES                     |     |       |   |         |   |           |   |                        |   |    |    |     |    |     |    |                        |      |   |    |    |     |     |      |    |     |    |    |    |    |        |         |         |          |   |   |   |   |    |    |     |    |     |    |     |      |   |    |    |     |     |      |   |     |    |    |    |    |        |         |         |          |  |  |          |  |                            |  |                         |  |                               |  |  |  |               |  |                     |  |                    |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| A. <i>[assinatura]</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                                |   |                                                            |   |                               |     |       |   |         |   |           |   |                        |   |    |    |     |    |     |    |                        |      |   |    |    |     |     |      |    |     |    |    |    |    |        |         |         |          |   |   |   |   |    |    |     |    |     |    |     |      |   |    |    |     |     |      |   |     |    |    |    |    |        |         |         |          |  |  |          |  |                            |  |                         |  |                               |  |  |  |               |  |                     |  |                    |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| B. <i>[assinatura]</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                                |   |                                                            |   |                               |     |       |   |         |   |           |   |                        |   |    |    |     |    |     |    |                        |      |   |    |    |     |     |      |    |     |    |    |    |    |        |         |         |          |   |   |   |   |    |    |     |    |     |    |     |      |   |    |    |     |     |      |   |     |    |    |    |    |        |         |         |          |  |  |          |  |                            |  |                         |  |                               |  |  |  |               |  |                     |  |                    |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| C.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                |   |                                                            |   |                               |     |       |   |         |   |           |   |                        |   |    |    |     |    |     |    |                        |      |   |    |    |     |     |      |    |     |    |    |    |    |        |         |         |          |   |   |   |   |    |    |     |    |     |    |     |      |   |    |    |     |     |      |   |     |    |    |    |    |        |         |         |          |  |  |          |  |                            |  |                         |  |                               |  |  |  |               |  |                     |  |                    |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| D.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                |   |                                                            |   |                               |     |       |   |         |   |           |   |                        |   |    |    |     |    |     |    |                        |      |   |    |    |     |     |      |    |     |    |    |    |    |        |         |         |          |   |   |   |   |    |    |     |    |     |    |     |      |   |    |    |     |     |      |   |     |    |    |    |    |        |         |         |          |  |  |          |  |                            |  |                         |  |                               |  |  |  |               |  |                     |  |                    |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                |   |                                                            |   |                               |     |       |   |         |   |           |   |                        |   |    |    |     |    |     |    |                        |      |   |    |    |     |     |      |    |     |    |    |    |    |        |         |         |          |   |   |   |   |    |    |     |    |     |    |     |      |   |    |    |     |     |      |   |     |    |    |    |    |        |         |         |          |  |  |          |  |                            |  |                         |  |                               |  |  |  |               |  |                     |  |                    |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| F.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                |   |                                                            |   |                               |     |       |   |         |   |           |   |                        |   |    |    |     |    |     |    |                        |      |   |    |    |     |     |      |    |     |    |    |    |    |        |         |         |          |   |   |   |   |    |    |     |    |     |    |     |      |   |    |    |     |     |      |   |     |    |    |    |    |        |         |         |          |  |  |          |  |                            |  |                         |  |                               |  |  |  |               |  |                     |  |                    |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| G.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                |   |                                                            |   |                               |     |       |   |         |   |           |   |                        |   |    |    |     |    |     |    |                        |      |   |    |    |     |     |      |    |     |    |    |    |    |        |         |         |          |   |   |   |   |    |    |     |    |     |    |     |      |   |    |    |     |     |      |   |     |    |    |    |    |        |         |         |          |  |  |          |  |                            |  |                         |  |                               |  |  |  |               |  |                     |  |                    |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| LÍQUIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     | CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA     |   | NASO/OROTRAQUEAL - CEGA                                    |   | BAL. - TAMP - CALIBRE DO TUBO |     |       |   |         |   |           |   |                        |   |    |    |     |    |     |    |                        |      |   |    |    |     |     |      |    |     |    |    |    |    |        |         |         |          |   |   |   |   |    |    |     |    |     |    |     |      |   |    |    |     |     |      |   |     |    |    |    |    |        |         |         |          |  |  |          |  |                            |  |                         |  |                               |  |  |  |               |  |                     |  |                    |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     | SOB - MÁSCARA                  |   | DIFICULDADE TÉCNICA                                        |   | TEMPO DE ANESTESIA            |     |       |   |         |   |           |   |                        |   |    |    |     |    |     |    |                        |      |   |    |    |     |     |      |    |     |    |    |    |    |        |         |         |          |   |   |   |   |    |    |     |    |     |    |     |      |   |    |    |     |     |      |   |     |    |    |    |    |        |         |         |          |  |  |          |  |                            |  |                         |  |                               |  |  |  |               |  |                     |  |                    |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                                |   |                                                            |   |                               |     |       |   |         |   |           |   |                        |   |    |    |     |    |     |    |                        |      |   |    |    |     |     |      |    |     |    |    |    |    |        |         |         |          |   |   |   |   |    |    |     |    |     |    |     |      |   |    |    |     |     |      |   |     |    |    |    |    |        |         |         |          |  |  |          |  |                            |  |                         |  |                               |  |  |  |               |  |                     |  |                    |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| Larinho-Espasmo-Excesso Secre. Depressão Respiratório-Hipoxia "BUCKING" - Vômito Hemorragia-Arritmia Bradi-Taquicardia-Choque                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |                                |   |                                                            |   |                               |     |       |   |         |   |           |   |                        |   |    |    |     |    |     |    |                        |      |   |    |    |     |     |      |    |     |    |    |    |    |        |         |         |          |   |   |   |   |    |    |     |    |     |    |     |      |   |    |    |     |     |      |   |     |    |    |    |    |        |         |         |          |  |  |          |  |                            |  |                         |  |                               |  |  |  |               |  |                     |  |                    |  |       |  |  |  |  |  |  |  |

OPERAÇÃO

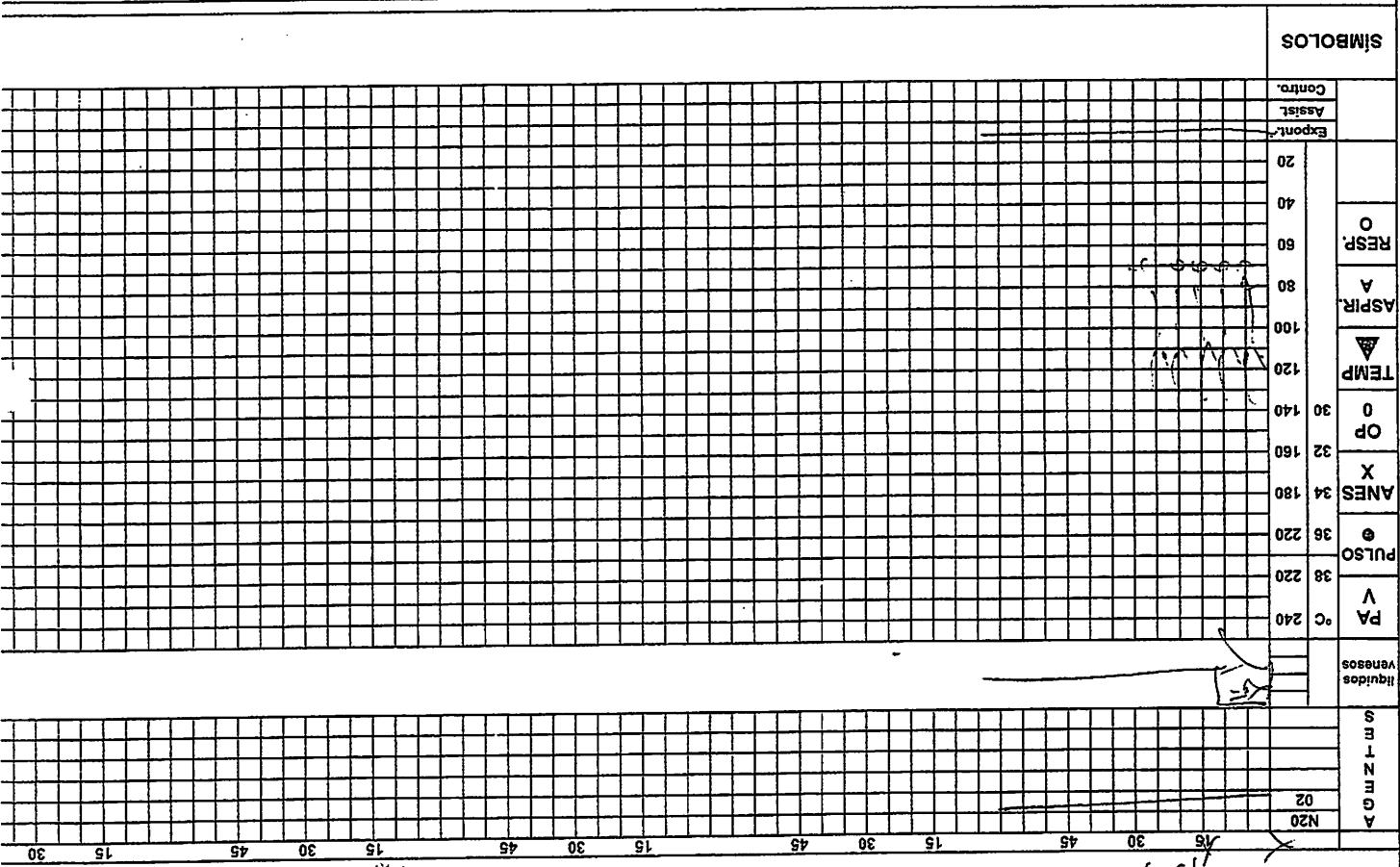
LÍQUIDOS

TEMPO DE ANESTESIA

CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA  
NASO/OROTRAQUEAL - CEGA  
BAL. - TAMP - CALIBRE DO TUBO  
SOB - MÁSCARA  
DIFICULDADE TÉCNICA

ANOTAÇÕES

① *[assinatura]*  
② *[assinatura]*  
③ *[assinatura]*  
④ *[assinatura]*



**FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS ANESTÉSICA**  
**PRÉ-ANESTÉTICO**

|                                 |                 |                 |       |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|-------|
| Nome <u>Hederson de V.</u>      |                 | Reg.            |       |
| Sexo <u>F</u>                   | Idade <u>50</u> | Peso            | Alt.  |
| Clínica                         |                 |                 |       |
| Diag. Pré-Op <u>Fome e sede</u> |                 |                 |       |
| Cirurgia Proposta <u>...</u>    |                 |                 |       |
| Anest. Ant. <u>-</u>            |                 |                 |       |
| Alergia <u>-</u>                |                 |                 |       |
| Fumo Tempo - Quant.             |                 | Alcool          |       |
| Drogas em uso - Doses           |                 |                 |       |
| Estado Mental <u>...</u>        |                 | Tipo de Sangue  |       |
| Boca                            |                 | Pescoço         |       |
| PA. <u>120/80</u>               | F.C. <u>72</u>  | Pulso <u>72</u> | Veias |
| Ap. Resp.                       |                 |                 |       |
| Ap. Irc.                        |                 |                 |       |
| Ap. Gen. - Uri                  |                 |                 |       |
| S. Nervoso                      |                 |                 |       |
| S. Endocrino                    |                 |                 |       |
| Exs. Compl. <u>...</u>          |                 |                 |       |
| E. Físico (asa) <u>...</u>      |                 | Anest. Proposta |       |
|                                 |                 | Assinatura      |       |
| PÓS - ANESTÉSICO                |                 |                 |       |
| Sala de Recuperação             |                 | Enfermaria      |       |
| Data - Hora                     |                 | Data - Hora     |       |
|                                 |                 |                 |       |
|                                 |                 |                 |       |
|                                 |                 |                 |       |
|                                 |                 |                 |       |
|                                 |                 |                 |       |
|                                 |                 |                 |       |
| Assinatura                      |                 | Assinatura      |       |
| Obs.:                           |                 |                 |       |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THOMAZ ANTONIO NOGUEIRA BARBOSA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 14/01/2019 às 08:15, sob o número 0005150-11.2019.8.06.0112 e código 42831FF. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0005150-11.2019.8.06.0112 e código 42831FF.





BOLETIM DE CIRURGIA

BOLETIM DE CIRURGIA

Preencher todos os campos após a cirurgia verso e avverso

NOME DO PACIENTE

Albino de Oliveira

DIAGNÓSTICO

no abdô (C)

OPERAÇÃO

Red. incinerar 1 dia

61 MATERIAL DE SALA

TIPO Q V.U. VT

65

MEDICAMENTOS DE SALA

TIPO Q V.U. VT

N. DA A-IH

CIRURGIA

ANESTESIA

Reg.

CÓDIGO C.I.D.

Conversão, Categoria, Detalhes

1. Piel 2. Mide 3. Gase 4. Serril 5. Mui 6. Especial 7. Fluor e 8. Serril

Início Término

Dia Mês Ano

05 06 18

Da Uhl

Sim Não

05 06 18

Da Uhl

Sim Não

05 06 18

Da Uhl

Sim Não

05 06 18

Da Uhl

Sim Não

05 06 18

Da Uhl

Sim Não

05 06 18

Da Uhl

Sim Não

05 06 18

Da Uhl

Sim Não

05 06 18

Da Uhl

Sim Não

05 06 18

Da Uhl

Sim Não

05 06 18

Da Uhl

Sim Não

05 06 18

Da Uhl

Sim Não

05 06 18

Da Uhl

Sim Não

05 06 18

Da Uhl

Sim Não

05 06 18

Da Uhl

Sim Não

OXIGÊNIO

INÍCIO HORAS

TÉRMINO HORAS

TOTAL DE HORAS

Ass. da Enfermeira

Ass. do Cirurgião

Ass. do Cirurgião

Ass. do Cirurgião

Ass. do Cirurgião

Av. Teodorico Teles, 99 - Crato - CE - Fone: (88) 3523.2600

OFFSET FARMACOPAR - (049) 3533.3399 - CRATO-CE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THOMAS ANTONIO NOGUEIRA BARBOSA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 14/01/2019 às 08:15, sob o número 00051501120198060112. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0005150-11.2019.8.06.0112 e código 42831FE.

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (Ocorrências Principais)

- Reduções  
- gesso de 1.º e 2.º membros

ANESTESIA - (Ocorrências Principais)

Data Ass. e carimbo do Anestesiologista

Relatar causas que justifiquem, a longa duração da operação da anestesia e um maior consumo de material e medicamentos

Data

Cirurgião

Thomaz Antonio Nogueira Barbosa  
14/01/2019 08:15

1º Auxiliar

Ass. e Carimbo do Cirurgião

2º Auxiliar

Ass. e Carimbo

3º Auxiliar

Ass. e Carimbo

Ass. e Carimbo do Anestesiologista - CRM



# Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

## Ficha de Evolução Médica

Paciente: HIOLANDA ANA DE OLIVEIRA  
Convênio: CONVENIO JUAZEI

Prontuario: 138534  
Médico: CASSIO

Leito: AF3.01 Atend.: 490887  
Data/Hora: 05/06/2018 14:47

PACIENTE NO PÓS REDUÇÃO INCRUENTA IMEDIATO

Médico(a): CASSIO MURILO DA SILVA  
CRM:6002-CE



# Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

## ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: HIOLANDA ANA DE OLIVEIRA  
Conv.....: CONVENIO JUAZEI

Prontuario: 138534  
Enfermeiro(a): VIVI

Leito: AF3.01 Atend.: 490887  
Data/Hora: 05/06/18 10:41

MANHÃ

PACIENTE ADMITIDA NESTE SETOR PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO COM DR.CASSIO MURILO, EVOLUI NO LEITO EM ZERO, CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMA, SEGUE NO LEITO E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Técnico(a): VIVIANE MARIA DA SILVA  
COREN: 779297-CE

# PRESCRIÇÃO ELÉTRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA)

## HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Prescrição: 112480

Í +8p\$

Paciente: **HIOLANDA ANA DE OLIVEIRA**  
 Data Solic.: 05/06/2018 14:46:27  
 Data Pr Ini: 05/06/2018 15H  
 Data Atend.: 05/06/2018 09:21:00

Sexo: **FEMININO** Dt Nasc: 02/06/1968 50A 0M 3D  
 Convênio: **CONVENIO JUAZEIRO 17/2017SESAU** Prescrição: 112480  
 Data Pr Enc: 06/06/2018 15H  
 Atendimento: 490887(I) Leito: **AF3.01**

| Dietas      |                                  | Via Frequência Saída Horários |
|-------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Item Código | Descrição                        |                               |
| 01          | DIETA LIVRE APÓS RECUP ANETÉSICA |                               |

| Medicações  |                                                                   | Dose | Uni | Via | Frequência | Qtde Total | Saída Horários |
|-------------|-------------------------------------------------------------------|------|-----|-----|------------|------------|----------------|
| Item Código | Descrição                                                         |      |     |     |            |            |                |
| 02 00010102 | SORO FISIOLÓGICO 500ML INJETAVEL                                  | 2    | FRS | EV  |            | 2          |                |
| 03 00010065 | DIPIRONA SODICA; 500MG/ML AMPOLA 2ML DE 06/06HS -                 | 4    | AMP | EV  |            | 4          |                |
| 04 00010055 | TRAMADOL, CLORIDRATO DE; 50MG/ML AMPOLA 2ML INJETAV DE 12/12 HS - | 2    | AMP | EV  |            | 2          |                |

| Cuidados    |                  | Frequência |
|-------------|------------------|------------|
| Item Código | Descrição        |            |
| 05          | REPOUSO NO LEITO |            |

Ass. Prestador: CASSIO MURILO DA SILVA (CRM 6002)  
 Impresso em 05/06/2018 14:47:11 pelo Usuário CASSIO

Medicação Prescrita Por:  
 Assinado Por:  
 Data: 05/06/18

Medicação Administrada Por:  
 Assinado Por: 952822  
 Hora: 22:00 de 05/06/18

04.00



# Laudo de ECG

Impresso por: AMANDADOROTEA | Cadastrado por: AMANDADOROTEA | Aparelho: ITIPO APARELHO1 | Envio: ITIPO DE ENVIO1

Código: 3975D

Empresa: AGS CLINICA MEDICA

Data: 21/05/2018

Contato:

Fone: 8530884859 Fax: 31091021

Nome: HIOLANDA ANA DE OLIVEIRA

Sexo:

## ECG

Pré-Operatório: R

Admissional: £ Demissional: £ Periódico: £ Controle: £ Emergência: £

## ANÁLISE DO ECG

Derivações realizadas: 12 Derivações + D2 Longo

**ECG NORMAL: R****ECG ALTERADO: £****RITMO SINUSAL: R** FC = 65 BPM

EIXO QRS: -----

INTERVALO PR: ----- ms  
(NL 120 - 200)QRS: ----- ms  
NL (< 120)QTC: ----- ms  
(H - NL ATÉ 450) (M - NL ATÉ 430)

ECG DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE.

HENRIQUE SUZUKI  
MÉDICO CARDIOLOGISTA  
CRM: 54095SP

ASSINATURA:

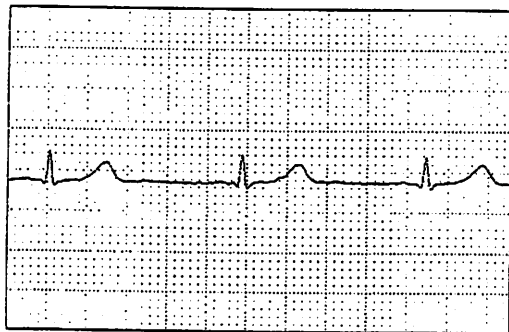
Dr. Henrique Y. Suzuki  
Cardiologia  
CRM 54095

EXAME Nº:0000000649 PACIENTE: HIOLANDA ANA DE OLIVEIRA

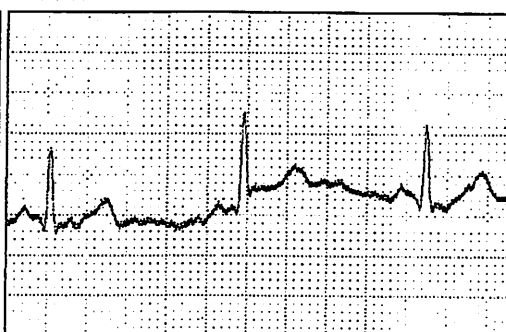
# Eletrocardiograma

21/05/18

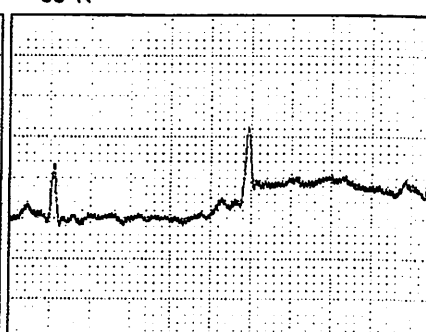
01 N



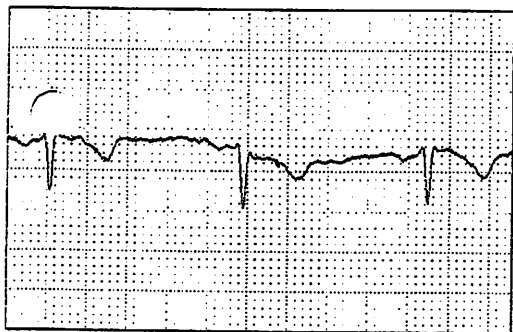
02 N



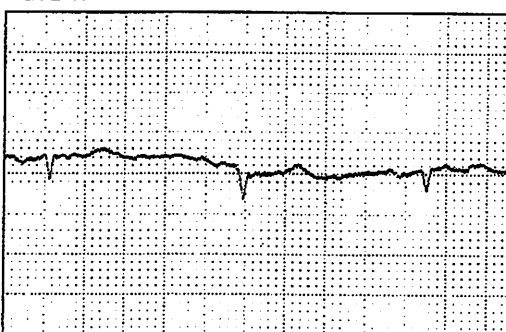
03 N



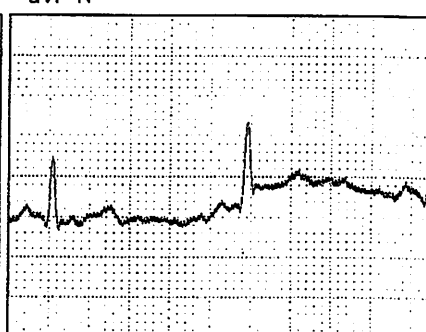
aVR N



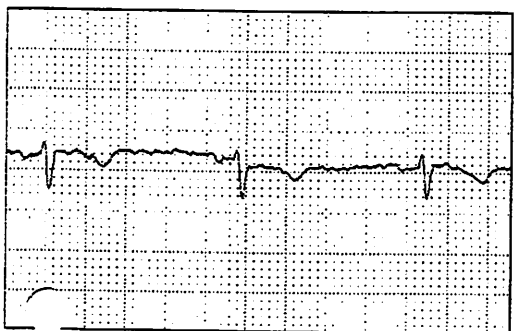
aVL N



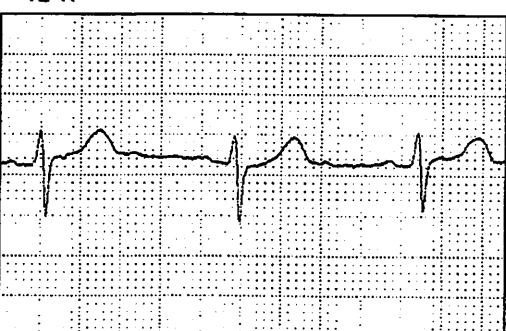
aVF N



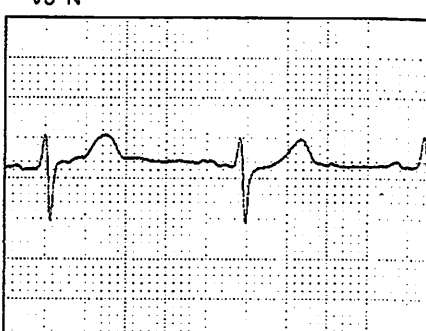
V1 N



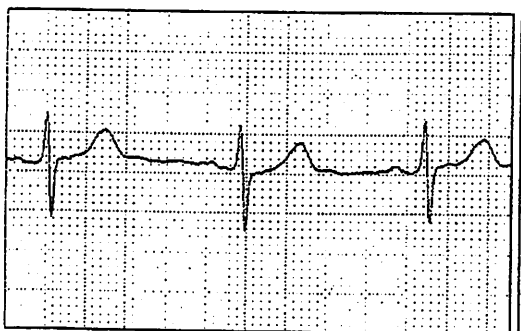
V2 N



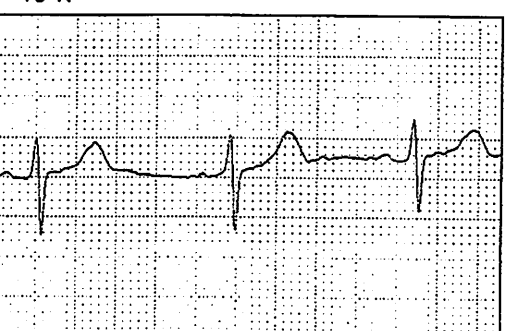
V3 N



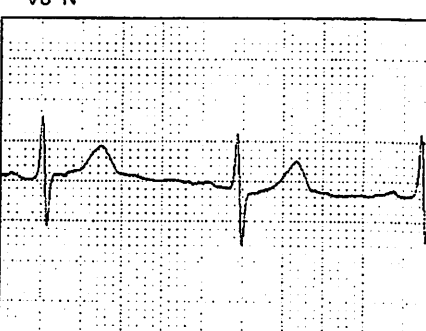
V4 N



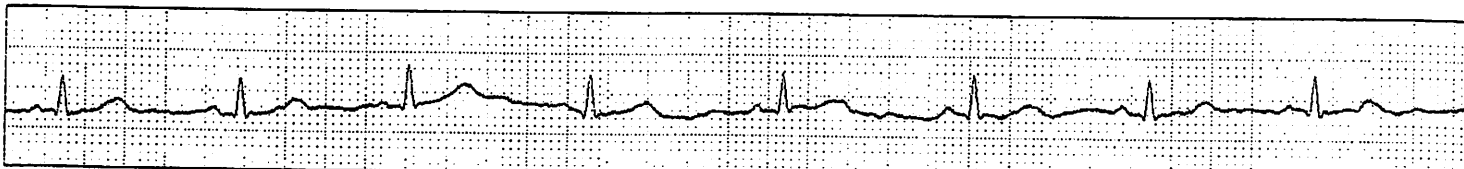
V5 N



V6 N



02 N/2



25 mm/s

FC: 65 bpm (média dos últimos 8s)

Filtros: Rede.MUSC

171114133952LOCAL001 - 1 - 131334205 - V2.02

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THOMAZ ANTONIO NOGUEIRA BARBOSA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 14/01/2019 às 08:15, sob o número 00051501120198060112. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 000515011.2019.8.06.0112 e código 42831FF.





Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: HIOLANDA ANA DE OLIVEIRA  
Conv.....: CONVENIO JUAZEI

Prontuario: 138534  
Enfermeiro(a): JOSILENE

Leito: AF3.01  
Atend.: 490887  
Data/Hora: 05/06/2018 17:00

TARDE:

PACIENTE ADULTA EM TRATAMENTO CIRURGICO, EVOLUI BEM, CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, EM AR AMBIENTE, ELIMINAÇÕES PRESENTES, DIETA ZERO, VVSS, AGUARDANDO PROCEDIMENTO PARA HOJE. ENCAMINHADA AO CC E RETORNOU SOB EFEITO ANESTESICO SEGUIR EM REPOUSO NO LEITO E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

*Josilene*  
Tecnico(a): MARIA JOSILENE PEREIRA DO NASCIMENTO  
COREN: 661345-CE



Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: HIOLANDA ANA DE OLIVEIRA  
Conv.....: CONVENIO JUAZEI

Prontuario: 138534  
Enfermeiro(a): VICTORIA

Leito: AF3.01  
Atend.: 490887  
Data/Hora: 05/06/2018 22:27

NOITE:

PACIENTE P.O.I DE FRATURA EM PUNHO "E", REALIZADO POR DR. CÁSSIO, EVOLUI CONSCIENTE, CALMA, COOPERATIVA, ORIENTADA, AFEBRIL, NORMOTENSA, VERBALIZA SUAS NECESSIDADES, SONO E REPOUSO PRESERVADOS, ACEITA DIETA ORAL OFERECIDA, SEM QUEIXAS, M.C.P.M. E SEGUIR NO LEITO E AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

\*REALIZADO RX DE CONTROLE, ANEXO.

P.A.: 110X60

T: 36.3°C

VICTORIA 952877

*VICTORIA*  
Enfermeiro(a)  
COREN 952877

Tecnico(a): VICTORIA KATYUCCIA SANTOS MATOS ARAUJO  
COREN: 952877-CE

PREScrição ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA)  
HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Prescrição: 112547

Í +90qî

Paciente: HIOLANDA ANA DE OLIVEIRA  
Data Solic.: 06/06/2018 09:52:38  
Data Pr Ini: 06/06/2018 10H  
Data Atend.: 05/06/2018 09:21:00

Sexo: FEMININO  
Convênio: CONVENIO JUAZEIRO 17/2017SESAUPrescrição: 112547  
Data Pr Enc: 07/06/2018 10H  
Atendimento: 490887(1)

Dt Nasc: 02/06/1968 50A OM 4D

Leito: AF3.01

| Cuidados | Item Código | Descrição       | Frequência |
|----------|-------------|-----------------|------------|
|          | 01          | ALTA HOSPITALAR |            |

Ass. Prestador:

SAMIR SAMRAAN FILHO (CRM 16346)  
Impresso em 06/06/2018 09:52:57 pelo Usuário SAMIR

Pag 1



## Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

### Ficha de Evolução Médica

Paciente: HIOLANDA ANA DE OLIVEIRA  
Convênio: CONVENIO JUAZEI

Prontuario: 138534  
Médico: SAMIR

Leito: AF3.01 Atend.: 490887  
Data/Hora: 06/06/2018 09:53

POS REDUÇÃO FRATURA 1º MTC  
SEM QUEIXAS.

EF  
BEG, EUPNEICA, ORIENTADA  
PERFUSÃO DISTAL OK

CD  
ALTA COM OG  
RET AMBULATORIAL  
RET PRECOCE S/N

Médico(a): SAMIR SAMAAN FILHO  
CRM:16346-CE



## Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

### ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: HIOLANDA ANA DE OLIVEIRA  
Conv.....: CONVENIO JUAZEI

Prontuario: 138534  
Enfermeiro(a): VIVI

Leito: AF3.01 Atend.: 490887  
Data/Hora: 06/06/2018 10:00

PACIENTE AVALIADA POR DR SAMIR E LIBERADA DE ALTA COM RECEITA + RETORNO E ORIENTAÇÕES FORNECIDAS PELO PROPRIO MEDICO

Tecnico(a): VIVIANE MARIA DA SILVA  
COREN: 779297-CE

PREScrição ELETRÔNICA DO PACIENTE (ENFERMAGEM/CENTROS PROFISSIONAIS)  
HOSPITAL SAO RAIMUNDO

fls. 38  
Prescrição: 112454  
+8V#1

Paciente: HIOLANDA ANA DE OLIVEIRA  
Data Solic.: 05/06/2018 10:35:37  
Data Pr Ini: 05/06/2018 11H  
Data Atend.: 05/06/2018 09:21:00

Sexo: FEMININO  
Convênio: CONVENIO JUAZEIRO 17/2017SESAUPrescrição: 112454  
Data Pr Enc: 06/06/2018 11H  
Atendimento: 490887(I)  
Dt. Nasc: 02/06/1968 50A 0M 3D  
Leito: AF3.01

| Cuidados<br>Ítem Código | Descrição                                               | Frequência |
|-------------------------|---------------------------------------------------------|------------|
| 01                      | *DOR AGUDA/CRONICA*                                     |            |
| 02                      | AVALIAR CARACTERISTICAS DA DOR.                         | OK         |
| 03                      | IDENTIFICAR FATORES QUE INTENSIFICAM E ATENUAM A DOR.   | OK         |
| 04                      | UTILIZAR MEDIDAS NAO FARMACOLOGICAS PARA ALIVIO DA DOR. | OK         |
| 05                      | ADMINISTRAR ANALGESICO PRSCRITO.                        | OK/M       |
| 06                      |                                                         |            |

Ass. Prestador:

MARIA LACY FELIX DE MOURA (COREN 125368)

Impresso em 05/06/2018 10:36:34 pelo Usuário LACY

Pag 1



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DO CEARÁ  
POLÍCIA CIVIL  
DEPARTAMENTO REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE



**BOLTIM DE OCORRÊNCIA Nº 463 - 6280 / 2018**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **24/07/2018 11:23:30**  
Data / Hora da Ocorrência: **05/05/2018 12:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA AILTON GOMES**  
Complemento:  
Bairro: **JOÃO CABRAL** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**  
Ponto de Referência: **PARQUE ECOLÓGICO**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **NIOLANDA ANA DE OLIVEIRA**  
Nascimento: **02/06/1968** CPF: **536.367.101-15**  
RG: **20151230888** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA ANA ALEXANDRINO**  
**PEDRO ALEXANDRINO NETO**  
Endereço: **RUA JOSÉ HUMBERTO BRITO DE SOUZA, 754**  
Bairro: **TIRADENTES**  
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98805-1242**

**Noticiante(s)**

Nome: **FRANCISCO FERREIRA LIMA**  
Nascimento: **01/03/1994** CPF: **054.029.913-83**  
RG: **20077654400** Órgão Emissor: **SSP/CE**  
Filiação: **EXPEDITA FERREIRA LIMA**  
**RAIMUNDO FRANCISCO PEREIRA**  
Endereço: **RUA JOSÉ HORÁCIO PEQUENO, 655**  
Bairro: **LANEIRO**  
Município: **CRATO/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9793-9815**



**Dados da(s) Veículo(s)**

1) Placa: **ORY6899** DE LE Município: **CRATO** Chassi: **9C2JC4110DR708488** Renavam: **503670200** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KE** Ano: **2012** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AZUL** Proprietário: **NURIA DE SENA LIMA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

Advertido (a) das penalidades previstas para os arts. 228, 304, 336 e 345, todos do CP, notícia q. e é habilitada (ch. nº 05512055740, art. AD) e nota nesta fôr. acompanhado da vítima. Afirma que na data nota a local. Acusa homicídios, conduzia o veículo, afirma descrever o veículo da vítima "NIOLANDA ANA DE OLIVEIRA", via pública, localizada na Av. Ailton Gomes, bairro João Cabral, próxima ao Parque Ecológico, nesta cidade. Ocorre que, um animal atravessou a via e ao tentar ultrapassar o obstáculo da pista, caiu e colidiu no chão, que o veículo em movimento havia sobre. Já a vítima NIOLANDA ANA foi socorrida por populares e levada para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) no dia seguinte ao acidente foi encaminhada para

x Niolanda Ana de Oliveira



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 408 - 6389 / 2018**

o Hospital Regional de Cariri, e no dia 09/06/2018 ao Hospital São Raimundo da cidade de Crato/Ce tendo sofrido em virtude do sinistro, fratura no antebraço, conforme ficha de atendimento da UPA anexa, QUE está fazendo este boletim apenas para fins de seguro DPVAT, não representando, portanto, pela apuração em relação ao crime de lesão corporal culposa no trânsito (art. 303 do CTB); QUE foi perguntado se tem interesse em ser submetido ao exame na PERJCE, porém a vítima dispensa a Guia de exame de corpo de delito, QUE foi orientado que se posteriormente precisar desse documento, pode procurar esta Delegacia para solicitá-lo. Foi orientado(a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do(a) declarante. ANEXA: CNH, FICHA DE ATENDIMENTO DA UPA, FICHA DE ATENDIMENTO DO HRC, FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DO HSR, COMPROVANTES DE ENDEREÇOS, RG/CPF E CRM. Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

VALMIR PEREIRA GOMES JUNIOR - MAT. 40.148-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X FRANCISCA FERREIRA LIMA

VISTO DO DELEGADO(A):

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT. 360523-1-3

X Highlande Ana de Oliveira

