

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Alexandro de Souza Silva</u>		Data Nasc: <u>08/11/</u>
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Autônomo</u>	Nacionalidade: <u>Br.</u>
RG: <u>2002010278017</u>	CPF: <u>01595774386</u>	
Endereço: <u>R. Jose de Alencar, 1617 Casa B</u>		
Cidade: <u>Aracati/CE</u>	CEP: <u>62.800-000</u>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, 5º Andar, Sala 516, Ed. Palácio Progresso Centro, CEP: 60.055-110, Fortaleza/CE, fone: (85) 3055-9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicia et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEC participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover, acordos judiciais e extrajudiciais demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiência e perícias médicas em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 19 de Abril de 20 17.

Alexandro de Souza Silva
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO

Eu, Alexandro de Souza Silva, Brasileiro (a) Solteiro, portador (a) de identidade nº 2002010278017 (SSP/CE), CPF nº 01505774386, capaz, nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço: R: Jose de Alencar, 1647 Casa B, Cidade: Aracati, Estado: Ceara, CEP 62.800-000, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbice fornecida.

Fortaleza/CE, 19 de Abril de 20 17.

Alexandro de Souza Silva
DECLARANTE

DECLARAÇÃO

Eu, Alexandro de Souza Silva
Estado Civil: Solteiro Profissão: Autônomo
CPF: 015.957.743.86 Identidade: 2002010278017
Endereço: R. Jose De Alencor, 1647 casa B

CEP: 62800-000 Município: Aracati Estado: Ceará
DECLARO para os devidos fins que possuo **Hipossuficiência Financeira**, não tendo, pois, condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do meu próprio sustento e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente para que surta seus devidos fins e efeitos.

Fortaleza-CE, 19 de Abril de 20 17.

Alexandro de Souza Silva
DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela Alexandro de Souza Silva presente, ^o (a)

Declara para os devidos fins de direito, ser responsável (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e juntos ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, em desfavor de qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, exonerando a **Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA - OAB/CE: 23.787** de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 19 de Abril 2017.

Alexandro de Souza Silva

TESTEMUNHAS:

1. NOME: Claudemizia Alves de Souza
CPF: 034-126-053-36
2. NOME: José Quirino Mendes de Siqueira
CPF: 024.994.153-80

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME ALEXSANDRO DE SOUZA SILVA		
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR 2002010278017 SSP/CE		
CPF 015.957.743-86	DATA NASC. 08/11/1984	
FILIAÇÃO JOSE VIANA DA SILVA AILZA SOUSA SILVA		
PERMISSÃO 1	ACC 1	CE/HAB A
Nº REGISTRO 05214633866	VALIDADE 15/06/2020	1ª MANUTENÇÃO 26/05/2011
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;		
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Alexsandro de Souza Silva</i>		
LOCAL RUSSAS, CE	DATA EMISSÃO 25/06/2015	
ASSINATURA DO EMISSOR <i>[Assinatura]</i>		12084846606 CE148026087
DETRAN - CE (CEARA)		

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1151383568

PROVIDO PLASTIFICAR

1151383568

Nº DO CLIENTE
4424915-2

For criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.042.251/0001-70 | CGF 06.106.848-3

Costos
agora é enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº
Rota 454737306
Nome 13 24000 12 157500 - 6 21/11/2016
End. Postal ALEXSANDRO DE SOUZA SILVA
RU JOSE DE ALENCAR 01647 CS B
Medidor NOSSA SENHORA DE LOURDES - ARACAPITÁ 62800000
Classe 25130385 Fator de Correção A565
RG / CPF / CNPJ 000000000000000000 CGF 0,00
Nome do Responsável 015957743-86

DATAS
Mês de Referência Data de Apresentação Previsão Próxima Leitura
21/11/2016 21/11/2016 21/12/2016

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunta
Mês
ABRACHT1
Set/2016
FIC 12,11

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto
DIC 5,55 11,10 22,21 0,00 0,00 0,00
FIC 3,06 6,12 12,24 0,00 0,00 0,00
DMIC 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATORAMENTO DO CONSUMO
Leit. Atual - Leit. Anterior - Const. Consumo (kWh) - Const. Ind. - Const. Fat. - Tarifa (R\$/kWh) - Valor (R\$)
3918 3868 1,00 50 0,00 0,51425 25,81

DESCRIÇÃO 21/10/16 31 DIAS 50 **VALOR (R\$)** 25,81
VALOR CONSUMO DO MES 0,51
Multa Moratória Ref 10/2016 0,03
JUROS DO MES 2,55
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 1,50
DOACAO APAE - TEL 0800-095-0703 13/36
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,53)

VENCIMENTO 28/11/2016 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 30,40
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO **HISTÓRICO DE CONSUMO** (últimos 12 meses)

Energia 15,69
Transmissão 0,47
Distribuição 2,46
Encargos Setoriais 2,74
Tributos (ICMS PIS/COFINS) 1,53

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (% CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO
Consta desta fatura R\$ 1,50 referente a PIS e COFINS.
(Art. 9, Res. 100-2009 - ANEEL e Lei n. 10.637/02 e 10.639/03)
A bandeira para o mês de novembro é amarela, com custo de R\$ 1,50 a cada 100 kWh (quilowatt-hora) consumidos. Mais informações em WWW.ANEEL.GOV.BR

Nº do Cliente: 4424915-2 Referência: Total a Pagar (R\$): Nov/2016
Data de Emissão: 21/11/2016 Nº de Controle: 30,40
Nº da Nota Fiscal: 454737306 0004424915 00064 39662 00

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI

BOLETIM DE Ocorrência N° 412 - 3965 / 2016**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **23/11/2016 09:04:15**Data / Hora da Ocorrência: **25/08/2016 16:47:00**Endereço da Ocorrência: **RUA AGAPITO DOS SANTOS**

Complemento:

Bairro:

Município: **ARACATI/CE**Ponto de Referência: **AFAGU****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **ALEXSANDRO DE SOUZA SILVA**Nascimento: **08/11/1984** CPF: **015.957.743-86**RG: **2002010278017** Órgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **AILZA SOUSA SILVA****JOSE VIANA DA SILVA**Endereço: **RUA JOSE DE ALENCAR, 1647**Bairro: **NOSSA SENHORA DE LOURDES**CEP: **62.800-000**Município: **ARACATI/CE**País: **BRASIL**Telefone: **9258-7257****Histórico**

A vítima informa que trabalha FGA RODRIGUES-EPP, situado à Rua Salgado Filho, 1378, Várzea da Matriz, Aracati-CE; que desempenha a função de ENTREGADOR guiando uma MOTOCICLETA; que no dia e hora citados, conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 125 TITAN KS, 2002/2003, VERDE, PLACA HWR 6766, CHASSI 9C2JC30103R012812, de propriedade de FRANCISCO GILVANDIR ALEVES RODRIGUES; que, de repente, o freio dianteiro da motocicleta travou, o pneu dianteiro também travou; que a motocicleta caiu sobre sua perna esquerda; que a motocicleta arrastava uma "CARROCINHA" e esta estava carregada com seis BUJÕES DE GLP; que a carrocinha veio sobre a vítima causando-lhe ferimentos nos braços; que constam como testemunhas a pessoa de CLAUDENIZIA ALVES DE SOUZA, RG 2003010221544, CPF 034.126.053-36, residente à Rua JOSÉ DE ALENCAR, 1647, NS DE LOURDES e JOSÉ LEONARDO PAULO DA SILVA NETO, RG 2007010195473, CPF 044.179.593-58, residente à Rua RAIMUNDO GURGEL GRAÇA 1707, NS DE LOURDES, ARACATI-CE, fone 88-9706-2219; que um transeunte ligou para o RESGATE; que o RESGATE conduziu a vítima até o HOSPITAL MUNICIPAL DE ARACATI; nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****JOSE MANUEL BARROS PEREIRA SOBRINHO - MAT.: 300304-1-9****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Alexsandro de Souza Silva***VISTO DO DELEGADO(A) :****JOAO EUDES FELIX MOREIRA - MAT.: 012796-1-0**

SINISTRO 3170065003 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ALEXSANDRO DE SOUZA SILVA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO** INVESTPREV Seguradora S/A-Filial
Fortaleza - CE**BENEFICIÁRIO** ALEXSANDRO DE SOUZA SILVA**CPF/CNPJ:** 01595774386**Posição em 17-03-2017 14:15:08**

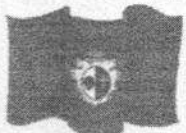
Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

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.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
20/03/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

(88) 99258.7254

 Aracati GOVERNO MUNICIPAL DE ADMINISTRANDO COM TODOS		Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias - HMED				CPM: 66 994 173-2 CRM: 11432 Médico Auditor R.	
		ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				Acidente: ☒ Sim ☐ Não Trabalho: ☒ Sim ☐ Não Trânsito: ☒ Moto ☐ Carro ☐ Outro	
AT. IMEDIATO EMERGÊNCIA	VERMELHO	01 HORA URGÊNCIA	AMARELO	02 HORAS POUCO URGÊNCIA	VERDE	04 HORAS SI URGÊNCIA	AZUL
Data: 25/08/16		Hora do atendimento: 16:47		Atendente:			
Nome: Alexandre de Souza Silva		Idade:		Sexo: ☐ F ☒ M			
Data de nascimento: 02/11/89		RG/CPF/Outros:		CADSUS: 704 4010 0324 107			
Filiação: Ailson Francisco de Souza		Nº: 1646		Telefone: 9858-1237			
Endereço: J. de ...		ACS: 5/02 979					
PSF:		T: °C		PA: 120 x 80 mmHg		FC: 80 bpm	
		FR: irpm		Glicemia Capilar: mg/dl			
Nível de consciência: ☐ Inconsciente ☒ Orientado ☐ Confuso		Alergias: NENHUMA		Violência: ☐ Sim ☒ Não			
☐ Desorientado		ECG:					
CLASSIFICAÇÃO DA DOR: ☐ Sim ☐ Não		☐ Aguda ☐ Crônica ☐ Recorrente		TIPO DE DOR: ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Forte ☐ Severa			
☐ Atendimento Médico em Unidade de pronto Atendimento ☐ Atendimento Médico de urgência em atenção especializada ☐ Consulta com Prof. De nível sup na atenção esp (exceto médico) ☐ Atendimento da Atenção Básica							
Motivo do Atendimento: ENFERMAGEM (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico) ACIDENTE COM Queda de MOTO com lesão no joelho (E) e 5500-							
Enfermeiro(a):		Encaminhamento: ☒ Clínica Médica ☐ Traumatologia					
Anamnese (Conduta Médica): Acidente de moto com queda de 1,5m, lesão no joelho direito, dor intensa.							
Hipótese Diagnóstica: Lesão no joelho direito, provavelmente fratura.							
Prescrição na Urgência		Horário		Assinatura do executor			
Analgesia Anti-inflamatório Antibiótico		16:47 17:00		[Assinatura] [Assinatura]			
☐ Administração de medicamentos na Stenção Especializada ☐ Inalação / Nebulização ☐ Curativo grau I c/ ou s/ debridamento ☐ Curativo grau II c/ ou s/ debridamento ☐ Retirada de pontos de cirurgias básicas ☐ Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva ☐ Pequena Cirurgia: ☐ Outros:				☐ Retirada de Cerâmica de conduto auditivo externo ☐ Enema ☐ Sondagem Gástrica ☐ Drenagem de abscesso ☐ Excisão c/ ou sutura simples de pequenas lesões ☐ Exérese de tumor de pele e anexos: cisto sebáceo ☐ Retirada de corpo estranho subcutâneo ☐ Excisão e sutura de linfangioma / nevus			
Dr. Maikel H. Arruda CREMEO 12577 Estado do Paciente: Alta ☐ Hora: Internamento Hospitalar ☐ Observação ☐ Transferência ☐ Óbito ☐							

PREFEITURA DE ARACATI
Fazendo Muito Mais

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Saúde Saúde

DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EDUARDO DIAS

2 - CNES
2718111

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EDUARDO DIAS

4 - CNES
2718111

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ALEXANDRO DE SOUZA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
997491991241998

8 - DATA DE NASCIMENTO
08/11/84

9 - SEXO
Masc. ☒ Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Ailza Sousa Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO
989255725

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
V. José de Alencar

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Aracati

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP
66200000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS CAUSAS E SINTOMAS CLÍNICOS
DCA + = 2 potências furcular do
foco E. com puentes a travar 1/2.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
T.T.º

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
127 / 1011 E AP 10

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
FRATURA PLANITIBIAL EXT

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
INTERNA 1177 TAVULATOLOGIA

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
Sergio de S. Coutinho

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
21/08/16

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

NOME PACIENTE	Nº REGISTRO	DATA DE ADMISSÃO
Alexsandro de Souza Silva	100763	25/08/16

QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FÍSICOS

25/02/16 Permitt. Input / 77.5 A. Input
to plane = 7.5 A / 77.5 A

[illegible]

26/08/16 2º DIM po fx plant ^{COREN}
fechar
5 volu m dor / u quares
Apresenta impati edes pols
ed: Aguarda elhas a
poules mole p/ crump

22/08/16 3: D/H 120 f. plonk
t. base s (F)
E. alu re green
ad: Aguarda unguis

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: 4º DIT para plantar tubérculo
Sua cl. Azoad crumeg

28 AGO 2016

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARACATI
Rua Dragão do Mar, 819 - Fones: (88)3446.2441
Aracati- Ceará

CENTRO CIRÚRGICO		N.º DO PRONTUÁRIO		DATA	
Nome: <i>Alexandro de Souza Silva</i>				30/10/12	
Diagnóstico: <i>fratura do plastrão tibial externo esquerdo</i>				Idade: <i>32</i>	
Cardioscopia: ☒ Sim () Não		INÍCIO	FIM	DURAÇÃO	EQUIPE
Oxigênio - Minutos:					Cirurgião <i>Dr. Thiago</i>
Cirurgião: <i>Estevão</i>					Auxiliar: <i>Dr. Rômulo</i>
Anestesia: <i>raque</i>					Anestesiista: <i>M. D. Silva</i>
					Circulante: <i>Araceli</i>
Adrenalina - epinefrina	0,1	Propranolol	0,1	Nyon 1-0	Talsutin
Adrenoplasma 500ml		Dimorf-mofim		Nyon 2-0	Trofodermin
Amicacina		Dopamina ou Kevivan		Nyon 3-0	Tracurium-atracúrio
Altoterina-sicurônio		Dexametasona		Nyon 4-0	Tubo endotraqueal
Altropina 0,250mg		Dreno Portavac		Nyon 5-0	Three-Way-lorneira
Ampicilina		Dreno de Tórax		Orastina Acitocina	Tampão Vaginal
Abocath		Dreno de Penrose		Prestingmine-neostigmine	Vitamina K Kanaklon
Alcool Iodado		Equipe de Sangue		Plasma	Vicryl 2
Azul de Metileno		Equipe de Soro		Plasil-metoclopramide	Vaselina
Aminofilina		Ergotratol-metergin		Penicilina Procainn	Diazepam
Água Oxigenada		Efortil-clirefina		Penicilina Cristalina	<i>Vicryl 0</i>
Algodão		Eter		Protamin	
Algodão 1-0		Esperadraco	<i>30 cm</i>	Providine	
Algodão 2-0		Flexadil-galamina		Prolene	
Algodão 3-0		Fenergan-prometazina		Providine Degerma	
Agulha de Raqui	<i>01</i>	Flagyl-in metronidazol		Plastibell	
Agulha Descartável	<i>03</i>	Formol		Pomada Antibiótica	
Atadura de Crepon		Gentamicin		Pares de Luvas	
Atadura de Gesso		Gluconato do Cálcio		Pêra com Aspiração	
Bupivacaína-marcaína 0,5%		Glicose 50%		Qualicid-succinilcolina	
Bupivacaína-marcaína poss		Gelfonn		Rocellin	
Bicarbonato de Sódio		Gilete		Rifocina	
Bolinha de algodão		Gases Nicotinas		Ringer-lactado 500ml	
Borracha de Latex		Gases Furacinadas		Soro Fisiológico 500ml	
Borracha de Aspirador		Gases Secas		Soro Glicofisiológico 500ml	
Concentrado de Hemácias		Hemacel 500ml		Soro Glicosado 5% 500ml	
Cloreto de Sódio		Halotano ou Fluothane		Solutaf-hidrocloridato	
Cloreto de Potássio		Hipnomidate		Sulfato de Magnésio	
Cimetidina		Ipsilon		Sangue Total	
Cateter de Peridural		Irurol		Sealp Butterfly	
Cloranfenicol		Ketalar-cetamina		Seringa 1cc	
Coletor de Urina		Kieflin-cetamina		Seringa 3 cc	
Catgut Simples		Kit Catarata		Seringa 5 cc	
Catgut Simples 2-0		Lidocaína ou Xilocaina 2%		Seringa 10 cc	
Catgut Simples 3-0		Lidocaína-Xilocaina Spray		Seringa 20 cc	
Catgut Cromado 0		Lidocaína-Xilocaina Pes		Sonda de Foley	
Catgut Cromado 1		Lanexaf-flumazell		Sonda para Aspiração	
Catgut Cromado 1-0		Liquemini-eparine		Sonda Vesical	
Catgut Cromado 2-0		Lasix-furosemida		Sonda Nasogástrica	
Catgut Cromado 3-0		Lâminas de Bisturi		Tionembutal-tiopental	
Compressas		Micropore		Transamin	
Formol 10ml					

Aracati - Ceará

BOLETIM DE ADMISSÃO

Nome: Alexsandro de Souza Silva				Clinica: C. C	Letra: OS	Médico Admitente:				
Endereço: R. José de Alencar				Nº: 1645	Vínculo: 1. Empregado 2. Empregador	Sexo: 1. Masc. 2. Fem.	Nacionalidade: 1. Bras. 2. Estrang.	Nascimento:		
Munic. ou Estado: Aracati		Profissão: Empregador		☐		☒	☒	Dia: 08	Mês: 11	Ano: 84
CPF: 2002010278017		COP: 015.957.743-86		COND. PAD: 1. Seg. 3. Filho 2. Esp. 4. Outro		Honorário:		Internação:		
Médico que prestou o socorro de urgência:				Médicos Assistentes:		Hora: 19 Min: 45		Dia: 23	Mês: 08	Ano: 86
Mãe: Jose Viana da Silva				Mão: Ailza Sousa Silva						

Diagnóstico Inicial: **FRATURA DO PERNILITO TIBIAL EXT. ESP.**

Diagnóstico Definitivo:

Caso de Acidente		C.I.D.	
Aluno:	MOTIVO DA ALTA ☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Removido ☐ Pedido ☐ Evasão ☐ Indisciplina	☐ - 48h ☐ - 48h Óbito	
Local:		Transferido 31.08.86	

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Do 2º membro da face ext. do p. il.
 fratura de perna, impotência
 funcional do pé. a face interna
 normal.

MÉDICO