



Escritório Fortaleza
 R. Joaquim Felício, nº 201, Sala 06, Shopping Cavalcante Plaza Center
 Bairro Messejana, Fortaleza - Ceará, CEP: 60.840-115
 Fone: (0xx85) 3215-1116
 E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

Escritório Iguatu
 Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, N° 9
 Bairro Prado, Iguatu - Ceará, CEP: 63.502-105
 Fone: (0xx88) 3581-1280
 E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

PROCURAÇÃO PARA A CLÁUSULA ADJUDICIA

Eu, EMERSON SORGE MARTINS, brasileiro, solteiro, agricultor, Portador do RG-222553728-SSP/CE, inscrito no CPF 265.805.738-56, residente e domiciliado na Rua Fernando Prestes, nº 534, Centro, Iguatu - CE

constitui seus bastantes procuradores os béis. **EURIJANE AUGUSTO FERREIRA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE sob nº 16.326; **LÍGIA SAMARA ALBUQUERQUE PINTO**, brasileira, solteira, inscrita na OAB/CE sob o nº. 22.902 e **DIEGO VICTOR LOBO SILVEIRA**, brasileira, solteiro, advogado inscrito na OAB/CE sob nº 25.815 e **JOAO RICARDO PINHO**, brasileira, divorciado, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 33.315, todos com endereço profissional situado à Rua Joaquim Felício, nº 201, Sl. 06, Shopping Cavalcante Plaza, Messejana, CEP: 60.840-115, Fortaleza/CE e/ou Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, nº 9, Prado, Iguatu/CE, CEP 63.502-105 e **ROBERTO DE OLIVEIRA LOPES**, brasileira, casado, advogado, inscrito na OAB-CE sob o número 26.512, residente e domiciliado na Rua 04, nº 150, bairro Altiplano, CEP: 635000-000, Iguatu - Ceará, Para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei 13.105/2015 - Código de Processo Civil, e os especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Iguatu /CE, 09 de maio de 2016.

Emerson Jorge Martins
 OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, EMERSON SORGE MARTINS, brasileiro, solteiro, agricultor, Portador do RG-222553728-SSP/CE, inscrito no CPF 265.805.738-56, residente e domiciliado na Rua Fernando Prestes, nº 534, Centro, Iguatu - CE, declaro para os devidos fins de Direito perante o Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, que sou pobre nos termos da lei 1.060/50, não podendo arcar com despesas que por ventura decorram de ação judicial sem comprometer minha digna sobrevivência, responsabilizando-me civil e penalmente por esta declaração, nos termos da lei 7115/83.

Iguatu /CE, 09 de maio de 2016.

Emerson Jorge Martins
 DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
EMERSON JORGE MARTINS	
	DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF 222553728 SSP SP
	CPF 265.805.738-56
	DATA NASCIMENTO 08/11/1974
	FUNÇÃO MOACIR DE JESUS MARTINS CLEIDE JORGE BARROSO
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1084922219	PERMISSÃO PERMISSÃO
	ACC AB
PROIBIDO PLASTIFICAR 1084922219	Nº REGISTRO 06370326312
	VIGÊNCIA 18/05/2016
1ª HABILITAÇÃO 19/05/2015	
OBSERVAÇÃO SEM OBSERVAÇÃO;	
Assinatura do Portador <i>Emerson Jorge Martins</i>	
LOCAL CAMPOS SALES, CE	DATA EMISSÃO 20/05/2015
Assinatura do Portador <i>1084922219</i>	85940008881 CE145492478
Assinatura do Emissor	
DETRAN-CE (CEARA)	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **265.805.738-56**

Nome da Pessoa Física: **EMERSON JORGE MARTINS**

Data de Nascimento: **08/11/1974**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **18/10/1995**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:49:30** do dia **18/05/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **C834.0665.20AF.7670**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

Nº DO CLIENTE
136660-2

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

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 - Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CEP 06-105.848-3

coelce

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº **402286055**

Rota **15 16050 01 281000 - 6**

Nome **FRANCIONE ALVES DA SILVA**

End. Postal **RU FERNANDES BASTOS 00534**

CENTRO - SABOEIRO - 63590000

Medidor **23626586**

Classe **01-RESIDENCIAL MONOFASICO**

RG / CPF / CNPJ **465627963-34**

Nome do Responsável

Poste **0,00 0000**

Fator de Potência **0,00**

CGF

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Set/2015	21/09/2015	21/10/2015

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta

Conjunta **ANTONINA DO NORTE**

Mês **Jul/2015**

ELSD 5,92

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
36,39	27,00%	9,82

VALOR RESERVADO AO CONTROLE FISCAL

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC 5,75	11,58	23,16	0,00	0,00	0,00
FIC 0,36	6,72	13,45	0,00	0,00	0,00
DMIC 3,37			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Contm.	Consumo (kWh)	Consum. Inv.	Cont. Pot.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
4462	4405	1,00	53	0,00	53	0,6069	36,39

VALOR CONSUMO DO MES **36,39**

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL **7,02**

COB. SALDO FATURA ANTERIOR **14,05**

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 3,77)

VENCIMENTO	01/10/2015	TOTAL A PAGAR (R\$)	57,46																										
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)																											
Energia	16,06	<table><tr><td>65</td><td>53</td><td>46</td><td>53</td><td>73</td><td>81</td><td>77</td><td>86</td><td>53</td><td>64</td><td>81</td><td>72</td><td>52</td></tr><tr><td>Set</td><td>Out</td><td>Nov</td><td>Dez</td><td>Jan</td><td>Fev</td><td>Mar</td><td>Abr</td><td>Mai</td><td>Jun</td><td>Jul</td><td>Ago</td><td>Sep</td></tr></table>		65	53	46	53	73	81	77	86	53	64	81	72	52	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep
65	53	46	53	73	81	77	86	53	64	81	72	52																	
Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep																	
Transmissão	0,00																												
Distribuição	0,00																												
Encargos Setoriais	0,00																												
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	11,66																												
TOTAL	36,39																												



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 542 - 410 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **16/10/2015 09:02:17**
 Data / Hora da Ocorrência : **23/05/2015 22:34:00**
 Endereço da Ocorrência: **R**

NAO INFORMADO SABOIEIRO /CE

Ponto de Referência: **ESTRADA DE ANTONINA/CURVA DA MORTE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EMERSON JORGE MARTINS**
 Nascimento : **08/11/1974**
 RG: **222553728** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF:**
 Filiação: **MOACIR DE JESUS MARTINS**
CLEIDE JORGE BARROSO
 Endereço: **R FERNANDES BASTOS 534**

SABOIEIRO CE BRASIL

Telefone: **994113875**

Histórico

Expedido a guia do IML para a vítima.

Que no dia 23/05/15, por volta das 22hs:34min, estava saindo do Sítio Gitirana, em Saboeiro Ce, para o centro desta cidade; Que estava conduzindo a motocicleta de marca HONDA cg 125 FAN KS, ANO 2010/2010 COR VERMELHA, PLACA NVA6146/CE CHASSI 9C2JC4110AR702827; Que vinha em direção a cidade de Saboeiro e na estrada bateu em jumento; Que caiu e foi socorrido pela Polícia Militar; Que é devidamente habilitado; Que sofreu uma fratura no punho esquerdo e na mão esquerda e escoriações pelo o corpo.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SABOIEIRO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : PP Barro

"ESCRIVÃO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : X Emerson Jorge Martins

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

JERFFISON PEREIRA DA SILVA - MAT.: 198810-1-6

idade = 39 a.



UNIDADE MISTA DE SAÚDE
Secretaria Municipal de Saboeiro

BPA
(URGÊNCIA / EMERGÊNCIA)

Data:	23/05/15	Horário:	22:34h	Ocorrência:	12588	Idade:	68/117m	Sexo:	m
Paciente:	Emerson Jorge Martins								
End. do Paciente/Resp.:	Antônio do Norte								
Telefone:				Doc.: de Identificação:					
ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM									
Horário de Atendimento:				PA:			TEMP:	OBS.:	
ATENDIMENTO MÉDICO									
Histórico doença atual:	Ponto de partida na avaliação do caso.								
Exame Físico:									
Exame Complementares:									
Resultados:									
Diagnóstico:	Gravidade moderada, com sintomas								
Ass. e carimbo do médico:	Plano Terapêutico e Tratamento			Medicamentos			Data		

23:00 - Pacote de transporte	
nota enviada, depois	
23:00 pela polícia militar	
apresentando o documento	
automobilístico, com	
imposto em nome	
gentil, a situação	
na loja, depois no	
carro, após (certo	
contorno), pratica	
resposta em nome	
(?) Realizado entre	
matrículas em	
lexões, inicialmente	
gustos (E. Bicentário	
da cidade de Jundiaí	
André no de Norte	

HOSPITAL
São Raimundo
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

HOSPITAL SÃO RAIMUNDO
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES
Telefone: 88-3523-2600 Fax: 88-2101-5475
FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO NUMERO: 305523

IMPRESSO: 25/05/2015 14:21

Paciente: EMERSON JORGE MARTINS
Respons.:

|Sexo.: M
|Idade.: 40

--DADOS DO PRONTUARIO--

Endereço: RUA JOAO BATISTA ARRAIS 0 CASA
Cep.....: 63570000 Cidade: ANTONINA DO NORTE
Telefone: 8892429966 Profissao:
Filiação: CLEIDE JORGES BARROS
MOACIR DE JESU MARTINS

Prontuário: 95414
Bairro: CENTRO

CPF.....:
Natural...: SAO PAULO
Profissão:

N.RG: 220255372
UF.: Orgao:
Est.Civil: SOLTEIRO Operador/Cadastro: VANDA

Nasc: 08/11/1974
Cor.: PARDO

--DADOS DE ATENDIMENTO--

Médico...: NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLORES
Clínica.: INTERN. CIRURGICA
Setor....: POSTO MASCULINO
Acomod...: AM04 Tipo Acom.: ENFERMARIA TRAUMATO
Leito....: AM4.02

|Atendente.: JHESSYKA
|Data/Hora.: 25/05/2015 14:34
|Convênio...: SUS INTE
|Carater....: 02 -URGENCIA
|Matricula.: 700205482861727
|Venc.....:

--RESUMO DE TRATAMENTO--

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

HDA:

--ANTECEDENTES PESSOAIS--

HAS ()

DM ()

AVC ()

ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAMENTOS PREVIOS:

EXAME FISICO:

SINAIS VITAIS:

PA =

FP =

FR =

TA =

ACV:

AR.:

ABDOMEN:

NEUROLOGICO:

ECG: AO =

RV =

RM =

PUPILAS:

--DIAGNOSTICO--

CONDUTA:

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

ALTA:

TRANSF. P/ LEITO

ENF/APTO

TRASNF. P/ MEDICO:

CONDICOES DE ALTA:

ALTA EM: 26/05/15

PACIENTE / RESPONSÁVEL

MEDICO(a): 007304

NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLO

0645

São Raimundo
HOSPITAL

HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Fundação Leandro Bezerra de Menezes
Telefone: 88-3523-2600 Fone/Fax: 88-3523-2600

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 25/05/2015 12:38

N.Atendimento...: 305503 Convênio.: BPA SUS
Data Atendimento: 25/05/2015 Hora:13:09 Matrícula: 700205482861727
Médico Respons...: JEAN MITCHELSON LUCENA MONTEIR Guia.:
Recepcionista...: VANDA Tipo de Atend...: AMBULATORIAL
Setor Atend.....: CONSULTORIO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente.: **EMERSON JORGE MARTINS** Pront: 95414
Dta Nasc.: 08/11/1974 40 Años Sexo: MASCULINO Est.Civil:SOLTEIRO RG: 220255372
Endereço.: RUA JOAO BATISTA ARRAIS 0 CASA
Cep.....: 63570000 Bairro:CENTRO Município:ANTONINA DO NORTE
Estado...: CE Resp...: EMERSON JORGE MARTINS
Fone: 8892429966

CONSULTA MÉDICA**DIAGNÓSTICO****CONDUTA****ENCAMINHAMENTO****NATUREZA DO ATENDIMENTO**

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

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

[] RAIO-X

[] ULTRASSOM

[] ENDOSCOPIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO: ___/___/___

Dr. (a) JEAN MITCHELSON LUCENA MONTEIRO
CRM: 9605 CPF: 49163677304

Jean Lucena
MÉDICO (a) TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 9605

Mario Rodrigues de Sousa Silva
Paciente / Responsável

0669

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

paciente: EMERSON JORGE MARTINS
eito: AM4.02
écnico(a): ELIZABETH
ata evol: 25/05/2015 Hora: 14:30

Prontuario: 95414
Num. Atendimento: 305523
Convenio: SUS INTERNADOS

volução:

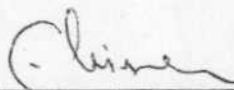
ARDE; PACIENTE ADMITIDO EM CLINICA CIRURGICA POR Dr. NARCIZO. TRAUMA EM PUNHO "E" HÁ UM
X NO PRONTUÁRIO. ELIZABETH.COREN 892577.

A=120/80.

=36,2°C

DITE:

PACIENTE ENCAMINHADO PARA SO AS 20:00h. RETORNOU DO SO AS 21:30, SOB EFEITO ANESTESICO,
UEIXANDO-SE DE DOES FOI MEDICADO, REALIZOU RX DE CONTROLE. TEC. MAURICIO PEREIRA-
OREN443289.



Técnico(a)

HOSPITAL SAO RAIMUNDO
Fundacao Leandro Bezerra de Menezes
Telefone: 88-3523-2600 Fax: 88-3523-2621

DATA EMISSÃO: 25/05/2015 15:15
PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA

PACIENTE: EMERSON JORGE MARTINS
NUMERO PRESCRIÇÃO: 14684
Num.Atend: 305523

It	Código	Descrição	Nome Comercial	Dose	Uni	Via	Freq	Horários	QtdTot	Sai
01		DIETA LIVRE APÓS O EFEITO DA ANESTESIA								
02	00010102	SORO FISIOLÓGICO 500ML INJETÁVEL	SORO FISIOLÓGICO	2	FRS	EV	24/24		1	
03	00010103	SORO GLICOSADO; 500ML INJETÁVEL	SORO GLICOSADO	2	AMP	EV	24/24		2	
04	00010028	CEFALOTINA SODICA; FRASCO-PO 1GR PO Dia do antib.: 01/02	CEFALOTINA SODI	1	FRP	EV	06/06	16 22C 04C	2	
05	00010065	DIFIRONA SODICA; 500MG/ML AMPOLA 2ML + AGUA DESTILADA	DIFIRONA SODIC	1	AMP	EV	06/06	16 22C 04C	3	E
06	00010055	TRAMADOL, CLORIDRATO DE; 50MG/ML AMPOLA 2ML DILUIR 50ML DE SF	CLORIDRATO DE	1	AMP	EV	12/12	16 04C	3	E
07	00010062	DICLOFENACO SODICO; 25MG/ML AMPOLA 3ML	DICLOFENACO SO	1	AMP	IM	12/12	16 04C	2	E

Evolução:
PACIENTE EVOLUI BEM NO POI.
COND- VPM

Dr. Narcizo Flores
Ortopedia e Traumatologia
CRM 7304

Dr. Narcizo Flores
CRM 7304

PRESTADOR: NARCIZO

FARMACIA

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: EMERSON JORGE MARTINS

Leito: AM4.02

Técnico(a): GLEDSON

Data evol: 26/05/2015 Hora: :

Prontuario: 95414

Num. Atendimento: 305523

Convenio: SUS INTERNADOS

Evolução:

MANHA

PACIENTE RECEBEU ALTA HOSPITALAR, LEVA CONSIGO RECEITA E RETORNO.

GLEDSON 7339944

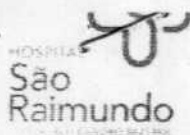
Gledson - 7339944

Técnico(a)



Relatório Médico

[illegible]



HOSPITAL SÃO RAIMUNDO
Fundação Leandro Bezerra de Menezes
Telefone: 88-3523-2600 Fone/Fax: 88-3523-2600

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 15/06/2015 09:31

N.Atendimento...: 308877 Convênio.: BPA SUS
Data Atendimento: 15/06/2015 Hora:09:44 Matrícula: 700205482861727
Médico Respons...: NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLO Guia.:
Recepcionista....: VANDA Tipo de Atend...: AMBULATORIAL
Setor Atend.....: CONSULTORIO

=====IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE=====

Paciente.: EMERSON JORGE MARTINS Pront: 95414
Dta Nasc.: 08/11/1974 40 Anos Sexo: MASCULINO Est.Civil:SOLTEIRO RG: 220255372
Endereço.: RUA JOAO BATISTA ARRAIS 0 CASA
Cep.....: 63570000 Bairro:CENTRO Município:ANTONINA DO NORTE
Estado....: CE Resp...: EMERSON JORGE MARTINS
Fone: 8892429966

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

Fratura Pulso Esq.

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Itern. [] Outro
Outro

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[] Clínica [] Cirurg [] Obst. [] Ped. [] Oftalmo. []

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

☒ RAIO-X

[] ULTRASSOM

[] ENDOSCOPIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

parafusos nos dedos

DIAGNÓSTICO

o Tolo Luca deixou
dedos

PROCEDIMENTO

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____

Dr.(a) NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLORES
CRM: 007304 CPF: 40357740300

Maria Rodrigues de Sousa Silva
Paciente / Responsável

0669

HOSPITAL SÃO RAIMUNDO

FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES
Telefone: 88-3523-2600 Fax: 88-2101-5475
FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO NUMERO: 313523

IMPRESSO: 13/07/2015 13:08

Paciente: EMERSON JORGE MARTINS
Respons.: EMERSON JORGE MARTINS

|Sexo...: M
|Idade...: 40

--DADOS DO PRONTUARIO--

Endereço: RUA JOAO BATISTA ARRAYS 22 CASA
Cep.....: 63570000 Cidade: ANTONINA DO NORTE
Telefone: 8892429966 Profissao:
Filiação: CLEIDE JORGES BARROS
MOACIR DE JESU MARTINS

Prontuário: 95414
Bairro: CENTRO

CPF.....: 265.805.738-56
Natural...: SAO PAULO
Profissão:

N.RG: 220255372 Nasc: 08/11/19
UF.: Orgao: Cor.: PARDO
Est.Civil: SOLTEIRO Operador/Cadastro: VANDA

--DADOS DE ATENDIMENTO--

Médico...: NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLORES
Clínica...: INTERN. CIRURGICA
Setor...: POSTO MASCULINO
Acomod...: AM04 Tipo Acom.: ENFERMARIA TRAUMATO
Leito...: AM4.01

|Atendente...: MARINA
|Data/Hora...: 13/07/2015 13:20
|Convênio...: SUS INTE
|Carater...: 02 -URGENCIA
|Matricula...: 700205482861727
|Venc.....:

---RESUMO DE TRATAMENTO---

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

HDA:

este é um tratamento
de natureza dos ossos do
antebraço, a fissura o

---ANTECEDENTES PESSOAIS---

HAS ()

DM ()

AVC ()

ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAMENTOS PREVIOS:

EXAME FISICO:

SINAIS VITAIS:

PA =

FP =

FR =

TA =

ACV:

AR.:

ABDOME:

NEUROLOGICO:

ECG: AO =

RV =

RM =

PUPILAS:

---DIAGNOSTICO---

CONDUTA:

Retirar fissura - ossos

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

Fissura do antebraço

ALTA:

TRANSF. P/ LEITO

ENF/APTO

TRASNF. P/ MEDICO:

ALTA EM: 14/07/2015

CONDICOES DE ALTA:

Dr. Narcizo Francisco
CRM 7304
CPE 1011

Manoel Rodrigues de Sousa Silva
PACIENTE / RESPONSÁVEL

MEDICO(a): 007304 NARCIZO FRANCISCO FERREIRA

Telefone: 88-3523-2600 Fax: 88-3523-2621

ANOTAÇÕES DE TEC ENFERMAGEM

Paciente: EMERSON JORGE MARTINS

Prontuario: 95414

Leito: AM4.01

Num. Atendimento: 313523

Técnico(a): VICTORIA KATYUCCIA

Data evol: 13/07/2015 Hora: 13:58

Convenio: SUS INTERNADOS

Anotações de Enfermagem:

TARDE:

PACIENTE ADMITIDO PARA TRATAMENTO CIRURGICO POR DR. NARCIZO, PARA RETIRADA DE MATERIA EM MSE, COM 01 RX ANEXO AO PRONTUARIO, ENCAMINHADO AO S.O. AS 14:00 E RETORNADO A 14:30 SOB EFEITO ANESTESICO, REFERINDO DOR INTENSA EM MSE, COM AVI EM MED PARA DORALIS MEDICAMENTOSA, M.C.P.M E SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

PA:120X90

T:35.6°C

VICTORIA 952877

13/07/2015.NOITE.PACIENTE POS OPERADO,CONSCIENTE,ORIENTADO,AFERRIL,EXFEMO,NORMO ENSO,PA=120X80,T=36.SEM QUEIXAS FOI MEDICADO E DORMIU BEM.ALVARO RODRIGUES, COREN 322096.

Elaine Paulino de Lira
ENFERMEIRA
COREN-CE 350772

Alvaro Rodolfo 322096
Técnico(a)



HOSPITAL
São Raimundo
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

BOLETIM DE CIRURGIA

Preencher todos os campos após a cirurgia verso e anverso

BOLETIM DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE

BRUNO LUIZ DA SILVA
DIAGNÓSTICO
LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO
OPERAÇÃO
ARTROSCOPIA DE JOELHO DIREITO

61 MATERIAL DE SALA

TIPO Q V.U VT

65

MEDICAMENTOS DE SALA

TIPO Q V.U VT

N. DA A-IH		CIRURGIA		ANESTESIA	
1. Data	2. Hora	3. Local	4. Tipo	5. Local	6. Outros
14/03/2016	14:40	14:30	14:40	14:30	14:40
Reg.		Carção		Carção	
CÓDIGO CID		CÓDIGO CID		CÓDIGO CID	
Conversão	Classe	Detalhes	Conversão	Classe	Detalhes
14:30	14:40	14:40	14:30	14:40	14:40
CÓDIGO SSM		CÓDIGO SSM		CÓDIGO SSM	
14:30	14:40	14:40	14:30	14:40	14:40

Ass. da Enfermeira

OXIGÊNIO

74

INÍCIO HORAS

TÉRMO. HORAS

TOTAL DE HORAS

Ass. do Cirurgião

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

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (Ocorrências Principais)		ANESTESIA - (Ocorrências Principais)	
- Aproximação e antitrombose do artelho e - Retirada das punho e curativo.		Cera 40.	
Cirurgião Dr. Nelson CPF 03.571.403-00		Data 13/07/15 Ass. e Carimbo do Anestesiologista	
1º Auxiliar		Relatar causas que justifiquem, a longa duração da operação da anestesia e um maior consumo de material e medicamentos	
2º Auxiliar Ass. e Carimbo do Cirurgião			
3º Auxiliar			

Assupção e anti-repaci.
do punho
+ Pedras no dor fratura.
luxação e fixar com
percutânea e fios de
stainless.
Suturativo + Tala
gessada.

Henrique
A. Aguiar

11/06/16

Ass. e Carimbo do Anestesiologista

11/06/16

Relevar causas que originaram a lesão durante o período da anestesia e umidade excessiva de tráfego e medicamentos

Data		Ass. e Carimbo do Anestesiologista - CRM	
Cirurgião	1º Auxiliar	Ass. e Carimbo	
	Ass. e Carimbo do Cirurgião	Ass. e Carimbo	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Ass. e Carimbo	

7304

DATA EMISSÃO: 13/07/2015 19:13
PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA

NUMERO PRESCRIÇÃO: 18120

Num.Atend: 313523

PACIENTE: EMERSON JORGE MARTINS

It	Código	Descrição	Nome Comercial	Dose	Uni	Via	Freq	Horários	QtdTot	Sai
01		DIETA LIVRE APÓS O EFEITO DA ANESTESIA								1
02	00010102	SORO FISIOLÓGICO 500ML INJETÁVEL	SORO FISIOLÓGICO	2	FRS	EV	124/24			2
03	00010103	SORO GLICOSADO; 500ML INJETÁVEL	SORO GLICOSADO	2	AMP	EV	124/24			2
04	00010028	CEFALOTINA SODICA; FRASCO-PO 1GR PO Dia do antib.: 01/01	CEFALOTINA SOD	1	FRP	EV	06/06	19 07		3
05	00010065	DIPIRONA SODICA; 500MG/ML AMPOLA 2ML + AGUA DESTILADA	DIPIRONA SODIC	1	AMP	EV	06/06	19 07		3
06	00010055	TRAMADOL, CLORIDRATO DE; 50MG/ML AMPOLA 2ML DILUIR 50ML DE SF	CLORIDRATO DE	1	AMP	EV	12/12	19 07		2
07	00010062	DICLOFENACO SODICO; 25MG/ML AMPOLA 3ML	DICLOFENACO SO	1	AMP	IM	12/12	19 07		2
08		SSVV+CCGG								1

Evolução:
PACIENTE EVOLUT COM DOR NO POI
COND - VPM

Dr. Marcelo
C. 403574
B. 403574

FARMACIA

PRESTADOR: NARCIZO

55

50

 HOSPITAL São Raimundo FUNDADOR LEONOR BEZERRA		Exames Radiológicos			
Nome do Paciente		Enf.	Leito		
Emerson Jorge Martins		4	2		
Idade	SUS	Convênio	Particular	Hospital	
40	☒	☐	☐	☒	
Endereço		Cidade			
Rua João Batista Arrais		Antônio do Vale			
Impressão Diagnóstica					
Deformidade no punho e					
Dados Clínicos					
Médico Solicitante:					
Data Solicitação:					
Exame Solicitado:					
RESULTADO / LAUDO					
FRATURA Luxação					
Data: / /					
 Dr. Marcelo Ribeiro da Costa Médico Responsável pelo Laudo					

04

Exames Radiológicos



Nome do Paciente		End		Leito	
Cristina Maria		04		01	
Idade	SUS	Convênio	Hospital	Ambulatorio	Externo
	☒	☐	☒	☐	☐
Endereço			Cidade		
Impressão Diagnóstica					
Dados Clínicos					
Médico Solicitante					
Data Solicitação					
14, 02, 15					
Exame Solicitado					
Rx de Punho Esquerdo					
RESULTADO / LAUDO					

Fratura antiga.

RAO



HOSPITAL
São Raimundo
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

RECEITUÁRIO

Nome:.....

Emerson Jorge Martins

Laudo Médico

O paciente acima identificado, está em tratamento de Fratura - luxação do pulso E, neste serviço, desde 23/05/15. Apresenta déficit de movimentos do pulso e mão com Adl p/ fisioterapia.

CTD = 5525

24/08/15

Ao retornar favor trazer este receituário

Data: 24/08/15
Dr. Adilson
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1301

Atendemos convênios e particulares



HOSPITAL
São Raimundo
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

RECEITUÁRIO

Nome: Emerson Jorge Martins

Laudo Médico

O paciente acima identificado, foi atendido neste Serviço em 23/05/2015, com história de acidente de moto, apresentando fraturas expostas no punho e na mão. Não houve tratamento cirúrgico das fraturas e amputação do 4º dedo da mão esquerda.

Data: 23/11/15

D

Ao retornar favor trazer este receituário

Atendimentos convênios e particulares

Av. Teodorico Teles, 99 - CEP: 63.100-160 - Crato - CE | Tel.: (88) 3523.2600

Oficial Francy Cláudia - (R) 35218389 Crato-CE

Após 3 meses de tratamento foi encaminhado para fisioterapia.

Após cerca de 3 meses de fisioterapia com ATE de fisioterapia nesta data apresenta melhora potencial funcional.

CID = S52.5 / S62 / S68 / 3

Crato,

23/11/15

Dr. Narciso Flores
ORTOPEDIA
CRM 7604

D

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 011686769460
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA PET 01 00257675493 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2014

NOME MARIA ALACY ROSENDO
ANTONINA DO NORTE /CE

CPF / CNPJ 38759614534 PLACA NVA6146/CE

CHASSI 9C2JC4110AR702827

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/MARCA APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB. 2010 ANO MOB. 2010

CAP/POT/OIL 2P/OCV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º VENC. COTAS 1º

FAIXA L.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

ANTONINA DUARTE LOCAL 13/08/2014

Igor Pontes Superintendente DETRAN-CE

011686769460
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

ASSINATURA



04453
NVA6146
COD. RENAVAM 00257675493
25837 04905

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 011686769460 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PAZ A MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 13/08/2014

PLACA NVA6146

RENAVAM 00257675493

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

CHASSI 9C2JC4110AR702827

PRÊMIO TARIFÁRIO

DETRAN (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

FMS (R\$) 127,04

IOF (R\$) 1,11

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 272,83

DATA DE QUITAÇÃO 11/08/2014

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.908/0001-04
www.seguradoralider.com.br

PARCELADO

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

MOTOR: JC41E1A702827

SINISTRO 3160133295 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EMERSON JORGE MARTINS

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO MBM SEGURADORA S/A
#772

BENEFICIÁRIO EMERSON JORGE MARTINS

CPF/CNPJ: 26580573856

Posição em 18-05-2016 14:36:11

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 4.725,00

Data de liberação do pagamento: 10/03/2016

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 da liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
-------------------	----------------------	------------------	-------------

10/03/2016	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00
------------	--------------	----------	--------------