

PROCURAÇÃO AD JUDÍCIA

OUTORGANTE:

Nome: <u>Felipe Maycon dos Santos Oliveira</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Empregador</u>	Carteira de Identidade: <u>2007012045010</u>	
CPF nº: <u>610.996.503-05</u>	Residência: <u>R. 001, de Maio, 2205, AP 210</u>		
Bairro: <u>G. Pontal</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>60541-310</u>

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na Rua Meton de Alencar, nº 106, Altos, Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.035-160, fones: **(85) 98225-8282 (85) 3121-8383**
E-mail: **KAIRO AKRS@YAHOO.COM.BR**

PODERES:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instância ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Poderes especiais: Receber e fazer levantamento de alvará judicial, em nome dos outorgantes, em qualquer banco e/ou instituição financeira.

Fortaleza (CE), 25 de Novembro de 2019.

x Felipe Maycon dos Santos Oliveira
Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Felipe Maycon dos Santos Oliveira, brasileiro(a),
Solteiro, Entregador, portador(a) da Carteira de Identidade/RG nº
2007012045010, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 610.996.503-05 residente e
domiciliado(a) na Rua 01 de Maio, nº 2205
APT 210, Bairro: Granja Portugal, Cep nº 60541-310,
Fortaleza -CE, declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira,
não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem
prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº
1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 25 de Novembro de 2019.

x Felipe maycon dos Santos Oliveira

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSTO
CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1633079021

PROIBIDO PLASTIFICAR
1633079021

NOME
FELIPE MAYCON DOS SANTOS OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
2007012045010 SSP CE

CPF
610.996.503-05

DATA NASCIMENTO
29/09/1992

FUNÇÃO
IVANDA DOS SANTOS OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC

CATIA
A

Nº REGISTRO
05956531622

VALIDADE
09/02/2023

1ª HABILITAÇÃO
12/12/2013

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

Felipe maycon dos santos oliveira
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMISSOR

DATA EMISSÃO
15/02/2018

34420538878
CE163728518

CEARA

DADOS DO VEÍCULO

	Placa:	ORX3684	
	Multa:	NÃO	
			Munic. Emplac.:
FORTALEZA			
	Tipo:	MOTOCICLETA	
			Marca:
HONDA/CG 125 FAN KS			
	Ano Fab/Modelo:	2013/2013	
			Ano Exercício:
2019			
	Espécie:	PASSAGEIRO	
			Cor:
VERMELHA			
	Combustível:	GASOLINA	
			Categoria:
PARTICULAR			
	Nacionalidade:	NACIONAL	
			SNG:
VEICULO COM ALIENACAO FIDUCIARIA			
	Ano Seguro:	2019	
Pendência Recall:	NAO		

OBSERVAÇÕES

Nenhuma Observação Encontrada

RESTRIÇÕES

Nenhuma Restrição Encontrada



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2019108962

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 562 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **14/02/2019 12:11:55**
 Data / Hora da Ocorrência: **09/12/2018 13:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA DUAS NAÇÕES**
 Complemento: **C/ RUA CARLOS CHAGAS**
 Bairro: **GRANJA PORTUGAL** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FELIPE MAYCON DOS SANTOS OLIVEIRA**
 Nascimento: **29/09/1992** CPF: **610.996.503-05**
 RG: **2007012045010** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **IVANDA DOS SANTOS OLIVEIRA**
N/C
 Endereço: **RUA 1 DE MAIO, 2205 AP 205**
 Bairro: **GRANJA PORTUGAL**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98421-6487**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORX3684** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC4110DR125624 Renavam: **566168910** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
 Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **VALFREDO RIBEIRO SANTANA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA ORX-3684 NA RUA DUAS NAÇÕES QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA. E NADA MAIS DISSE./////////
 OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Felipe maycon dos Santos Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9



DECLARAÇÃO



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Felipe Maycon dos Santos Oliveira** - C.P.F. **610.996.503.05**, no dia **09/12/2018**, às **13h20min**, na **Rua Carlos Chaga**, no **Bairro Granja Portugal**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P514450/2019**.

Fortaleza, 21 de janeiro de 2019.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

Maurício Lopes Alves
SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

P-514450/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USA 04 PONTO DE APOIO: SERU Nº DA OCORRÊNCIA: 0500
 DATA: 09/12/18 TURNO: MT EQUIPE: Leandro Edilson Iternat
 NOME: Felipe Maycon das Santos Oliveira IDADE: 26 SEXO: M
 ENDEREÇO: R. Carlos Chagas S/N BAIRRO: G. Portugal
 REFERÊNCIA: QTY: 13:08 QUS: 13:20 QUY: QUU:
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão Carro Moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

☒ RESPONSIVO
☐ NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA

☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS

POR:

PADRÃO RESPIRATÓRIO

☒ EUPNEICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:

PALPAÇÃO / PERCUSSÃO

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:

AUSCULTA

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:

C

PULSO

☒ NORMOCÁRDICO ☒ CHEIO
☐ TRAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME
☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL

LOCAL:

PELE

☒ CORADA ☐ SUDOREICA
☐ PÁLIDA ☐ SECA
☐ CIANÓTICA ☐ QUENTE
☐ FRIA

ENCHIMENTO CAPILAR

☒ ≤ 2 seg
☐ > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO

☐ SIM
☒ NÃO

ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR

ESPONTÂNEA ☒ 4
 À VOZ ☐ 3
 À DOR ☐ 2
 NENHUMA ☐ 1

TOTAL: 15

RESPOSTA VERBAL

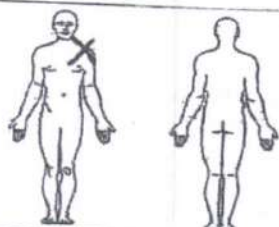
ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5
 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4
 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3
 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2
 NENHUMA ☐ 1

RESPOSTA MOTORA

OBEDECE A COMANDOS ☒ 6
 LOCALIZA A DOR ☐ 5
 MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4
 FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
 EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
 NENHUMA ☐ 1

PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

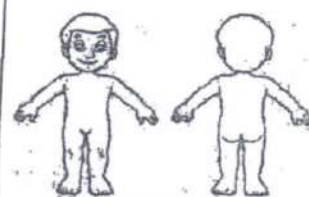
ADULTO



LESÕES

Provável fratura de clavícula/ombro E

PEDIÁTRICO



SAMPLA

PA:

FR:

GLIC.:

OXIM.:

TEMP.:

Realizado e removido por USF 87. Paciente, 26 anos, vítima de colisão moto x carro, ficando no comando da moto e portando capacete no momento da ocorrência, sem história de tropeço no local (lembrando todo o ocorrido). No GUS encontrado ao solo, em via pública, de cúbito dorsal, consciente, orientado, verbalizando eupneico, hemodinamicamente estável, e dor intensa à mobilização em topografia de clavícula/ombro E. Crânio, torax, abdome, e membros livres.

ESLOCAIMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUR: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUU: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

Prefeitura de
FortalezaPREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SU

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FELIPE MAYCON DOS SANTOS OLIVEIRA		Nº DO PRONTUÁRIO 361956	Nº DO BE 249855
CADUS	NASCIMENTO 29/09/1992(26 ANOS)	SEXO M	RACIA/COR PARDO
NOME MÃE IVANDA DOS SANTOS OLIVEIRA	NOME RESPONSÁVEL NI		
ENDEREÇO RUA PRIMEIRO DE MAIO 2205 AP 205 GRANJA PORTUGAL	MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE
CONTATO	CEP NI		

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEBRA TRAZIDO PELO SAMU USB 84, TRAUMA COM EDEMA E DOR EM OMBRO ESQUERDO E BRAÇO	MOTIVO COLISÃO CARRO X MOTO
SINTOMAS NI	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)

PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 98%	PULSO 80	GLICEMIA NI
TEMPERATURA	ALERGIAS DIPIRONA			

CLASSIFICAÇÃO ARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ZÁLYA CAVALCANTE DE DEUS	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 09/12/2018 14:14:48
-------------------------------	---	--

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

Refere trauma em ombro (E);

P. com dor no LAC a (E)

Glt. Internação hospitalar.

DIAGNÓSTICO	PROCEDIMENTO	CID
SOLICITAÇÃO () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS		

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

HOSPITAL DISTRITAL M^{te} JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTAS/SAÍDA

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por ZÁLYA CAVALCANTE DE DEUS em 09/12/2018 às 14:14:51

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

P. de dor no ombro (E)

Glt. AP+P

Glt. AP+P

felipe maycon dos santos oliveira

Marcos Vinicius Amaral Barreto
Ortopedia Traumatologia
CREMEC 11153

1053

12700026700



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação



AV. Coelha de Farias nº 1327 - Fortaleza - CE 61.120-400
Fonômetro: (85) 3223-7323

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º de AIH:

UNIDADE HOSPITALAR

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CBO / CNPJ

07.835.044 / 0002-81

NOME DO PACIENTE

Feline Maxson dos Santos Azevedo

ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA: PRIMEIRO DE MAIO - Nº 2205 AP: 205

BARRIO

GRANJA PORTUGAL

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF

CE

CEP

DATA DO NASCIMENTO

29/09/1992

SEXO

1. ☒ MASC2. ☐ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURADO4. ☐ CONJUGE6. ☐ FILHO8. ☐ OUTRO DE

NOME DA MÃE

IVANDA DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF MÉDICO SOLICITANTE

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

003 870 40307

DATA DA EMISSÃO

09/12/2018

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Parale com luxação acromioclavicular a (E)
pós trauma direto,

HOSPITAL DISTRITAL M.ª JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro
Mat. 763

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura Clavícula

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Rx + exame físico

DIAGNÓSTICO INICIAL

Luxação Acromioclavicular

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA
3. ☐ CLÍNICA MÉDICA
5. ☐ PSIQUIÁTRICA
8. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA
4. ☐ TISIOPEUMOL
6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação hospitalar

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

11138

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

Dr. Marcus Vinícius Amaral Bonfatti
Ortopedia-Traumatologia
CREMEO 11138

DATA

HORA

SÉRIE BRANCA			5.000 a 10.000 /mm³
EXAMES	VALORES ENCONTRADOS	VALORES NORMAIS	
eutrófilos	74 %	50 - 73 %	5.000 - 7.300/mm³
linfócitos	-	0 -	-
tetamielócitos	-	0 - 1 %	-
bastões	01 %	0 - 5 %	-
segmentados	73 %	50 - 68 %	-
osinófilos	01 %	2 - 4 %	100 - 400 /mm³
asófilos	-	0 - 1 %	0 - 100 /mm³
fócitos	21 %	23 - 35 %	1.500 - 3.500 /mm³
monócitos	04 %	4 - 8 %	200 - 800 /mm³

Atipia em Linfócitos ☒ Ausência de degeneração Leucocitária

Ausência de Eosinófilo na Extra-contagem ☐ Presença de Eosinófilo na Extra-contagem

(Plaquetas aparentemente normais)

SÉRIE VERMELHA			VALORES NORMAIS
EXAMES	VALORES ENCONTRADOS		
Hemácias	4.910.000	Homem: 4,5 - 5,5 Milhões /mm³ Mulher: 3,9 - 5,0 Milhões /mm³	
Hemoglobina	14,9	Homem: 13,0 - 11,0g /100ml Mulher: 11,0 - 14,0g /100ml	
Hematócrito	44,9	Homem: 42 - 50% Mulher: 38 - 45%	
Volume Corpuscular médio	91,5	76 - 96 uug	
H. Corpuslar médio	30,3	27 - 30 uug	
nc HB. Corpuscular médio	33,1	32 - 34°	
Plaquetas	218.000	/mm³	150.000 - 450.000 /mm³

☒ Hemácias Normocrômicas e Normocrômicas ☐ Hemácias Anisocrômicas e Anisocrômicas

Observações:

Analista: _____

Data: / /

RESULTADO DE EXAMES DA BIOQUÍMICA		
EXAME	RESULTADO	VALOR DE REFERÊNCIA
Ácido Úrico	/	2,5 a 7,0 mg/dL
Albumina	/	3,5 a 5,5 g/dL
Amilase	/	25 a 125 U/L
Bilirrubina Total	/	Até 1,2 mg/dL
Bilirrubina Direta	/	Até 0,4 mg/dL
Bilirrubina Indireta	/	Até 1,0 mg/dL
Cálcio Iônico	/	1,15 a 1,32 mmol/L
Cloro	/	98 a 110 mmol/L
Creatinina	4,07	0,5 a 1,2 mg/dL
Fosfatase Alcalina	/	27 a 100 U/L
Fósforo	/	2,5 a 4,8 mg/dL
Gama GT	/	7 a 58 U/L
Glicose	110	65 a 110 mg/dL
Lipase	/	10 a 60 U/L
Magnésio	/	1,58 a 2,56 mg/dL
PCR	/	Até 6 mg/dL
Potássio	4,06	3,4 a 4,5 mmol/L
Proteínas Totais	/	6,0 a 8,0 g/dL
Sódio	138	134 a 146 mmol/L
TGO	/	10 a 39 U/L
TGP	/	10 a 45 U/L
Ureia	41	15 a 45 mg/dL

OBS.: _____

ANALISTA: _____

ESPECIALIDADES MÉDICAS JOSÉ DE ALENCAR - CEMJA
LABORATÓRIO CENTRAL DE FORTALEZA

Rua Guilherme Rocha 510, Centro. Fortaleza - Ceará.

IDENTIFICADOR: 6841-21 - FELIPE MAYCON DOS SANTOS OLIVEIRA

NOME DA MÃE: IVANDA DOS SANTOS OLIVEIRA

SOLICITANTE: MARCUS VIVICIUS AMARAL BARRETO

LOCAL: LOCAL DE CADASTRO

CADASTRO:HOSP. FROTINHA DE PARANGABA

ORIGEM:SUS

IMP:11/12/2018 15:34 - JLIMA - SoftL@b

Emerg.

Página 1

10

ATEND.:10/12/2018

PÁG:1 de 1

Material: Plasma

Data Coleta: 10/12/2018

TEMPO DE PROTROMBINA

Paciente: 11 segundos 99 %

Controle: 11,0 segundos 100,0 %

IN: 1 Valor de Referência: Até 1,25

Resultados anteriores:

Obs:

Material: Plasma

Data Coleta: 10/12/2018

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO:

Paciente: 29 segundos

Controle: 24,4 segundos

Relação Paciente / Controle: 1,19 segundos

Valor de Referência: Até 1,30

Resultados anteriores:

Obs:

Nome: Felipe Maycon dos Santos Oliveira

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			09/12/2018	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
	Paciente com luxação acromio clavicular (E) após trauma, indicação de tratamento cirúrgico.
	Alt: Intensas hematomas.
	Dr. Marcos Vinicius Amarel Barreto Ortopedia Traumatologia CREMEC 11138
#09/12/18 - Enfermagem #	F.M.S.O., 26a, masculino. Admitido na emergência por HD: luxação acromio clavicular (E). Evolui consciente, orientado, eupneico em ambiente. AVP em MSD realizada. Negativa HAST. Após analgesia a dor diminuiu. Segue sob cuidados da equipe.
10/12	Metefil
4/12	Metefil
	Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4600
	Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4600
#11.12.18 - Enfermagem #	F.M.S.O., 26a, masculino. HD: luxação acromio clavicular (E). Evolui consciente, orientado, eupneico em ambiente. AVP em MSD realizada. Eliminações espontâneas. Sem queixas. Encaminhado ao posto 1, leito 106.

HOSPITAL DISTRITAL DE JACI BARRO DO CANTO
NÃO SE QUE CÔPIA CONFERE COM ORIGINAL
Emanuelle Monteiro
Mat. 163

Assinatura do Paciente
Assinatura do Responsável
Assinatura do Médico
Assinatura do Enfermeiro
Assinatura do Fisioterapeuta
Assinatura do Psicólogo
Assinatura do Nutricionista
Assinatura do Fonoaudiólogo
Assinatura do Odontólogo
Assinatura do Farmacêutico
Assinatura do Radiologista
Assinatura do Patologista
Assinatura do Microscopista
Assinatura do Laboratorista
Assinatura do Técnico de Laboratório
Assinatura do Auxiliar de Laboratório
Assinatura do Agente de Endemias
Assinatura do Agente de Controle de Vetores
Assinatura do Agente de Controle de Zoonoses
Assinatura do Agente de Controle de Doenças Transmissíveis
Assinatura do Agente de Controle de Doenças Não Transmissíveis
Assinatura do Agente de Controle de Doenças Crônicas
Assinatura do Agente de Controle de Doenças Raras
Assinatura do Agente de Controle de Doenças Infecciosas
Assinatura do Agente de Controle de Doenças Parasitárias
Assinatura do Agente de Controle de Doenças Fungicas
Assinatura do Agente de Controle de Doenças Bacterianas
Assinatura do Agente de Controle de Doenças Virais
Assinatura do Agente de Controle de Doenças Prionicas
Assinatura do Agente de Controle de Doenças Parasitárias
Assinatura do Agente de Controle de Doenças Fungicas
Assinatura do Agente de Controle de Doenças Bacterianas
Assinatura do Agente de Controle de Doenças Virais
Assinatura do Agente de Controle de Doenças Prionicas

Prontuário

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 09/01/2020 às 16:32, sob o número 02015431420208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0201543-14.2020.8.06.0001 e código 5B8D0CB.

Mat. 753

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

Glicemias	Insulinas	Rubrica
11:		
16:		
20:		
08:		

SINAIS VITAIS

HR:	09:30	21:09
PR:	120x80	130x70
TEMP.:	38.1	37.0
P/MIN.:		
M.V./MIN.:		

NOME: Felipe Imagem da Silva

IDADE: 26a

ENF.: I

LEITO: 106

Nº. PRONTUÁRIO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA

HISTÓRICO DE APLICAÇÃO
DE MEDICAMENTOS

OBSERVAÇÃO

RUBRICA
(Assinatura)

10/12/18

DIETAGER 11

DIETAGER 01 COMP VO 12/12 Hs

DIPIRONA 01 AMP + 18 CC SF EV 6/6 Hs SN

FLUIDAL 100 mg + 100 ml SF EV SN

SINAIS VITAIS

SND

18/08

SN

SN

Rotina

09:30: Paciente consciente, orientado, deambula, higiene pessoal, dieta, higiene pessoal, eliminação fisiológica, pontos de referência dados.

AS 21: 09h: f. M. conselheiro, orientado, verbalizando, deambulando, namorada, segue sob cuidados de enfermagem. 882045

Dr. Roberto Mendes Rodrigues

Ortopedia - Traumatologia

CRC 1200

HOSPITAL DISTRIAL M. JOSÉ DANTAS DE OLIVEIRA

NOTA: QUE Cópia conferir com ORIGINAL

Estanislau Mendes

Mat 73

	Glicemias	Insulinas	Rubrica
11:			
16:			
20:			
06:			

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

SINAIS VITAIS			
HC	RIO:		
	P.A.:		
	TEMP.°:		
	P / MIN.:		
	M.V. / MIN.:		

NOME:	felipe Mauricio dos Santos Oliveira	IDADE:	26 anos	ENF.:	A	LEITO:	106	Nº. PRONTUÁRIO:	361.956
-------	-------------------------------------	--------	---------	-------	---	--------	-----	-----------------	---------

[illegible]

FOLHA DE ANESTESIA[illegible]

Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DEUT, MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
HISTÓRIA DE PASSAGENS
Av. Duque de Caxias 1227 - Fátima - CEP 04209-000 - Fone: 021-2525-0000
Télex: 021-2525-0000 - Fax: 021-2525-0000

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

361956

Paciente: Felipe Maxson dos Santos Oliveira

Data da Operação: 19/12/2018 Enfermaria: Leito: 106

Operador: MARCO AURÉLIO

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-operatório: BRASÃO ACRÓMIO CLAVICULAR (E)

Tipo de Operação: REDUÇÃO MANUTENÇÃO + FIXAÇÃO PERCUTÂNEA

Diagnóstico Pós-operatório:

Relatório Imediato Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente durante a operação:

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

1. Realizado em DDM sob anestesia
2. Assepsia + antiseptia
3. Acesso direto à articulação acromioclavicular com braço (E)
4. Direção por planos + redução
5. Aplicação de fio de Kirschner 2.0mm
6. Realização de hemostase
7. Sutura + curativo
8. Imobilização

Dr. Marcos Aurélio S. Madeiros
Ortopedia e Traumatologia
CRM-ES 12001

Carimbo: Madeiros
19/12/18

COPIA DESTA FOLHA NÃO DEVE SER DESTRUÍDA
NÃO QUEBRAR A COPIA DESTA FOLHA COM ORIGINAL

DATA	EVOLUÇÃO
19/12/18	Pct, F.M.S, O, 26a, 1M: Fratura de acromio (E). Segue consciente, orientado, cooperativo, verbalizando e deambulando. Não refere queixas. Eliminações vesicais e intestinais presentes e fisiológicas. Aguardando cirurgia hoje, segue de dieta zero.
	Raylla Araújo Bezerra Enfermeira COREN 478.471
19/12/18	Permanece no leito com curativo cirúrgico
	Dr. Marcos Aurélio S. Medeiros Ortopedia - Traumatologia CREMEC 12061
20/12	1º DR TO CIRÚRGICO L.A.C
	Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quirúrgica CREMEC - 12.14.14.14047
20/12/18	Felipe de alta hospitalar, segue acompanhado de seus familiares.
	Resimere M. de Santana COREN-CE 306100-ENF
	ASSISTENTE SOCIAL: JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA ATENÇÃO: COPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

Mat. 763

CRM - MÉDICO (A)



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FORTALEZA DE PARANÁ
AV. Odebrecht nº 1117 - Parangaba - CEP 60.728-000 - Fortaleza-Ce
Telefone (85) 3121-7211 - Fax: 3121-7117

FOLHA DE ANESTESIA

Nome: Felipe Maycon dos Santos

Enfermaria: _____ Leito: _____

Prontuário N.º: _____

Data: <u>19/12/18</u>	Pres. Arterial:	Pulso:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
Tipo Sanguíneo:	Hernias:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Uréia:	Outros:
	Urina:					

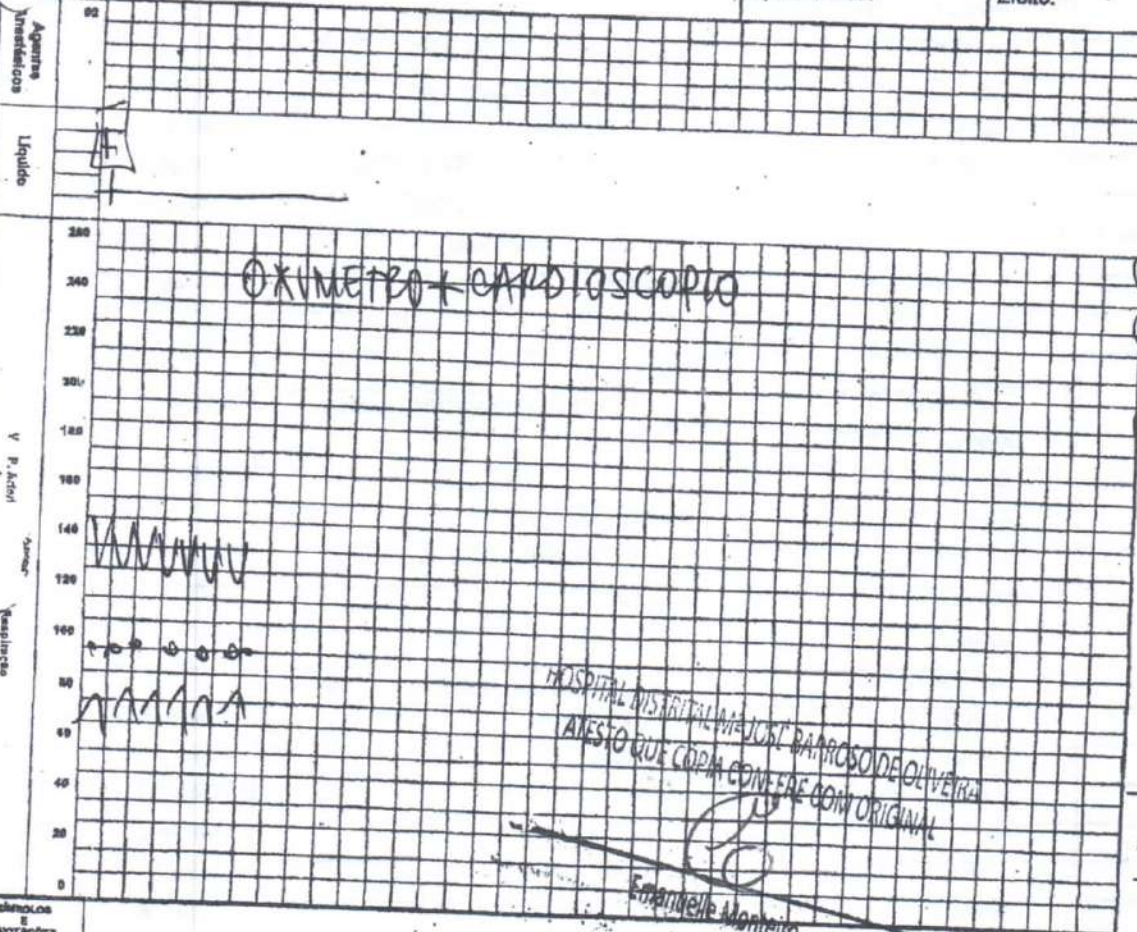
Ap. Respiratório:		Asma:		Bronquite:	
Ap. Circulatório:		Eletrocardiograma:			
Ap. Digestivo:		Dentes:	Pescoço:	Ap. Urinário:	
Estado Mental: <u>Lúcida</u>	Atarácicos:	Corticóides:	Alergia: <u>DIPIRONA, CETOPIRATO, IBUPROFENO</u>		
Diagnóstico Pré-operatório: <u>luxação acromioclavicular</u>		Estado Físico: <u>ASA I</u>		Risco: _____	

anestesias Anteriores:

indicação Pré-anestésica:

Aplicadas às:

Efeito:



INDUÇÃO

Reflexo: _____ Erctil: _____ Tosse: _____
Laringe expandida: _____ Lente: _____
Náuseas: _____ Vômitos: _____
Outros: _____

MANUTENÇÃO

- 1) Monitorização
- 2) Bloq. plexo braquial
- 3) Midazolam 3 mg IV

Anestesia Geral: ☒ Sim ☐ Não
Não, por quê? _____

DESPERTAR

Retorno ao S.O.: 6
Obstr.: _____ CO2: _____ Erctil: _____
Náuseas: _____ Vômitos: _____
Outros: _____

Com câmbio: _____
Para o lado: ☐ Sim ☒ Não

CONDIÇÕES:

boa

Agentes: Lidocaina 400mg/ml
Técnica: Bloqueio de plexo braquial
Operação: Pro. cir. luxação acromioclavicular
Cânulas: _____
Cirurgiões: Dr. Marcos Amêlis
Anestesistas: Dr. Francisco Andrade Dias Junior
Observações: _____

Dr. Dias Junior
Médico
Rég. 6065

Dr. Carlos Rodrigues

ANOTAÇÕES /CONDUTAS MÉDICAS

Avaliado e removido por equipe da USB 84.

Dr. Edilson Castro Sales
Médico
CRM 19.019

ASS. /CRM:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Det. v. vítima de colisão carro/moto. Na cena só o
consciente e orientado. Desgrando do veículo. Deslizado
avaliação primária e secundária. Removido pela USB 84

Edilson
Dr 48406

ASS. /COREN:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

- ☐ UNIDADE DE SAÚDE: USB 84
☐ LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS
☐ ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE

BOLETIM EMERG:

☒ OUTRO: Removido por USB 84.

PACIENTE ACOMPANHADO: ☐ SIM ☐ NÃO
ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG /CPF _____
DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO
SAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome: Felipe Lourenço das Santos Oliveira

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
		106	09/12/2018	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
14.12.18	# Enfermagem F.M. 50, 26 anos, H.O. = Fratura de acromio clavicular (E) Evolui consciente, orientado, verbalizando, eupneico em ambiente, aceita dieta oferecida, diurese + eliminação intestinal presente. Segue em observação. <i>Boia</i> <i>Dr. Roberto Mendes Rodrigues</i> Ortopedia - Traumatologia CRM 4503 <i>Enfermeira</i> Gildellyana M. de Moura COREN 479.741
15.12.18	<i>Boia</i> <i>Dr. Roberto Mendes Rodrigues</i> Ortopedia - Traumatologia CRM 4503
16.12.18	<i>Boia</i> <i>Dr. Roberto Mendes Rodrigues</i> Ortopedia - Traumatologia CRM 4503
17.12.18	# Enfermagem F.M. 50, 26 anos, H.O. = Fratura de acromio clavicular (E) Evolui consciente, orientado, verbalizando, eupneico, em ambiente, aceita dieta oferecida, diurese + eliminação intestinal presente. Segue em observação. <i>Boia</i> <i>Dr. Roberto Mendes Rodrigues</i> Ortopedia - Traumatologia CRM 4503 <i>Enfermeira</i> Gildellyana M. de Moura COREN 479.741
18.12.18	<i>Boia</i> <i>Dr. Roberto Mendes Rodrigues</i> Ortopedia - Traumatologia CRM 4503

HOSPITAL DISTRICTAL N.º JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONTERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

Mat. 763

Nome:

Felipe Maycon dos Santos Oliveira

Prontuário

Enferm.

Leito

Data Internação

Diagnóstico

09/12/2018

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA

EVOLUÇÃO

Paciente com luxação acromioclavicular (E)
após trauma, indicação de tratamento
Ort. Intenso hematomas.

Dr. Marcos Vinicius Amaral Barreto
Ortopedia Traumatologia
CREMEC 11138

#09/12/18 - Enfermagem #

F.M.S.O., 26a, masculino. Admitido na emergência por HD:
luxação acromioclavicular (E). Evolui consciente, orientado, eup-
neico em ambiente. AVP em MSD realizada. Rega HAS +
DM. Apixima alegra e disposta. Segue sob cuidados da
equipe.

COBEN
09/12/2018

Atestado

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4800

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4800

HOSPITAL DIGITAL IN-PCSI
MÉDICO QUE COPIA CONFERE COM O ORIGINAL
Emanuelle Monteiro
Mat. 763

#11.12.18 - Enfermagem #

F.M.S.O., 26a, masculino. HD: luxação acromioclavicular (E)
Evolui consciente, orientado, eupneico em ambiente.
AVP em MSD realizada. Eliminações espontâneas (+)
Sem queixas. Encaminhado ao posto 1, leito 106.

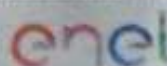
Atestado
09/12/2018

Prontuário

Nº do Cliente

6420624

A Tarifa Social de Energia Elétrica
Seu crédito será de R\$ 12,436
de 26 de abril de 2020



Companhia Energética do Ceará
Rua Paulo Vitorino, 100
CEP 60720-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CUF 06.105.693/3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 044.388.261

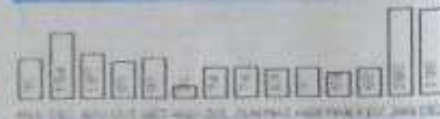
Ponto FOL 17034 - 225800 Referência 12/2019
Nome MARIA VILANI BERNARDO DE CASTRO
Endereço RU DONO DE MAIO, 02205 - AP 210, GRANJA PORTUGAL,
60541-310, FORTALEZA
Classificação Residencial Pleno
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL
Ligação Monofásico
Emissão 26/12/2019
Medidor 4744750-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

Anterior 25-11-2019 Atual 25-12-2019 Próxima prevista 25-01-2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo	Consumo Mês (kWh)	Consumo Inst. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
77	11.279	11.116	1,62	154	00	154	0,75318	115,99

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC	-	11,61
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01591	2,45
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,00942	1,45
CONSUMO	0,75318	115,99

Tributo	Base (R\$)	Aliquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	119,89	27,00	32,36
PIS	119,89	0,49	0,57
COFINS	119,89	2,24	2,67

VENCIMENTO 05/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

131,50

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 001.229.353-90

EMISSIONS DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg CO₂ 60,12 Compensado kg CO₂ 0,00 Consolidação Ecológica (%CO₂) 0

INFORMAÇÃO AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 26/11 - 30/11 Amarela : 01/12 - 26/12

SE VOCE RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MES TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 24X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

SINISTRO 3190404652 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FELIPE MAYCON DOS SANTOS OLIVEIRA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO FELIPE MAYCON DOS SANTOS OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 61099650305

Posição em 09-01-2020 16:01:53

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/10/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50