



VIRGÍNIA CAVALCANTE PORTELA DE ALMEIDA
OAB/CE Nº. 42.154

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE

NOME:	Danilo Santos de Sousa	
ESTADO CIVIL:	Solteiro	
PROFISSÃO:	Autônomo	
DOMICÍLIO:	Rua São Pedro, 248 - Casa A - Pauuna	
CIDADE:	Pacatuba	UF: CE
RG:	2005 0103 92400	
CPF:	042 832 75328	

OUTORGADOS

VIRGÍNIA CAVALCANTE PORTELA DE ALMEIDA, inscrito na OAB/CE sob o nº. 42.154, com escritório profissional situado na Rua Cândido Maia, nº 300a, CEP 60356-830, Antônio Bezerra - Fortaleza - CE.

Por meio do presente instrumento são outorgados amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 (Código de Processo Civil), e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Fortaleza, 06 de Janeiro de 2020.

Danilo Santos de Sousa

OUTORGANTE



VIRGÍNIA CAVALCANTE PORTELA DE ALMEIDA
OAB/CE Nº. 42.154

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

NOME: Danielo Santos de Sousa

RG: 2005010392400 SSP/ CE CPF: 042.832.753-28

DECLARA de sã consciência e bem da verdade que VIVE E RESIDE em:

Logradouro: Rua São Pedro, 248

Complemento: casa A

Bairro: Pauuna CEP: 61803-000

Que a presente declaração é a expressão da verdade, a qual é feita nos termos e sob as penas da lei, pelo que me responsabilizo pela presente

Fortaleza/CE, 06 DE junho 2020

Danielo Santos de Sousa



VIRGÍNIA CAVALCANTE PORTELA DE ALMEIDA
OAB/CE Nº. 42.154

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome:	Danilo Santos de Sousa		
Nacionalidade:	Brasileiro	Estado:	Ceará
		Estado Civil:	Solteiro
Profissão:	Autônomo		
Rg:	2005030392400	SSPI CE	CPF: 042.832.753-28
Logradouro:	Rua São Pedro		Nº 248A
Bairro:	Pavuna	CEP:	61803-000
Cidade:	Pacatuba	Telefone:	(85) 98749630

Desejamos obter os benefícios da "Justiça Gratuita" declara, sob as penas da lei que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da lei nº 1.060 de 05 de Fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.

Fortaleza/CE: 06 de Janeiro de 2020.

Danilo Santos de Sousa

SINISTRO 3190677563 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** DANILO SANTOS DE SOUSA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Compre

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO DANILO SANTOS DE SOUSA**CPF/CNPJ:** 04283275328**Posição em 18-12-2019 09:02:10**

Os dados bancários foram atualizados e a Seguradora Líder-DPVAT está providenciando uma nova tentativa de liberação deste pagamento.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
19/12/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50


19/12/2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

INTERPART LTDA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1155597219

NOME
DANILO SANTOS DE SOUSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2005010392400 SSP CE

CPF
042.832.753-28

DATA NASCIMENTO
19/06/1992

FIJACÃO
DAMIO TEIXEIRA DE SOUSA
MARIA DARIMAR ALVES DOS SANTOS

PERMISSÃO
ACC

CAEHA
AB

Nº REGISTRO
05042491090

VALIDADE
15/07/2020

1ª HABILITAÇÃO
28/09/2010

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA;

Daniilo Santos de Sousa
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
16/07/2015

Idor Vascócelos Ponte
ASSINATURA DO EMISSOR

01607689757
CE148559921

DETRAN-CE (CEARA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1155597219

Nº de Cliente:

8037469

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi 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 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº

032457234

Rota

PT227U01 - 18600

Nome

ALESSANDRA NASCIMENTO DA SILVA SANTOS

Endereço

RU SAO PEDRO, 00248 - CS A, PAVUNA, 61803-000, PACATUBA

Classificação

Residencial Pleno

Modalidade Tarifária

B1 RESIDENCIAL

Ligação

Monofásico

Emissão

11/11/2019

Medidor

5862688-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

DEECF969B9C4B8EDF26020A111F50FB8

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

Mês	Consumo (kWh)
NOV	98
DEZ	106

DATAS DE LEITURA

P.F.: 33 dias

Anterior

09/10/2019

Atual

11/11/2019

Próxima prevista

11/12/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	3.114	3.015	1,00	99	00	99	0,72798	72,07

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	11,45
ADICIONAL BAND. AMARELA	1,35
ADICIONAL BAND. VERMELHA	1,86
CONSUMO	72,07
DIC TRIMESTRAL	-0,07
DMIC	-6,31

Tributo:

Base (R\$):

Aliquota (%):

Valor (R\$):

ICMS	75,28	27,00	20,31
PIS	75,28	0,04	0,02
COFINS	75,28	0,30	0,21

VENCIMENTO

25/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

80,35

CONSUMO CONSCIENTE

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

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica (%CO₂)

38,64

0,00

0,00%

INFORMAÇÕES AGUÇANTE

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA Voce possui conta(s) em atraso (Ref:2019/10 Valor R\$104,65). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTESTO. Podera ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do debito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000008037469.

DEBITOS ANTERIORES

MES/ANO

VALOR(R\$)

09/2019

134,94

Total: R\$ 134,94

Periodos: Band. Tarif.: Amarela : 10/10 - 31/10 Vermelha : 01/11 - 11/11

SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MÊS TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERIODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

Nº do Cliente:

8037469

Referência:

11/2019

V:[1.0.0.5]

Data de Emissão:

11/11/2019

Total a Pagar (R\$):

80,35

068 - 0554541111

Nº da Nota Fiscal:

032457234

Nº de Controle:

10005783531

-3.91988578

-36.59307701

83890000000 5 80350031010 1 00578353107 0 00008037469 7

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por VIRGINIA CAVALCANTE PORTELA DE ALMEIDA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 27/01/2020 às 13:43, sob o número 02059567020208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0205956-70.2020.8.06.0001 e código 5D44821.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 202 - 1566 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **28/11/2019 10:56:05**
Data / Hora da Ocorrência: **16/08/2019 21:21:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD CE 060 KM 11, PAVUNA - PAVUNA**
PACATUBA/CE
Ponto de Referência: **EM FRENTE A MARISOL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DANILO SANTOS DE SOUSA**
Nascimento: **19/06/1992** CPF: _____ UF: _____
RG: **2005010392400** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA DARIMAR ALVES DOS SANTOS**
DAMIÃO TEIXEIRA DE SOUSA
Endereço: **RUA 07, 531**
Bairro: **NOVO MARACANAÚ**
Município: **MARACANAÚ/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: **8611-7342**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NUZ5101 Uf: CE Município: CAUCAIA Chassi:
9C2KC1550AR063019 Renavam: 198421389 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI Ano
Fabricação: 2010 Ano Modelo: 2010 Combustível: GASOLINA Cor:
VERMELHA Proprietário: DANILO SANTOS DE SOUSA Situação: NÃO
INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da lei (art.339 e 340 do CPB).

O declarante informa que na data acima mencionada estava conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 FAN, ANO 2010/2010, COR VERMELHA, PLACA NUZ-5101, que está em seu nome, e trafegava a noite pela rodovia CE 060, km 11, distrito de Pavuna, Pacatuba-CE, quando colidiu na traseira de um veículo HILUX, placa JGW-8555, ao tentar frear; QUE afirma que o motorista da Hilux estava parado na faixa de ultrapassagem, sem sinalização nenhuma e com as luzes do veículo desligadas; QUE não conseguiu frear a tempo e acabou colidindo na traseira da Hilux, vindo a cair no chão, o qual fraturou a perna direita; QUE foi socorrido por uma ambulância do Hospital de Pacatuba, que o levou ao IJF, sendo transferido posteriormente ao Hospital Antônio Prudente; QUE afirma possuir carteira nacional de habilitação; E nada mais disse.

O presente registro é de inteira responsabilidade do responsável pela



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE PACATUBA
Impresso nº 2019867278



fls. 12

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 202 - 1566 / 2019

informação ficando este cientificado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE PACATUBA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Camila Alves
CAMILA ALVES NASCIMENTO - MAT.: 301201-8-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x Camila Santos de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) : Francisco Sidney Furtado Ribeiro
FRANCISCO SIDNEY FURTADO RIBEIRO - MAT.: 012730-1-9

Fco Sidney F. Ribeiro
Delegado de Polícia
MAT. 12.730-1-9

DE NOTAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETREN - CE Nº **014330424793**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA _____ COD. RENAVAM _____ ENTREGA EXERCÍCIO
LUCI 01 198421388 000000000 2019

NOME
DANILO SANTOS DE SOUSA

CAUCAIA / CE

CPE/CNPJ _____ PLACA _____
04283275328 NUZ5101
PLACA ANT./UF _____ CHASSI _____
******* / CE 9C2KCL550AR063019**

ESPECIE TIPO _____ COMBUSTIVEL _____
MARCAS/MODELOS _____ ANO FAB. _____ ANO MOD. _____
HONDA/CG 150 FAN ESI 2010 2010
CAP/POT/OIL _____ CATEGORIA _____ COR PREDOMINANTE _____
2F/OCV/149CC PARTIC VERMELHA

	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC./COTAS
I	*****	**/**/**	1ª *****
P	*****	**/**/**	2ª *****
V	FADA LPVA	PARCELAMENTO/COTAS	3ª *****
A	***	*****	

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) _____ IOF (R\$) _____ PRÊMIO TOTAL (R\$) _____ DATA DE PAGAMENTO:
80.11 0.32 84.58 11/03/2019

OBSERVAÇÕES

LOCAL _____ DATA _____
CAUCAIA  **06/05/2019**
Assinatura do Notário _____
Carimbo da Prefeitura Municipal de Caucaia _____

CITRA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PERSONAIS CAUSADOS POR VEICULOS,
AUTOMOTORES DE VIAGEM, RESTRETOU POR SUAS CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO, SEGURO DPVAT

CE Nº 014330424793 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

2019

04283275328 **MUZ5101**
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

014330424793 53265075841

RENAVAM	198421389	HONDA/CC 150 FAN ESI	EXERCÍCIO	2019	DATA EMISSÃO	06/05/2019
ANO FAB.	2010	09	PLACA			
COT. TIME	09	9CZKC1550AR063019	Nº CHASSI			

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)	DENATRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05	4.01	40.05
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	VALOR A SER PAGO SEGURO (R\$)
4.15	0.32	84.58

☒ COTA ÚNICA PAGAMENTO ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

11/03/2019

PROPRIETÁRIO
LOTE/DO SEGURO: 0055A063019
MOTOR: KC15E5A063019

DPVAT

ACQ-2018

Serviço de Pronto Atendimento - SPA

Atendente: Chica

Ficha Nº: 24

Data do atendimento: 16/08/19 Hora da chegada: 21:21
Paciente: Danielo Santos de Sousa
Mãe: M^{re} Danimar Alves dos Santos
Pai:
Data de Nascimento: 19/06/1992 Idade: 27 Sexo: M
Documento: CNS: 702806645547165 Telefone: 986117342
Endereço: R. 7, 531
Bairro: Lago Mouraonari Cidade: Mourão UF: CE

SINAIS VITAIS:
P. Arterial: 150x100 Temp.: 36,5 Peso: 70 Glicemia: 100 FC: 70 SAT%: 98

TIPO DE OCORRÊNCIA:
☐ Remoção ☐ Queda Mesmo Nível ☐ Picada de Inseto
☐ Agressão ☐ Queda de Objeto Sobre Indivíduo ☐ Clínico:
☐ PAB ☐ Queimadura ☐ Ac. Trânsito:
☐ PAF ☐ Afogamento / Asfixia ☐ Outro 01:
☐ Queda de Outro Nível ☐ Mordida Animal ☐ Outro 02:

OBS:

ANAMNESE:

DA (Doença Atual):

EF (Exame Físico):

HD (Hipótese Diagnóstica):

Após acidente c/ motorizada
apresenta trauma no MTD.
suspeita funcional do MTD.

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1- Rx
2- Joelho
3- torção
4- Fratura de tibia e fêmur
5- Eme - do
6- +

APRAZAMENTO:

DIETA:

☐ Dieta Líquida Restrita ☐ Dieta Branda ☐ Dieta Hepatopática
☐ Dieta Líquida Completa ☐ Dieta HAS ☐ Dieta Enteral
☐ Dieta Pastosa ☐ Dieta DM ☐ Dieta Enteral Hiperproteica e Hipercalórica
☐ Dieta Geral ☐ Dieta Renal ☐ Outro:

OBS:

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/11/2019 10:55

Paciente: DANILO SANTOS DE SOUSA Dt. Nasc.: 19/06/1992 Atendimento: 61359874 Prontuário: 10218524
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133224/1

Profissional(is): JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO CRM 12051 [1] Nº: 42877964 17/08/2019 às 01:07

ANAMNESE

Queixa Principal PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE TRANSITO APRESENTA FRATURA DE TIBIA DIREITA. [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE TRANSITO APRESENTA FRATURA DE TIBIA DIREITA. [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO [1]

CID10 S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI/PRONTUÁRIO
W. Prudente 8128



ANTONIO
PRUDENTE

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS POSTO COLETA EMG ADULTO - HAPFOR

fls. 16

Nº Pedido: 32482162

Data: 17-08-2019 03:11

Pag: 2 de 2

Paciente...: DANILO SANTOS DE SOUSA Sexo: M Nasc: 19-06-1992
RG.....: 2005010392400 SSP CE Conv.: HAPVIDA MATRIZ N°Conv: 02AJ3000147001040
Endereço...: R 07 531 NOVO MARACANAU MARACANAU CE 61111111 Tel.: 986117342
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO

Exame.....: TEMPO DE PROTROMBINA Coleta: 17/08/2019 03:11
Método.....: COAGULOMETRICO AUTOMATIZADO Liberação: 17/08/2019 04:13

	Valores Obtidos	Valores de Referência
RESULTADO:	15 s	
ATIVIDADE:	85 %	MAIOR OU IGUAL A 70%
INR.....:	1,12	1,00 Á 1,25

Obs: Faixas Terapêuticas em INR para várias indicações de tratamento anticoagulante.

- Profilaxia da tromboembolia venosa: 2,00 a 2,50
- Tratamento da embolia venosa profunda (fase crônica), embolia pulmonar e embolia sistêmica: 2,00 a 3,00
- Profilaxia em cirurgia de alto risco: 2,00 a 3,00
- Profilaxia da embolia venosa sistêmica em pacientes com fibrilação atrial e infarto do miocárdio: 2,00 a 3,00
- Tratamento de TVP (fase aguda) e embolia pulmonar ou sistêmica (fase aguda): 2,00 a 4,00
- Prótese de válvula cardíaca, embolia sistêmica recorrente e embolia arterial: 3,00 a 4,00

Jorgeano Sampaio Dos Santos
Farmacêutico (A) - Bioquímico (A) CRM - 2890



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 32961497

Data 13/09/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 10218524 DANILO SANTOS DE SOUSA

Nascimento.: 19/06/1992 Sexo: M RG.: 2005010392400 SSP CE CPF.: 04283275328

Endereco...: R 07 531 NOVO MARACANAU MARACANAU CE 61111111

Tel.: 986117342

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 02AJ3000147001040

Solicitante: Dr(a) BRUNO DE BRITO BOTE

Queixa Principal:

Exame:

RX PERNA (MEMBROS INFERIORES) DIREITA

!a\$gV

6201685221

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em tibia com haste metálica intramedular e parafusos.

Há sinais de formação de calo ósseo em terço distal da tibia e fibula.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

ANTONIO
PRUDENTE

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 32492575

Data 17/08/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 10218524 DANILO SANTOS DE SOUSA

Nascimento.: 19/06/1992 Sexo: M RG: 2005010392400 SSP CE CPF: 04283275328

Endereço.: R 07 531 NOVO MARACANAU MARACANAU CE 61111111

Tel.: 986117342

Convenio.: HAPVIDA MATRIZ

Matricula.: 02AJ3000147001040

CENTRO CIRURGICO

Solicitante: Dr(a) DEGINALDO HOLANDA C

Queixa Principal:

FRATURA

Exame:

RX PERNA (MEMBROS INFERIORES) DIREITA

! GOb

6136136331

RELATÓRIO:

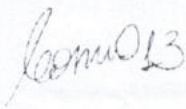
Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em tibia com haste metálica intramedular e parafusos

Presença de fratura em fibula distal.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.



COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
TOMOGRAFIA - HAPFOR
NºPedido: 32482139

Data 17/08/2019
Pag 1 de 1

Paciente...: 10218524 **DANILO SANTOS DE SOUSA**

Nascimento.: 19/06/1992 Sexo: M RG.: 2005010392400 SSP CE CPF.: 04283275328

Endereco...: R 07 531 NOVO MARACANAU MARACANAU CE 61111111

Tel.: 986117342

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 02AJ3000147001040

Solicitante: Dr(a) **PEDRO HENRIQUE BARC**

Queixa Principal:

Exame:

TC ARTICULACOES EXTERNO CLAVIC



6135987441

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ANTEPÉ e TORNOZELO DIREITOS

Foram realizados cortes tomográficos do tornozelo, em aparelho multidetector, apenas sem a administração de contraste venoso, com reconstruções multiplanares.

Estruturas ósseas regionais íntegras.

Relação corticomedular preservada.

Relações articulares normais.

Espaços articulares preservados.

Densificação e aumento de volume de partes moles em região perimaleolar medial, dorsal do do mediopé (especialmente dos ventres musculares dos extensores curtos dos dedos) e junto à inserção do tendão calcâneo.

Pequenas bolhas de gás associada a perda de definição parcial da porção insercional do tendão calcâneo.

Demais componentes da musculatura regional com morfologia e coeficiente de atenuação normais.

Ausência de franco derrame articular.

Obs.: fraturas completas com desvios das diáfises tibial e fibular, parcialmente visualizadas no exame direcionado ao pé, com edema e aumento de volume de partes moles em compartimentos extensor e flexor do terço distal da perna.

CONCLUSÃO:

- Densificação e aumento de volume de partes moles em região perimaleolar medial, dorsal do do mediopé e junto à inserção do tendão calcâneo, sugestivo de edema de partes moles;
- Pequenas bolhas de gás associada a perda de definição parcial da porção insercional do tendão calcâneo, não sendo possível excluir possibilidade de lesão tendínea (baixa especificidade do método).

ANDERSON CISNE JUNIOR - CRM 10160-CE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR T4300C : U0388 : 27/11/2019 10:07:23 26.0022.00091

Data inicial : 28/10/2019 Atendimento : 61359874 Médico prescriptor : Consultar

Data final : 27/11/2019 Prontuário : Convênio : Consultar

Carteira : ☐ Atendimentos com alta administrativa ☐ Atendimentos liberados pela auditoria

☐ Atendimentos com pendências no prontuário ☐ Atendimentos liberados pela enfermagem

PEP T3488 Histórico T43A8

Documentos

	Atendimento	Prontuário	Nome do Paciente	Dt Nascimento	Idade	Sexo
17/08/2019 01:01 - CONSULTA TRAUMATOLOG	61359874	10218524	DANILO SANTOS DE SOUSA	19/06/1992	27A 5M 08D	Masculino

Pendências do Atendimento de Alta Imp. por Tipo de Documento

Nome da Mãe: MARIA DARIMAR ALVES DOS SANTOS Nome do Pai:

Tipos de documentos

- 1 Registros Médicos
- 12 Formulário de Atendimento na Emergência
- 7 Prescrição Médica
- 14 Receita Médica Especial
- 9 Receitas Médicas
- 10 Atestado Médico
- 11 Declarações
- 6 Pareceres Médicos
- 5 Solicitação de Parecer Médico
- 4 Admissão do Paciente
- 3 Evolução Médica
- 17 Exatidão de Informação

Ver histórico de digitalizações

Visualizar **Imprimir Doc. Assinado**

Data/Hora	Profissional	Situação
17/08/2019 01:02:08	JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO	ASSINADO

CONFERE O PRONTUÁRIO
 Imprimir 11/08
 Assinatura



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
61359874



fls. 21

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

27/11/2019 10:08:32

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
10218524	DANILO SANTOS DE SOUSA	M	19/06/1992	27
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
2005010392400 SSP CE	4283275328			2-SOLTEIRO
Endereço				
R 07,531 - NOVO MARACANAU, MARACANAU(CE) CEP 61111111				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
986117342	86117342			

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
02AJ3000147001040			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
17/08/2019	01:01		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
39255786 JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
Marlene Araujo Ferreira
Assinatura

[illegible]



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT 2. N.º

ANS - n.º 36.825-3

3 - N.º GUIA PRINCIPAL (paciente internado)

4 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
01/11/2019

5 - SERVIÇO

DADOS DO BENEFICIÁRIO

037887681

6 - DATA VALIDEZ DA SENHA

7 - DATA DE EMISSÃO DA GUIA

8 - NOME DA CARTERA

9 - PLANO

DADOS DO CONTRATADO

10 - VALOR DA CARTERA

11 - NOME DO CONTRATADO

12 - NOME DO CONTRATADO

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

13 - NOME DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - NOME DO CONTRATADO SOLICITANTE

15 - NOME DO CONTRATADO SOLICITANTE

DANILLO SANTOS DE SOUSA

DEGINALDO HOLANDA CHAVES

21 - DATA/HORA DA SOLICITAÇÃO

22 - CATEGORIA DA SOLICITAÇÃO

23 - CID 10

24 - INDICAÇÃO CLÍNICA (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta telefônica e alto custo)

25 - TABELA

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - DESCRIÇÃO

28 - QTD SOL

29 - QTD AUT

FISIOTERAPIA MOTORA (GANHO DE ADM / ANALGESIA / TREINO DE MARCHA)

Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13202 / ROF

30 - CÓDIGO DA CATEGORIA/GRUPO/CH

31 - NOME DO CONTRATADO

DADOS DO CONTRATADO

32 - TIPO DE CONTRATADO

33 - N.º DO CONTRATADO

34 - N.º DO CONTRATADO

35 - N.º DO CONTRATADO

36 - N.º DO CONTRATADO

37 - N.º DO CONTRATADO

41 - NOME DO PROFISSIONAL EXECUTANTE / COMPLEMENTAR

42 - TIPO DE ATENDIMENTO

43 - TIPO DE ATENDIMENTO

44 - TIPO DE ATENDIMENTO

45 - TIPO DE ATENDIMENTO

46 - TIPO DE ATENDIMENTO

47 - TIPO DE ATENDIMENTO

48 - TIPO DE ATENDIMENTO

49 - TIPO DE ATENDIMENTO

50 - TIPO DE ATENDIMENTO

51 - TIPO DE ATENDIMENTO

52 - TIPO DE ATENDIMENTO

53 - TIPO DE ATENDIMENTO

54 - TIPO DE ATENDIMENTO

55 - TIPO DE ATENDIMENTO

56 - TIPO DE ATENDIMENTO

57 - TIPO DE ATENDIMENTO

58 - TIPO DE ATENDIMENTO

59 - TIPO DE ATENDIMENTO

60 - TIPO DE ATENDIMENTO

61 - TIPO DE ATENDIMENTO

62 - TIPO DE ATENDIMENTO

63 - TIPO DE ATENDIMENTO

64 - TIPO DE ATENDIMENTO

65 - TIPO DE ATENDIMENTO

66 - TIPO DE ATENDIMENTO

67 - TIPO DE ATENDIMENTO

68 - TIPO DE ATENDIMENTO

69 - TIPO DE ATENDIMENTO

70 - TIPO DE ATENDIMENTO

71 - TIPO DE ATENDIMENTO

72 - TIPO DE ATENDIMENTO

73 - TIPO DE ATENDIMENTO

74 - TIPO DE ATENDIMENTO

75 - TIPO DE ATENDIMENTO

76 - TIPO DE ATENDIMENTO

77 - TIPO DE ATENDIMENTO

78 - TIPO DE ATENDIMENTO

79 - TIPO DE ATENDIMENTO

80 - TIPO DE ATENDIMENTO

81 - TIPO DE ATENDIMENTO

82 - TIPO DE ATENDIMENTO

83 - TIPO DE ATENDIMENTO

84 - TIPO DE ATENDIMENTO

85 - TIPO DE ATENDIMENTO

86 - TIPO DE ATENDIMENTO

87 - TIPO DE ATENDIMENTO

88 - TIPO DE ATENDIMENTO

89 - TIPO DE ATENDIMENTO

90 - TIPO DE ATENDIMENTO

91 - TIPO DE ATENDIMENTO

92 - TIPO DE ATENDIMENTO

93 - TIPO DE ATENDIMENTO

94 - TIPO DE ATENDIMENTO

95 - TIPO DE ATENDIMENTO

96 - TIPO DE ATENDIMENTO

97 - TIPO DE ATENDIMENTO

98 - TIPO DE ATENDIMENTO

99 - TIPO DE ATENDIMENTO

100 - TIPO DE ATENDIMENTO

101 - TIPO DE ATENDIMENTO

102 - TIPO DE ATENDIMENTO

103 - TIPO DE ATENDIMENTO

104 - TIPO DE ATENDIMENTO

105 - TIPO DE ATENDIMENTO

106 - TIPO DE ATENDIMENTO

107 - TIPO DE ATENDIMENTO

108 - TIPO DE ATENDIMENTO

109 - TIPO DE ATENDIMENTO

110 - TIPO DE ATENDIMENTO

111 - TIPO DE ATENDIMENTO

112 - TIPO DE ATENDIMENTO

113 - TIPO DE ATENDIMENTO

114 - TIPO DE ATENDIMENTO

115 - TIPO DE ATENDIMENTO

116 - TIPO DE ATENDIMENTO

117 - TIPO DE ATENDIMENTO

118 - TIPO DE ATENDIMENTO

119 - TIPO DE ATENDIMENTO

120 - TIPO DE ATENDIMENTO

121 - TIPO DE ATENDIMENTO

122 - TIPO DE ATENDIMENTO

123 - TIPO DE ATENDIMENTO

124 - TIPO DE ATENDIMENTO

125 - TIPO DE ATENDIMENTO

126 - TIPO DE ATENDIMENTO

127 - TIPO DE ATENDIMENTO

128 - TIPO DE ATENDIMENTO

129 - TIPO DE ATENDIMENTO

130 - TIPO DE ATENDIMENTO

131 - TIPO DE ATENDIMENTO

132 - TIPO DE ATENDIMENTO

133 - TIPO DE ATENDIMENTO

134 - TIPO DE ATENDIMENTO

135 - TIPO DE ATENDIMENTO

136 - TIPO DE ATENDIMENTO

137 - TIPO DE ATENDIMENTO

138 - TIPO DE ATENDIMENTO

139 - TIPO DE ATENDIMENTO

140 - TIPO DE ATENDIMENTO

141 - TIPO DE ATENDIMENTO

142 - TIPO DE ATENDIMENTO

143 - TIPO DE ATENDIMENTO

144 - TIPO DE ATENDIMENTO

145 - TIPO DE ATENDIMENTO

146 - TIPO DE ATENDIMENTO

147 - TIPO DE ATENDIMENTO

148 - TIPO DE ATENDIMENTO

149 - TIPO DE ATENDIMENTO

150 - TIPO DE ATENDIMENTO

151 - TIPO DE ATENDIMENTO

152 - TIPO DE ATENDIMENTO

153 - TIPO DE ATENDIMENTO

154 - TIPO DE ATENDIMENTO

155 - TIPO DE ATENDIMENTO

156 - TIPO DE ATENDIMENTO

157 - TIPO DE ATENDIMENTO

158 - TIPO DE ATENDIMENTO

159 - TIPO DE ATENDIMENTO

160 - TIPO DE ATENDIMENTO

161 - TIPO DE ATENDIMENTO

162 - TIPO DE ATENDIMENTO

163 - TIPO DE ATENDIMENTO

164 - TIPO DE ATENDIMENTO

165 - TIPO DE ATENDIMENTO

166 - TIPO DE ATENDIMENTO

167 - TIPO DE ATENDIMENTO

168 - TIPO DE ATENDIMENTO

169 - TIPO DE ATENDIMENTO

170 - TIPO DE ATENDIMENTO

171 - TIPO DE ATENDIMENTO

172 - TIPO DE ATENDIMENTO

173 - TIPO DE ATENDIMENTO

174 - TIPO DE ATENDIMENTO

175 - TIPO DE ATENDIMENTO

176 - TIPO DE ATENDIMENTO

177 - TIPO DE ATENDIMENTO

178 - TIPO DE ATENDIMENTO

179 - TIPO DE ATENDIMENTO

180 - TIPO DE ATENDIMENTO

181 - TIPO DE ATENDIMENTO

182 - TIPO DE ATENDIMENTO

183 - TIPO DE ATENDIMENTO

184 - TIPO DE ATENDIMENTO

185 - TIPO DE ATENDIMENTO

186 - TIPO DE ATENDIMENTO

187 - TIPO DE ATENDIMENTO

188 - TIPO DE ATENDIMENTO

189 - TIPO DE ATENDIMENTO

190 - TIPO DE ATENDIMENTO

191 - TIPO DE ATENDIMENTO

192 - TIPO DE ATENDIMENTO

193 - TIPO DE ATENDIMENTO

194 - TIPO DE ATENDIMENTO

195 - TIPO DE ATENDIMENTO

196 - TIPO DE ATENDIMENTO

197 - TIPO DE ATENDIMENTO

198 - TIPO DE ATENDIMENTO

199 - TIPO DE ATENDIMENTO

200 - TIPO DE ATENDIMENTO

201 - TIPO DE ATENDIMENTO

202 - TIPO DE ATENDIMENTO

203 - TIPO DE ATENDIMENTO

204 - TIPO DE ATENDIMENTO

205 - TIPO DE ATENDIMENTO

206 - TIPO DE ATENDIMENTO

207 - TIPO DE ATENDIMENTO

208 - TIPO DE ATENDIMENTO

209 - TIPO DE ATENDIMENTO

210 - TIPO DE ATENDIMENTO

211 - TIPO DE ATENDIMENTO

212 - TIPO DE ATENDIMENTO

213 - TIPO DE ATENDIMENTO

214 - TIPO DE ATENDIMENTO

215 - TIPO DE ATENDIMENTO

216 - TIPO DE ATENDIMENTO

217 - TIPO DE ATENDIMENTO

218 - TIPO DE ATENDIMENTO

219 - TIPO DE ATENDIMENTO

220 - TIPO DE ATENDIMENTO

221 - TIPO DE ATENDIMENTO



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001

60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: DEGINALDO HOLANDA CHAVES

CRM: 13202 UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel.
32694001

Cidade: FORTALEZA UF: CE

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via orientação ao Paciente

Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia & Traumatologia
Clínica de Ombro e Cotovelo
CRM: 13202 / RQE 8123

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: DANILO SANTOS DE SOUSA

Endereço: 07 531 NOVO MARACANAU MARACANAU CE 61111111 Tel. 986117342

Prescrição: USO ORAL

1. CEFADROXILA 500MG-----02 CX
TOMAR 1 COMPRIMIDO 12/12H POR 8 DIAS

Data : 17/08/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: / /



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001

60055-540 FORTALEZA - CE

fls. 26

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: DEGINALDO HOLANDA CHAVES

CRM: 13202

UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FATIMA 60055401 Tel.
32694001

Cidade: FORTALEZA

UF: CE

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogeria

2ª Via orientação ao Paciente

Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CREMEC 13202 / ROE 8173

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: DANILO SANTOS DE SOUSA

Endereço: 07 531 NOVO MARACANAU MARACANAU CE 61111111 Tel. 986117342

Prescrição: USO EXTERNO

1. SULFADIAZINA DE PRATA -----01 TB
APLICAR 2X AO DIA

Data : 26/08/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____

Orgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: DEGINALDO HOLANDA CHAVES

CRM: 13202

UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FATIMA 60055401 Tel.
32694001

Cidade: FORTALEZA

UF: CE

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via orientação ao Paciente

Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CREMEC 13202 / RQE 8123

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: DANILO SANTOS DE SOUSA

Endereço: 07 531 NOVO MARACANAU MARACANAU CE 61111111 Tel. 986117342

Prescrição: USO EXTERNO

1. SULFADIAZINA DE PRATA -----01 TB
APLICAR 2X AO DIA

Data : 26/08/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____

Orgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001

60055-540 FORTALEZA - CE

fls. 28

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: DEGINALDO HOLANDA CHAVES

CRM: 13202

UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel.
32694001

Cidade: FORTALEZA

UF: CE

1ª Via retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via orientação ao Paciente

Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CRM: 13202 / RQE 8123

CARIMBO DE ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: DANILO SANTOS DE SOUSA

Endereço: 07 531 NOVO MARACANAU MARACANAU CE 61111111 Tel. 986117342

Prescrição: USO ORAL

1. NOVOTRAM 50MG -----01 CX
TOMAR 1 COMPRIMIDO 12/12H SE DOR INTENSA

2. FLANCOX 500MG-----01 CX
TOMAR 1 COMPRIMIDO 12/12H POR 5 DIAS

3. LISADOR DIP 1G-----01 CX
TOMAR 1 COMPRIMIDO 6/6H SE DOR

Data : 17/08/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001

60055-540 FORTALEZA - CE

fls. 29

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: DEGINALDO HOLANDA CHAVES

CRM: 13202

UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel.
32694001

Cidade: FORTALEZA

UF: CE

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via orientação ao Paciente

Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 13202 / RQE 8123
CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: DANILO SANTOS DE SOUSA

Endereço: 07 531 NOVO MARACANAU MARACANAU CE 61111111 Tel. 986117342

Prescrição: USO ORAL

1. CEFADROXILA 500MG-----02 CX
TOMAR 1 COMPRIMIDO 12/12H POR 8 DIAS

*Recebido
em 17/08/2019*

Data : 17/08/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____