

CORRIGIR

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

CORRIGIR 3050

OUTORGANTE

NOME:	Valderi Pereira Costa
ESTADO CIVIL:	Solteiro
PROFISSÃO:	Autônomo
DOMICÍLIO:	Rua Menotti Barilano, Pocoado de Freitas.
RG/CPF/PIS PASEP:	756.992.063-53
TELEFONE:	85 99191 - 3815

OUTORGADOS

ERIKA LOIOLA AMORIM, brasileira, solteira, inscrito na OAB/CE sob o nº. 42.472 e **FELIPE REINALDO RABELO LEAL**, Brasileiro, divorciado, escrito na OAB/CE sob o nº 17.528 com escritório profissional situado na Rua Barão do Rio Branco ,1779, Centro, 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, ficando ciente que será deduzido em caso de êxito percentual de 30% do valor da causa.

VALIDADE

DETERMINAÇÃO DA DATA

Local:

Local: Fortaleza - Ceará

Data: 30/01/2020

CORRIGIR

x Valderi Pereira Costa

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: Valderi Pereira Costa
Nacionalidade: Brasileiro Estado: Pará Estado Civil: Solteiro
Profissão: Autônomo
Rg: 2007005062002 SSP/CE - CPF: 756.992.063-53
Logradouro: Rua Mônaco Coriolano
Nº S/N, Compl.:
Bairro: Boreado de Areias CEP 62 870-000
Cidade: Paetá Telefone: 85 99191-3815

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: 30 de junho de 2020

+ Valdine Loring 8/1



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 201909795



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 3797 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **08/11/2019 16:50:34**
 Data / Hora da Ocorrência: **12/06/2019 14:20:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV DESEMBARGADOR MOREIRA , ALDEOTA - FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **VALDERI PEREIRA COSTA**
 Nascimento: **21/11/1975** CPF: **756.992.063-53**
 RG: **2007005062002** Orgão Emissor: **SSP** UF:
 Filiação: **MARIA LIDUINA PEREIRA COSTA**
RAIMUNDO MARIANO DA COSTA
 Endereço: **AVENIDA JOSÉ LUCIO DE MENESSES, 1196 CASA**
 Bairro: **CROATÁ I** CEP: **62.870-000**
 Município: **PACAJUS/CE** Telefone: **(85) 9191-3815**
 País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMI3524** Uf: **CE** Município: **PACAJUS** Chassi:
9C2MC4400GR015289 Renavam: **1087441673** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CB 250F TWISTER** Ano
 Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
 Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MANOEL HOLANDA PEREIRA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARCE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PMI-3524 NA AVENIDA DESEMBARGADOR MOREIRA QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS ULTRAPASSOU A VITIMA MUITO PRÓXIMO VINDO A COLIDIR NO GUIDON DA MOTO, QUE A VITIMA PERDEU O CONTROLE E CAIU NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS PARA O INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE.//////////
 OBS: Falsa comunicação é crime previsto no artigo 340 do CPB.
 PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

VISTO DO DELEGADO(A):
Evandro Alves de Souza
 Delegado de Polícia
 MAT. 14699

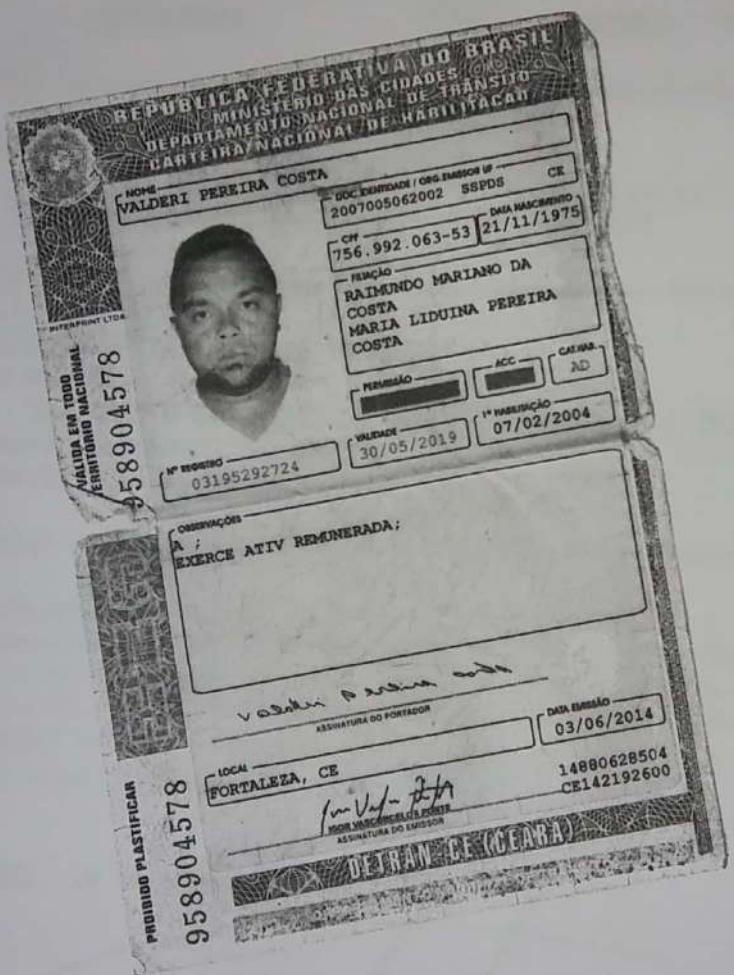
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 08/11/2019 16:57:29

Pág. 1 de 1

Impresso em: 08/11/2019 16:57:29

Nº do Cliente:	1051714	A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 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 019031756								
Rota	PJ017U06 - 10600	Referência 09/2019						
Nome	MANOEL HOLANDA PEREIRA							
Endereço	RU MON CORIOIANO, 00000, POVOADO DE AREIAS, 62870-000, PACAJUS							
Classificação	Residencial Pleno							
Modalidade Tarifária	B1 RESIDENCIAL							
Ligação	Monofásico							
ÁREA RESERVADA AO FISCO		ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)						
BA588C54F21B0109D176E6B49076774								
DATAS DE LEITURA P.F.: 29 dias								
Anterior	Atual	Próxima prevista						
26/08/2019	24/09/2019	24/10/2019						
DADOS DA MEDIDAÇÃO								
Posto	Leit. Atual	<input type="radio"/> Leit. Anterior	<input type="radio"/> Const.	<input type="radio"/> Consumo Mês (kWh)	<input type="radio"/> Consumo Incl. (kWh)	<input type="radio"/> Consumo Fat. (kWh)	<input type="radio"/> Tarifa (R\$/kWh)	<input type="radio"/> Valor (R\$)
PP	18.688	18.688	1,02	00	00	00	0,77225	61,78
DADOS DO FATURAMENTO			TARIFA	VALOR (R\$)				
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC			3,38					
CONSUMO		0,77225	61,78					
ADICIONAL BAND. VERMELHA		0,05825	4,66					
PROTECAO FACIL INDIVIDUAL PLU			14,96					
Tributo: Base (R\$): Aliquota (%): Valor (R\$):								
ICMS	66,44	27,00	17,94					
PIS	66,44	0,81	0,52					
COFINS	66,44	3,69	2,44					
VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR (R\$)	84,78					
CONSUMO CONSCIENTE		CPF/CNPJ 210.400.603-15						
EMISSÕES DE CO ₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.								
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)	0,60% 100					
31,23	0,00							
INFORMAÇÕES AO CLIENTE								
Periodos: Band. Tarif.: Vermelha : 27/08 - 24/09								



T E R M O D E L I B E R A Ç Ã O D E A L T A

===[INTERNAÇÃO]==

Número Data Hora Convênio/Plano
201921003005 14/06/2019 16:10 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342
Médico Responsável
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342
Procedimento Solicitado
0408050497 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATU

===[ACOMODAÇÃO]==

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
225/4 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]==

Nome Sexo
VALDERI PEREIRA COSTA MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
21/11/1975 43 Anos NÃO INFORMADO 2451481 201902570002561

===[DADOS DA ALTA]==

Diagnóstico Principal

S930 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNozELO

Procedimento Realizado

0408050497 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATU

Data Hora Motivo
19/06/2019 14:23 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]==

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente VALDERI PEREIRA COSTA, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 19 de junho de 2019

Responsável/
Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Nome Legível

Karoline Pontes
KAROLINE PONTES
CORRENTE 50123-111
Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: karoline.pontes

Data: 19/06/2019 Hora: 14:23:13

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190634347 **Vítima: VALDERI PEREIRA COSTA**

Data do Acidente: 12/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALDERI PEREIRA COSTA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: VALDERI PEREIRA COSTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002002

Conta: 000007272-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Fortaleza

24ª Vara Cível (SEJUD 1º Grau)

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8424,
Fortaleza-CE - E-mail: for24cv@tjce.jus.br

DESPACHO INICIAL (Emenda)

Processo nº: **0207643-82.2020.8.06.0001**
 Classe: **Procedimento Comum**
 Assunto: **Seguro**
 Requerente: **Valderi Pereira Costa**
 :
 :

R.H.

Intime-se a parte autora, por seu advogado, para, no prazo de 15 (quinze) dias, promover a emenda à inicial, a fim de carrear aos autos processuais registro de atendimento médico emergencial, bem como relatório médico que aponte quais lesões decorreram do acidente.

Decorrido o lapso temporal acima assinalado sem o cumprimento das diligências determinadas, será indeferida a petição inicial, nos termos do art. 321, parágrafo único do CPC.

Exp. Nec.

Fortaleza/CE, 05 de março de 2020.

MAGNO GOMES DE OLIVEIRA

Juiz de Direito

Assinado por Certificação Digital¹

¹ De acordo com o Art. 1º da lei **11.419/2006**: "O uso de meio eletrônico na tramitação de processos judiciais, comunicação de **atos e transmissão de peças processuais** será admitido nos termos desta Lei.

~ 2º Para o disposto nesta Lei, considera-se:

III - **assinatura eletrônica** as seguintes formas de identificação inequívoca do signatário:

a) **assinatura digital baseada em certificado digital emitido por Autoridade Certificadora credenciada, na forma de lei específica;**
 Art. 11. Os **documentos produzidos eletronicamente** e juntados aos processos eletrônicos com garantia da origem e de seu signatário, na forma estabelecida nesta Lei, **serão considerados originais para todos os efeitos legais**.

Para aferir a autenticidade do documento e das respectivas assinaturas digitais acessar o site <http://esaj.tjce.jus.br>. Em seguida selecionar a opção **CONFERÊNCIA DE DOCUMENTO DIGITAL** e depois **Conferência de Documento Digital do 1º grau**. Abrir a tela, colocar o nº do processo e o código do documento.

CERTIDÃO DE REMESSA DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo consta da relação nº 0334/2020, encaminhada para publicação.

Advogado
Erika Loiola Amorim (OAB 42472/CE)

Forma
D.J

Teor do ato: "R.H. Intime-se a parte autora, por seu advogado, para, no prazo de 15 (quinze) dias, promover a emenda à inicial, a fim de carrear aos autos processuais registro de atendimento médico emergencial, bem como relatório médico que aponte quais lesões decorreram do acidente. Decorrido o lapso temporal acima assinalado sem o cumprimento das diligências determinadas, será indeferida a petição inicial, nos termos do art. 321, parágrafo único do CPC. Exp. Nec. Fortaleza/CE, 05 de março de 2020. MAGNO GOMES DE OLIVEIRA Juiz de Direito Assinado por Certificação Digital"

Fortaleza, 16 de março de 2020.

CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo, constante da relação nº 0334/2020, foi disponibilizado no Diário da Justiça Eletrônico em 17/03/2020. Considera-se data da publicação, o primeiro dia útil subsequente à data acima mencionada. O prazo terá início em 24/03/2020, conforme disposto no Código de Normas da Corregedoria Geral da Justiça.

Certifico, ainda, que para efeito de contagem do prazo foram consideradas as seguintes datas.
25/03/2020 - Data Magna no Ceará - Prorrogação

Advogado	Prazo em dias	Término do prazo
Erika Loiola Amorim (OAB 42472/CE)	15	16/04/2020

Teor do ato: "R.H. Intime-se a parte autora, por seu advogado, para, no prazo de 15 (quinze) dias, promover a emenda à inicial, a fim de carrear aos autos processuais registro de atendimento médico emergencial, bem como relatório médico que aponte quais lesões decorreram do acidente. Decorrido o lapso temporal acima assinalado sem o cumprimento das diligências determinadas, será indeferida a petição inicial, nos termos do art. 321, parágrafo único do CPC. Exp. Nec. Fortaleza/CE, 05 de março de 2020. MAGNO GOMES DE OLIVEIRA Juiz de Direito Assinado por Certificação Digital"

Fortaleza, 17 de março de 2020.

Excelentíssimo Senhor Doutor Juiz de Direito da 24º Vara Cível da Comarca de Fortaleza/CE.

Processo nº: 0207643-82.2020.8.06.0001

Valderi Pereira Costa, já devidamente qualificado nos autos, vem perante Vossa Excelência, por meio de sua advogada, para, nos termos do artigo 321 do código de Processo Civil apresentar,

EMENDA À INICIAL

Em decorrência do despacho exarado, Vossa Excelência insta que o promovente emende à petição inicial, a fim de juntar registro de atendimento médico emergencial, bem como relatório médico que aponte quais lesões decorreram do acidente. dessarte, sobremodo em atendimento à decisão, o autor, no prazo legal de quinze dias úteis, traz à colação o devido comprovante.

Por fim, uma vez que emendada a petição inicial (novo CPC, art. 321), requer a continuidade do feito.

Nesses termos, pede e espera deferimento

31 de Março de 2020.

Erika Loiola Amorim

OAB/CE 42.472



Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 700001233471605	NOME: VALDERI PEREIRA COSTA			Registro: 5621281
CPF: 75699206353	RG: 236446	D. NASC: 21/11/1975	ESTADO CIVIL:	SEXO: M RAÇA/COR: Neg
NOME DA MÃE: MARIA LIDUINA PEREIRA COSTA		NOME DO PAI: RAIMUNDO MARIANO DA COSTA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDERECO DO PACIENTE: DEDECA LOPES	Nº: 1061	BAIRRO: CENTRO
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 992181887	MUNICÍPIO: PACAJUS	UF: CE	CEP: 62870000

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: DANIELISON	PARENTESCO: AMIGO	TELEFONE: 992181887
------------------	-------------------	---------------------

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:
------------------	-------------------	---------------------	------------------

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas

QUEIXAS: colisão moto/carro as 14:20hs. dor forte toracica a esquerda. edema pé esquerdo. não bateu a cabeça. com capacete.

OBSERVAÇÕES:

SINAIS VITais

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO
-----------------------------------	-------------------------	------------------------------------

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:

07 11 2019

Conduta:

51022

1 hora 40 min

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO: CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do
Ceará
Coordenadoria de Regulação,
Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação
Estadual do SUS



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**

USUÁRIO: charlene.nobre - UNIDADE: IUF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:
Acompanhar Solicitação de Internação

Siga os passos abaixo:
 Seleção de situação
 Seleção da solicitação
 Visualização da solicitação
 Lista de ocorrência
 Inclusão de ocorrência
 Visualização de ocorrência
 Confirmação de cancelamento
 Registro de transferência
 Confirmação de transferência
 Operação finalizada com sucesso

Atalho
 Acesso / Desconectar
 Operações

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE

700001233471605 - VALDERI PEREIRA COSTA



NOME DA MÃE

MARIA LIDUINA PEREIRA COSTA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5621281

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

21/11/1975 - 43 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

VALDERI PEREIRA COSTA

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(85) 992181887

ENDEREÇO

RUA DEDECA LOPES, Nº 1061

BAIRRO

CENTRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PACAJUS

Plantonista

24459836300 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS

(85) 32555040

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE SERÁ TRANSFERIDO PARA HOSPITAL DE APOIO INSTITUTO PRAXIS.

Solicitação

12600110996

NÚMERO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

14/06/2019 - 14:27

PROFISSIONAL

24459836300 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050497 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOCOLO

PROCEDIMENTO REALIZADO

13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA

5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

CLÍNICA COMPLEMENTAR

4 - URGÊNCIA

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

Justificativa da internação

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

=====[ADMISSÃO]=====

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201921003005	14/06/2019	16:10	PRAXIS	SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento				SISREG
URGÊNCIA				AIH

Origem do Paciente
IJF

Médico Solicitante
5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO

Procedimento Solicitado
0408050497 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA

=====[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]=====

Nome	VALDERI PEREIRA COSTA	Sexo	MASCULINO
Nascimento	Idade	Raça/Cor	
21/11/1975	43 Anos	PARDA	
Mãe		Estado Civil	
MARIA LIDUINA PEREIRA COSTA		CASADO(A)	Religião
Conjuge		Pai	NÃO INFORMADO
CLAUDENIA COELHO DA SILVA		RAIMUNDO MARIANO DA COSTA	
CNS	Registro	Responsável	Prontuário
700001233471605	201902570002561	VALDERI PEREIRA COSTA	2451481
País		Documento Informado	
BRASIL		RG: 20070050622002 Emissão: 07/02/2004	
Município de Residência		Município de Naturalidade	CEP
PACAJUS/CE		PACAJUS/CE	62870-000
Número	Complemento	Logradouro	
1196		AVENIDA ZE LUCIO DE MENEZES	
Fone Móvel	Fone Fixo	Bairro	
(85)9919.13815	(85)9921.81887	CROATA I	
Ponto de Referência			
Sitação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)			
DESEMPREGADO / SEM OCUPAÇÃO DEFINIDA			
=====[CONTATO/ACOMODAÇÃO]=====			
Em caso de urgência avisar			
CLAUDENIA COELHO DA SILVA - ESPOSA	Acomodação/Leito		
Tipo de Acomodação	Clínica	225/4	
ENFERMARIA	CLÍNICA CIRÚRGICA	Posto de Enfermagem	
Atendente: daiane.mariano	POSTO DE ENFERMAGEM 03		
=====[TERMO DE RESPONSABILIDADE]=====	Data: 14/06/2019 Hora: 16:15:53 Tempo: 00:05:08		

VALDERI PEREIRA COSTA, abaixo assinado, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao seu diagnóstico, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 14 de junho de 2019

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS



Data: 17/10/19

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: *Maldeci Pereira Costa*

Nº Prontuário:

Nº Controle:

Enf./

Leito:

Cirurgião:

IDADE

PESO

ALTURA

SEXO

TEMP

PULSO

RESP.

PR. ART.

MAX/MIN

TIPO SANGUÍNEO

HEMOCÍTAS

HEMOGLOBINA

HEMATÓCRITO

GLICEMIA

ATRÉIA

URINA

Ap. Respiratório:

Ap. Circulatório:

Ap. Digestivo:

Ap. Urinário:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Anestesias Anteriores:

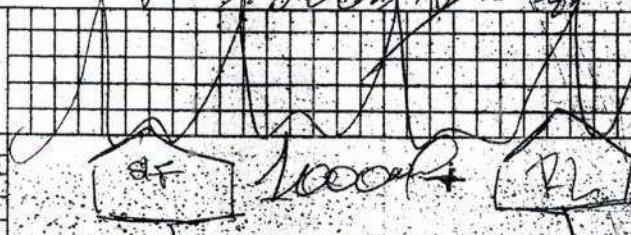
Medicação Pré-Anestésica:

Aplicada em:

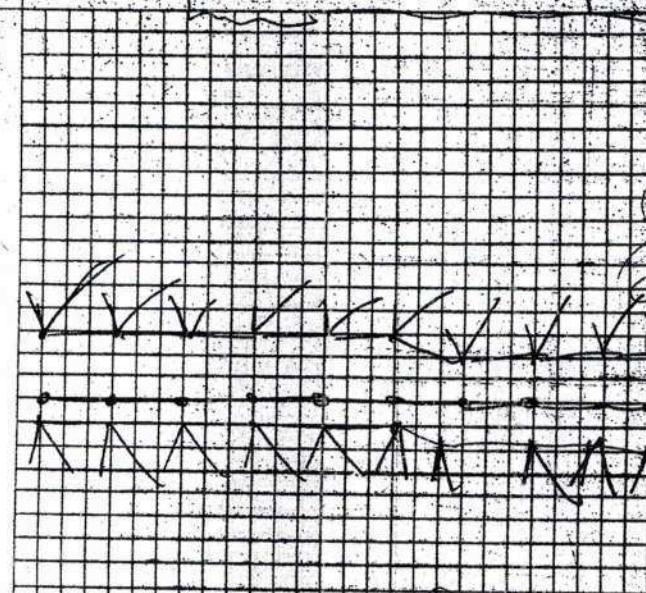
Efeito:

Líquidos

Agentes Anestésicos



CÓDIGO
P. Ativitat. O. Pulsos O. Respiração
Anestesia O. Operação



SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO
AGENTES
TÉCNICA
OPERAÇÃO
CIRURGIÕES
ANESTESISTAS

TEMPO DE ANESTESIA: Das: 13:20 hrs às 14:20 hrs Minutos: 10

Anestesista:

Asma	Bronquite
E.C.G.	Ritmo irregular
Alergia:	No profundo
Estado Mental:	Calmo
Ataraxicos:	Normal
Conicóides:	SC
Hipotensores:	26
Outras Drogas:	27
INDUÇÃO	
Satisf.	Excit.
Tosse	Lenta
Laringospasmo	Vômitos
Nauséas	
Outros	

1	Neuroleptico com Alucetil n. 2010
2	Dipendol 5mg → EV
3	Clorbutol 1g → o2
4	Agulha Raspal n. 26 →
5	Dipromo, 50g + o2
6	Concreto

Anestesias Satisfatórias	
SIM	NÃO
DESPERTAR	
Reflexos na S.O.	
Obstr.	Co2
Excit.	Náuseas
Vômitos	Outros
SIM	Para o leito com cálculo
Cond.	NÃO

Perda sanguínea aprox. ml
Volume sanguíneo repouso ml

MODELO 2.1

CRM 2021

000308521864

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]==

Número Data Hora Convênio/Plano
201921003005 14/06/2019 16:10 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342
Médico Responsável
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342
Procedimento Solicitado
0408050497 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATU

===[ACOMODAÇÃO]==

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
225/4 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]==

Nome
VALDERI PEREIRA COSTA
Nascimento Idade Religião Sexo
21/11/1975 43 Anos NÃO INFORMADO MASCULINO
Prontuário Registro
2451481 201902570002561

===[DADOS DA ALTA]==

Diagnóstico Principal
S930 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO
Procedimento Realizado
0408050497 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATU
Data Hora Motivo
19/06/2019 14:23 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]==

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente VALDERI PEREIRA COSTA, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 19 de junho de 2019

Responsável/
Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Karoline Pontes

Nome Legível

Karoline Pontes
CORECE 540725-ENF

Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: karoline.pontes

Data: 19/06/2019 Hora: 14:23:13