

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: José Francisco da Rocha, brasileiro, casado, aposentado, portador do RG de n° 898493 SSP/CE, inscrito no CPF de n° 045.237.683-15, residente e domiciliado na Fazenda Santa Isabel, s/n°, Dr. José Airton Machado, Quixeramobim, Ceará, CEP. 63-800-000

OUTORGADOS: MARCELO OLIVEIRA DE ALMEIDA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o n° 34.527, RICARDO ALEXANDER EDUARDO CAVALCANTE, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o n° 22.568, PEDRO VICTOR PIMENTEL AZEVEDO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob n°. 31.392, PEDRO IGOR PIMENTEL AZEVEDO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o n°. 31.391, todos com endereço profissional no Centro Jurídico Santo Ivo, localizado à Rua José Campos Torquato, 88, Centro, CEP: 63.800-000 QUIXERAMOBIM-CE; onde recebem intimações de estilo (art. 39 do CPC), endereço eletrônico: pedrovictorpa@gmail.com.

PODERES:

Por este instrumento o Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui os Outorgados acima identificados, seus procuradores, conferindo-lhe os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agirem, em conjunto ou separadamente, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes poderes especiais para requerer em Juízo ou fora dele, como também confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, receber cheques decorrentes da condenação judicial, além de outros não expressamente constantes nesse mandato. Os poderes aqui descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

Quixeramobim/CE, 27 de Abril de 2020

× José Francisco da Rocha
OUTORGANTE

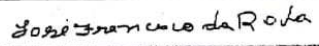
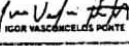
DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Joné Francisco da Rocha,
brasileiro (a), casado, apoventado,
CPF 045.237.683-15 RG 898493 SSP/CE
residente na (Rua, Avenida, Estrada) Fazenda Santa Isabel
Bairro João Ailton Machado Cidade Quixeramobim
Estado Ceará Cep 63.800-000. Declaro, para os
devidos fins, que sou pobre na forma da **Lei 1060/50**, não podendo, desta
forma, custear as despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de
minha família, pelo que suplico a gratuidade de justiça, assumindo inteira
responsabilidade, na forma da **Lei 7.115/83**, pelas informações ora emanadas.

Quixeramobim/CE, 27 de Abril de 2020

Joné Francisco da Rocha

DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME JOSE FRANCISCO DA ROCHA	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 898493 SSP CE	
CNPJ 045.237.683-15	DATA NASCIMENTO 05/01/1945
FILIAÇÃO FRANCISCO LAURIANO ROCHA BELARMINA ROCHA LIMA	
PERMISSÃO 00000000	ACC 000000
CAT. INF. 000000	
Nº REGISTRO 04523768315	VALIDADE 05/01/2025
	1ª HABILITAÇÃO 14/12/1983
	
 ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL QUIXADA, CE	DATA EMISSÃO 05/08/2015
 IGOR VASCONCELOS PONTE ASSINATURA DO EMISSOR	64150823455 CE140864783
	

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1155924110

PROIBIDO PLASTIFICAR
1155924110

928054

Para regular sua fatura, utilize o QR Code

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 001010189

Rota: QB824R04
 Nome: JOSE FRANCISCO DA ROCHA
 Endereço: SANTA ISABEL, 00000, DR JOSE AIRTON NACHADO,
 3800-000, QUIXERAMOBIM
 Classificação: R-01 Agropecuária
 Modalidade Tarifa: B2 RURAL
 Ligação: Monofásico
 Área Reservada ao Fisco

Emissão: 08/08/2019
 Medidor: 1091340-SCH-001

Referência: 08/2019

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DADOS DE LEITURA

Anterior	Atual	P.F. (Jus)	Próxima prevista
16/07/2019	65,35	0,00	02/09/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Atual (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1	65,35	15,00	1,00	50,35	50,35	0,00	3,21	162,82

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
CONSUMO	0,61424
JUROS MORATÓRIOS	173,83
ADICIONAL BAND. AMARELA	1,55
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,01647
	0,01678
	4,75

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	183,24	27,00	49,47
PIS	183,24	1,35	2,46
COFINS	183,24	6,16	11,27

16/09/2019

CONSUMO CONSCIENTE

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

Emissão kg (CO₂) / Compensado kg (CO₂) / Consciência Ecológica (R\$CO₂): 110,48 / 0,00 / 1

CNPJ: 045.237.683-15

Períodos: Band. Tarif.: Amarela: 11/07 - 31/07 Vermelha: 01/08 - 08/08

INFORMAÇÃO IMPORTANTE: o vencimento informado na fatura de julho-19 foi prorrogado. Essa conta poderá ser paga até o dia 15/08/2019 sem acréscimo de juros ou multas.

Nº do Cliente: 928054
 Data de Emissão: 08/08/2019
 Nº da Nota Fiscal: 001010189

Referência:
 Total a Pagar (R\$): 08/2019 V: [1.0.0.4]
 Nº de Controle: 184,79
 10002293861

838000000017 84790031010 0 002293861079 00000928054 5



[illegible]

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 014414208552 - BILHETE DE SEGURO DPVAT 2019

04523768315 ORZ7643

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

www.seguradoralider.com.br

014414208552 SAC DPVAT 0300 022 1204 85049504648

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 11/04/2019

VIA 01	CPF (CNPJ) 04523768315	PLACA ORZ7643
RENAVAM 549498451	HONDA/CG 150 FAN ESI	MARCA / MODELO
2013 ANO 09	9C2KC1670DRS11271	Nº CHASSI
PRÊMIO TARIFÁRIO		
36,05 (R\$)	4,01 (MONTANTE (R\$))	40,85 (CUSTO DO SEGURO (R\$))
45,50 BILHETE (R\$)	0,32 (R\$)	84,48 BILHETE SEGURO (R\$)
☒ COTA UNICA		☐ PARCELADO
PAGAMENTO		11/04/2019

DESPACHANTE

LOTE / DO SEU BILHETE 114987719

MOTOR - KC16E7D8716271

9



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
Fone: (88)3441.1353 - E-mail: hosp.regional@hotmail.com
Quixeramobim-Ce



RELATÓRIO DE ANESTESIA

Paciente: José Fco. da Rocha
Operação: Fixação externa da fíbula D
Anestesia: Raqui
Pré-Anestésicos: _____
Anestésicos: Respiração com Oxigênio - O2
Duração da Anestesia: 0:40 min
Início: 21:00 h
Término: 21:40 h
CRM / ASSINATURA / CARIMBO
Dr. Cristiano Benício
CRM 55512 - RQE 9587



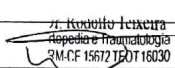
PEFETURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



BOLETIM DE ATENDIMENTO BÁSICO

Data: 09/06/19 Horário: 12:50 Nº: 27
1 - IDENTIFICAÇÃO
Nome: José Francisco da Rocha
Estado Civil: casado Sexo: Masculino Idade: 74 a.
Data de Nascimento: 05/04/45
SUS: 702.9095.3975.4472 Tel: _____
Naturalidade: Quixeramobim
Profissão: Aposentado
Residência: Santa Isabel Bairro: Santa Isabel
2 - Diagnóstico: fx de fratura de fíbula
3 - Procedimento: _____

Dr. Cristiano Benício
Ortopedista e Traumatologista
CRM 55512 - RQE 9587
ASSINATURA

	PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	FICHA DE INTERNAÇÃO	HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO FONE: (88) 3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - e-mail: hosp_regional@hotmail.com QUIXERAMOBIM-CE
IDENTIFICAÇÃO: NOME: <u>Jose Francisco da Rocha</u> Nº REG: <u>50.970</u> DATA NASCIMENTO: <u>05/01/1945</u> IDADE: <u>74a</u> COR: <u>Parda</u> SEXO: F () M (x) EST. CIVIL: <u>casado</u> NATURALIDADE: <u>Quixeramobim</u> NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u> CNS: <u>702.9095.3975.4472</u> DOCUMENTAÇÃO <u>RG. 898.493 SPSP e 18.08.76</u> PROFISSÃO: <u>Aposentado</u> TELEFONE: () _____ Nº _____ ENDEREÇO: <u>Santa Isabel</u> _____ BAIRRO: <u>São Miguel</u> CIDADE: <u>Quixeramobim</u> UF: <u>CE</u> PAI: <u>Francisco Bauriano Rocha</u> MÃE: <u>Belarmine Rocha Lima</u> RESPONSÁVEL: <u>Francisco Renato Rocha</u> TELEFONE: (88) <u>997370098</u> JÁ ESTEVE INTERNADO NESTE HOSPITAL?: <u>Sim</u> ANO: <u>2019</u> MÊS: <u>Junho</u>		CADASTRO DA AIH: DATA INTERNAÇÃO: <u>23/08/19</u> HORA: <u>08:46</u> CLÍNICA: <u>Trauma</u> CARATER ATENDIMENTO: _____ DATA SAÍDA: <u>24/08/19</u> HORA: <u>08:30</u> CÓDIGO: <u>0408050500 / 0408060360</u> CID PRINCIPAL: <u>5822</u> CID SECUNDÁRIO: <u>2470</u> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO: SIM ☐ NÃO ☐ PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>0408060360</u> PROF. EXECUTANTE: <u>Dr. Rodolfo</u> CBO: <u>225270</u> CNES: <u>2328380</u> PROF. EXECUTANTE: <u>Dr. Carlos</u> CBO: <u>225151</u> CNES: <u>2325380</u>	
SUMÁRIO DE HDA: <u>paciente em pós-operatório de</u> <u>patina de tibia distal direita</u>		REVISÃO ☒ SISAIH01 ☐ MÊS: _____ HEMOCE ☐	
EXAME FÍSICO: <u>Om + edema</u>		CONDIÇÕES DE SAÍDA: CURADO ☐ MELHORADO ☒ EVASÃO ☐ A PEDIDO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ ÓBITO ☐	
DIAGNÓSTICO DE ADMISSÃO: <u>Po fr tibia distal direita</u>  ASSINATURA E CARIMBO <u>013 804 473-21</u> CPF SOLICITANTE		UNISUS WEB CODIGO DA SOLICITAÇÃO: <u>34360024055</u> DATA INTERNAÇÃO: <u>28/08/2019</u> DATA ALTA: _____ / _____ / _____ NUMERO DA AIH: <u>2310106642380</u>	



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST

PACIENTE: <u>João Fco. de Lenc</u>		ENF/LEITO: <u>56</u>																																
NOME DA MÃE: <u>Belarmino da Rocha Lima</u>		DATA: <u>28/08/19</u>																																
IDADE: <u>44</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>08/01/45</u>	HORA DE ADMISSÃO CENTRO CIRÚRGICO: <u>15:20</u>																																
CIRURGIÃO: <u>Dr. Roberto</u>	ANESTESISTA: <u>Dr. Paulo</u>	ENFERMEIRO (A): <u>Vanessa A.</u>																																
1 UNIDADE/LEITO DE ORIGEM: (ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA)	2 TEMPO DE PREPARO: (ANTES DA INCISÃO CUTÂNEA)	3 INTROOPERATÓRIO: (NA SALA DE CIRURGIA)																																
CONFIRMADO:	MEMBROS DA EQUIPE APRESENTADOS PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ CIRURGIÃO ANESTESIOLOGISTA ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE, SÍTIO CIRÚRGICO E PROCEDIMENTO.	HORÁRIOS E REVISÃO DE MATERIAIS: HORA DA INCISÃO CIRÚRGICA: <u>16:40</u> HORA DO TÉRMINO DO ATO CIRÚRGICO: <u>17:10</u> CONTAGEM E REVISÃO DOS MATERIAIS E INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS: ☒ UTILIZAÇÃO DE MATERIAL SINTÉTICO: ☒ IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA PATOLÓGICA: ☒																																
IDENTIDADE DO PACIENTE: ☒ PROCEDIMENTO: ☒ SÍTIO CIRÚRGICO, DEMARCADO OU CONFIRMADO: ☒ TRICOTOMIA: ☒ HORA: _____ REALIZADA EM DOMICÍLIO: ☒ CENTRO CIRÚRGICO: ☒	EVENTOS/CONTROLE DE MATERIAIS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:	OBSERVAÇÕES E INTERCORRÊNCIAS:																																
VERIFICAÇÃO DE CONDIÇÕES E NECESSIDADES PARA O PACIENTE:	ANTES/OTICOPROFILAXIA: ☒ CEFALOLINA: ☐ OUTRO: _____	ENFERMAGEM: <u>com intervenção, Dr. Roberto</u>																																
PACIENTE POSSUI ALERGIA CONHECIDA: ☒ QUAL: _____	MATERIAIS E INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS:	LEGENDA: (S) SIM (N) NÃO (I) NÃO SE APLICA																																
ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO: ☒ CALIBRE DO ACESSO: <u>22</u>	INSTRUMENTOS	TRANSDOPELA: ÓLIO (SALA OPERATÓRIA):																																
PROFISSIONAL: <u>Anest. A</u>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nº EM FASE</th> <th>COMPRESSAS</th> <th>Nº EM FASE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Início</td> <td>06</td> <td>Início</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>Intera</td> <td>00</td> <td>Intera</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>Final</td> <td>00</td> <td>Final</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>GAZES</td> <td>Nº EM FASE</td> <td>AGULHAS</td> <td>Nº EM FASE</td> </tr> <tr> <td>Início</td> <td>03</td> <td>Início</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>Intera</td> <td>00</td> <td>Intera</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>Final</td> <td>03</td> <td>Final</td> <td>00</td> </tr> </tbody> </table>		Nº EM FASE	COMPRESSAS	Nº EM FASE	Início	06	Início	00	Intera	00	Intera	00	Final	00	Final	00	GAZES	Nº EM FASE	AGULHAS	Nº EM FASE	Início	03	Início	00	Intera	00	Intera	00	Final	03	Final	00	ASSINATURA E CARIMBO:
	Nº EM FASE	COMPRESSAS	Nº EM FASE																															
Início	06	Início	00																															
Intera	00	Intera	00																															
Final	00	Final	00																															
GAZES	Nº EM FASE	AGULHAS	Nº EM FASE																															
Início	03	Início	00																															
Intera	00	Intera	00																															
Final	03	Final	00																															
SOLICITAÇÃO DE RESERVA/ITIPAGEM SANGÜÍNEA: ☒ RETRADA DE PRÓTESES E MATERIAL DE ADORNO: ☒ VERIFICAÇÃO DE EXAMES NO PRONTUÁRIO: ☒	TEMPO DE PREPARO (ANTES DA INCISÃO CUTÂNEA): ASSINATURA E CARIMBO:	ASSINATURA E CARIMBO:																																



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
 SECRETARIA DE GESTÃO HOSPITALAR - SUS
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
 FONE: (88) 3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - e-mail: hosp.regional@hotmail.com - Quixeramobim - CE



FOLHA DE OPERAÇÃO

		Nº REG.:	
DATA OPERAÇÃO	ENF.	LEITO	
OPERADOR		1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA		TIPO / ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		PO fixador externo em	
		tubo fixado	
TIPO DE OPERAÇÃO		retirada de fixador externo	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		o mesmo	
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO			
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉC. - LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA			
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOVISCERAS			
Paciente em RPA sob anestesi- Anestesia + Antiespasmódico + comp. - Retirada de fixador externo transcutâneo em tórax fixado sem evidência de mobilidade de foco de infecção. Tala Bata A RPA			
Dr. Rodolfo Teixeira Ortopedia e Traumatologia CRM-CE 15672 TEOT 16030			



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

Fone: (88)3441.1353 - 3441.4009 - E mail: hosp.regional@hotmail.com
Quixeramobim-Ce



RELATÓRIO DE ANESTESIA

Paciente: João Francisco de Rocha

Operação: Retificação de Linhas Externas

Anestesia: Respiro

Pré-Anestésicos: //

Anestésicos: Neocaine 1% da 0.5% - 0.1 ml

Epinefrina 1:10000 - 0.1 ml

Sf 0.5% - 1000 ml

//

Duração da Anestesia: 35'

Início: 16:40G

Término: 17:10G

//

//

//

//

//

//

//

//

//

//

//

//

//

//

//

23/08/19

Carlos Roberto Neto Almeida

CRM / ASSINATURA CARIMBO

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

EFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

BOLETIM DE ATENDIMENTO BÁSICO

Data: 23/08/19. Horário: _____ Nº 07.

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: Vitor Francisco da Rocha.
Estado Civil: casado Sexo: mas Idade: 44a.
Data de Nascimento: 05/01/45
SUS: 702900534754472. Tel: _____
Naturalidade: ca
Profissão: empresário
Residência: Santa Isabel Bairro: _____

2 - Diagnostico: pos-operatório de artroscopia de tornozelo

3 - Procedimento: atuação para R.M.S

Jr. Rodolfo Teixeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15072-1/07-10036

ASSINATURA

 PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE		 FICHA DE INTERNAÇÃO	
IDENTIFICAÇÃO:			
NOME: <u>Geo de Nohe</u>		Nº REG: <u>50, 970</u>	
DATA NASCIMENTO: <u>05/10/1995</u> IDADE: <u>24 anos</u> COR: <u>pele</u> SEXO: <u>F () M (X)</u>			
EST. CIVIL: <u>casado</u> NATURALIDADE: <u>Quixeramobim</u> NACIONALIDADE: <u>brasileira</u>			
CNS: <u>709909539754472</u> DOCUMENTAÇÃO: <u>RG, 898, 493</u>			
PROFISSÃO: <u>professora</u>		TELEFONE: <u>88 998492551</u>	
ENDEREÇO: <u>Santa Isabela</u>		Nº	
BAIRRO: <u>zona rural</u>		CIDADE: <u>Quixeramobim CE</u>	
PAI: <u>Francisco Lauriano Rocha</u>			
MÃE: <u>Reformosa Ronda da Rocha</u>		TELEFONE: ()	
RESPONSÁVEL: <u>Francisco Ronda da Rocha</u>			
JÁ ESTEVE INTERNADO NESTE HOSPITAL?: <u>Sim</u> ANO: <u>2017</u> MÊS: <u>março</u>			
SUMÁRIO DE HDA: <u>Paciente, 74 anos, evolui com</u> <u>fratura da diáfise da tíbia, ovário esquerdo</u> <u>na mesa.</u>			
EXAME FÍSICO:			
DIAGNÓSTICO DE ADMISSÃO: <u>fx de tíbia</u>			
ASSINADO:  Dr. Pontes Neto Dr. Pontes Neto Dr. Pontes Neto		ASSINADO:  Dr. Pontes Neto Dr. Pontes Neto Dr. Pontes Neto	
CPF SOLICITANTE: <u>012 457 183-34</u>		CPF SOLICITANTE: <u>012 457 183-34</u>	
CADASTRO DA AIIH:		HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO FONE: (88) 3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - e-mail: hcrp_regional@hotmail.com QUIXERAMOBIM-CE	
DATA INTERNAÇÃO: <u>09/06/19</u> HORA: <u>14:15</u>		CLÍNICA: <u>Tratamento</u> ATENDIMENTO: <u>19. Pontes Neto</u>	
DATA SAÍDA: <u>30/06/19</u> HORA: <u>08:00</u>		CÓDIGO: <u>0408050500</u>	
CID PRINCIPAL: <u>S822</u> CID SECUNDÁRIO: <u>U299</u>		MUDANÇA DE PROCEDIMENTO: <u>SIM</u> ☐ <u>NÃO</u> ☐	
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>0408050500</u>		PROF. EXECUTANTE: <u>Dr. Pontes Neto</u>	
CBO: <u>225270</u> CNES: <u>2328380</u>		PROF. EXECUTANTE: <u>Dr. Pontes Neto</u>	
CBO: <u>225151</u> CNES: <u>2328380</u>		REVISÃO ☐ <u>SISAH01</u> ☐ MÊS: <u>março</u>	
HEMOCE ☐		CONDICÕES DE SAÍDA:	
CURADO ☐ MELHORADO ☒ EVASÃO ☐		A PEDIDO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ ÓBITO ☐	
UNISUS WEB		UNISUS WEB	
CODIGO DA SOLICITAÇÃO: <u>14360023825</u>		CODIGO DA SOLICITAÇÃO: <u>14360023825</u>	
DATA INTERNAÇÃO: <u>18/06/2019</u>		DATA INTERNAÇÃO: <u>18/06/2019</u>	
DATA ALTA: <u>19/06/19</u>		DATA ALTA: <u>19/06/19</u>	
NUMERO DA AIIH: <u>2319406619643</u>		NUMERO DA AIIH: <u>2319406619643</u>	



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

Alto do Boqueirão, s/n- Fone: (88)3441.1353-3441.4009-E mail: hrpn2017@gmail.com Quixeramobim-Ce

LAUDO
MÉDICO PAR
EMIÇÃO DE
AIH

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
---	----------

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
--	----------

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
----------------------	----------------------

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO
------------------------------------	------------------------	----------

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO	Nº DO TELEFONE
---------------------------------	--------------------------	----------------

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP
---------------------------------	------------------------------	--------------------------	---------	----------

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
--	--	---

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--------------------------	-----------------------	------------------------	-------------------------------

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
---	-----------------------------

26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTOS	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
--------------	----------------------------	-----------------	--

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
--	--------------------------	--

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
-------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------	--------------------	------------

39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
----------------------	----------------------	-----------

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
--------------------------------	---------------------------------------	-------------------------	---

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
---	--------------------------	--

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

55 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

56 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

57 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

58 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

59 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PONTESSELO

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST

PACIENTE: Joel Francisco da Rocha

NOME DA MÃE: Belarmine Rocha Lima

IDADE: 44a DATA DE NASCIMENTO: 05.01.1945

CIRURGIÃO: D^o Guilherme

1 UNIDADE/LEITO DE ORIGEM: (ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA)

CONFIRMADO:

IDENTIDADE PACIENTE: ☒ PROCEDIMENTO: ☒
SÍTO CIRÚRGICO, DEMARCADO OU CONFIRMADO: ☒
TRICOTOMIA: ☒ HORA: 21:00
REALIZADA EM DOMÍLIO: ☒
CENTRO CIRÚRGICO: ☒

2 TEMPO DE PREPARO: 20:55

ANESTESISTA: D^o Valdeberto

MEMBROS DA EQUIPE APRESENTADOS PELO NOME E FUNÇÃO: ☐

CIRURGIÃO D^o Guilherme
ANESTESIOLOGISTA D^o Valdeberto
ENFERMAGEM _____
CONFIRMAM VERBALMENTE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE, SÍTO CIRÚRGICO E PROCEDIMENTO.

EVENTOS/CONTROLE DE MATERIAIS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

ANTIBIOTICOPROFILAXIA: ☒

CEFZOLINA: ☒ OUTRO: _____

MATERIAIS E INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS:

INSTRUMENTOS	Nº EM FASE	COMPRESSAS	Nº EM FASE
Inicio	26	Inicio	30
Intera	00	Intera	00
Final	26	Final	30

GAZES	Nº EM FASE	AGULHAS	Nº EM FASE
Inicio	10	Inicio	00
Intera	00	Intera	00
Final	10	Final	00

SOLICITAÇÃO DE RESERVA/ATPAGEM SANGÜÍNEA: ☒
RETRADA DE PROTESES E MATERIAL DE ADORNO: ☒
VERIFICAÇÃO DE EXAMES NO PRONTUÁRIO: ☒

TEMPO DE PREPARO (ANTES DA INCISÃO CUTÂNEA):

ASSINATURA: <u>_____</u>	ASSINATURA: <u>_____</u>
821.156 TE	821.156 TE

ENFERMEIRO (A): _____

TIPO DE PROCEDIMENTO: Revisão de tórax.

DATA: 09.05.2019

3 INTRAOPERATÓRIO: 01

HORÁRIOS E REVISÃO DE MATERIAIS:



	ESTADO DO CEARÁ PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM SECRETARIA DE GESTÃO HOSPITALAR - SUS HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO FONE: (88) 3441.1363 - FAX: (88) 3441.4009 - e-mail: hosp.regional@hotmail.com - Quixeramobim - CE		 Dr. Pontes Neto

FOLHA DE OPERAÇÃO

DATA OPERAÇÃO <u>09/06/19</u>		N° REG.:	
OPERADOR <u>Dr. Cristiano</u>		1° AUXILIAR	
2° AUXILIAR	3° AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA		TIPO / ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>fratura de diáfise da tíbia</u>			
TIPO DE OPERAÇÃO <u>fixação externa</u>			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO			
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO			
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉC. - LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOVISCERAS			
(1) Anest.			
(2) aspiração + anti-sépsis			
(3) montagem de fixador externo em formato de			
Delta, transarticular			
(4) controle radiográfico			
(5) curativo			
Dr. Cristiano Benício Ortopedista e Traumatologista CREMEC 15.112-702-2582 TEOT 16977			

Scanned by CamScanner



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



PROCEDIMENTOS INVASIVOS

MÊS: Junho DATA DE INTERNAÇÃO: 09-06-19

PACIENTE: José Francisco da Rocha

PRONTUÁRIO: 50.970 DATA DE NASCIMENTO: 05.01.1945

NOME DA MÃE: Belarmina Rocha Lima

UNIDADE: Clínica Cirúrgica LEITO: 53

PROCEDIMENTO	DIA																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ACESSO PERIFÉRICO									6 _A																							
ACESSO CENTRAL																																
TOT OU TNT																																
TRAQUEOSTOMIA																																
VENTILAÇÃO MECÂNICA																																
SNG OU SNE																																
SONDA VESICAL																																
OSTOMIA																																
DRENO																																
CATETER DE HEMODIÁLISE																																
ANTIBIÓTICOS:																																
1.																																
2.																																
3.																																
4.																																
OBSERVAÇÕES:																																

Scanned by CamScanner



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



Nome:		Idade:
RG:	Leito:	D.N:
Diagnóstico:		

[illegible]



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Relatório de Alta

Nome: <i>João Fco da Rocha</i>	
Idade:	Município: Profissão:
Clínica de internação: Nº Prontuário	
Resumo Clínico: <i>fratura de tibia</i>	
Diagnóstico: <i>fratura de tibia</i>	
Exames realizados: <i>radiografia</i>	
Tratamento instituído: <i>- fixação externa</i>	
Proposta de Seguimento: <i>- retorno em 23/06 (domingo) às 8h</i> <i>- curativos diários</i>	
Data: <i>10/06/19</i>	Assinatura/Carimbo Médico <i>Dr. Cristiano Benício</i> Ortopedista e Traumatologista CREMEC 15.512 - RQE 9587 TEOT 16677



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

LAUDO DE AUTORIZAÇÃO DE AIH
LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 14360022825
NÚMERO DA AIH: 2319106619643

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2328380 - HOSPITAL REGIONAL DR PONTES NETO

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: 2328380 - HOSPITAL REGIONAL DR PONTES NETO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 898002765667987 - JOSE FRANCISCO DA ROCHA

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 05/01/1945 - 74 anos

NOME DA MÃE: BELARMINO ROCHA LIMA

NOME DO RESPONSÁVEL: FRANCISCA RENATA DA ROCHA

ENDEREÇO: SANTA ISABEL

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 231140 - QUIXERAMOBIM

UF: CE

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO: 88-98492551

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO:

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S822 - Fratura da diáfise da tíbia

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050500-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

PROCEDIMENTO REALIZADO: -

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 01275718337 - CRISTIANO BENICIO DOS SANTOS

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 18/06/2019 - 15:01 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 18/06/2019 - 15:01

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

CNPJ DA SEGURADORA:

NÚMERO DO BILHETE:

SÉRIE DO BILHETE:

CNPJ DA EMPRESA:

CBO NA EMPRESA:

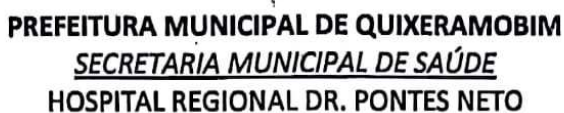
NATUREZA DA LESÃO:

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZADOR:

PARECER

DATA AUTORIZAÇÃO:

[illegible]



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



Nome: José Francisco da Rocha	Idade: 74 a
RG:	Leito: 53
Diagnóstico: Fratura da tíbia	

Data/Hora	Evolução	Assinatura
09.06.19	Paciente vítima de acidente motorístico há 02 dias com 110. Fratura de tíbia D. causada por queda, verbaliza. Após avaliação do Trauma, de Curtham, realiza internação em CC para procedimento cirúrgico. Em anexo raio X, realizado dia 07/06/19. Apresenta pico hipertensivo após informado sobre cirurgia. MAPA Sem queixa, no período. Encaminhado a CC às 15:30 h. Segue sob cuidados de equipe Heryla da Silva Pádua Enfermeira COREN-CE: 497.098	
09.06.19	Pte admitido em CC vindo de emergência com 40. Fratura de tíbia. Vítima de acidente motorístico há 2 dias. Causada por queda, verbaliza, em conduta de radiol. Acompanhada filha, a Lenaly, afirma que pte há histórico de exipite em mto no mesmo local de fratura, diga mesmo membro, com fratura ainda lesionada. Apresenta Afala em mto. Negar HAS/DIA e alergia medicamentosa. Em dieta zero, aguardando procedimento cirúrgico. Segue sob cuidados de equipe Erika Gurgel Albuquerque Enfermeira COREN: 408804	
	Encaminhado ao SO. às 20:30 Erika Gurgel Albuquerque Enfermeira COREN: 408804	
	Retorno do SO às 22:00, PA: 110x80 mmHg. Refere dor, diga com presença de pinos em mto. Segue sob cuidados de equipe Erika Gurgel Albuquerque Enfermeira COREN: 408804	



Dr. Pontes Neto

HISTÓRIA		CONTROLE HEMODINÂMICO - ESCORE DE ALERTA PRECOCE										UNIDADE: C-6		LEITO: 53		PRONTUÁRIO: 60930		DATA: 09.06.19		DIE: 03/01/1945	
PACIENTE: José Francisco da Rocha																					
PARÂMETROS																					
SATURAÇÃO																					
PRESSÃO ARTERIAL																					
ESCALA DE DOR																					
GLICEMIA																					
EVACUAÇÕES																					
PARÂMETROS																					
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA																					
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA																					
FREQUÊNCIA CARDÍACA /PULSO																					
TEMPERATURA																					
ESTADO DE CONSCIÊNCIA																					
Escala de Dot																					
SOMA TOTAL DE ESCORES																					
ASSINATURA LEGÍVEL DO TEC DE ENFERMAGEM																					
ASSINATURA LEGÍVEL DO ENFERMEIRO																					
ASSINATURA LEGÍVEL DO MÉDICO																					
ESCORE ZERO: AVALIAR DE 6/6 HORAS - SEM AÇÃO ENFERMEIRO																					
MÉDICO - AVALIAR DE 4/4 HORAS																					
ESCORE 1: AÇÃO ENFERMEIRO E MÉDICO - AVALIAR DE 2/2 HORAS																					
ESCORE 2: AÇÃO ENFERMEIRO - AVALIAR DE 6/6 HORAS																					
ESCORE 3: AÇÃO ENFERMEIRO E MÉDICO - AVALIAR DE 2/2 HORAS																					
ESCORE 4: AÇÃO ENFERMEIRO - AVALIAR DE 1/1																					
A - Alerta. Olhos abertos, não necessariamente orientado																					
V - Responde a estímulo verbal com a voz ou com algum movimento																					
D - Responde a dor com voz ou com algum movimento																					
SR - Sem resposta. Não emite som e não faz movimento																					

Alto do Bouqueirão s/nFone: (88) 3441-4009 email: hospitalpontesneto@hotmail.com Quixeramobim-Ce

Módulo		CONTROLE HEMODINÂMICO - ESCORE DE ALERTA PRECOCE										UNIDADE:		LEITO: 5 PRONTUÁRIO:										DATA:	
PACIENTE:		DIRE: / /																							
PARÂMETROS		Paciente: <i>Jose Francisco da Rocha</i>																							
SATURAÇÃO																									
PRESSÃO ARTERIAL																									
ESCALA DE DOR																									
GLICEMIA																									
EVACUAÇÕES																									
PARÂMETROS																									
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA		0	12-20																						
		1	9-11																						
		2	21-24																						
		3	< 8 ou > 25																						
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA		0	100-170																						
		1	90-99																						
		2	171-199																						
		3	< 89 ou > 200																						
FREQÜÊNCIA CARDÍACA /PULSO		0	52-80																						
		1	41-51																						
		2	90-110																						
		3	111-130																						
		4	< 40 ou > 131																						
TEMPERATURA		0	36-37.7																						
		1	35.1-35.9																						
		2	37.8-38.9																						
		3	< 35 ou > 39																						
ESTADO DE CONSCIÊNCIA		0	A																						
		1	V																						
		2	D																						
		3	SR																						
Escala de Doc [®]		SOMA TOTAL DE ESCORES → ASSINATURA LEGÍVEL DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM → ASSINATURA LEGÍVEL DO ENFERMEIRO → ASSINATURA LEGÍVEL DO MÉDICO →																							
		ESCORE ZERO: AVALIAR DE 6/6 HORAS - SEM ACIONAMENTO // ESCORE 1: ACIONAR ENFERMEIRO - AVALIAR DE 6/6 HORAS // ESCORE 2: ACIONAR ENFERMEIRO OU MÉDICO - AVALIAR DE 4/4 HORAS // ESCORE 3: ACIONAR ENFERMEIRO E MÉDICO - AVALIAR DE 2/2 HORAS // ESCORE 4: ACIONAR MÉDICO - AVALIAR DE 1/1.																							
		A - Alerta. Olhos abertos, não necessariamente orientado // V - Responde a estímulo verbal com a voz ou com algum movimento // D - Responde a dor com voz ou com algum movimento // SR - Sem resposta. Não emite som e não faz movimento.																							

Alto do Bouqueirão s/nFone: (88) 3441-4009 email: hospitalpontesneto@hotmail.com Quixeramobim-Ce



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



O abaixo assinado Francisca Renata da Rocha
Pessoa responsável pelo doente Jose Francisco da Rocha
dá plena autorização aos médicos do hospital R.D.P.N que o assistirem para
fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnostico e para a execução do tratamento, comprometendo-se
a respeitar todas as disposições gerais contidas no regimento do estabelecimento.

Francisca Renata da Rocha
Assinatura do doente ou pessoa responsável

Em 09 de junho de 2019

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

O abaixo assinado _____
Pessoa responsável pelo doente _____
Reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo inteira
responsabilidade por sua decisão.

Assinatura do doente ou pessoa responsável

Em _____ de _____ de _____

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

O abaixo assinado _____
Pessoa responsável pelo doente _____
Certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringindo o regulamento deste estabelecimento.

Assinatura do doente ou pessoa responsável

Em _____ de _____ de _____

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

VIDE VERSO



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

Alto do Boqueirão, s/n- Fone: (88)3441.1353-3441.4009-E mail: hrpn2017@gmail.com Quixeramobim-Ce



LAUDO
MÉDICO PARA
EMIÇÃO DE
AIH

fls. 37

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTOS

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



Data/Hora	Evolução	Assinatura
	evoluções de enfermagem. <i>Segue</i>	
23.08.19	Saiu de EEG às 14:45 hs, com PA: 140 x 80 mmHg, sob efeito de raqueamenteria. Retirado fixador externo. Segue aos cuidados da equipe.	<i>Katia Teixeira</i> COORDENADORA
24/08/19	Permite a fixação de fixador externo de T12 de 600g com RPA	
24/08/19	Proteção 1º NO. Retirado fixador externo. Camisa orientada superior e inferior. Evoluções para Alta Hospitalar às 08:30h.	<i>Dr. Rodolfo Teixeira</i> COORDENADOR
		<i>Dr. Zélio Alves</i> FRENTEIRA COORDENADOR



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



Nome: <u>Joaquim Francisco da Rocha</u>	Idade: <u>74</u>
RG: <u>55.970</u>	Leito: <u>56</u>
Diagnóstico: <u>Doença operatória de fratura de tíbia distal D</u>	

Data/Hora	Evolução	Assinatura
23/08/19	PO fr. tíbia distal D CD: internar para revisão de fixação.	
		Dr. Rodolfo Teixeira Ortopedia e Traumatologia CRM-CE 15672 TEOT 18030
23-08-19	Paciente, 74 anos, com HD: Pós-operatório de fratura distal de tíbia D. Condições ótimas verbalizando bem. Não há sinais de febre, nem dor. N.º de medicação: DM/PAIS. Eliminação e evacuação regulares. Encaminhado p/ CE às 10:00 hs. segue sob cuidados da equipe.	Bruno G de M. Martins Enfermeiro COREN-CE: 398.570
23.08.19	Paciente, 74 anos, com HD: Pós-operatório de fratura de tíbia distal D. Portador de HAS/DM. Em dieta zero até segunda ordem. Eliminações fisiológicas presentes. Aguarda procedimento cirúrgico. Em tempo, paciente nega HAS e DM. Encaminhado de EPG às 15:20 hs.	Kátia Tereza Viana COREN-CE: 429.711-ENE Kátia Tereza Viana COREN-CE: 429.711-ENE
23/08/19	S. Social: Paciente admitido com acompanhante, porém orientados sobre as normas e rotinas desta unidade hospitalar e direitos do idoso.	Assistente Social RESSCE 11.893
23/08/19	Paciente em Pós-Operatório de fixação externa de fratura de tíbia distal D sem queixas. CD: A RPA.	
		Dr. Rodolfo Teixeira Ortopedia e Traumatologia CRM-CE 15672 TEOT 18030
23.08.19	Transoperatório: Para seguimento a revisão de fixação externa, sob efeito de analgesia. Paciente está bem, com PA: 147x101 mmHg, SpO2: 95%. Secuc 403.	

[illegible]

Alto do Bouqueirão s/nFone: (88) 3441-4009 email: hospitalpontesneto@hotmail.com Quixeramobim-Ce



Módulo		CONTROLE HEMODINÂMICO - ESCORE DE ALERTA PRECOCE										UNIDADE:	CC	LEITO:	56	PRONTUÁRIO:	DATA:	24/08	DN:	11
PACIENTE:		Joaquim P. de Brito																		
PARÂMETROS		SATURACÃO 120 120																		
PRESSÃO ARTERIAL		120 80																		
ESCALA DE DOR		1 1																		
GLICEMIA		100 170																		
EVACUAÇÕES		1 1																		
PARÂMETROS		100 170																		
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA		12-20 12-20																		
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA		9-11 21-26																		
FREQÜÊNCIA CARDÍACA /PULSO		57-89 41-51 90-110 111-130 <40 ou >131																		
TEMPERATURA		36-37,7 35,1-35,9 37,8-38,9 <35 ou >39																		
ESTADO DE CONSCÊNCIA		0 1 2 3																		
Escala de Doc ⁹		0 1 2 3																		
SOMA TOTAL DE ESCORES →		36																		
ASSINATURA LESIVEL DO TFC DE ENFERMEIRO →		[Assinatura]																		
ASSINATURA LESIVEL DO ENFERMEIRO →		[Assinatura]																		
ASSINATURA LESIVEL DO MÉDICO →		[Assinatura]																		
ESCORE ZERO: AVALIAR DE 6/6 HORAS - SEM ACONTOAMENTO // ESCORE 1: ACONTOAR ENFERMEIRO - AVALIAR DE 6/6 HORAS // ESCORE 2: ACONTOAR ENFERMEIRO OU MÉDICO - AVALIAR DE 4/4 HORAS // ESCORE 3: ACONTOAR ENFERMEIRO E MÉDICO - AVALIAR DE 2/2 HORAS // ESCORE 4: ACONTOAR MÉDICO - AVALIAR DE 1/1. A - Alerta. Olhos abertos, não necessariamente orientado // V - Responde a estímulo verbal com a voz ou com algum movimento // D - Responde a dor com voz ou com algum movimento // SR - Sem resposta. Não enche soro e não faz movimento.																				

HORA	PLANTÃO DIURNO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	HORA	DATA: 08/08/19	PLANTÃO NOTURNO
	Batistacci, elle e de tres sob os cuidados do enfermeiro.	aos			Fue no por da notificação da gestora externo em relação ao plano de trabalho, em que se deve levar em consideração os dados de enfermagem, seguir as orientações da enfermeira.
15:20	Maria do Socorro Almeida de Oliveira COREN-AL: 1.293.408 - TE				Anelisa Gomes Sampaio Téc. de Enfermagem CRP-EN: 36672-7
17:00	Transcrição: Fere sumário a revidar de fixação extenso dos efeitos de reação nestesia, com PA: 173 x 101 mmHg, SpO2: 95%. Deve nos cuidados de enfermagem. Debe				
	Maria do Socorro Almeida de Oliveira COREN-AL: 1.293.408 - TE				
	Deve nos cuidados de enfermagem. Debe				
	Maria do Socorro Almeida de Oliveira COREN-AL: 1.293.408 - TE				
	Assinatura/CARIMBO				Assinatura/CARIMBO



QUIXERAMOBIM

50.970

DATA: 23/08/19

DN: 05/01/15

PRONTUÁRIO: 56

UNIDADE: C-E

CONTROLE HEMODINÂMICO E SCORE DE ALERTA PRECOCE

PACIENTE: Dr. Fco. de Rocio

PARÂMETROS

SATURACÃO

PRESSÃO ARTERIAL

ESCALA DE DOR

GLUCEMIA

EVACUAÇÕES

PARÂMETROS

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA

FREQUÊNCIA CARDÍACA

PULSO

TEMPERATURA

ESTADO DE CONSCIÊNCIA

ESCALA DE DOC

ASSINATURA LEGÍVEL DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

ASSINATURA LEGÍVEL DO ENFERMEIRO

ASSINATURA LEGÍVEL DO MÉDICO

SOMA TOTAL DE SCORES

SCORE 1: AVALIAR DE 6/6 HORAS - SEM ACIONAMENTO

SCORE 2: AVALIAR DE 6/6 HORAS - AVALIAR DE 6/6 HORAS

SCORE 3: AVALIAR DE 6/6 HORAS - AVALIAR DE 6/6 HORAS

SCORE 4: AVALIAR DE 6/6 HORAS - AVALIAR DE 6/6 HORAS

SCORE 5: AVALIAR DE 6/6 HORAS - AVALIAR DE 6/6 HORAS

SCORE 6: AVALIAR DE 6/6 HORAS - AVALIAR DE 6/6 HORAS

SCORE 7: AVALIAR DE 6/6 HORAS - AVALIAR DE 6/6 HORAS

SCORE 8: AVALIAR DE 6/6 HORAS - AVALIAR DE 6/6 HORAS

SCORE 9: AVALIAR DE 6/6 HORAS - AVALIAR DE 6/6 HORAS

SCORE 10: AVALIAR DE 6/6 HORAS - AVALIAR DE 6/6 HORAS

SCORE 11: AVALIAR DE 6/6 HORAS - AVALIAR DE 6/6 HORAS

SCORE 12: AVALIAR DE 6/6 HORAS - AVALIAR DE 6/6 HORAS

SCORE 13: AVALIAR DE 6/6 HORAS - AVALIAR DE 6/6 HORAS

SCORE 14: AVALIAR DE 6/6 HORAS - AVALIAR DE 6/6 HORAS

SCORE 15: AVALIAR DE 6/6 HORAS - AVALIAR DE 6/6 HORAS

SCORE 16: AVALIAR DE 6/6 HORAS - AVALIAR DE 6/6 HORAS

SCORE 17: AVALIAR DE 6/6 HORAS - AVALIAR DE 6/6 HORAS

SCORE 18: AVALIAR DE 6/6 HORAS - AVALIAR DE 6/6 HORAS

SCORE 19: AVALIAR DE 6/6 HORAS - AVALIAR DE 6/6 HORAS

SCORE 20: AVALIAR DE 6/6 HORAS - AVALIAR DE 6/6 HORAS

Alto do Bouqueirão s/nFone: (88) 3441-4009 email: hospitalpontesneto@hotmail.com Quixeramobim-Ce

PLANTÃO DIURNO		PLANTÃO NOTURNO	
HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	HORA	
08:00	Recinto de 74 anos. Apresenta -		
09:00	Curado. Apresentado. 800ml		
10:00	Tratado de 100ml. 100ml		
11:00	Tratado de 100ml. 100ml		
12:00	Tratado de 100ml. 100ml		
13:00	Tratado de 100ml. 100ml		
14:00	Tratado de 100ml. 100ml		
15:00	Tratado de 100ml. 100ml		
16:00	Tratado de 100ml. 100ml		
17:00	Tratado de 100ml. 100ml		
18:00	Tratado de 100ml. 100ml		
19:00	Tratado de 100ml. 100ml		
20:00	Tratado de 100ml. 100ml		
21:00	Tratado de 100ml. 100ml		
22:00	Tratado de 100ml. 100ml		
23:00	Tratado de 100ml. 100ml		
24:00	Tratado de 100ml. 100ml		

80.970

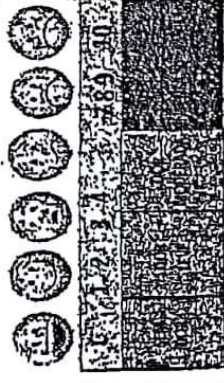
CONTROLE HEMODINÂMICO - ESCORE DE ALERTA PRECOCE

UNIDADE: O.E. LEITO: 86 PRONTUÁRIO:

DATA: 22/08/19
DN: 06/01/19

PACIENTE: *João Francisco da Rocha*

PARÂMETROS	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	0	12-20																
	1	9-11																
	2	21-24																
	3	< 8 ou > 25																
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	0	100-170																
	1	90-99																
	2	171-199																
	3	< 89 ou > 200																
FREQÜÊNCIA CARDÍACA / PULSO	0	52-89																
	1	41-51																
	2	90-110																
	3	111-130																
TEMPERATURA	0	36-37.7																
	1	35.1-35.9																
	2	37.8-38.9																
	3	< 35 ou > 39																
ESTADO DE CONSCIÊNCIA	0	A																
	1	V																
	2	D																
	3	SR																
SOMA TOTAL DE ESCORES →																		
ASSINATURA LEGÍVEL DO TEC DE ENFERMAGEM →																		
ASSINATURA LEGÍVEL DO ENFERMEIRO →																		
ASSINATURA LEGÍVEL DO MÉDICO →																		
ESCORE ZERO: AVALIAR DE 6/6 HORAS - SEM ACIONAMENTO // ESCORE 1: ACIONAR ENFERMEIRO - AVALIAR DE 6/6 HORAS // ESCORE 2: ACIONAR ENFERMEIRO OU MÉDICO - AVALIAR DE 4/4 HORAS // ESCORE 3: ACIONAR ENFERMEIRO E MÉDICO - AVALIAR DE 2/2 HORAS // ESCORE 4: ACIONAR MÉDICO - AVALIAR DE 1/1.																		



Alto do Boúqueirão s/nFone: (88) 3441-4009 email: hospitalpontesneto@hotmail.com Quixeramobim-Ce



GOVERNO DO ESTADO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

Classificação de risco

☐ VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL
(ATEND. OBSTÉTRICO)

DATA: 07/06/2019

HORÁRIO: 09:33

ATENDIMENTO Nº: 69

DADOS DO PACIENTE:

NOME CIVIL: Jose Joao da Rocha

NOME SOCIAL: _____

SEXO: M DATA NASCIMENTO: 05/01/49 IDADE: 74 ESTADO CIVIL: Casado

MÃE: Belarmina Rocha Lima

SUS: _____

NATURALIDADE: Belém PROFISSÃO: Aposentado

ENDEREÇO: Sto. Isidoro BAIRRO: São Miguel

CIDADE: Belém ESTADO: PA TELEFONE: _____

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

Francisca Renata Rocha
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PA: X mmHg SPO₂: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ ipm T: _____ °C PESO: _____ Kg

DEMANDA: _____

ENCAMINHAMENTO DO ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM:

- ☐ CONSULTA MÉDICA ☐ REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
☐ EIXO VERMELHO ☐ CONSULTA OBSTÉTRICA

ENFERMEIRA

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:	pt vítima de queda de mto com dor na pte D.
PRESCRIÇÃO:	① Rx. ② Voltar em 15 dias ③ Solicitar radiografia do Tronco torácico ④ Imobilizar  
EVOLUÇÃO MÉDICA:	
EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL:	

DIREÇÃO GERAL

DIREÇÃO CLÍNICA

Dr. Marcelo Nunes Moraes
Médico
CREMEC: 19364

ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO



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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190629766

Vítima: JOSE FRANCISCO DA ROCHA

Data do Acidente: 07/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FRANCISCO DA ROCHA

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: JOSE FRANCISCO DA ROCHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002843

Conta: 00000008531-7

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, retorne 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





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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190629766

Vítima: JOSE FRANCISCO DA ROCHA

Data do Acidente: 07/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FRANCISCO DA ROCHA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 18/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00809/00810 - carta_08 - INVALIDEZ



Carta nº 15259349

SINISTRO 3190629766 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA JOSE FRANCISCO DA ROCHA****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE****SEGURADORA S/A****BENEFICIÁRIO JOSE FRANCISCO DA ROCHA****CPF/CNPJ: 04523768315****Posição em 18-02-2020 16:04:27**

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) e registre uma solicitação para que possamos checar mais detalhes sobre seu caso. Em até 72 horas, entraremos em contato.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
29/11/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

Impresso nº 2019654516

Pag. 2 de 2

Impresso em: 17/05/2020 10:33:51

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 536 - 2944 / 2019****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **17/09/2019 10:06:23**
 Data / Hora da Ocorrência: **07/06/2019 08:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **QUIXERAMOBIM/CE**
 Ponto de Referência:

Governo do Estado do Ceará
 Secretaria da Segurança Pública e
 Defesa Social - SSPDS
 Departamento de Polícia do Interior
 12ª RPC - DELEGACIA MUNICIPAL DE
 QUIXERAMOBIM - CEARÁ
 Fone: (88) 3441-0302

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **JOSE FRANCISCO DA ROCHA**Nascimento: **05/01/1945** CPF:CNH: **04150613472** Órgão Emissor:

UF:

 Filiação: **BELARMINA ROCHA LIMA**
FRANCISCOLAURIANO ROCHA
Endereço: **SÍTIO SANTA ISABEL**Bairro: **DISTRITO DE SÃO MIGUEL**Município: **QUIXERAMOBIM/CE**País: **BRASIL**

Telefone:

CEP:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORZ7643** Uf: **CE** Município: **QUIXERAMOBIM** Chassi:
9C2KC1670DR511271 Renavam: **549498451** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano
 Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
 Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOSE FRANCISCO DA ROCHA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Relata a vítima que possui CNH de nº04150613472, que sua carteira de habilitação está vencida desde a data 31/07/2018; QUE na data citada estava se deslocando para a localidade de Santa Isabel na motocicleta de PLACA ORZ-7643 quando derrapou em uma pedra solta e o mesmo caiu ao solo; QUE por conta da queda o mesmo ficou sentindo dores no pé direito; QUE a vítima foi socorrido para Hospital Dr Pontes Neto pela pessoa de nome FRANCISCO EDNO DA ROCHA; QUE o mesmo foi atendido pelo médico DR MARCELO NUNES DE MORAES CREMEC 19364 como consta na ficha de atendimento nº69; QUE no referido hospital a vítima fez exame de RAIOS-X onde foi constatado que tinha sido quebrado a tibia do pé direito; QUE foi feita cirurgia e passou dois dias internado; QUE a vítima tem como testemunhas as pessoas de nome JOSE NACELIO REGO DE LIMA, RG Nº1892467-89, CPF Nº 693.481.973-04 e ALEXANDRE DE VASCONCELOS MARTINS RG Nº 99098112227, CPF nº891.391.783-15; QUE as declarações narradas neste Boletim de Ocorrência são de responsabilidade do declarante.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

Governo do Estado do Ceará
 Secretaria da Segurança Pública e
 Defesa Social - SSPDS
 Departamento de Polícia do Interior
 12ª RPC - DELEGACIA MUNICIPAL DE
 QUIXERAMOBIM - CEARÁ
 Fone: (88) 3441-0302
 Pág. 1 de 2



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMORIM
Impresso nº 2018654516



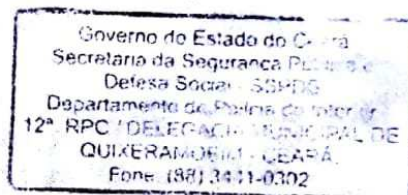
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 2944 / 2019

CARLOS CESAR DE OLIVEIRA PINHEIRO FILHO - MAT.: 30118812

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Jose Francisco da Rocha

VISTO DO DELEGADO(A):

THIAGO TEIXEIRA SALGADO - MAT.: 30120116



Alcandre de Vasconcelos Martins ...
Jose Nacélio Rêgo de Lima