



**ELIANE SILVA**  
**Advocacia**

### PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Mayelo Silva de Moura  
Brasileira, estado civil Solteira, profissão Atriz  
Dona, portadora do RG nº 3009479-96, orgão  
expedidor SSP-CE, CPF nº 795.704.373-91  
com endereço AV: Agostinho A. B. DT. Coquei - SP.

**OUTORGADO:** **ELIANE BARBOSA SILVA**, brasileira, Advogada OAB/CE 27.940, inscrita no CPF Nº 85994898368, com endereço profissional na Rua Marcionílio Gomes de Freitas, s/n, centro, Senador Pompeu/CE, onde recebe intimações.

**PODERES:** Por este instrumento o outorgante supra qualificado nomeia e constitui a outorgada acima identificada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "Ad-judicia Et Extra", para agir em qualquer juízo, instância e tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para requerer em juízo ou fora dele como também confessar, desistir, renunciar ao direito a que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, transigir, representar o mesmo perante órgãos públicos, nomear peritos e assistentes, promover reinvidicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, receber cheques decorrentes de condenação judicial, além de outros não expressamente constantes neste mandato. Os poderes aqui descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reserva, dando tudo por bom, firme e valioso para o fiel cumprimento deste mandato.

Senador Pompeu-CE, 02 de Janeiro de 2020

\* Mayelo Silva de Moura  
Outorgante

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu Mafelo Silva de Moura, brasileiro(a),  
 estado civil Solteiro, profissão Agricultor,  
 natural de Senador Pompeu, estado Ceará,  
 nascido aos 28/08/1975, filho de Jose Adelfio  
Moura e Maria Estela Silva Bezerra,  
 portador(a) do RG nº 3009479-96 Órgão Expedidor  
SSP-CE, CPF nº 795.704.373-91, **DECLARO** conforme  
 artigo 1º, da Lei 7.115/83, que resido no seguinte endereço:  
Av: Agostinho Alves Bezerra - DT. Lodi - S. Pompeu-CE

**DECLARO** ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Senador Pompeu - CE., 02 de Janeiro de 2020.

Mafelo Silva de Moura  
**DECLARANTE**

DECLARAÇÃO  
(LEI Nº 1.060/50)

Eu Mafelo Silva de Moura  
 Profissão aprendiz  
 CPF: 795.704.373 - 91, RG: 3009479-96, residente e  
 domiciliado(a) à AV. Agostinho Alves Bezerra - DT. Codia - SP  
 Bairro: Zona rural cidade Smador Pompeu, Estado: Ceará  
 declaro para os devidos fins de direito e sob as penas da lei que não possuo  
 condições financeiras de arcar com as custas processuais, sob pena de prejuízo de  
 manutenção própria e de minha família, nos termos da lei 1.060/50 e alterações  
 supervenientes.

Smador Pompeu - CE, 02 de 01 de 2020

Mafelo Silva de Moura  
 DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 SETOR DE IDENTIFICAÇÃO  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO




MAJELO SILVA DE MOURA  
 José Adelídio Moura

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
 Secretaria da Receita Federal

**CNPJ - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

Nome: **MAJELO SILVA DE MOURA**

Nº de Inscrição: **795704373-91**

Data de Nascimento: **28/08/75**



3009479-96 09-01-1996

**MAJELO SILVA DE MOURA**  
 José Adelídio Moura

Maria Estela Silva Bezerra  
 Senador Pompeu-CE 28-08-1975  
 Cert. Nascimento 1v.A-09 fl.197v  
 Cart. Senador Pompeu-CE

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CNPJ, vedado a outorga por terceiros, sob pena de nulidade e cassação da inscrição.

Assinatura: **MAJELO SILVA DE MOURA**

**VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
 Emitido em: 13/11/96



**JUN/2019**

Utilize o nº abaixo sempre que entrar em contato conosco

**8229827**

**12/07/2019**

**48,19**

**DESCRIÇÃO DA CONTA**

VALOR CONSUMO DO MES  
COB. SALDO FATURA ANTERIOR

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº  
**Companhia Energética do Ceará**  
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

**575431607**

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei Nº 10.438 de  
26 de abril de 2002

**DADOS DO CLIENTE**

Rota 21 14003 12 086000 - 7 Medidor 10858171 Poste 0000  
Nome MAJELO SILVA DE MOURA  
Endereço Postal AV AGOSTINHO ALVES BEZERRA 00745 - DT CODIA -  
SENADOR POMPEU CEP 63600-000

End. da Unidade AV AGOSTINHO ALVES BEZERRA 00745 - SENADOR POMPEU  
Consumidora

RG / CPF / CNPJ 795704373-91

CGF

Fator de Potência 0,00

Classe RURAL MONOFASICO

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leitura Atual 16795 Leitura Anterior 16754 Constante 1 Consumo (KWh) 41 Perda Ramal 0 Cons. Incl. 0 Cons. Fat. 41

|             | 31/05/19 | 30/04/19 | 31    |
|-------------|----------|----------|-------|
| Quantidade  |          |          |       |
| Tarifa      |          |          |       |
| Valor (R\$) |          |          |       |
|             | 41       | 0,42781  | 17,54 |
|             |          |          | 30,65 |

**DATAS DE LEITURA**

Data de Emissão/ Apresentação 28/06/2019  
Prev. Próxima Leitura 28/06/2019

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

8995.0535.2E13.0E5D.9C78.CE82.6FAF.CB50

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto

ISENTO

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

|                            |       |
|----------------------------|-------|
| Energia                    | 9,41  |
| Transmissão                | 0,74  |
| Distribuição               | 5,52  |
| Encargos Setoriais         | 1,26  |
| Tributos [ICMS PIS/COFINS] | 0,62  |
| Total                      | 17,54 |

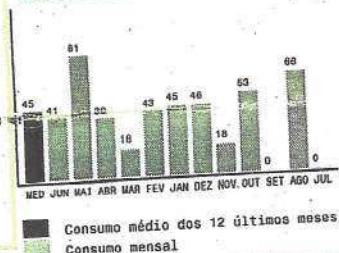
**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta.

SENADOR POMPEU  
Conjunto ABR/2019 - EUSD 6,53  
Mês DICRI = 0,00 P

|          | Padrão Individual  | Apuração Individual |
|----------|--------------------|---------------------|
|          | Mensal Trím. Anual | Mensal Trím. Anual  |
| DIC (h)  | 10,44 0,00 0,00    | 0,00 0,00 0,00      |
| FIC (uh) | 7,52 0,00 0,00     | 0,00 0,00 0,00      |
| DMIC (h) | 5,58               | 0,00                |

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**



**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica (% CO<sub>2</sub>)

16

0

0%

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR." En virtude da modernização dos nossos sistemas, alguns serviços

NÃO FOI POSSÍVEL COLETAR LEITURA POR: FAT. MÉDIA-LEIT. BIMESTRAL ART. 40-RES  
Consta desta fatura R\$ 0,62 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS: 0,64% e COFINS: 2,96%. [Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.639/03]

Nº do Cliente: 8229827  
Data de Emissão: 06/06/2019

Nº da Nota Fiscal: 575431607  
Referência: JUN/2019

Total a Pagar (R\$): 48,19  
Nº de Controle: 0008229827 00026 40272 05

836300000000-4 48190031000-6 00082298270-8 00264027205-6



# SINISTRO 3190594719 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** MAJELO SILVA DE MOURA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

**BENEFICIÁRIO** MAJELO SILVA DE MOURA

**CPF/CNPJ:** 79570437391

**Posição em 30-12-2019 09:04:09**

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

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 12/11/2019        | R\$ 1.687,50         | R\$ 0,00         | R\$ 1.687,50 |



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU  
Impresso nº 2019741845



**BOLETIM DE Ocorrência Nº 551 - 1326 / 2019**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **17/10/2019 09:22:27**  
Data / Hora da Ocorrência: **15/06/2019 16:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **ESTR KM 21 - SENADOR POMPEU/CE**  
Ponto de Referência: **PERTO DO CODIA**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **MAJELO SILVA DE MOURA**  
Nascimento: **28/08/1975** CPF: **795.704.373-91** UF: **CE**  
RG: **300947996** Orgão Emissor: **SSP**  
Filiação: **MARIA ESTELA SILVA BEZERRA**  
**JOSE ADELÍDIO MOURA**  
Endereço: **SITIO CODIÁ, 745**  
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:  
Município: **SENADOR POMPEU/CE** Telefone: **(88) 8118-7616**  
País: **BRASIL**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HWI6675** Uf: **CE** Município: **MILHA** Chassi:  
**9C2JC30101R024402** Renavam: **761984372** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** Ano  
Fabricação: **2000** Ano Modelo: **2001** Combustível: **GASOLINA** Cor:  
**VERMELHA** Proprietário: **JOSE ELIEUDO BEZERRA** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

Afirma a vítima, advertida das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção; Que estava conduzindo a motocicleta acima mencionada e estava saindo da Cidade de Milha em direção a Senador Pompeu-CE, Que chegando próximo a vila nova a vítima colidiu com uma motocicleta que estava parada dentro de uma curva, Que a vítima não teve como desviar pois estava muito próximo vindo a cair no solo, Que a vítima relata que não aconteceu nada de grave com a outra condutora da motocicleta que foi apenas escoriações, Que a vítima não conseguiu se levantar pois estava sentindo fortes dores no seu direito, que foi socorrido por populares e levado para o Hospital de Senador Pompeu; Que a vítima passou por alguns procedimentos, conforme documentação médica anexada ao presente BO; Que apresenta como testemunhas o Senhor JOSÉ ELIEUDO BEZERRA e o Senhor FRANCISCO CELIO NOGUEIRA FERNANDES, conforme documentação anexa; E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.,

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU**

DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

Consolidado em: 17/10/2019 09:31:06

Pág. 1 de 2

Impresso em: 17/10/2019 09:31:06

Heider Bezerra dos Santos  
Delegado de Polícia Civil  
Matrícula 820-1-X

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ELIANE BARBOSA SILVA e esaj.tjce.jus.br, protocolado em 04/03/2020 às 16:00, sob o número 00500975120208060166. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0050097-51.2020.8.06.0166 e código 61A2EC4.



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU  
Impresso nº 2019741845



fls. 18

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 1326 / 2019**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** Zaqueu Alves Damasceno  
**ZAQUEU ALVES DAMASCENO - MAT.: 30112415**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** damasceno Silva de maura

**VISTO DO DELEGADO(A) :** Helder Beserra dos Santos  
**HELDER BESERRA DOS SANTOS - MAT.: 3008201x**

Helder Beserra dos Santos  
Delegado de Polícia Civil  
Mat.300.820-1-X

PREFEITURA DE SENADOR POMPEU  
SECRETARIA DA SAÚDE



CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

ATA: 15/06/19

HORÁRIO: 16:47

ATENDIMENTO Nº: 59

DOS DO PACIENTE:

NOME: MARCELO SILVA DE MOURA IDADE: 43 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
CO: IM DATA NASCIMENTO: 28/08/75 SUS: 160555640500005  
SE: MARIA ESTELA SILVA BEZERRA PROFISSÃO: AGRICULTOR  
NATURALIDADE: SENADOR POMPEU CEP: 63600-000  
DEREÇO: CODM BAIRRO: 2. XUXIL TELEFONE: 3449-4041  
IDADE: SENADOR POMPEU ESTADO: CEARA (71) 96657494  
IDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )

PA: X mmHg SPO2:      % FC:      bpm FR:      ipm T:      °C PESO:      Kg GLS:      HGT:      Alergia:     

PR: paciente queixa de dor no Tórax, com Tachicardia  
DA: em ponto direito e de 10 minutos. Não  
responde para analgesia.

DIAGNOSTICO:

RESCRIÇÃO:

1) Infarto Agudo do Miocárdio - 17:30  
2) PA  
3) Insuficiência

Ass. do Técnico(a)

Dr. Marcelo Nobre  
Médico  
RM: 18.199  
COLUCCI DA ENFERMAGEM:

Carimbo Ass. do Médico

Conferido original  
02/08/19  
allh

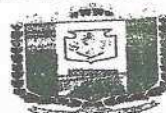
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL



Maternidade e Hospital Santa Isabel  
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima  
Senador Pompeu -CE



PREFEITURA DE SENADOR POMPEU  
SECRETARIA DA SAÚDE



CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 18/06/2019

HORÁRIO: 13:30

ATENDIMENTO Nº: 214

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Maryle Silva de Mena  
SEXO: M DATA NASCIMENTO: 18/03/75 IDADE: 42 ESTADO CIVIL: Solteira  
MÃE: Marcia Estela Silva Bezerra SUS: 160935610500005  
NATURALIDADE: Senador Pompeu PROFISSÃO: Agricultor  
ENDEREÇO: 2506 BAIRRO: Distrito CEP: 63600000  
CIDADE: Sen. Pompeu ESTADO: CE TELEFONE: 3449-4041  
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )

PA: 140 X 120 mmHg SPO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ % FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ ipm T: \_\_\_\_\_ °C PESO: \_\_\_\_\_ Kg GLS: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ Alergia: não

QP: Has + Dor

HDA: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO:

1) Fumosemia 01 fa. EV 16:20  
2) Aspirina 100mg + 100mg 5fa EV 16:20  
3) Aspirina 25mg 01 fa 16:20

Carimbo Ass. do Médico

Marcelo Nobre  
Médico  
CRM: 16149

Ass. do Técnico(a)

Lucas Venâncio Frutuoso  
Téc. de Enfermagem

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

conferir original  
02/08/19  
chilho

Maryle Silva de Mena  
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL



# GUIA DE TRANSFÊRENCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Nº 15850004291

(88) 3449.4041

(88) 99665-7788

TEL.:

DISTRITO SANITÁRIO: 8ª CREAS MUNICÍPIO: SENADOR POMPEU - CE

NOME: Maylo Situa de Moura CEP: 63.600-000

SEXO: M ( ☒ ) F ( ☐ ) IDADE: 43a OCUPAÇÃO: Agricultor BAIRRO: Z. Rural CIDADE: Sen. Pompeu

ENDEREÇO: Lodia

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: PT vítima de lesão de morte, com

fratura de punho direito, com fratura

RESULTADO DO EXAMES

CONDUTA JÁ REALIZADA:

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA: fratura de punho direito

ASS. DO ENCAMINHANTE REG.

FUNÇÃO

DATA

HORA

Dr. Marcelo Nogueira  
Médico  
CRM: 16149

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO:

AMBULATORIAL ( ☐ ) HOSPITALAR ( ☐ ) AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ( ☐ )

PROCEDIMENTO: fratura PROFISSIONAL: traumatista

UNIDADE DE REFERÊNCIA DATA HORA

## FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA PRONTUÁRIO Nº ALTA

MUNICÍPIO

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO

RESULTADO DE EXAMES

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL CID

SECUNDÁRIO 1 CID

SECUNDÁRIO 2 CID

CONDUTA REALIZADA

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM ( ☐ ) NÃO ( ☐ )

O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM ( ☐ ) NÃO ( ☐ )

ASS. DO ENCAMINHANTE REG.

FUNÇÃO

DATA

HORA

UTILIZAR TAMBÉM COMO RESUMO DE ALTA

1. PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS
2. AO TERMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO, ENTREGAR 2 VIAS AO USUÁRIO ORIENTANDO-SE PARA RETORNAR COM A 1ª VIA A UNIDADE DE ORIGEM.

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH  
HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC  
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde

## RELATÓRIO MÉDICO DE ADMISSÃO

Paciente: 015716 - MAJELO SILVA DE MOURA

Sexo: Masculino Idade: 43 ano(s) 9 mes(es) e 19 dia(s)

Data de Nascimento: 28/08/1975

Nome da Mãe: MARIA ESTELA SILVA BEZERRA

Endereço: AVENIDA AGOSTINHO ALVES BEZERRA

Num: SN

Bairro: CODIA

Cidade: SENADOR POMPEU

CEP: 63600-000

UF: CEARÁ

Leito Atual: CLÍNICA TRAUMATO-ORTOPÉDICA, 06.424

### ANAMNESE

#### Queixa Principal

DOR NO PUNHO D APÓS QUEDA DE MOTO ONTEM

#### HDA

ALEGA DOR NO PUNHO D APÓS QUEDA DE MOTO ONTEM. RX FRATURA DE RÁDIO DISTAL DESVIADA. INDICO CIRURGIA. INTERNO. ORIENTO SOBRE RISCOS E BENEFÍCIOS.

### ANTECEDENTES

#### Patológicos Progressos

HAS

#### Familiares

\*\*\* Não Informado \*\*\*

#### Sociais

\*\*\* Não Informado \*\*\*

### EXAME FÍSICO

#### Estado Geral

BOM

#### Respiratório

SEM ALTERAÇÕES

#### Cardiológico

SEM ALTERAÇÕES

#### Abdominal

SEM ALTERAÇÕES

#### Neurológico

SEM ALTERAÇÕES

#### Extremidades

DEFORMIDADE EM MSD

#### Outros

\*\*\* Não Informado \*\*\*

### GLASGOW

Resultado:

### DIAGNÓSTICOS

| Princip | Confirmad | Código | Descrição            |
|---------|-----------|--------|----------------------|
| Sim     | Sim       | S52    | FRATURA DO ANTEBRACO |

Pedro S. Linhares Garcia  
Traumato-Ortopedia  
CRM 13291 SBOT 14403

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH  
HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC  
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



HOSPITAL  
REGIONAL  
DO SERTÃO  
CENTRAL



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde

## RELATÓRIO MÉDICO

Paciente MAJELO SILVA DE MOURA Idade 43 ano(s) 9 Prontuário 15716  
Endereço AVENIDA AGOSTINHO ALVES BEZERRA UF:CEARÁ Sexo Masculino  
Bairro: CODIA Num: SN Cidad SENADOR POMPEU  
CEP: 63600-000

Localização  
Clínica CLÍNICA TRAUMATO- Enfermari 06 Leito 424  
Internação 16/06/2019 19:27 Alta: \* Não Informado \* \* Não Informado

### Relatório

Tipo de Saída: Alta

### Resumo

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR EM BOM ESTADO GERAL NO PÓS-OPERATÓRIO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PUNHO, AFEBRIL, FO LIMP E SECA, EXTREMIDADES PERFUNDIDAS E AQUECIDAS. RECEBE ORIENTAÇÕES GERAIS, ANALGESIA SE DOR, ANTIBIÓTICO VIA ORAL, USAR TALA GESSADA ATÉ SEGUNDA ORDEM, CUIDADOS COM CURATIVO (3/3DIAS); MOVIMENTAR ARTICULAÇÕES DO MEMBRO OPERADO (MAO/ DEDOS/ OMBRO); RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL (03 SEMANAS) (ÀS 13:00h). CITO RX DE CONTROLE PARA RETORNO

### Exames

RX

### Terapêutica

CIRURGIA: PLACA, PARAFUSO E FIO DE K

### Diagnóstico

S52 - FRATURA DO ANTEBRACO

### DIAGNÓSTICOS

| Princip | Código | Descrição            |
|---------|--------|----------------------|
| Sim     | S52    | FRATURA DO ANTEBRACO |

Condições de  
Melhorado

Data Programada da 27/06/2019

Observações Complementares  
Não Informado \*

### Responsável

Médico FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

Data 27/06/2019

| Agendamento |        |        |
|-------------|--------|--------|
| Data:       | Data:  | Data:  |
| Hora:       | Hora:  | Hora:  |
| Código      | Código | Código |

Dr. Fco. José Frota  
Ortopedia e Traumatologia  
12248

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH  
HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC  
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde

## Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 25/06/19 20:02

Paciente: MAJELO SILVA DE MOURA  
Prontuário: 15716  
Clínica: CENTRO CIRÚRGICO GERAL  
Cirurgião: FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO  
1º Auxiliar: GLAUTER CARLOS FELIX  
Enfermeiro: CARLA ATECIA BARBOSA COSTA  
Instrumentador: ANTONIA ROSINETE DE LIMA MACIEL

Dt. Nascimento: 28/08/1975  
Enfermaria: CENTRO CIRÚRGICO Leito: 01  
Anestesiologia: JOSE NEUTON BENEVIDES DE LIMA  
2º Auxiliar:  
Circulante: HORTENCIA DOS SANTOS GOMES

### Procedimentos Propostos

| Código     | Descrição                                                                     | Principal |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 0408020407 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO | S         |

### Procedimentos Realizados

| Código     | Descrição                                                                     | Principal |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 0408020407 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO | S         |

Diagnóstico pré-operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico:  
INTENSIF DE IMAGEM

Contagem Compressas e Instrumental:

Antes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

| Grau de Contaminação: | Limpa | Tipo de Anestesia: | Bloqueio |
|-----------------------|-------|--------------------|----------|
|                       |       |                    |          |

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VISCERAS

1. PACIENTE EM DDH SOB EFEITO ANESTÉSICO
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
3. ACESSO CIRÚRGICO VOLAR AO RÁDIO DISTAL + DISSECÇÃO POR PLANOS ANATÔMICOS
4. REDUÇÃO ABERTA DA FRATURA DO RÁDIO DISTAL + FIXAÇÃO INTERNA COM UMA PLACA VOLAR EM T 3,5MM OBLÍQUA (3X3) + 03 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5MM
5. FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM 02 FIOS DE KIRSCHNER 1,5MM DE FRATURA COMINUTA DO PROCESSO ESTILOÍDE DO RÁDIO
6. CONTROLE RADIOGRÁFICO COM INTENSIFICADOR DE IMAGEM
7. SÍNTESE POR PLANOS ANATÔMICOS
8. CURATIVO ESTÉRIL
9. TALA GESSADA AXILO-PALMAR EM SUPINAÇÃO
10. ENCAMINHADO À SR EM BEG

Data

25/6/19

Dr. Glauber C. Felix  
Médico  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC - 14055

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rod. CE KM 198, S/N, Estrada do Algodão - Quixeramobim - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ELIANE BARBOSA SILVA e esaj.tjce.jus.br, protocolado em 04/03/2020 às 16:00, sob o número 00500975120208060160. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 005009751.2020.8.06.0166 e código 61A2FC4.

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR -  
HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC  
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



HOSPITAL  
REGIONAL  
DO SERTÃO  
CENTRAL



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria de Saúde

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO  
DE AII

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - Nome do Estab. Solicitante:  
HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC

2 - CNES:  
7061021

3 - Nome do Estabelecimento  
HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC

4 - CNES:  
7061021

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente  
MAJELO SILVA DE MOURA

6 - Nº do Prontuário  
15716

7 - Cartão Nacional de Saúde  
160555640500005

8 - Data de Nascimento  
28/08/1975

9 - Sexo  
Masculino

10 - Nome da Mãe  
MARIA ESTELA SILVA BEZERRA

11 - Telefone de Contato  
(88) 3449-4041

12 - Endereço (Rua, Bairro)  
AVENIDA AGOSTINHO ALVES BEZERRA

Número  
SN

13 - Município de Residência  
SENADOR POMPEU

14 - Cód. IBGE

15 - UF  
CEARÁ

16 - CEP  
63600-000

JUSTIFICATIVA DA

17 - Principais sinais e sintomas clínicos

ALEGA DOR NO PUNHO D APÓS QUEDA DE MOTO ONTEM. RX FRATURA DE RÁDIO DISTAL DESVIADA. INDICO CIRURGIA. INTERNO. ORIENTO SOBRE RISCOS E BENEFÍCIOS.

18 - Condições que justificam a internação

Risco de complicação.

19 - Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados)

Anamnese e exame físico.

20 - Diagnóstico inicial

S52

21 - CID10 Principal

S52

22 - CID10 Secundário

23 - CID10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - Descrição do

25 - Código do procedimento

26 - Clínica

CLÍNICA

27 - Caráter da internação

28 - Documento

CPF

29 - Nº do documento do profissional solicitante/assistente

30 - Nome do profissional solicitante / assistente

PEDRO BRAGA LINHARES GARCIA

31 - Data da Solicitação

16/06/2019 19:27:00

32 - Assinatura e carimbo

Assinatura e Carimbo  
Pedro Braga Linhares Garcia  
CRM 14403

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) Acidente de trânsito

34 - ( ) Acidente de trabalho típico

35 - ( ) Acidente de trabalho trajeto

36 - CNPJ da seguradora

37 - Nº do Bilhete

38 - Série

39 - CNPJ da empresa

40 - CNAE

41 - CBOR

42 - Vínculo com a

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Não segurado

AUTORIZAÇÃO

43 - Nome do profissional autorizador

CRISTIANO OLIVEIRA RABELO

44 - Cód. órgão

7061021

49 - Nº da autorização de internação hospitalar

45 - Documento

CPF

46 - Nº do documento do profissional solicitante/assistente

47 - Data da

16/06/2019 19:

48 - Assinatura e carimbo

Rod. CE KM 198, S/N, Estrada do Algodão - Quixeramobim - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ELIANE BARBOSA SILVA e esaj.tce.jus.br, protocolado em 04/03/2020 às 16:00. Sob o número 00500975120208060166. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050097-51.2020.8.06.0166 e código 61A2EC4

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH  
HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC  
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



## SOLICITAÇÃO DE EXAME

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário: 15716 Nome: MAJELO SILVA DE MOURA  
Sexo: Masculino Data Nasc: 28/08/1975 Idade: 43 ano(s) 9 mes(es) e 19 dia(s)  
Mãe: MARIA ESTELA SILVA BEZERRA Clínica: CLÍNICA TRAUMATO-ORTOPÉDICA

### SOLICITAÇÃO

URGENTE: Não Data: 27/06/2019 10:59 Protocolo: 357247  
Exame: RX PUNHO D AP/P (0204040124)  
Complemento:  
Médico: FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO  
Indicação:  
RETORNO AMBULATORIO  
Observação:

### PROGRAMAÇÃO

Data: Hora: Usuário:  
Referência:  
Justificativa:  
Justificativa Pendência:

### REALIZAÇÃO

Data: Usuário:  
Data do Laudo: Usuário que realizou:  
Situação: Pendente  
Justificativa Realização:  
Justificativa Baixa: Usuário:

### CANCELAMENTO

Data: Usuário:  
Justificativa:

Dr. Fco. José Frota  
Ortopedia e Traumatologia  
13248

**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Paciente: MAJELO SILVA DE MOURA  
Prontuário: 15716  
FISIOTERAPIA DE PUNHO D  
REAVILTAÇÃO DE FX DE PUNHO D  
GANHO ADM  
ANÁLISE

Data: 08/08/2019

FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO  
13246CRM

13246CRM

03-08-2018 14:24  
03-08-2018 14:24  
03-08-2018 14:24

## RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: MAJELLO SILVA DE MOURA  
Prontuário: 15716  
FISIOTERAPIA DE PUNHO D  
REAVILTAÇÃO DE FX DE PUNHO D  
GANHO ADM  
ANÁLGEISIA

Data: 08/08/2019

FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO  
13246CRM

13246CRM

Dr. Poo. Jos. Prady  
Chancellor, Government College  
Kannur, India

Rod. CE KM 198, S/N, Estrada do Algodão - Quixeramobim - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



## RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: MAJELO SILVA DE MOURA

PRONTUÁRIO:

1) Maxsulid 400-----1cx  
01 comp 12/12h

2)CEFALEXINA 500.....28comp  
Tomar 01comp, via oral, de 06/06H  
6h - 12h - 18h - 24h

*Dr. Fco. José Frota*  
Ortopedia e Traumatologia  
43246

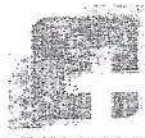
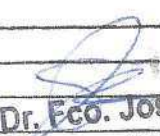
DATA:

27/06/19

MÉDICO | CREMEC

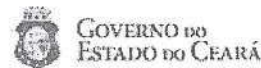
F

Sheet1

|                                                                                                                                                 |  |                                                                                                |                                 |                                                                                                                       |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
|  <b>HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL</b>                    |  |  <b>ISCH</b> |                                 |  <b>Governo do Estado do Ceará</b> |   |
| <b>RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL</b>                                                                                                         |  |                                                                                                |                                 |                                                                                                                       |   |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b>                                                                                                                |  |                                                                                                |                                 |                                                                                                                       |   |
| NOME COMPLETO:                                                                                                                                  |  | Hospital Regional do Sertão Central                                                            |                                 |                                                                                                                       |   |
| CRM:                                                                                                                                            |  | UF: CEARÁ                                                                                      |                                 |                                                                                                                       |   |
| ENDEREÇO:                                                                                                                                       |  | Rodovia CE km 198 Est do Algodão                                                               |                                 |                                                                                                                       |   |
| TELEFONE: [ 1                                                                                                                                   |  | 63.800-000                                                                                     |                                 |                                                                                                                       |   |
| 1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA                                                                                                       |  |                                                                                                | 2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE |                                                                                                                       |   |
| PACIENTE: MAJELO SILVA DE MOURA                                                                                                                 |  |                                                                                                |                                 |                                                                                                                       | 0 |
| ENDEREÇO: Rodovia CE km 198 Est do Algodão                                                                                                      |  |                                                                                                |                                 |                                                                                                                       |   |
| PRESCRIÇÃO                                                                                                                                      |  |                                                                                                |                                 |                                                                                                                       |   |
| 1) NOVOTRAM 50mg.....1cx                                                                                                                        |  |                                                                                                |                                 |                                                                                                                       |   |
| Tomar 01 comprimido, via oral, de 8/8h se dor forte                                                                                             |  |                                                                                                |                                 |                                                                                                                       |   |
| <br><b>Dr. Edo. José Frota</b><br>Ortopedia e Traumatologia |  |                                                                                                |                                 |                                                                                                                       |   |
| / /                                                                                                                                             |  | 27/06/19                                                                                       |                                 | 13246                                                                                                                 |   |
| DATA                                                                                                                                            |  | ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO                                                                 |                                 |                                                                                                                       |   |
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR                                                                                                                      |  |                                                                                                | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR     |                                                                                                                       |   |
| NOME: _____                                                                                                                                     |  |                                                                                                | _____                           |                                                                                                                       |   |
| IDENTIDADE: _____                                                                                                                               |  |                                                                                                | EMISSOR: _____                  |                                                                                                                       |   |
| ENDEREÇO: _____                                                                                                                                 |  |                                                                                                | _____                           |                                                                                                                       |   |
| CIDADE: _____                                                                                                                                   |  |                                                                                                | UF: _____                       |                                                                                                                       |   |
| TELEFONE: _____                                                                                                                                 |  |                                                                                                | ASS. FARMACÉUTICO _____         |                                                                                                                       |   |
|                                                                                                                                                 |  |                                                                                                | DATA _____                      |                                                                                                                       |   |

Page 2

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH  
HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC  
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



### FOLHA DE REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DADOS DO PACIENTE      Prontuário: 15716      Data da      16/06/2019

Paciente: MAJELO SILVA DE MOURA

Data: 28/8/1975      Naturalidade: SENADOR POMPEU      Código Internação: 45295

Idade: 43 a      Sexo: Masculino      Cor: Parda

Identidade: 300947996      CPF:      Nacionalidade: Brasileira

Fone 01: (88) 3449-4041      Fone 02: ( )      Ocupação: AGRICULTOR(A)

Endereço: AVENIDA AGOSTINHO ALVES BEZERRA      Num: SN      Comp

Bairro: CODIA      Cidade: SENADOR POMPEU      Estado: CEARÁ      CEP: 63600-000

Situação Familiar: Convive com companheiro(a) e filho(a)      Religião: CATOLICA

Pai: Jose Adelidio Moura      Mãe: MARIA ESTELA SILVA BEZERRA

Diagnóstico inicial      CID10 Principal      CID10 Secundário      CID10 Causas Associadas

\* Não Informado \*      \* Não Informado \*      \* Não Informado \*      \* Não Informado \*

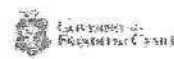
Admitido por: PEDRO BRAGA LINHARES GARCIA

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente instrumento MAJELO SILVA DE MOURA, declaro para os devidos fins, ficar responsável pelo paciente MAJELO SILVA DE MOURA, enquanto este estiver internado, dando plena autorização aos médicos do LogoHRSC.gif que o assistirem para fazer investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para execução do tratamento, incluindo exames com utilização de contrastes iodados como tomografias, urografias e arteriografias, e caso necessário acessos venosos centrais e/ou de longa permanência.

16/06/2019 7.28 PM

Assinatura do Responsável



Região de Saúde do Sertão Central  
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

**ATESTADO MÉDICO**

0

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

MAJELO SILVA DE MOURA

FOI ATENDIDO (A) NESTE SERVIÇO, NECESSITANDO DE AFASTAMENTO  
POR 60 (sessenta) DIA(S) DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS.

QUIXERAMOBIM, (CE)

562

**Dr. Fco. José Frota**  
Ortodontia e Traumatologia  
13246

DATA: 27/06/19 / /

MÉDICO | CREMEC

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH  
HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC  
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



HOSPITAL  
REGIONAL  
DO SERTÃO  
CENTRAL



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde

## RELATÓRIO MÉDICO

Paciente MAJELO SILVA DE MOURA  
Endereço AVENIDA AGOSTINHO ALVES BEZERRA  
Bairro: CODIA  
CEP: 63600-000 Num: SN Idade 43 ano(s) 9 Prontuário 15716  
UF: CEARÁ Sexo Masculino  
Cidad SENADOR POMPEU

### Localização

Clinica CLÍNICA TRAUMATO- Enfermari 06 Leito 424  
Internação 16/06/2019 19:27 Alta: \* Não Informado \* \* Não Informado

### Relatório

Tipo de Saída: Alta

### Cancelada

Não

### Resumo

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR EM BOM ESTADO GERAL NO PÓS-OPERATÓRIO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PUNHO, AFEBRIL, FO LIMPA E SECA, EXTREMIDADES PERFUNDIDAS E AQUECIDAS. RECEBE ORIENTAÇÕES GERAIS, ANALGESIA SE DOR, ANTIBIÓTICO VIA ORAL, USAR TALA GESSADA ATÉ SEGUNDA ORDEM, CUIDADOS COM CURATIVO (3/3DIAS); MOVIMENTAR ARTICULAÇÕES DO MEMBRO OPERADO (MAO/ DEDOS/ OMBRO); RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL (03 SEMANAS) (ÀS 13:00h). SOLICITO RX DE CONTROLE PARA RETORNO

### Exames

RX

### Terapêutica

CIRURGIA: PLACA, PARAFUSO E FIO DE K

### Diagnóstico

S52 - FRATURA DO ANTEBRACO

## DIAGNÓSTICOS

| Princip | Código | Descrição            |
|---------|--------|----------------------|
| Sim     | S52    | FRATURA DO ANTEBRACO |

### Condições de

Melhorado

Data Programada da 27/06/2019

### Observações Complementares

\* Não Informado \*

### Responsável

Médico FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

Data 27/06/2019

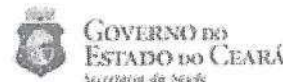
| Agendament     |       |       |
|----------------|-------|-------|
| Data: 25/07/19 | Data: | Data: |
| Hora: 11:00h   | Hora: | Hora: |
| Códig          | Códig | Códig |

Dr. Fco. José Frota  
Ortopedia e Traumatologia  
13246

Rod. CE KM 198, S/N, Estrada do Algodão - Quixeramobim - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH  
HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC  
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



## SOLICITAÇÃO DE EXAME

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário: 15716 Nome: MAJELO SILVA DE MOURA  
Sexo: Masculino Data Nasc: 28/08/1975 Idade: 43 ano(s) 11 mes(es) e 11 dia(s)  
Mãe: MARIA ESTELA SILVA BEZERRA Clínica: AMBULATORIO

### SOLICITAÇÃO

URGENTE: Não Data: 08/08/2019 16:01 Protocolo: 384881  
Exame: RX PUNHO D AP/P (0204040124)  
Complemento:  
Médico: FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO  
Indicação:  
AMOP  
Observação:

### PROGRAMAÇÃO

Data: Hora: Usuário:  
Referência:  
Justificativa:  
Justificativa Pendência:

### REALIZAÇÃO

Data: Usuário:  
Data do Laudo: Usuário que realizou:  
Situação: Pendente  
Justificativa Realização:  
Justificativa Baixa: Usuário:

### CANCELAMENTO

Data: Usuário:  
Justificativa:

Retorno  
03/10/19  
15:00

*Dr. Francisco José Frota Prado Filho*  
Assinatura







# Clínica Senador

Dr. Miguel Franco Fernandes Vieira

CRM 2332

Praça da Juventude S/N

Senador Pompeu - CE

## Laudo Medico

Nome:

MARCELO SILVA DE MOURA

Declaro para os devidos fins que o paciente acima descrito foi vítima de acidente de trânsito em 15/06/19 onde foi socorrido ao hospital DE SENADOR POMPEU com

Diagnosticado de FRATURA DO VUNTO DIREITO

Onde o mesmo foi submetido a tratamento ☒ clínico, ☒ cirúrgico ☐ fisioterapia, complementado com IMOBILIZAÇÃO GIPSADA recebendo

alta definitiva em 27/08/2019, evoluindo com sequela e dano irreversível de

20 % mesmo após o tratamento apresentando limitação de movimento em POUNDO DO PUNHO

Senador Pompeu

14/10/2019

Miguel Franco Fernandes Vieira  
Médico CREMEC 2332

Dr. Miguel Franco Fernandes Vieira  
Cremec 2332