



PITOMBEIRA & BANDEIRA
ADVOGADOS

PROCURAÇÃO

Ad Judicia / Ad Negotia

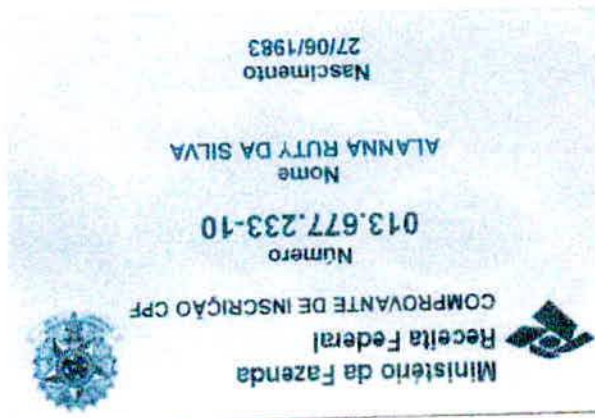
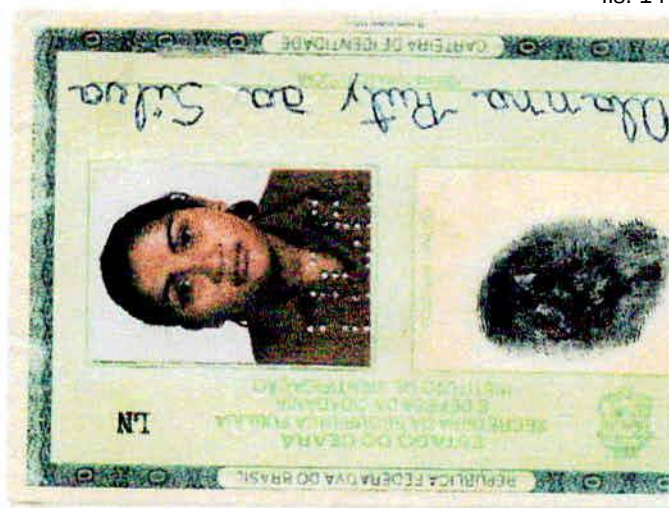
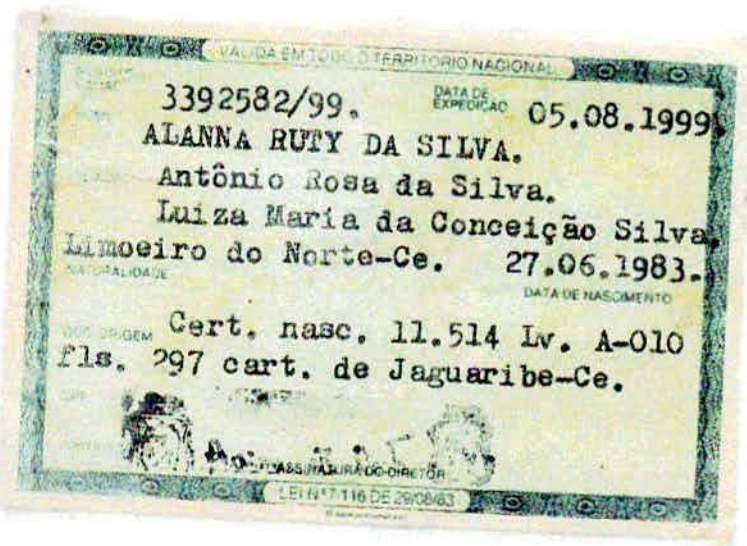
Eu Alanna Ruth da Silva, Brasileira, Solteira, agricultora, inscrita no RG. 3392582-99, CPF 013 677 233 -10, residente e domiciliada na Rua Quadra L, 2104, Luiz Alves de Freitas, Limoeiro do Norte - CE, CEP 62930-000

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui a Sociedade de Advogados "**PEDRO JULIÃO BANDEIRA RÉGIS JÚNNIOR – Sociedade Individual de Advocacia**", inscrita na OAB/CE sob o registro de nº 1.917 e inscrita no CNPJ sob o nº 30.743.758/0001-80, representada neste ato pelos advogados **PEDRO JULIÃO BANDEIRA RÉGIS JÚNNIOR**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.772; **DIEGO EMMANUEL PITOMBEIRA BANDEIRA RÉGIS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 30.376; **MAGNO MCKENONN PITOMBEIRA BANDEIRA RÉGIS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 32.280; e **LAURA MARIA DE FREITAS MAIA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 24.337, todos com escritório profissional na Rua Cel. Serafim Chaves, 365, salas 04/10 – PALAZZO Centro Médico Empresarial, Centro, Limoeiro do Norte/CE, CEP 62.930-000; Fone/Fax: (88) 3423.4854; contato@pbandeiraadvogados.com.br; www.pbandeiraadvogados.com.br.

Poderes: amplos, para o foro em geral, com a cláusula "*ad judicia*", em qualquer **Juízo, Instância ou Tribunal**, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias, seguindo-as até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os. Confere, ainda, os poderes da cláusula "*ad negotia*", além de poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar acordos ou compromissos, **receber e dar quitação**, requerer a expedição e levantamento de alvarás, levantar depósitos judiciais e extrajudiciais, bem como os poderes, expressos, de renúncia aos valores excedentes ao teto dos Juizados Especiais (Estadual/Federal); e representação do Outorgante perante a **Receita Federal do Brasil e Instituto Nacional do Seguro Social**, podendo tudo praticar, requerer, assinar, cadastrar senha para extratos e consultas previdenciárias via internet e agência, consultas e obtenção de cópias de laudos médicos periciais e processos administrativos. Enfim, com poderes para tudo requerer, e ainda praticar todos os demais atos que se fizerem necessários ao integral cumprimento do presente mandato. Agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom firme e valioso.

Limoeiro do Norte/CE, 11 de outubro de 2019.

Alanna Ruth da Silva
OUTORGANTE





SERVICO AUTONOMO DE AGUA E ESGOTO - S.A.A.E.
AV. DOM AURELIANO MATOS, 1400 - CENTRO
CEP: 48.900-000 LIMOEIRO DO NORTE /CE
C.N.P.J: 07.625.932/0001-79 Fone: (88)3423-2342

2ª Via
Conta Web

Inscrição	Tarifa	Número	Emissão	Mês/Fat	Vencimento	Valor
0021878.4	R-1	190160243	22/08/2019	08/2019	12/09/2019	92,47

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

Proprietário(a): ALANNA RUTY DA SILVA

Endereço: RUA QUADRA J, 2104 , CASA 36 CAD. 12009 - BAIRRO LUIZ ALVES

CEP: 62.930-000

Cidade: LIMOEIRO DO NORTE - CEARA

Localização:
0000003870

HIDROMETRIA		SERVIÇOS		
Hidrômetro	Data da Instalação	Código	Descrição	Valor
A12G114542	*/ */ *	01	Água	50,80
Leitura anterior	Data da Leitura	02	Esgoto	40,64
755	19/07/2019	**	Outros	1,03
Leitura atual	Data da Leitura		Serviços	
770	20/08/2019			
Consumo	Dias de consumo			
15	32			
Ocorrência	Leiturista			
LEITURA NORMAL	**			

AUTENTICAÇÃO NO VERSO



SERVICO AUTONOMO DE AGUA E ESGOTO - S.A.A.E.
AV. DOM AURELIANO MATOS, 1400 - CENTRO
CEP: 48.900-000 LIMOEIRO DO NORTE /CE
C.N.P.J: 07.625.932/0001-79 Fone: (88)3423-2342

2ª Via
Conta Web

Inscrição	Tarifa	Número	Emissão	Mês/Fat	Vencimento	Valor
0021878.4	R-1	190160243	22/08/2019	08/2019	12/09/2019	92,47

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

Proprietário(a): ALANNA RUTY DA SILVA

Endereço: RUA QUADRA J, 2104 , CASA 36 CAD. 12009 - BAIRRO LUIZ ALVES

CEP: 62.930-000

Cidade: LIMOEIRO DO NORTE - CEARA

Localização:
0000003870

0021878.08.19.190160243
82670000000.1 92470260002.5 18780819190.7 16024300003.3





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE
 Impresso nº 2019483091

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
 AUTENTICAÇÃO
 A presente fotocópia confere com o original exibido nas atas. O original é de propriedade do Sr. José Fernando da Silva, residente em Limoeiro do Norte - CE, CPF nº 339258299, RG nº 339258299, inscrita em 18/06/1983, sob o nº 00213309320198060115. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0021330-93.2019.8.06.0115 e código 55F2373.

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
AUTENTICAÇÃO
 A presente fotocópia confere com o original exibido nas atas. O original é de propriedade do Sr. José Fernando da Silva, residente em Limoeiro do Norte - CE, CPF nº 339258299, RG nº 339258299, inscrita em 18/06/1983, sob o nº 00213309320198060115. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0021330-93.2019.8.06.0115 e código 55F2373.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 1915 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **17/07/2019 10:09:45**
 Data / Hora da Ocorrência: **23/04/2019 19:08:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DOS EXPEDICIONÁRIOS**
 Complemento:
 Bairro:
 Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**
 Ponto de Referência:



Noticiante(s)

Nome: **ALANNA RUTY DA SILVA**
 Nascimento: **27/06/1983** CPF:
 RG: **339258299** Orgão Emissor: **SSP** UF:
 Filiação: **LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA**
ANTONIO ROSA DA SILVA
 Endereço: **RUA ESTRADA DAS FLORES, 2104**
 Bairro: **LUIZ ALVES DE FREITAS** CEP: **62.930-000**
 Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9412-4502**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NUS4723 Uf: CE Município: LIMOEIRO DO NORTE Chassi: 9C2KC1550AR091028 Renavam: 210507187 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI Ano Fabricação: 2010 Ano Modelo: 2010 Combustível: GASOLINA Cor: CINZA Proprietário: FRANCISCO ERIVANILSON ROSA DA SILVA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ABALROAMENTO

Histórico

Informa a noticiante que na data/hora/local citado foi vítima de acidente de trânsito; Que quem conduzia a motocicleta HONDA CG 150 FAN ESI, COR CINZA, ANO/MODELO 2010/2010, PLACA NUS4723, em nome de FRANCISCO ERIVANILSON ROSA DA SILVA, era seu companheiro ANTÔNIO MARTINS DA SILVA e a noticiante estava na garupa; Que nas próximo a residência de Lúcia Baltazar (ex vereadora), um animal do tipo cachorro, atravessou a rua e condutor não conseguiu desviar; Que ao colidir com o cachorro ambos vieram a cair sobre o solo, sendo que a motocicleta caiu sobre a perna esquerda da noticiante; Que devido a isto, a mesma não conseguiu se levantar; Que populares chegaram ao local e socorreram a noticiante de carro até o Hospital São Camilo; Que não foi socorrida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU; Que são testemunhas deste fato o Srº ANTÔNIO MARTINS DA SILVA (CNH 04950833624) e o Srº JOSÉ MARCONDES MAIA (RG 2005019027755); Que a noticiante foi atendida no Hospital São Camilo pelo Dr. LUCAS RIBEIRO MACIEL (CRM 18799) onde este avaliou como paciente vítima de queda de moto com trauma em joelho esquerdo; Que diante de tal situação a noticiante após cerca de quatro dias, foi encaminhada para o Hospital Regional do Sertão Central - HR3C, onde foi atendida pelo Dr. FCO. JOSÉ FROTA (CRM 13246), onde foi realizado

DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

Consolidado em: 17/07/2019 10:35:50

Hector de Sousa Medeiros
 Escrivão de Polícia Civil
 Mat: 201.159-1.2

Pág. 1 de 2

Impresso em: 17/07/2019 10:35:50

Alanna Ruty da Silva



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE
 Impresso nº 2019483091



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 1915 / 2019

procedimento cirúrgico; E NADA MAIS DISSE./././././././.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

HECTOR DE SOUSA MEDEIROS - MAT.: 30114418

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Alanna Rute da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319



**CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
 AUTENTICAÇÃO**

A presente fotocópia confere com o original exibido nestas notas. **18 JUL 2019**
 Limoeiro do Norte-CE,

Avail Fernandes Maia - Tabelião
 Bel. Gláudio José Fernandes Maia - Substituto
 Exp. Claudete Maria Fernandes Maia - Substituto
 Ellybertônio Magalhães Gomes - Esc. Compromissaria
 Rosilaine Rabelo Lima Alves - Esc. Compromissaria
 VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014637335597
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 210507187 2010 2010 2019

FRANCISCO MIVANTESON ALBA DA SILVA

LIMOEIRO DO NORTE

05845048370 NUS4723

210507187 2010 09 9C2KC1550AR091028

PAS/MOTOCICLETAS 4T 12V CASOLINA

HONDA/CG 150 FAN ESI 2010 2010

2P/3CV/149CC PARTIC CINZA

IPVA	2010	0.32	84.56	14/06/2019
------	------	------	-------	------------

80.11 0.32 84.56 14/06/2019

LIMOEIRO DO NORTE 24/06/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUAS CARGAS A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014637335597 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

05845048370

NUS4723

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014637335597

80805895508

2019 24/06/2019

01 05845048370 NUS4723

210507187 HONDA/CG 150 FAN ESI

2010 09 9C2KC1550AR091028

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$)	4.01	40.05
CUSTO DO BILHETE (R\$)	4.15	84.58

DATA DE PAGAMENTO 14/06/2019

PROPRIETARIO
LOTE/DO SEGURO DPVAT
MOTOR: KC15E5A091028

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Alanna Ruth da Silva, portador da carteira de identidade nº 3392582-99 e inscrito no CPF/MF sob o nº 013677233-10 residente e domiciliado na Rua Quadra J, 2104, Bairro Luiz Alves de Faria, Cidade Limoeiro do Norte, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Alanna Ruth da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Limoeiro do Norte 10/10/2019

Local e data

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Alanna Ruth da Silva, brasileiro(a),
Solteira, Agricultora, portador(a) do RG nº
339 2582-99 e do CPF nº 013 677 233-10, residente e
domiciliado(a) à Rua Quadra J, 2104, B Luiz Alves de Freitas,

DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 2º, parágrafo único, da Lei nº 1.060/50.

Limoeiro do Norte CE, 11 de outubro de 2019.

Alanna Ruth da Silva
DECLARANTE

VÍTIMA ALANNA RUTY DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO ALANNA RUTY DA SILVA**CPF/CNPJ:** 01367723310**Posição em 22-08-2019 14:21:36**

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

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
02/08/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO EMMANUEL PITOMBEIRA BANDEIRA REGIS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 28/10/2019 às 09:58, sob o número 00213309320198060115. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0021330-93.2019.8.06.0115 e código 55F2376.



VALEIMAGEM
CLÍNICA DE IMAGENS

fls. 22

Paciente ALANNA RUTY DA SILVA
Médico PEDIDO PRÓPRIO
Data 08/07/2019
Formulário 14166

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Fratura oblíqua no terço proximal da tíbia, alinhada e parcialmente consolidada, fixada por placa e parafusos metálicos.

Fratura oblíqua no terço proximal da fíbula, discretamente desalinhada e consolidada.

Demais estruturas ósseas conservadas, não se observando modificações da forma e dos contornos.

Superfícies e espaços articulares íntegros.



DR. DANIEL MATIAS BEZERRA JALES
MÉDICO RADIOLOGISTA - CRM 16399

SELMARA

Todo exame deve ser guardado para futuras comparações. Traga-o consigo na próxima visita.

Rua Coronel Inácio Mendes, 1890 - Centro - CEP: 62.930-000 - Limoeiro do Norte - CE
(88) 3423-2111 | (88) 9 9993-1211 (TIM) | (88) 9 8868-7583 (OI) | (88) 9 8877-0016 (WhatsApp)

www.clinicavaleimagem.com.br



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
LIMOEIRO DO NORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

RECEITUÁRIO

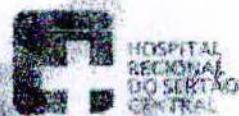
NOME: Alanna Ruty da Silva

Declaro para devidos fins que a paciente está em atendimento fisioterapêutico, realizando a 4ª sessão com o total de 10 sessões, por sequela de fratura de tíbia e fíbula, com cirurgia no dia 05/05/19. Segue com marcha claudicante e ajuda de muletas, diminuição de força muscular e perda de propriocepção.

23/07/2019

Vanessa Malveira
Fisioterapeuta
CRÉDITO 278487-F

CARIMBO E ASSINATURA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

Órgão de Saúde e Gestão Hospitalar

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

PRONTUÁRIO:

ALANNA P. SILVA

Exame

Exame físico

normal

10-20-2020

Exame físico

normal

[Assinatura]

DATA: 23/5/19

MÉDICO | CREMEC

She



ATESTADO MÉDICO	
0	
ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE: ALANNA RUTY DA SILVA	
FOI ATENDIDO (A) NESTE SERVIÇO, NECESSITANDO DE AFASTAMENTO POR <u>Sessenta (60) dias</u> DIA(S) DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS. QUIXERAMOBIM, (CE) 14255	
DATA: 02/05/19 / /	 Dr. Luiz Valde Traumatologista / Ortopedista CRM - CE: 17037 _____ MÉDICO CREMEC

Pagi



Dra. Scarllety Soares

Fisioterapeuta CREFITO 260371-F

DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO

Paciente Alanna Ruty da Silva, do número da identidade 3392582-99a está sendo atendida pela Fisioterapeuta Scarllety Soares Matos, a domicílio, do número do conselho 260371-F. Foi pago, atualmente, 13 atendimentos, totalizando em R\$780,00 (setecentos e oitenta reais), com o valor de cada atendimento por R\$60,00 (sessenta reais). E ainda tendo previsão que continue com os atendimentos, para sua evolução.

Limoeiro do Norte-CE, 09 de julho de 2019.

Dra. Scarllety Soares

FISIOTERAPEUTA
CREFITO 260371-F

Scarllety Soares

Dra. Scarllety Soares
CREFITO 260371-F

☎ (88) 9.9791-8464/ (88) 9.9495-7984

📍 Rua Coronel Serafim Chaves, nº365 – Centro – Limoeiro do Norte/CE

✉ scarlletysoares@gmail.com

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Impressão: 23/04/20

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Pontuação	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
014368	0003	ALANNA RUTY DA SILVA	180700692270004	
Documento(s)			Estado Civil	Sexo
Identidade: 339258299			Solteiro(a)	Feminino
Data de Nascimento	Local			Idade
27/06/1983	LIMOEIRO DO NORTE/CE			35 Anos
Pai	Mãe			
ANTONIO ROSA DA SILVA	LUIZA MARIA DA CONCEICAO SILVA			
Endereço	Bairro	CEP	Município	UF
CONJUNTO HABITACIONAL ESTRADA DAS FLORES	LUIZ ALVES DE F	62930-000	LIMOEIRO DO NORTE	CE
Profissão	Empresa	Cônjuge		Telefone
AGRICULTORA				88 9412
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	
ANTONIO MARTINS		CONJUNTO HABITACIONAL ESTRADA DAS F	LIMOEIRO DO NORTE	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
23/04/2019	19:08	SUS		
Profissional do Atendimento	CRM/UF	Tipo Atendimento		
LUCAS RIBEIRO MACIEL	18799/CE	CONSULTA CLINICA		
Responsável do Acidente	Funcionário			
	ALBERTIANE TALITA DIAS COSTA			

Sinais Vitais	Data/Hora Liberação	às	hs	min	Tipo de Saída	Internação	Orto
Peso (kg)	25/04/19	19	40		() Alta		
Altura (cm)							
T (°C)							
P (bpm)							
R (bpm)							
PA (mmHg)							
Oximetria (%)							
Glicemia (mg)							

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 23/04/2019 19:22

Responsável pela Classificação: ISABELLA STEFANE MA

Relatório:

Paciente vítima de queda de moto, queixa-se de dor intensa em MIE. Nega alergia medicamentosa.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

23/04/2019 19:33:37h Responsável: LUCAS RIBEIRO MACIEL CRM-CE 18799

Queda de motocicleta com trauma em joelho esquerdo hoje

Apresenta hematoma em joelho esquerdo

☐ Fratura? Contusão?☐ Solicito Rx

Andréa Grazianna da Rocha
Coord. de Atendimento
CPF: 34.601.13-15

LUCAS RIBEIRO MACIEL
CRM-CE 18799

LUCAS RIBEIRO MACIEL - CRM: 18799

Paciente leve
e cópia dos exames
Lúcia Sidelis

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANTONIO MARTINS

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO RAIMUNDO
FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

fls. 28

DADOS DO PACIENTE

Nome: ALANNA RUTY DA SILVA		Prontuário/Atendimento: 014366/0004	
Idade: 35 anos	Local: LIMOEIRO DO NORTE	País Nacionalidade: Brasil	
Raça/Cor: Parda	Etnia:	Estado Civil: Solteiro(a)	Religião: CATÓLICA
Documento(s): 339258299	CNS: 70.8604.557.0742-80		
Endereço: CONJUNTO HABITACIONAL ESTRADA DAS FLORES	Nº: 2104	Bairro: LUIZ ALVES DE FREITAS	Município: LIMOEIRO DO NORTE-CE
Fone: (88) 9412-4502	Profissão: AGRICULTORA	Empresa:	Fone Empresa:
Responsável: LUIZA MARIA DA CONCEICAO SILVA	CPF do Responsável:	Fone Responsável:	
Endereço Responsável:	Cônjuge:		
Mãe: LUIZA MARIA DA CONCEICAO SILVA	Pai: ANTONIO ROSA DA SILVA		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora: 23/04/2019 20:03	Quarto/Leito: 100-L	Aposento: ENFERMARIA	Clinica: MEDICA	Sector: UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA
Convênio: SUS	Matrícula:	Autorização:	Dias: 0	Guia:
Medico: CAS RIBEIRO MACIEL	CRM: 18799			
Principais:	CID Complementar:			
Procedimento SUS:	Sispre:			
Alta Saída: 23/04/2019 18:40	Condição da Saída: Alta medicada	Usuário Saída: JESSICA DE OLIVEIRA		

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos, realização de necrópsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me as disposições gerais contidas no regulamento do hospital e declaro que não paguei Honorários e nem diferenças/taxas hospitalares. (exceto convênios e particular). OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

À Direção.

Assinatura de Responsável
Andréa Gregório da Rocha
Coord. de Atendimento
CPR 445300313-15

LIMOEIRO DO NORTE, 23 de abril de 2019.

Assinatura do paciente
Responsável pela impressão: ALANA JESSICA DE OLIVEIRA

Assinatura do responsável

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO EMMANUEL PITOMBEIRA BANDEIRA REGIS e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 28/10/2019 às 09:58, sob o número 002133093201908060415. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0021330-93.2019.8.06.0115 e código 55F2378.



Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

354200284

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: Alanna Ruty de Silva

Prontuário Nº _____

Sexo: M ☐ F ☒

Idade: 35

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento:

Queixa de dor de cabeça, com trauma no joelho esquerdo
devido a queda em joelho esquerdo com restrição de movimento

Resultado de Exames:

Rx: Fratura oblíqua de tíbia e fíbula esquerda, atingindo
platô + bial

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: Fratura no joelho

CID: _____

Assinatura do Médico - Nº Registro

Função

23/04/13

Data

Hora

Agendamento

Encaminhamento para atendimento: _____

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☒

Auxílio Diagnóstico

Especialidade: ortopedia / traumatologia

Profissional: _____

Unidade de Saúde: _____

Data

/

/

Hora

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

NOME: _____

Sexo: M ☐ F ☐

Idade: _____

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº _____

Alta

/

/

Resumo Clínico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico: _____

CID: _____

Conduta Realizada:

Proposta de Conduta para Seguimento:

O problema justificou a referência?

☐ SIM

☐ NÃO

010.001

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



LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO
DE AIH

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 ALANNA RUTY DA SILVA			
6 - Nº do Prontuário 14760	7 - Cartão Nacional de Saúde 160700892270004	8 - Data de Nascimento 27/06/1983	9 - Sexo Feminino
10 - Nome da Mãe LUIZA MARIA DA CONCEICAO SILVA		11 - Telefone de Contato (88) 99727-3937	
12 - Endereço (Rua, Bairro) CONJUNTO ESTRADA DAS FLORES			Número 2104
13 - Município de Residência LIMOEIRO DO NORTE		14 - Cód. IBGE	15 - UF CEARÁ
		16 - CEP 62930-000	

JUSTIFICATIVA DA

17 - Principais sinais e sintomas clínicos VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 8 DIAS, APRESENTANDO FRATURA DE PLATÔ TIBIAL NECESSITA TTO CIRURGICO			
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 S821	21 - CID10 Principal S821	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 FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO		31 - Data da Solicitação 30/04/2019 07:09:00	32 - Assinatura e carimbo

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () Acidente de trânsito	36 - CNPJ da seguradora	37 - Nº do Boleto	38 - Série
34 - () Acidente de trabalho típico	39 - CNPJ da empresa	40 - CNAE	41 - CBOR
35 - () Acidente de trabalho trajeto			
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 30/04/2019 07:	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.

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



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente ALANNA RUTY DA SILVA	Idade 35 ano(s) 10	Prontuário 14760
Endereço CONJUNTO ESTRADA DAS FLORES	UF: CEARÁ	Sexo Feminino
Bairro: LUIS ALVES	Cidade LIMOEIRO DO NORTE	
CEP: 62930-000	Num: 2104	

Localizaçã	
Clinica CLÍNICA TRAUMATO- Enfermari 02	Leito 405
Internaçã 30/04/2019 07:09	Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo

realizado tto cirurgico de fratura de planalto tibial sem intercorrencias.
alta hospitalar com analgesia e aines e antibiotico

não pisar

mes

rx

Terapêutica

tto cirurgico com placa e parafuso

Diagnóstico

S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

DIAGNÓSTICOS

Princip	Código	Descrição
Sim	S821	FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Condições de

Melhorado

Data Programada da

* Não Informado *

Observações Complementares

retornar em 16 dias ao ambulatorio

Responsável

Médico FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

Data 02/05/2019

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Códig	Códig	Códig

Dr. Luiz Valdo
Traumato / Ortopedia
CRM - CE: 17007

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 DE SAÚDE



HOSPITAL
REGIONAL
DO SERTÃO
CENTRAL



GOVERNO DO
ESTADO DO CE
Secretaria da Saúde

RELATÓRIO MÉDICO DE ADMISSÃO

Paciente: 014760 - ALANNA RUTY DA SILVA

Sexo: Feminino Idade: 35 ano(s) 10 mes(es) e 10 dia(s)

Data de Nascimento: 27/06/1983

Nome da Mãe: LUIZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

Endereço: CONJUNTO ESTRADA DAS FLORES

Num: 2104

Bairro: LUIS ALVES

Cidade: LIMOEIRO DO NORTE

CEP: 62930-000

UF: CEARÁ

Leito Atual: null,null,null

ANAMNESE

Queixa Principal

DOR EM JOELHO

HDA

VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 8 DIAS, APRESENTANDO FRATURA DE PLATÔ TIBIAL
NECESSITA TTO CIRURGICO

ANTECEDENTES

Patológicos Progressos

NDN

Familiares

*** Não Informado ***

Sociais

*** Não Informado ***

EXAME FÍSICO

Estado Geral

NDN

Respiratório

NDN

Cardiológico

NDN

Abdominal

NDN

Neurológico

NDN

Extremidades

NDN

Outros

*** Não Informado ***

GLASGOW

Resultado: 15

DIAGNÓSTICOS

Princip	Confirmad	Código	Descrição
Sim	Sim	S821	FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO RAIMUNDO

2 - CNES

2527707

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO RAIMUNDO

4 - CNES

2527707

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ALANNA RUTY DA SILVA

6 - Nº DO PRQ

14339

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

16.0700.692.2700-04

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/06/1983

9 - SEXO

Masc ☐Fem ☒

10 - RAÇA/COR

03 - Preta

11 - ETN

12 - NOME DA MÃE

LUIZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

13 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 9412-4502

14 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - TELEFONE DE CONTATO

16 - ENDEREÇO (RUA, Nº, CADERN)

CONJUNTO HABITACIONAL ESTRADA DAS FLORES, 2104, LUIZ ALVES DE FREITAS

17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

LIMOEIRO DO NORTE

18 - COD IBGE MUNICÍPIO

23.37501

19 - UF

CE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Queda de motocicleta com trauma em joelho esquerdo hoje

Apresenta hematoma em joelho esquerdo

r/D: Fratura de tibia esquerda / joelho esquerdo

CD: Internação para avaliação por ortopedista

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação

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

Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura joelho

24 - CID 10 PRINCIPAL

S02.5

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS A

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

1 - Cirurgia

28 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Eletivo

31 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

703004824307379

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

LUCAS RIBEIRO MACIEL

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

2º 04/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO)

LUCAS RIBEIRO MACIEL
CRM-CE 117990

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

() ACIDENTE TRABALHO TRAVEJO

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGUIR

AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

22/04/2019

45 - Nº DOCUMENTO

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

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

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

49 - Nº DOCUMENTO

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

51 - Nº DOCUMENTO

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

53 - Nº DOCUMENTO

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

55 - Nº DOCUMENTO

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

57 - Nº DOCUMENTO

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

59 - Nº DOCUMENTO

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

61 - Nº DOCUMENTO

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

63 - Nº DOCUMENTO

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

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 01/05/19 12:57

Paciente: ALANNA RUTY DA SILVA
Prontuário: 14760
Clínica: CENTRO CIRÚRGICO GERAL
Cirurgião: GEORGE WALLACE FREIRE ALVES
1º Auxiliar: FRANCISCO ROBSON DA SILVA COSTA
Enfermeiro: MARIA ARLENE SARAIVA DE SOUZA
Instrumentador: MARIA MIKAELLY FERREIRA DOS SANTOS
Dt. Nascimento: 27/06/1983
Enfermaria: CENTRO CIRÚRGICO Leito: 01
Anestesiologia: JOSE NEUTON BENEVIDES DE LIMA
2º Auxiliar:
Circulante: EDUARDO DONATO SILVEIRA

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050551	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	S
0408050187	RECONSTRUCAO OSTEOPlastica DO JOELHO	N
0408050683	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO AO NIVEL DO JOELHO	N

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050551	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	S
0408050187	RECONSTRUCAO OSTEOPlastica DO JOELHO	N
150683	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO AO NIVEL DO JOELHO	N

Diagnóstico pré-operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico:
SIM

Contagem Compressas e Instrumental:
SIM

Acidentes e Incidentes:
NÃO

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 VÍSCERAS

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. APOSIÇÃO DE FAIXA DE SMARCH
4. ACESSO POSTEROMEDIAL AO PLATO MEDIAL, IDENTIFICAÇÃO E ISOLAMENTO DA VEIA E NERVO SAFENO, RETRAÇÃO DA PATA DE GANSO E DESENVOLVIMENTO DO PLANO ANTERIOR À CABEÇA MEDIAL DO GASTROCNEMIO. REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA E FIXAÇÃO UTILIZANDO 1 PLACA EM T 3,5MM + 4 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5MM COM CHECAGEM POR RADIOSCOPIA
5. CESSO ANTEROLATERAL, DISSECÇÃO POR PLANOS E INCISÃO SUBMENISCAL LATERAL PARA VISUALIZAÇÃO DA SUPERFÍCIE ARTICULAR. RETIRADA DE DEBRIS. REALIZADO NIVELAMENTO DO PLATÔ LATERAL E ESTABILIZAÇÃO PROVISÓRIA COM FIOS DE KIRSHENER. ASSAGEM DE 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS 6,0MM COM ARRUELA PARA FECHAMENTO DA ARTICULAÇÃO, RETIRADA DOS FIOS DE KIRSHENER, APOSIÇÃO DE PLACA EM L ANATÔMICA PARA PLANALTO TIBIAL E FIXAÇÃO COM 3 PARAFUSOS CORTICAIS 4,5MM.
6. REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA TUBEROSIDADE ANTERIOR DA TÍBIA COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS 4,5MM COM ARRUELA
7. CONTROLE RADIOGRÁFICO
8. LAVAGEM COM SF 0,9%, REVISÃO DA HEMOSTASIA, REINSERÇÃO DO MENISCO LATERAL, SÍNTESE POR PLANOS, CURATIVO ESTÉRIL

Data

01/05/19

Dr. George Wallace Freire Alves
CREMEC 16.670

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.

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

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente ALANNA RUTY DA SILVA	Idade 35 ano(s) 10	Prontuário 14760
Endereço CONJUNTO ESTRADA DAS FLORES	UF: CEARÁ	Sexo Feminino
Bairro: LUIS ALVES	Cidad LIMOEIRO DO NORTE	
CEP: 62930-000	Num: 2104	

Localização

Clinica CLÍNICA TRAUMATO- Enfermari 02	Leito 405
Internação 30/04/2019 07:09	Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo

realizado tto cirurgico de fratura de planalto tibial sem intercorrências.
alta hospitalar com analgesia e aines e antibiotico

não pisar

Exames

RX

Terapêutica

tto cirurgico com placa e parafuso

Diagnóstico

S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

DIAGNÓSTICOS

Princip	Código	Descrição
Sim	S821	FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Condições de

Melhorado

Data Programada da

* Não Informado *

Observações Complementares

retornar em 16 dias ao ambulatorio

Responsável

Médico FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

Data 02/05/2019

Agendament		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Códig	Códig	Códig

Dr. Luiz Valdo
Traumato / Ortopedia
CRM - CE: 17087

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

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