

PROCURAÇÃO

"ad judicium et extra"

JOSE LEITE VIEIRA, brasileiro, casado, moto taxi, portador do RG: 97006016017 SSP-CE e CPF: 741.185.013-68, domiciliado na Rua Jose de Sousa Falcao, 1446, Buriti, Pacajus-CE, pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores os advogados: FRANCISCO RONALDO VIEIRA MARTINS, OAB-CE 8.008 CPF: 398.705.963-04 – end. eletrônico dronaldovmartins@gmail.com e RENATO MOREIRA MARTINS, OAB-CE 20.807 CPF: 008.987.223-14 – end. eletrônico: renatomartins@gmail.com, com escritório na Av. Treze de Maio, nº 1116, Sala 2004, Fátima, Fortaleza-CE, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad-judicium" e "et extra", a fim de, possa defender em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o(a) outorgante seja autor(a) ou reclamante, defendendo-o(a) quando for réu, interessado(a) ou requerido(a), podendo requerer, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, renunciar valores de alçada, requerer isenção de imposto de renda, receber e dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, solicitar desarquivamento de processos administrativos ou judiciais dos quais o outorgante seja parte, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como destituir advogado, se bem lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Pacajus-CE, 20 de outubro de 2020.

X Jose Leite Vieira
JOSE LEITE VIEIRA



Av. Treze de Maio, sala: 2004, nº 1116, Fátima, Fortaleza-CE

(85)3224 4118 / 98133 8008

DECLARAÇÃO DE POBREZA

JOSE LEITE VIEIRA, brasileiro, casado, moto taxi, portador do RG: 97006016017 SSP-CE e CPF: 741.185.013-68, domiciliado na Rua Jose de Sousa Falcao, 1446, Buriti, Pacajus-CE, declaro que sou pobre e não posso custear com as despesas processuais sem afetar o sustento da família, tendo em vista que minha renda é de um salário-mínimo.

Esta declaração é a mais pura expressão da verdade, razão por que assumo inteira responsabilidade pelas informações acima, sujeitando-me às sanções previstas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E de mais penas aplicáveis, com relação ao acima afirmado.

Pacajus-CE, 20 de outubro de 2020.

x Jose Leite Vieira
JOSE LEITE VIEIRA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL

1284477673

NOME
JOSE LEITE VIEIRA

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSOR DE
97006016017 SSP CE

CPF
741.185.013-68

DATA NASCIMENTO
18/06/1969

FUNÇÃO
DOMINGOS COSMO VIEIRA
MARIA LEITE VIEIRA

PERMISSÃO
ACC
CAHAB
N

Nº REGISTRO
01775788600

VIGÊNCIA
04/05/2021

1ª HABILITACAO
29/04/2001

OBSERVAÇÕES

Jose Leite Vieira
COPIADOR DO PORTA-RETRATO

PROVISÓRIO PLASTIFICAR

1284477673

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
06/05/2016

49286551864
CE153286342

10-Via-2/11
ASSISTENTE DO DEPARTAMENTO

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

Nº do Cliente:

3950125

foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará

Avenida, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B1 SÉRIE ÚNICA | Nº 054436394

Referência 03/2020

Rota PJ005U17 - 73000

Nome VANDERLEIA FERREIRA DA COSTA

Endereço RU JOSE DE SCUSA FALCAO, 01446 - 01446, BURITI,

62870-000, PACAJUS

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 09/03/2020

Medidor 4265211-CPN-308

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KWh)

ÁREA RESERVADA AO FISCO

6B9618E152F52318F2D15B020605333D

DATAS DE LEITURA

P.F.: 30 dias

Anterior

08/02/2020

Atual

09/03/2020

Próximo previsto

05/04/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	12.221	12.073	1.00	148	00	148	0,49034	72,57

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	8,79
ICMS COMPL BX RENDA	-	10,72
PIS COMPL BX RENDA	-	0,45
COFINS COMPL BX RENDA	-	2,11
DESCONTO BAIXA RENDA	-	39,70
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	39,70
JUROS MORATÓRIOS	-	0,21
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,26500	7,95
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,45500	31,85
CONSUMO DE 100 KWH ATE 220 KWH	0,68271	32,77

Tributo:	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	112,27	27,00	30,31
PIS	112,27	1,16	1,30
COFINS	112,27	5,30	5,96

VENCIMENTO

16/03/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

94,85

CONSUMO CONSCIENTE

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

57,77

Compensado kg (CO₂)

0,00

Consciência Ecológica (%CO₂)

0,00%

0 100

INFORMACOES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 09/02 - 09/03

fls. 7

DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

JOSE LEITE VIEIRA, brasileiro, casado, moto taxi, portador do RG: 97006016017 SSP-CE e CPF: 741.185.013-68, domiciliado na Rua Jose de Sousa Falcao, 1446, Buriti, Pacajus-CE, declara para os devidos fins que a conta de energia de minha residência se encontra em nome de **VANDERLEIA FERREIRA DA COSTA**.

Esta declaração é a mais pura expressão da verdade, razão porque assumo inteira responsabilidade pelas informações acima, sujeitando-me às sanções previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal Brasileiro. E nas demais penas aplicáveis, com relação ao acima afirmado.

Pacajus-CE, 20 de outubro de 2020.

x Jose Leite Vieira
JOSE LEITE VIEIRA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº **014419209611**

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
EMI 01	549516450	0000000000	2019

JOSE LEITE VIEIRA

PACAJUS/CE

CPF / CNPJ
74118501368

PLACA
OSR9623

PLACA ANT. / UF
*****/CE

CHASSI
9C2KC1670DR015376

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLO/NEO 1P/TC

COMBUSTÍVEL
CBSC

ANEXO
150 FAN 881

ANO FAB.
2013

CAP. POT. CIL
2P/6CV/149CC

CATEGORIA
ALUGUEL

COR PREDOMINANTE
AMARELO

COTA ÚNICA

VENO. COTA ÚNICA
//**

VENO / COTAS
1º ISENTO

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

2º CONF
3º CERT

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
20.11

IOF (R\$)
0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$)
84.58

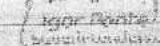
DATA DE PAGAMENTO
08/03/2019

OBSERVAÇÕES

PACAJUS

LOCAL

08/03/2019



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT
CE Nº **014419209611**

BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

74118501368

OSR9623

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

014419209611

86851684660

EXERCÍCIO
2019

DATA EMISSÃO
08/03/2019

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

74118501368

OSR9623

ANEXO
549516450

MARCA - MODELO
HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB.
2013

DATA TARE
09

Nº CHASSI
9C2KC1670DR015376

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$)
36.05

CONTRATANTE (R\$)
4.01

CUSTO DO SEGURO
40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$)
4.18

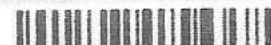
IOF (R\$)
0.32

84.58

PAGAMENTO
☒ COTA ÚNICA

PAGAMENTO
☐ PARCELADO

DATA DE CHITAGEM
08/03/2019

SEGUROADORA LIDER DPVAT
 LOTE/DOC. 22/15376
 MOTOR: KC16E7DC15376
 CNPJ 09.248.608/0001-04




GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE PACAJUS
 Impresso nº 2020546479



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 514 - 1734 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **03/09/2020 11:25:22**
 Data / Hora da Ocorrência: **11/07/2020 21:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **R GUARANY COM JOSE MACHADO CEP: 62.870-000, CENTRO - PACAJUS PACAJUS/CE**
 Ponto de Referência: **LABORATÓRIO LAB NEW**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE LEITE VIEIRA**
 Nascimento: **18/06/1969** CPF: **741.185.013-68**
 RG: **97006016017** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA LEITE VIEIRA**
DOMINGOS COSMO VIEIRA
 Endereço: **RUA JOSE DE SOUSA FALCAL, 1446**
 Bairro: **BURITI**
 Município: **PACAJUS/CE** CEP: **62.870-000**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9180-0629**

Histórico

Boletim de Ocorrência confeccionado para registro de acidente de trânsito com Finalidade de indenização de DPVAT

Termo de Declarações que Presta a VÍTIMA JOSE LEITE VIEIRA:

Disse que é entregador de pizza no horário da noite e estava seguindo para uma entrega em sua motocicleta quando uma motoneta, tipo cinquentinha avançou a preferencial e o mesmo veio a colidir. Que teve uma fratura no braço esquerdo sendo necessário a realização de procedimento cirúrgico estando com tratamento médico em andamento devido a gravidade da lesão. Que atualmente encontra-se com sequelas físicas em virtude do acidente e registra esse Boletim de Ocorrência Policial com o objetivo de dar entrada na indenização pelo DPVAT.

Jose Leite Vieira

Termo de Declarações que Presta a TESTEMUNHA FLAVIO SANTOS DE CARVALHO:

Disse que testemunha o acidente sofrido pela vítima.

Flavio Santos de Carvalho

Termo de Declarações que Presta a TESTEMUNHA PEDRO ALVES DA SILVA NETO:

Pedro



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE PACAJUS
 Impresso nº 2020546479



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 514 - 1734 / 2020

Disse que testemunha o acidente sofrido pela vítima.

Peдро Alves da Silva Neto

//////////////////////////////////// Nada mais disse.
 As informações prestadas são de inteira responsabilidade do noticiante.
 Informo para os devidos fins de direito que Boletim de Ocorrência não
 possui prazo de validade.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PACAJUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO ANDRE DE OLIVEIRA - MAT.: 30119789

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Jose Vitor Nogueira

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARCELO PINHEIRO DA ANUNCIACAO - MAT.: 30122321



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL - DEPARTAMENTO DE POLÍCIA METROPOLITANA - DPM

DELEGACIA METROPOLITANA DE PACAJUS**CERTIDÃO**

Francisco André de Oliveira Silva, Escrivão de Polícia Civil, lotado na Delegacia Metropolitana de Pacajus, no uso de suas atribuições legais, etc...

CERTIFICO para fins de direito e acréscimo de registro que, o senhor JOSE LEITE VIEIRA, vítima no procedimento BO Nº 514-1734/2020, é proprietário da motocicleta HONDA CG 150 FAN ESI, placa OSR-9623, renavam 549516450, ano 2013, cor AMARELO, chassi 9C2KC1670DR015376. Que também era o condutor do veículo no dia do acidente. Que o acidente ocorreu no dia 11 do mês/ano do procedimento, porém o atendimento médico se deu no dia seguinte. Informações prestadas pela vítima.

O referido é verdade e dou fé.

Pacajus – CE, quinta-feira, 17 de setembro de 2020.

Francisco André de Oliveira Silva
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 301197-8-9

Francisco André de Oliveira Silva
Escrivão de Polícia
Matrícula nº 301.197-8-9



**Prefeitura de
Fortaleza**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE JOSE LEITE VIEIRA		DADOS PESSOAIS	
CAUSAS	NASCIMENTO 18/06/1969(51 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 5179720	Nº DO BE 406935
DOCUMENTOS	SEXO M	RACIA/COR PARDO	
CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 74118501389		NOME MAE MARIA LEITE VIEIRA	
NOME RESPONSÁVEL NI	ENDEREÇO RUA SABINO BATISTA 337 MONTE CASTELO		
MUNICÍPIO FORTALEZA	CONTATO (85) 99180-0629		
CEP 60.326-170	UF CE		

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

QUEIXA QUEDA DE MOTO	MOTIVO ACIDENTE DE MOTO
SINTOMAS DOR NO MSE	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)

PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLICEMIA NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NAO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA DALVANI BASTOS BARRETO		
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 12/07/2020 00:17:39			

ÁREA DE ATENDIMENTO
07 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ANAMNESE

Handwritten: **Queda do moto no asfalto. E**
20200227

DIAGNÓSTICO	COD. PROCEDIMENTO	CID
SADT SOLICITADO: ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIO-X ☐ OUTROS		

MEDICAMENTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	OBSERVAÇÕES
<i>Handwritten:</i> Pz Puntio E ADP. DANA LUKA NEFARMACIA	<i>Handwritten:</i> CONFERE COM ORIGINAL 28/08/2020	

TIPO DE ALTA/SAÍDA
DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL
DATA E HORA DO ATENDIMENTO

Carimbo e Assinatura do Médico Especialista

Impresso por MARIA DALVANI BASTOS BARRETO em 12/07/2020 00:17:39
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Handwritten: **CONFERE COM ORIGINAL**

Handwritten: **JOSE LEITE VIEIRA**
04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578
Messejana - Cep: 60.864-810
Fortaleza - Ceará

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RENATO MOREIRA MARTINS e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 29/10/2020 às 11:46, sob o número 026182178202080600001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0261821-78.2020.8.06.0001 e código 7983440.

UNISUS 12690033240

	Ministério da Saúde	Sistema Único de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
---	---------------------	------------------------	--

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 <i>JOE CARNE UEN</i>	6 - Nº PRON
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DO NASCIMENTO <i>18/06/1969</i>
9 - SEXO <i>Masculino</i>	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>ANITA CARNE UEN</i>
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>ANA ABRAO BARROS 337 MONTE ASTRU</i>	12 - DDD - 11 - TELEFONE DE C.A. - ATU
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>FORTALEZA</i>	14 - Cód. IBGE MUNIC
15 - UF	16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>FRATURA do mto do antebraço</i>
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>NECESSIDADE de VTQ cirúrgica</i>
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>ANALUNICE + Ex físico + R</i>
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fratura do mto do antebraço</i>
21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS OCORRIDAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>VTQ Cirúrgica</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO CNS ☐ CPF ☐	29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Claudio Martins</i>	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>12/07/20</i>
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL <i>Dr. Claudio Martins</i>	33 - REGISTRO DO CONSELHO <i>CREMEC 5888</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRÂNSITO ☐	35 - CNPJ DA SEGURADORA	36 - Nº BILHETE	37 - SÉRIE
38 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO ☐	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNAE EMPRESA	41 - CDBR
42 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO ☐	43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	44 - EMPREGADO ☐	45 - EMPREGADOR ☐
46 - AUTÔNOMO ☐	47 - DESEMPREGADO ☐	48 - APOSENTADO ☐	49 - SEGURADO ☐

AUTORIZAÇÃO

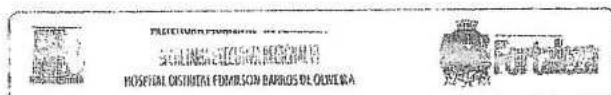
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO CNS ☐ CPF ☐	46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

04.08.2020 12-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578
Messegana - Cep: 60.864-810
Fortaleza - Ceará

Gráf.HDEBO-SAME-AII

CONFERE COM ORIGINAL
28/08/2020

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RENATO MOREIRA MARTINS e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 29/10/2020 às 11:46, sob o número 02618217820208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0261821-78.2020.8.06.0001 e código 7983440.



REGISTRO EMERGÊNCIA
5179720

MATRICULA
ITAL

PACIENTE: Jose Leik Vieira, 51

DATA OPERAÇÃO: 17 / 07 / 2020 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

1º AUXILIAR: Dr. W. Mendes

2º AUXILIAR: _____ 3º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____

ANESTESISTA: Dr. Paulo TIPO DE ANESTESIA: _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura radio distal

TIPO DE OPERAÇÃO: Masseter radio + reparo ligamentar

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: _____

RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA: _____

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: _____

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: _____

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCNICAS LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISUAIS

- 1) Petem DPH + bloqueio plexo
- 2) Anestesia + antiespasmódicos
- 3) Incisão volar do radio + drenar por pontos + redução
- 4) Fixação e/ou placa p/ radio distal + 03 parafusos verticais 3,5mm
- 5) Reparo ligamentar radio córtico + reparo promotor
- 6) Controle radiológico
- 7) Sutura por pontos
- 8) Curativo

[Assinatura]

04.886.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578
Messejana - Cep: 60.864-810
Fortaleza - Ceará

Wendel de Alcântara Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 14753 / SBO 16025

Gráf. HDERO-SAME-Desen. Oper. 02

CONFERE COM ORIGINAL
28.08.2020

	PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA	
---	--	--

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE	JOSE LEITE VILINA		
PRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO
INÍCIO DO TRATAMENTO	DATA DA ALTA	DATA DO RETORNO	MÉDICO(A) PARA RETORNO
01/07/20	18/07/20	24/07/20	

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Peta vítima de trauma
haveria fratura punho

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL	Fratura punho
ACESSÓRIO 1	
ACESSÓRIO 2	
EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS	

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Trat cirúrgico na fratura punho

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

Tomar med. prescrita

CONDIÇÕES DA ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ PIORADO ☐ ÓRTOS ☐ OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA	18/07/20	Dr. Ronaldo Guedes Ortopedia e Traumatologia CREMEQ: 17019
		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



PREFEITURA DE FORTALEZA

SECRETARIA DE SAÚDE



Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira

Avenida Edmilson Torres Coelho, 1978 - CNPJ: 04.885.197/0012-00 - Messejana - CE - 3105-1500

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

JOSE VEITE VIEIRA

laudo médico

Atesto que o paciente
acima foi submetido
a cirurgia por fratura
do fêmur distal

Em 28/05/2020

de Fortaleza

Fortaleza de 20

05/2020

Valterino Pinheiro
Traumatologia
CRM 6193

do Profissional

Valterino Pinheiro
Traumatologia
CRM 6193



RECEITUÁRIO DE CONSULTA ESPECIALIZADA

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira

Avenida Jornalista Tomaz Coelho, 1578 - CNPJ: 04.885.197/0012-05 - Messejana - 85 - 3105.1560

SECRETARIA DE SAÚDE

Paciente: Jose Leide Vitorino

End.: Rua 3 Barro Preto 317

Bairro: _____ Fone: _____

PRESCRIÇÃO:

R 1 410 0001

CCP 1000 500 - 405/11

Paracetamol 66h

por 100ml

18107120

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR:

Nome Completo: _____

Identificação: _____

Orgão Emissor: _____

Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR:

Nome Completo: _____

Identificação: _____

Orgão Emissor: _____

Cidade: _____ UF: _____

REITUAR O DE CONTROLE ESPECIAL
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira
 Avenida Jornalista Tomaz Coelho, 1578 - CNPJ: 04.885.197/0012-05 - Messejana - 85 - 3105.1560

SECRETARIA DE SAÚDE

Paciente: Jose Leito Vekian
 End.: Sabino Batista 337
 Bairro: _____ Fone: _____

PRESCRIÇÃO:

NI USO OAM
6 PACO (500/30-1) 020
10mm 01ip 8/8h

Dr. Ronaldo Guedes
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMEC: 17019

Gráfica HDEBO - Messejana

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR:

Nome Completo: _____
 Identificação: _____
 Orgão Emissor: _____
 Cidade: _____ UF: _____
 Data: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR:

Ass. do Fornecedor: _____



**QUADRO DE CONTROLE ESPECIAL
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**



Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira

Avenida Jornalista Tomaz Coelho, 1578 - CNPJ: 04.885.197/0012-05 - Messejana - 85 - 3105.1560

SECRETARIA DE SAÚDE

Paciente: JOSIA LUIZA VIEIRA

End.: SABINA BATESTA 317

Bairro: _____ Fone: _____

PRESCRIÇÃO:

NI USO ORAL

CLORALDRINA 500mg - 40cp

Paracetamol 660h

para ALIVIO

Dr. Ronaldo Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 17019

18107120

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR:

Nome Completo: _____

Inscrição: _____

Órgão Emissor: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR:

SINISTRO 3200365375 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA JOSE LEITE VIEIRA****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA**CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME****BENEFICIÁRIO JOSE LEITE VIEIRA****CPF/CNPJ:** 74118501368**Posição em 28-10-2020 11:05:25**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

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

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
21/10/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50