

Siebra & Rocha
Advogados

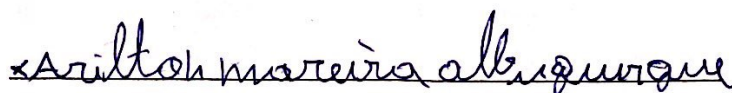
PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Outorgante: Arilton Moreira Albuquerque, brasileiro, solteiro. Portador da cédula de identidade nº: 2006012036862 e inscrito no CPF nº: 050.803-093-50. Residente e domiciliado na Rua Mocambi, nº: 371. Bairro: Genibaú.

Outorgados: CARLOS JOSÉ FEITOSA SIEBRA NETO, inscrito na OAB/CE sob o nº 28.196, e HANIEL COELHO ROCHA SILVA, inscrito na OAB/CE sob o nº 31.523, ambos com endereço profissional à Avenida Dom Luís, nº 880, sala 301, Aldeota, Fortaleza, Ceará, Brasil, onde receberá as notificações de estilo.

Poderes: Pelo presente instrumento de procuração por mim infra assinado, constituo meu bastante procurador, os advogados outorgados acima qualificados, ao qual concedo os mais amplos poderes, para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium*, podendo nesta ou em outra comarca, em qualquer Juízo ou Tribunal, onde se tornar necessário e com esta se apresentar, propor ação, trabalhistas, por mais especiais que sejam, defendendo-me nas em que figuro como autor ou réu, oponente ou assistente, razão porque lhe concedo todos os poderes necessários e permitidos em direito, para, em meu nome, requerer em juízo ou fora dele, tudo quanto for em meu benefício; alegar, defender todos os meus direitos em quaisquer causas ou demandas a que tenha de comparecer, fazendo citar, oferecer ações; contrariar, produzir provas; dar e receber quitações e receber alvarás em nome da parte outorgante; recorrer; transigir e finalmente tudo mais praticar, requerer e assinar o que for permitido em lei, tudo para o fiel cumprimento deste Mandato, ESPECIALMENTE PARA ATUAR EM AÇÕES DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de poderes, o que tudo darei por firme e valioso.

Fortaleza, 10 de novembro de 2020.



Outorgante

Avenida Dom Luís, nº 880, sala 301, Aldeota, Fortaleza/Ce, CEP: 60.160-196, telefones: (85) 4101-5900.

Siebra & Rocha
Advogados

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Arliton Moreira Albuquerque, brasileiro, sol-
teiro. Portador da cédula de identidade n.º:
2006012036862 e inscrito no CPF n.º: 050.803.093
-50. Residente e domiciliado na Rua moçambi-
que, n.º: 371. Bairro: Genibaú, declaro que,
em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o
pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio, bem
como em prejuízo de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição
da República e da Lei nº 1.060/50.

Fortaleza, 10 de novembro de 2020.

Arliton Moreira Albuquerque

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2006012036062 SSP CE

CPF
050.803.093-50

DATA NASCIMENTO
22/08/1990

FILIAÇÃO
AURINO AMARO DE
ALBUQUERQUE FILHO
ANA MARIA MOREIRA

PERMISSÃO ACC CAENAL AB

Nº SEQUENCIAL 05966174818

VALIDADE 27/04/2021

1ª HABILITAÇÃO 26/12/2013

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO

Assilton moreira albuquerque

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO 23/10/2017

68536830290
CE153154292

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1545161851

PROIBIDO PLASTIFICAR 1545161851

Nº do Cliente:

1370162

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

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.103.848-3

enel

fls. 14

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 068978400

Referência 06/2020

Rota FORTALEZA 309400

Nome ALIA MARIA NORLIRA

Endereço RU MOCAMBIQUE, 00371, PARQUE GENIBAU, 60534-010,

FORTALEZA

Classificação Res. Id. Baixa Renda

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Horofaturado

Emissão 22/06/2020

Medidor 1533690-099-03

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

P.F.: 02 Dias

Anterior 21/05/2020

Atual 22/05/2020

Próxima prevista 22/07/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
B1	267,39	267,39	0,00	173	00	173	0,00000	0,00

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - TIUM PDS PREF MUNIC	11,56
PIS COMPL BA RENDA	1,28
COFINS COMPL BA RENDA	5,84
DESCONTO BAIXA RENDA	-129,39
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	129,39
CREDITO DE PEQUENOS VALORES	-41,78
CONSUMO DE 000 KWH ATÉ 030 KWH	0,00
CONSUMO DE 031 KWH ATÉ 100 KWH	0,00
CONSUMO DE 101 KWH ATÉ 173 KWH	0,00
COB CARTAO DE TODOS - 0800.283.8916	23,10

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	27,00	0,00
PIS	129,39	0,99	1,28
COFINS	129,39	4,52	5,84

VENCIMENTO 29/06/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 708.952.953-34

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

0,00%

67,53

0,00

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 22/05 - 22/06

Conforme MP Federal 950/20, essa conta teve desconto de 100% na parcela de consumo até 220kWh.

DEBITOS ANTERIORES

MÊS ANO VALOR (R\$)

04/2020 39,15

Total: R\$ 39,15

Nº do Cliente: 1370162
Data de Emissão: 22/06/2020
Nº da Nota Fiscal: 068978400Referência: 06/2020
Total a Pagar (R\$): 0,00
Nº de Controle: 80001178568V: [1.0.0.13]
Sub: 06.00.72200-5303
3.76200/07
P: 5401011

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2020438389



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1164 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **23/07/2020 10:00:03**
 Data / Hora da Ocorrência: **28/05/2020 19:40:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV J, CONJUNTO CEARA - FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE**
 Nascimento: **22/08/1990** CPF: **050.803.093-50**
 RG: **2006012036862** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **ANA MARIA MOREIRA**
AURINO AMARO DE ALBUQUERQUE FILHO
 Endereço: **RUA MOCAMBIQUE, 371**
 Bairro: **GENIBAU**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98843-9456**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OID8188** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC4110DR750859 Renavam: **490146287** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
 Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **JOSE ELIESER DUARTE DE SOUZA JUNIOR**
 Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE NA DATA, HORA E LOCAL SUPRACITADOS, TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN KS, PLACA OID8188, QUANDO, AO TENTAR DESVIAR-SE DE UM BURACO NA VIA, DERRAPOU NA FRENAGEM, VINDO A SOLO, FRATURANDO O PUNHO ESQUERDO, ENTRE OUTRAS LESÕES; QUE FOI SOCORRIDO POR COLEGAS DE TRABALHO, QUE O LEVARAM PARA O HOSPITAL FROTINHA DO BAIRRO ANTÔNIO BEZERRA. E NÃO MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

CLADISTON SOUSA BRAGA - MAT.: 126877-1-0

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 23/07/2020 10:12:30

Pág. 1 de 1

Impresso em: 23/07/2020 10:12:30

Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRENSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200279973 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE

CPF/CNPJ: 05080309350

Posição em 17-08-2020 10:20:35

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

17/08/2020 R\$ 2.531,25 R\$ 0,00 R\$ 2.531,25

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
11/08/2020	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/sCBcTW4ewi+2IKLF7NM9dapi_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhCigQjzCHocTIX1JzH6Ku+M=)
08/08/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/AP0RcirCw62NfiDVk32Cbgapi_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhCigQjzCHocTIX1JzH6Ku+M=)



Dr. Cláudio Kalume Reis
Ortopedia / Traumatologia
CRM 5498

Atesto que a paciente
MARIA ALBUQUERQUE SOFIA
filha do Sr. JOSE SOFIA
subscrita a este documento
por auto-assinatura, em
ATA médica hospitalar, apresenta
Estado de consciência normal
importante do sistema
CRM: 5498

Dr. 05-08-20

Dr. Cláudio Kalume Reis
Médico - CRM 5498
Rua Senador Pompeu, nº 425 - Centro
Cidade - Co. - Fone: (05) 3253.2242

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE TOTAL OU PARCIAL

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é auxiliar a avaliação da incapacidade permanente, não sendo substituído por exames complementares.
ANEXAR CÓPIAS DE PROMPTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE
Nº DO SINISTRO _____

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNTO)

DATA DO ACIDENTE 08/09/2020 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO 08/09/20
NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: CLAUDIO KALIME REIS CRM 5498

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Sofreu fratura distal do antebraço direito

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Suporte a tração cirúrgica

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ EXISTENTE? SIM ☐ NÃO ☒
CASO POSITIVO, DESCREVER: _____

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ, PODE-SE CONCLUIR QUE:

- ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1º	<u>DA e cintura escapular direita do punho e do</u>
2º	<u>antebraço e mão direita</u>
3º	
4º	
5º	

AFIRMO QUE AGISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 05/08/20 A 05/09/20
COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Arilton 05/08/20
LOCAL DATA

Dr. Claudio Kalime Reis
Médico - CRM: 5498
Rua Senador Pompeu, nº 425 - Centro
Fortaleza - CE - CEP: 60513-222

LOCAL DATA

Arilton Moreira Albuquerque
ASSINATURA DA VÍTIMA



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SU

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE		Nº DO PRONTUÁRIO 410552	Nº DO REGISTRO 318434
TELEFONE 706807746025427		NASCIMENTO 22/08/1990(29 ANOS)	SEXO M
CARTeira DE IDENTIDADE (RG): 2006012036862; CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05080309330		NOME DA MÃE ANA MARIA MOREIRA	
NOME RESPONSÁVEL NI		ENDEREÇO RUA MOÇAMBIQUE 371 PARQUE GENIBAU	
CIDADE FORTALEZA		CONTATO (85) 98962-7250	
UF CE			
CEP 60.534-010			

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PACIENTE TRANSFERIDO DO FROTINHA DO ANT. BEZERRA. RELATA QUE SOFREU ACIDENTE DE MOTO, ESTAVA NA MOTO E CAIU EM UM BURACO, COM TRAUMA EM MSE.		MOTIVO AValiação TRAUMATOLÓGICA
ESPALHADO POR 99 (ADULTO)		

SINAIS VITAIS

NI KG NI	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	TEMPERATURA NI	FREQUÊNCIA NI
ALERGIA NEGA	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ANA GESSELENA DA SILVA FARIAS			
CLASSIFICAÇÃO VERDE	DATA/HORA DA CLASSIFICAÇÃO 09/06/2020 15:40:52			

ÁREA ATENDIMENTO

GRUPO DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA	ATENDIMENTO MÉDICO
--	--------------------

Acidente com fratura do membro superior direito fechado. Transferido do Frotinha do Ant. Bezerra para o Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira Parangaba.

DIAGNÓSTICO	COO PROCEDIMENTO
-------------	------------------

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIOS () OUTROS

MEDICAMENTO	PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>Prescrição: Analgésico, anti-inflamatório, antibiótico. Rótulo: Ana Gesselena da Silva Farias, 13984.</i>			

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 DE ELABORAÇÃO DO ATENDIMENTO

Impresso por ana gesselena da silva farias em 09/06/2020 as 15:40:54
 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

arilton moreira albuquerque

[illegible]

CONDUITA:

1 - ALTA: ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ A REVELIA ☐ TRANSFERÊNCIA

REMOVIDO PARA:

GUNA 25

DATA E HORA DA ALTA: 11 HORA: 11:11

2 - OBSERVAÇÃO: JATE 24 M) ☐

DATA E HORA DA ALTA: 11/11/2008 HORA: 14:00

3 - INTERNACAO ☐ N° PROSTUARIO:

DATA E HORA DA INTERAÇÃO: 11 HORA: 11

ANIL CASIMIRO MEDICO

4 - PARA ÔNTO
ANTES DO 3º SOCORRO ☐ NÃO ☐ SIM

DATA GUNTO: 1/1 MCNA CORTON

DESTINO DO CORPO: 1 ☐ ENTREGUE A FAMÍLIA

2 ☐ 100

3 ☐ ASISTENCIA PATOLÓGICA

☐ END

ASS. CARRIED MEDICAL RESPONSIBILITY

WATERGATE - QUADONZANI

SECRET

Recebo em 12/04/2012 10:00:00
Adriana Cavalcante
(Reticulo 8298)



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

fls. 21

SU!

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE		DADOS PESSOAIS	
CADUS	NASCIMENTO 22/08/1990(29 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 255120	Nº DO BE 362029
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05080309350		SEXO M	RACIA/COR NÃO INFORMADO
NOME RESPONSÁVEL O MESMO		NOME MÃE ANA MARIA MOREIRA	
MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	ENDEREÇO RUA MOÇAMBIQUE 371 PARQUE GENIBAÚ	
CEP 60.534-010	CONTATO (85)99730-2033		
OCORRÊNCIA			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/ENDOS DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEIXA DOR EM MSE, ESCORIAÇÕES EM MSD E MID, APOS QUEDA DE MOTO		MOTIVO ACIDENTE DE TRABALHO	
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO SOLVEIG DE LIMA MARCELINO		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 28/05/2020 20:07:16
ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO TRAUMA		ÁREA ATENDIMENTO	
ANAMNESE			
ATENDIMENTO MÉDICO			
<i>fra terna punho E</i> <i>1 0301060100</i>			
<i>Dr. Lauro Assis de Sousa</i> <i>CRM 5893 11/11/2018</i> <i>Traumatismo</i>			
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO	
SADT SOLICITADO: ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIO-X		☐ OUTROS	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MÉDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
<i>rx punho E AILP</i>			
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 Solveig de Lima MARCELINO em 28/05/2020 às 20:07:18

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.

ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DR. MARIA JOSÉ BARROS DE OLIVEIRA
PROTEÇÃO DE PARANHARA
Av. Cadeia de Pedra nº 1217 - Parangaba - CEP 65.750-000 - Fortaleza-CE
Telefone: (85) 3251.3212 - Fax: 3251.3219

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

410552

Paciente: AILTON MONEIMA ALBUQUERQUE
Data da Operação: 13/06/2020 Enfermaria: _____ Leito: 105/29A
Operador: EUSEBIO T. ROCI 1º Auxiliar: ROBERTO M. RODRIGUES
2º Auxiliar: Ortopedia - CRM 4774 3º Auxiliar: Ortopedia - Traumatologia CRM 4800
Instrumentador: _____ Anestesista: JUNIOR
Tipo de Anestesia: _____
Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA ANATOMICA DO CARPO
Tipo de Operação: _____
Diagnóstico Pós-operatório: FRATURA DO CARPO
Relatório Imediata Patologista: OSTEOTOMIA 30720095 6 C
Exame Radiológico no ato: 30720133 7 C
Acidente durante a operação: _____
Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras

- FRATURA DO CARPO DORSAL
- ARTROSCOPIA + ARTROSCOPIA + CIRURGIA
- FRATURA DO CARPO
- VIA DE ACESSO DORSAL
- DISSECAÇÃO POR PUNTO
- OSTEOTOMIA DO CARPO DISTAL
- REDUÇÃO FOCAL DE FRATURA E FIXAÇÃO COM FIO STAPLER
- WIRBROCK CF
- SUTURA COM PUNTO + TELA COISSO

Antonio Eusebio T. Roci
Ortopedia - CRM 4774

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4800

PRONTUÁRIO

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

Hospital Estadual de
Alagoas
Assinado digitalmente por HANIEL COELHO ROCHA SILVA e TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 16/11/2020 às 17:18, sob o número 02655398320208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0265539-83.2020.8.06.0001 e código 7B776C9.

DATA: / /

ASSINATURA DO CIRURGIÃO - CRM

FOLHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: <u>Rilton Moreira Albuquerque</u> PRONTUÁRIO <u>410552</u> ENFER./LEITO: <u>105</u>							
DATA DA CIRURGIA: <u>13/06/2020</u>	PRESSÃO ARTERIAL:	RESPIRAÇÃO	SATURAÇÃO	PULSO:	PESO:	ALTURA:	TEMPERATURA:
TIPO SANGÜÍNEO:	HEMACIAS:	HEMATOCRITO:	HEMOGLOBINA:	GLICEMIA:	URÉIA:	OUTROS:	
APARELHO URINÁRIO:				DIURESE:			
APARELHO RESPIRATORIO			ASMA		BRONQUITE:		
APARELHO CIRCULATÓRIO:				ELETROCARDIOGRAMA:			
APARELHO DIGESTIVO				DENTES		PESCOÇO:	
ESTADO MENTAL:	<u>Lucido</u>	ATÁRAXICO	ALERGIAS	CORTICOIDES		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO:				ESTADO FÍSICO:		RISCO:	
<u>Fract. antebraço</u>				<u>ASA I</u>			
ANESTESIAS ANTERIORES:				TEMPO DE JEJUM PRÉ-ANESTÉSICO:			
HORA DO PRÉ-ANESTÉSICO:		ADMINISTRADA ÀS:		EFEITO:			
<u>0840</u>		<u>0900</u>					

AGENTES ANESTÉSICOS	LIQUÍDOS	<u>F</u> <u>F</u>
	GASEOSOS	
V.P. ARTERIAL - PULSO - RESPIRAC.	OXÍMETRO + CARDIOSCOPIO	
CÓDIGO	1 - ANESTESIA - O - OPERAÇÃO	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<u>13</u> <u>4</u> <u>OX</u>	
POSICÃO	<u>0</u>	
AGENTES:	<u>Lidocaina cl adrenaquina + cloridra</u>	
TÉCNICA:	<u>Bloqueio de plexo braquial</u>	
CIRURGIA:	<u>Trat. cir. fract. antebraço</u>	
ANESTESISTAS:	<u>Dr. Francisco A. ...</u>	
CIRURGIÕES:	<u>Dr. Eurício + Dr. Roberto Mendes</u>	
OBSERVAÇÕES:		
		PERDA SANGÜÍNEA:

INDUÇÃO	
SATISF.: ☒	EXCIT.: ☐
LENTA: ☒	TOSSE: ☐
NAUSEA: ☐	VÔMITOS: ☐
LARINGO ESPASMO: ☐	
OUTROS: ☐	
MANUTENÇÃO	
<u>1) Maint.</u> <u>2) Bloq. plex. braquial</u> <u>cl. lid. 1,5% cl. adrenaquina</u> <u>+ cloridra 150mg</u> <u>3) efedrina 2g IV</u> <u>4) Diprivena 2g IV</u> <u>5) Cetoprofeno 100mg IV</u>	
ANESTESIA SATISF.: ☒ SIM ☐ NÃO	
NÃO, POR QUÊ?	
DESPERTAR	
REFLEXOS NA S.O.: <u>+</u>	
OBSTR.: ☐	CO2: ☐
NAUSEA: ☐	VÔMITOS: ☐
OUTROS: ☐	
COM CÂNULA PARA O LEITO:	
☐ SIM ☒ NÃO	
CONDIÇÕES:	
<u>way</u>	

GASTO ANESTÉSICO

MEDICAMENTOS	UNIDADE	QUANTI.	MEDICAMENTOS	UNIDADE	QUANTI.
ADRENALINA	AMPOLA		ETOMIDATO	AMPOLA	
ÁGUA DESTILADA	AMPOLA		FENTANIL	AMPOLA	
AMICACINA	AMPOLA		FUROSEMIDA	AMPOLA	
AMPICIL NA 1g	FRASCO-AMPOLA		GENTAMICINA	AMPOLA	
AMINOFILINA	AMPOLA		HEPARINA	AMPOLA	
ATROPINA 0,25mg	AMPOLA		HIDROCORTISONA 100mg	FRASCOAMPOLA	
BUPIVACAÍNA 0,5% C/ADRENALINA	FRASCO-AMPOLA		HIDROCORTISONA 500mg	FRASCO-AMPOLA	
BUPIVACAÍNA 0,5% S/ADRENALINA	FRASCO-AMPOLA		IPILON	AMPOLA	
BUPIVACAÍNA 0,5% PESADA	AMPOLA		ISOFLURANO	ML	
BICARBONATO DE SÓDIO	AMPOLA		ISORDIL	COMPRIMIDO	
BROMOPRIDA 10mg	AMPOLA		LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA	FRASCO-AMPOLA	
CEFALOTINA 1g	FRASCO-AMPOLA		LIDOCAÍNA 2% S/ADRENALINA	FRASCO-AMPOLA	
CEFAZOLINA 1g	FRASCO-AMPOLA		LIDOCAÍNA GEL	BISNAGA	
CEFTRIAXONA 1g	FRASCO-AMPOLA		MEPERIDINA 100mg	AMPOLA	
CETOPROFENO 100mg	FRASCO-AMPOLA		METOCLOPRAMIDA	AMPOLA	
CETAMINA	ML		METRONIDAZOL 500mg	FRASCO	
CISATRACÚRIO	AMPOLA		MIDAZOLAN 5mg	AMPOLA	
CLINDAMICINA	AMPOLA		MIDAZOLAN 15mg	AMPOLA	
CLORETO DE POTÁSSIO 10%	AMPOLA		NALOXONA	AMPOLA	
DEXAMETASONA	AMPOLA		PROPOFOL 10ml	AMPOLA	
DESLANOSÍDEO	AMPOLA		PROPOFOL 20ml	AMPOLA	
DIAZEPAM 10mg	AMPOLA		PROTAMINA	AMPOLA	
DIPIRONA	AMPOLA		RANITINA	AMPOLA	
DIPIRONA+ESCOPALAMINA	AMPOLA		SEVOFLURANO	ML	
DOBUTAMINA	AMPOLA		SUCCINILCOLINA	FRASCO-AMPOLA	
DOPAMINA	AMPOLA		TIOPENTAL	FRASCO-AMPOLA	
ETILEFRINA 10mg	AMPOLA				
SOROS	UNIDADE	QUANTI.	HEMODERIVADOS	UNIDADE	QUANTI.
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100 ml	FRASCO		PLASMA	BOLSAS	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ml	FRASCO		SANGUE TOTAL	BOLSAS	
SORO GLICOSADO 5% 500 ml	FRASCO		CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	BOLSAS	
SORO RINGER LACTATO 500 ml	FRASCO		ALBUMINA	FRASCO-AMPOLA	
SOLUÇÃO DE MANITOL 250 ml	FRASCO		CONCENTRADO DE PLAQUETAS	UNIDADE	
FRUTOSE 500 ml	FRASCO				
MATERIAIS DESCARTÁVEIS	UNIDADE	QUANTI.			
CATETER VENOSO	UNIDADE				
EXTENSOR	UNIDADE				
EQUIPO DE SORO	UNIDADE				
SONDA DE ASPIRAÇÃO	UNIDADE				
SONDA NASO-GÁSTRICA	UNIDADE				
TORNEIRA 3 VIAS	UNIDADE				
ABOCATH	UNIDADE				
AGULHA PERIDURAL	UNIDADE				
AGULHA PARA RAQUI	UNIDADE				

ANESTESISTA-CRM



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HIDMUBO-Fortaleza de Parangaba

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

11:	16:	20:	06:

SINAIS VITAIS			
NÚMERO:			
P.A.:			
TEMP.:			
P./MIN.:			
M.V./MIN.:			

NOME:

Quilton Moreira Albuquerque

IDADE:

29a

ENF.:

A

LEITO:

105

Nº. PRONTUÁRIO:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA

HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

OBSERVAÇÃO

RUBRICA (Ente / Dieta)

14

DIETA GERAL

16

IBUPROFENO 01 COMP VO 12/12 HS

18

DIPIRONA 01 AMP+18 CC SF EV 6/6 HS SN

20

TRAMAL 100 mg + 100 ml SF EV SN

22

CEFALOTINA 1gr EV 6/6 HS

SINAIS VITAIS

Assinatura

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 10000

Hospital Distrital de Saúde Bucal da Prefeitura
Assinado digitalmente por HANIEL COELHO ROCHA SILVA
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0265539-83.2020.8.06.0001 e código 7B776C9.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HIDALGO-Fortaleza de Parangaba

PREScrição Médica / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

	Glicemias	Insulinas	Rubrica
11:			
16:			
20:			
06:			

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida obrigatoriamente da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

SINAIS VITAIS			
..J.RÁRIO:	16,20	20,60	
P.A.:	120x80	120x60	
TEMP.º:		36,1C	
P.J MIN.:			
M.V. / MIN.:			

NOME:

Ana Lous Moura de Albuquerque

IDADE:

ENF.:

LEITO:

Nº. PRONTUÁRIO:

DATA	PREScrição Médica ASSINATURA	HORARIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Empl. Diária)
1) de 1 a 10		SPD	16:20h de 1 a 10	
2) Diphen 21x100 TV 6/100 cm			de 1 a 10	
3) Diphen 21x100 TV 6/100 cm			de 1 a 10	
4) 55 VV			de 1 a 10	

Dr. Marcelo Gabriel
Medicina de Família e Comunidade
CRM 13984

Assinatura do Profissional de Enfermagem



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação



PROTEÇÃO DE DADOS
AV. Ovídio de Paula nº 1117 - Parangaba - CEP 64.210-000
Fone: (85) 3191-7331

CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CRRF - RRRF
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

UNIDADE HOSPITALAR HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA	CBO / CNPJ 07.835.044 / 0002-61
---	--

DADOS DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE <i>Amilton Moreira Albuquerque</i>			
ENDEREÇO DO PACIENTE <i>Rua Moncabique 371</i>			
Bairro <i>Parque Genibau</i>	Município <i>Fortaleza</i>	UF <i>ce</i>	CEP
DATA DO NASCIMENTO <i>22/08/1990</i>	SEXO 1. ☐ MASC 2. ☐ FEM	CONDIÇÃO 2. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ OUTRO DEP.	
NOME DA MÃE <i>Ana Maria Moreira</i>			

DADOS DA INTERNAÇÃO		
CPF MÉDICO SOLICITANTE	CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL	CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO
C. INT.	PROCEDIMENTO SOLICITADO	
DATA DA EMISSÃO <i>/ /</i>		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Lesão com fratura do medula distal (E) fecho intenso p/ curvatura</i>

INDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Risco de complicação</i>

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS <i>exame clínico + RX</i>

DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fratura de rádio distal (E)</i>	TIPO DE CLÍNICA 1. ☐ CIRÚRGICA 2. ☐ OBSTÉTRICA 3. ☐ CLÍNICA MÉDICA 4. ☐ TISIOPEUMOL 5. ☐ PSIQUIÁTRICA 6. ☐ PEDIÁTRICA 9. ☐ OUTROS
---	--

PROCEDIMENTO SOLICITADO	CRM - MÉDICO SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE	DATA	HORA
-------------------------	--------------------------	--	------	------

Dr. Haniel
Coelho Rocha
Médico
CRM 5584

Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira
Atende: 24h
Rua da Cidadela, 1117 - Parangaba - Fortaleza - CE
Fone: (85) 3191-7331

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA - ANTº BEZERRA

NOME: **ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE**MEDICO: **DR. CYDNEI SANTOS**DATA: **09/06/2020**NÚMERO: **18**

ERITROGRAMA

		VALORES NORMAIS
HEMACIAS	5.530.000	Homem : 4.5 a 6.5milhoes/mm3 Mulher: 4.0 a 6.0milhoes/mm3
HEMOGLOBINA	13.6 g/dL	Homem: 13.5 - 18 g/dL Mulher: 11,5 - 16,0 g/dL
HEMATOCRITO	43.7%	Homem: 40 A 50 Mulher: 36 A 47
V JME CORPUSCULAR MEDIO	79.0	80 A 97fL
HB CORPUSCULAR MEDIA	24.6	de 27 a 32 pg
CONC HB CORPUSCULAR MEDIA	34.3	de 32 - 36 g/dL

MICROCITOSE (+)

ESPECIFICAÇÃO	%		%	VALORES NORMAIS /mm ³
LEUCÓCITOS		6.910		4.000 - 10.000
NEUTRÓFILOS	66%	4.561	40 - 75	1.600 - 7.500
MIELÓCITOS		0		
METAMIELÓCITOS		0		0 - 100
BASTÕES		0	0 - 5	0 - 500
SEGMENTADOS	66%	4.561	40 - 70	1.600 - 7.000
EOSINÓFILOS	2%	138	1 - 6	40 - 600
BASÓFILOS			0 - 1	0 - 100
LINFÓCITOS	25%	1.728	20 - 50	800 - 5.000
MONOCITOS	7%	484	3 - 8	120 - 800

ADULTO	08 A 12 ANOS	4 - 7 ANOS
4000- 10000	4500 - 13000	6000 - 15000

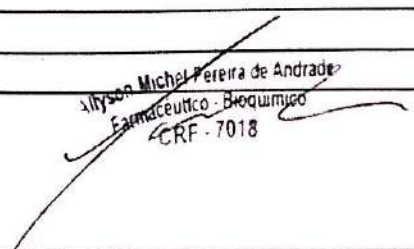
VALORES REFERENCIAS PARA PLAQUETAS 150.000 A 450.000/mm³

PLAQUETAS	224.000	/MM ³
-----------	---------	------------------

NEUTRÓFILOS SEM SINAIS DEGENERATIVOS

PLAQUETAS MORFOLOGICAMENTE NORMAIS

ANALISTA


 Alyson Michel Pereira de Andrade
 Farmaceutico - Bioquímico
 CRF - 7018

**FROTINHA DE ANTONIO BEZERRA****FROTINHA DE ANTONIO BEZERRA****RESULTADO DE EXAMES**NOME: ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUEIDADE: _____ DATA: 09/06/2020MEDICO: DR. CYDNEI SANTOS NUMERO: 18

T. DE SANGRAMENTO: _____ MINUTOS _____ SEG.: _____

CONTAGEM DE PLAQUETAS: _____

TEMPO DE PROTOMBINA 11.9 SEG 100% INR 1.00
TEMPO CONTROLE: 11.9 SEGTEMPO DE TROMBOPLASTINA 26.5 SEG RATIO 1.06
TEMPO CONTROLE: 25 SEG

Arilson Michel Bezerra de S.
Farmacêutico - Bioquímico
CRF - 7018



FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:

Adilton Menezes Albuquerque

PRONTUÁRIO:

ENFERMARIA/LEITO:

DATA DA INTERNAÇÃO:

/ /

ANOTEM-SE: Diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota acompanhadas da assinatura e carimbos do médico que evoluiu, assim como a legibilidade da letra.

DATA

EVOLUÇÃO

Leve refluxo de acid.
Se não com febre
De novo infel há 13 dias
transfusão de Ant. Berne
⑦. Intero p/ curyone

Dr. Márcio G. G. G.
Clínica de
Medicina do
Tratamento
CRM 133

21 Enfermagem #

07 A. M. A. M. masculino, 11/11/2020, de estado agitado,
de admitido no Emergência do Hospital, proveniente
do Pronto-Socorro do Hospital Regional, com queixa de
dor abdominal, náusea, vômito, febre, mal-estar, perda
de apetite, exatidão, diarreia por v. c., deambula, bem
orientado e não apresenta alergia medicamentosa. Se
queixas de urticária da região do peito, h. 104.

Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira
Atestado de cópia conferido com o original
Adália Cavalcante
Matrícula 8298

Francisca Antonia Monteiro da Silva
CORENCE 133379

⑤

DATA	EVOLUÇÃO
09/06/20 18:15	# Enfimagem # Paciente proveniente da emergência, admitido nesta unidade para intervenção cirúrgica. Evolui, consciente, orientado, verbalizando, suprimiu em ar ambiente. Não houve eliminações fisiológicas presentes. Negativa DM + HAS + alguns sem queixas no período. Segue sob cuidados de enfermagem. Diana Cunha Moura Melo COREN-CE 532.652 Enfermeira
10/6	feito pelo Dr. Roberto Luiz Ortopedia CRM 4000
30-06-20	Paciente A.M.A., 29 anos, masculino, HT Fluido (6). Evolui ciente, orientado, em DM, vacuando bem de dia. Não houve eliminações fisiológicas presentes sem queixas no período seguido sob cuidados da equipe. Diana Enfermeira COREN-CE 532.652 - ENF
31/06	# FRACTURA RÔTULO Pela ABANDONAR UNIDADE Dr. Roberto Luiz Ortopedia CRM 4000
31-06-20	Paciente G.M.A., 29 anos, masculino, HT: fratura de rádio esquerdo. Evolui ciente, orientado, verbalizando, suprimiu em ar ambiente. Negativa DM + HAS + alguns sem queixas no período. Segue sob cuidados de enfermagem. Nayra Beatriz A. Barreto Enfermeira COREN-CE 532.652 Antonio Euzébio CRM 1.111 Traumato Hospita Dina Moura Melo Enfermeira COREN-CE 532.652 Enfermeira
12/6	feito pelo Dr. Roberto Luiz Ortopedia CRM 4000
13/06	A.P.C. 2400 Silo 1A

HDMJBO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira



Prefeitura de Fortaleza

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:

Julian Moreno Albuquerque

PRONTUÁRIO:

ENFERMARIA/LEITO:

DATA DA INTERNAÇÃO: / /

ANOTEM-SE: Diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota acompanhadas da assinatura e carimbos do médico que evoluiu, assim como a legibilidade da letra.

DATA	EVOLUÇÃO
13	<i>A.M.A. 0, 29 anos, encontra-se em boa -</i>
16	<i>função de radio e. supradado, artem -</i>
20	<i>tado, verbalizando, eufórico, afeto, normal -</i>
	<i>geral, normalizado. Revisão de an -</i>
	<i>álise segue em observação. -</i>
	<i>Dr. Romilson</i>
	<i>em 03/05</i>

14/6

Alta

Dr. Romilson
Dr. Romilson
Dr. Romilson
Dr. Romilson

Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira
 Assessoria Jurídica
Assessoria Jurídica
 Assessoria Jurídica
 Matrícula 629

List Of Result

DATE Tuesday Jun 9 2020

TIME 10:52:30

Patient Name: 18 ARILTON MOREIRAS ALBUQUERQUE

SampleID- 202006090115

SampleNo- 15

<u>SampleType</u>	<u>Test</u>	<u>Result</u>	<u>Unit</u>	<u>Refer</u>	<u>Min</u>	<u>Max</u>
Serum	UREIA	26	mg/dl		10	40
	CREAT	1.14	mg/dl		0.4	1.3
	GLICO	112	mg/dL	H	70	99


Jeane Lima de Sousa
Biomedica
CRBM 5332

DoctorName-

Hospital- HDEAM

Diploma No.:

