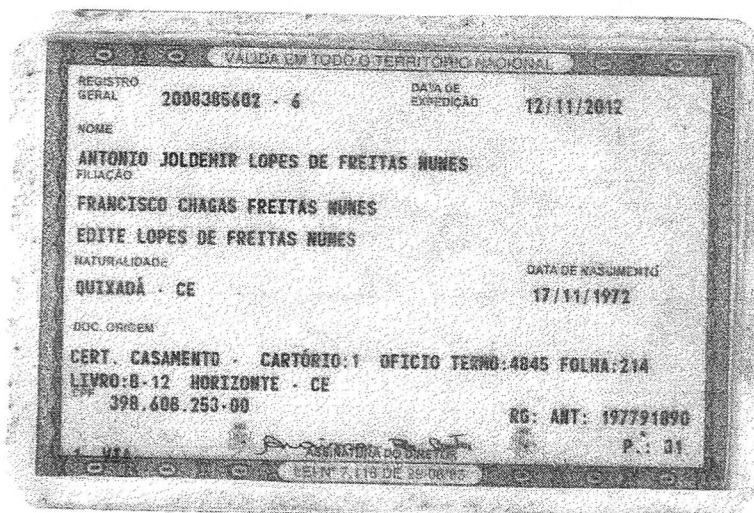
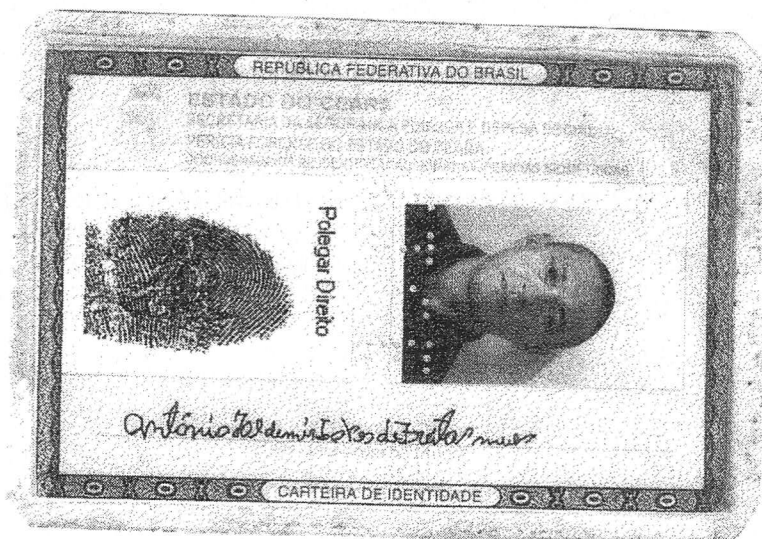






**Registro de Atendimento Emergencial**

| REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL                                                                                                                        |                                               |                                      |               |                                              |                   | DATA/HORA: 18/08/2019 19:40:39 |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------|---------------|----------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                                                                                                                                  |                                               |                                      |               |                                              |                   |                                |  |
| CNS: 707803646042111                                                                                                                                       | NOME: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES |                                      |               |                                              | Registro: 5631481 |                                |  |
| CPF: 39860825300                                                                                                                                           | RG: 197791890                                 | D. NASC: 17/11/1972                  | ESTADO CIVIL: | SEXO: M                                      | RAÇA/COR: Parda   |                                |  |
| NOME DA MÃE: EDITE LOPES DE FREITAS NUNES                                                                                                                  |                                               |                                      |               | NOME DO PAI: FRANCISCO CHAGAS FREITAS NUNES  |                   |                                |  |
| TIPO DE LOGRADOURO: Rua                                                                                                                                    |                                               | ENDEREÇO DO PACIENTE: SEMEAO PAULINO |               | Nº: 28                                       | BAIRRO: CENTRO    |                                |  |
| COMPLEMENTO:                                                                                                                                               | TELEFONE: 992195364                           | MUNICÍPIO: HORIZONTE                 |               | UF: CE                                       | CEP: 62880393     |                                |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL                                                                                                                               |                                               |                                      |               |                                              |                   |                                |  |
| NOME: SAMU USB 139 COND PAULO VITOR / BENA                                                                                                                 |                                               | PARENTESCO: AMIGA                    |               | TELEFONE:                                    |                   |                                |  |
| ACIDENTE DE TRABALHO                                                                                                                                       |                                               |                                      |               |                                              |                   |                                |  |
| TIPO DE VÍNCULO:                                                                                                                                           | CBO DO EMPREGADO:                             | CNPJ DO EMPREGADOR:                  |               | COSIDO DO CNAER:                             |                   |                                |  |
| ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO                                                                                                                       |                                               |                                      |               |                                              |                   |                                |  |
| MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete                                                               |                                               |                                      |               |                                              |                   |                                |  |
| QUEIXAS: colisão moto carro, apresenta fx exposta em mao E e pe E, nega tce                                                                                |                                               |                                      |               |                                              |                   |                                |  |
| OBSERVAÇÕES: problemas em extremidades, fx exposta                                                                                                         |                                               |                                      |               |                                              |                   |                                |  |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                              |                                               |                                      |               |                                              |                   |                                |  |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica                                                                                                                          |                                               | Escala de Dor: Moderado              |               | PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO           |                   |                                |  |
| ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:                                                                                                                              |                                               |                                      |               |                                              |                   |                                |  |
| ATENDIMENTO MÉDICO                                                                                                                                         |                                               |                                      |               |                                              |                   |                                |  |
| Anamnese:                                                                                                                                                  |                                               |                                      |               |                                              |                   |                                |  |
| <p><b>SERVIÇO DE PROTOCOLO - 101</b><br/> <b>RAE TIRADA</b><br/> <b>PELO SISTEMA E-008</b><br/> <b>DATA 20 / 11 / 2019</b><br/> <b>MATRÍCULA 51022</b></p> |                                               |                                      |               |                                              |                   |                                |  |
| Exame Físico:                                                                                                                                              |                                               |                                      |               |                                              |                   |                                |  |
| Condução:                                                                                                                                                  |                                               |                                      |               |                                              |                   |                                |  |
| <p><i>Marcia Homais</i><br/> <b>SERVIDOR(A)</b></p>                                                                                                        |                                               |                                      |               |                                              |                   |                                |  |
| TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:                                                                                                                          |                                               |                                      |               |                                              |                   |                                |  |
| EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:                                                                                                                         |                                               |                                      |               |                                              |                   |                                |  |
| ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:                                                                                                                                |                                               |                                      |               |                                              |                   |                                |  |
| DATA E HORA DO ATENDIMENTO:                                                                                                                                |                                               |                                      |               | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: |                   |                                |  |



# LAUDO MÉDICO

## RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Antonio Jeldner Lopes de Freitas Nunes  
Idade: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses  
Prontuário: 5631481 Unidade: SN Leito: 1105

### RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Vitima de trauma em uma esquadra em casa  
de tendões extensores do 3º polegar realizado fisioterapia  
dia 19/08/19 por Dr. Marcos Pont. Recebe alta para  
acompanhamento ambulatorial.

Diagnóstico Principal: Lesões múltiplas Tendões Extensores Mão  
Diagnósticos Secundários: \_\_\_\_\_

Seqüelas Apresentadas: \_\_\_\_\_

### Procedimentos Cirúrgicos:

- 1- Cirurgia realizada: Vide Anexo ( ) Não Cirurgião: \_\_\_\_\_  
Tipo de anestesia/Sedação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 2- Cirurgia realizada: \_\_\_\_\_ Cirurgião: \_\_\_\_\_  
Tipo de anestesia/Sedação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 3- Cirurgia realizada: \_\_\_\_\_ Cirurgião: \_\_\_\_\_  
Tipo de anestesia/Sedação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 4- Cirurgia realizada: \_\_\_\_\_ Cirurgião: \_\_\_\_\_  
Tipo de anestesia/Sedação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 5- Cirurgia realizada: \_\_\_\_\_ Cirurgião: \_\_\_\_\_  
Tipo de anestesia/Sedação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 6- Cirurgia realizada: \_\_\_\_\_ Cirurgião: \_\_\_\_\_  
Tipo de anestesia/Sedação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Procedimentos Invasivos/Exames ( ) Sim ( ) Não

- 1- \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 2- \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



|    |       |      |                |
|----|-------|------|----------------|
| 3- | _____ | Data | ____/____/____ |
| 4- | _____ | Data | ____/____/____ |
| 5- | _____ | Data | ____/____/____ |
| 6- | _____ | Data | ____/____/____ |

**Condições de Alta/Transferência**

Curado ( ) Melhorado ☒ Inalterado ( ) Óbito ( )

Destino: Residência ( ) Atendimento domiciliar ( ) Transferência para: \_\_\_\_\_

Retornar: ( ) Ambulatório em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Dr.(a) Dr. Neli em 04 semanas

Observações: 1) Manter taxa gástrica até retorno

2) Seguir prescrição médica

3) Trocar curativo segunda/ sexta no posto

4) Retirar pontos com 12 dias no posto de saúde

Data: 19 / 08 / 2019

Médico

CRM/Carimbo

*[Assinatura]*  
Médico da Patia  
Atividade Residência  
Cirurgia Plástica  
19/08/2019



3- \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
4- \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
5- \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
6- \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Condições de Alta/Transferência**

Curado ( ) Melhorado ☒ Inalterado ( ) Óbito ( )

Destino: Residência ( ) Atendimento domiciliar ( ) Transferência para:

Retornar: ( ) Ambulatório em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Dr.(a) Dr. Meli em 04 semanas

Observações: 1) Manter taxa gástrica até retorno.  
2) Seguir prescrição médica.  
3) Trocar curativo segunda/sexta no posto.  
4) Retirar pontos com 12 dias no posto de saúde.

Data: 19 / 08 / 2019

Médico

CRM/Carimbo

Dr. Victor B. da Paiva  
Médico Residente  
Cirúrgico Plástico  
CRM 15.924

HOSPITAL DISTRICTAL DR FERNANDES TÁVORA

RECEITUÁRIO SIMPLES



PACIENTE

Nome: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS  
Idade: 46 ano(s)  
Endereço: RUA SEMEAO LOPES DE FREITAS, 28 - ZONA RURAL - HORIZONTE/CE

USO ORAL

1) CEFALOXINA 500 MG

TOMAR 1 COMP DE 6/6 H

10.12.2020 18:00 a 00:00

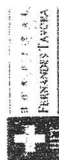
10.12.2020 18:00 a 00:00

10.12.2020 18:00 a 00:00

40 COMP

Dr. Josafá Fernandes  
Traumatismo - Ortopedia  
CRM/CE 5253

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES  
CRM/CE 5253



HOSPITAL DISTRICTAL DR FERNANDES TÁVORA  
RECEITUÁRIO SIMPLES



PACIENTE

Nome: ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS  
Idade: 46 ano(s)  
Endereço: RUA SEMEAO LOPES DE FREITAS, 28 - ZONA RURAL - HORIZONTE/CE

R

USO ORAL

1) CEFALOXINA 500 MG

TOMAR 1 COMP DE 6/6 H

40 COMP

Dr. Josafá Fernandes  
Traumatismo - Ortopedia  
CRM/CE 5253

FORTALEZA/CE, 26 de August de 2019

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES  
CRM/CE 5253



# PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

## OUTORGANTE

NOME: ANTONIO JOAQUIM LOPES DE FREITAS NUNES  
 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
 PROFISSÃO: AUTÔNOMO  
 DOMICÍLIO: RUA JUVENAL SENEZ, 135 A, PLANALTO DA GALILEIA, HORIZONTE 62859000  
 RG/CPF/PIS PASEP: 2008385602-6/398.608.253-00

## OUTORGADOS

**JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA**, inscrito na OAB/CE sob o nº. 29.690, com escritório profissional situado na Rua Pereira Filgueira, nº 1300, Aldeota, CEP 60.160.194, Fortaleza-CE.

Por meio do presente instrumento são outorgados amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 (Código de Processo Civil), e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**DECLARA**, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

O declarante está ciente que, em sendo comprovada a falsidade da declaração, sujeitar-se-á às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

## DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

**DECLARA**, que tem residência no endereço acima posto, nos termos do art. 1º, da Lei nº 7.115/83.

O declarante está ciente que, em sendo comprovada a falsidade da declaração, sujeitar-se-á às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Fortaleza, 24 de NOVEMBRO de 2020.

*Antonio Lopes de Freitas Nunes*

OUTORGANTE/DECLARANTE

OAB/CE nº 29.690

advocacia@ulissesferreira@gmail.com

Rua Pereira Filgueira, nº 1300, CEP 60160-194, Fortaleza-CE- Fortaleza- Ce



# PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

## OUTORGANTE

NOME: ANTONIO JOAQUIM LOPES DE FREITAS NUNES  
 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
 PROFISSÃO: AUTÔNOMO  
 DOMICÍLIO: RUA JUVENAL SENEZ, 135 A, PLANALTO DA GALILEIA, HORIZONTE 62859000  
 RG/CPF/PIS PASEP: 2008385602-6/398.608.253-00

## OUTORGADOS

**JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA**, inscrito na OAB/CE sob o nº. 29.690, com escritório profissional situado na Rua Pereira Filgueira, nº 1300, Aldeota, CEP 60.160.194, Fortaleza-CE.

Por meio do presente instrumento são outorgados amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 (Código de Processo Civil), e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**DECLARA**, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

O declarante está ciente que, em sendo comprovada a falsidade da declaração, sujeitar-se-á às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

## DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

**DECLARA**, que tem residência no endereço acima posto, nos termos do art. 1º, da Lei nº 7.115/83.

O declarante está ciente que, em sendo comprovada a falsidade da declaração, sujeitar-se-á às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Fortaleza, 24 de NOVEMBRO de 2020.

*Antonio Lopes de Freitas Nunes*

OUTORGANTE/DECLARANTE

OAB/CE nº 29.690

advocacia@ulissesferreira@gmail.com

Rua Pereira Filgueira, nº 1300, CEP 60160-194, Fortaleza-CE- Fortaleza- Ce