





3230699-7

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

fls. 14

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

529505560

Rota 32 25004 85 083000 - 0
 Nome SEBASTIAO MIGUEL DA SILVA
 End. Postal ST PAU DARCO 00000
 SITIO PAU DARCO - RUSSAS - 62900000
 Medidor 2402821
 Classe 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO
 RG/CPF/CNPJ 995788083-72
 Nome do Responsável

Data de Emissão 18/06/2018

DATAS

Mês de Referência Jun/2018
 Data da Apresentação 18/06/2018
 Previsão Próxima Leitura 17/07/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto RUSSAS I
 Mês Abr/2018
 Padrão 6000 P
 EUD 4,73
 Apuração Individual

	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,44	20,88	41,76	1,17	0,00	0,00
FIC	7,52	15,04	30,09	1,00	0,00	0,00
DMIC	5,58			0,00		

ICMS

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9303,EEB2,C707,6974,2090,7636,5805,5609

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual 765
 Leit. Anterior 765
 Const. 1,00
 Consumo (kWh) 0
 Cons. Incl. 0,00
 Cons. Fat. 30
 Tarifa (R\$/kWh) 0,39176
 Valor (R\$) 11,75

18-06-18 16-05-18 03 DIAS 30 VALOR (R\$) 11,75

VALOR CONSUMO DO MES 11,75
 SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -22,63
 COB. SALDO FATURA ANTERIOR 10,88
 ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,00)

VENCIMENTO

17/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 6,18
 Transmissão 0,66
 Distribuição 3,52
 Encargos Setoriais 0,94
 Tributos (IOPS PIS/COFINS) ... 0,45
 TOTAL 11,75

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido kg (CO₂) 11,71
 Compensado kg (CO₂) 0,00
 Consciência Ecológica (%CO₂) 8%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:

Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 4,36. Seu fornecimento de energia poderia ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DÉBITOS ANTERIORES

Mês/Ano 03/2018
 Valor R\$ 4,36

FATURADO TAVA MINIMA.

Consta desta fatura R\$ 0,45 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:0,65% e COFINS:3,20% (Incl. 9 Res. 100-2005 - ANEEL e leis n. 10.637/07 e 10.639/07)

Estamos em Bandeira Vermelha pagar 2 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh (quilowatt-hora). Informações: www.aneel.gov.br

Nº do Cliente: 3230699-7
 Data de Emissão: 18/06/2018
 Nº da Nota Fiscal: 529505560

Referência: Jun/2018
 Total a Pagar (R\$): 0,00
 Nº de Controle: 0003230699 00139 39482 62

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.

PROCURAÇÃO AD-JUDÍCIA**OUTORGANTE:**

EM SEBASTIÃO MIGUEL DA SILVA, BRASILEIRO,
DIVORCIADO, AGRICULTOR, PORTADOR DO RG SOB Nº
2000030027293, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 995.
788.083-72, RESIDENTE E DOMICILIADO NO ENDEREÇO
SÍTIO PAM DARCO, S/N, ZONA RURAL, CEP. 62.900-000,
RUSSAS-CE.

OUTORGADOS FAGNER XAVIER GOMES, casado, inscrito na OAB- CE sob o nº 30.339, residente e domiciliado na Rua Ocion Lopes da Silveira, nº 686- Bairro Várzea Alegre, CEP: 62.900-000, Russas, CE, onde mora e recebe intimações.

PODERES: todos os poderes contidos nas Clausulas "ad-judicia", para fôro em geral, para, em nome do Outorgante, em conjunto ou separadamente passa a defender seus direitos, perante qualquer juízo, instancia ou tribunal, em que o Outorgante seja autor, reclamante, interessado e requerido podendo ainda transigir, fazer acordo, firmar compromisso, contestar, recorrer, receber e dar quitação, prestar declaração, receber notificação, bem como efetivar todos os procedimentos necessários para a regularização de visto de permanência, junto a Consulados, Ministérios da Republica, Polícia Federal, podendo ainda substabelecer a presente, com ou sem reserva de iguais poderes, se lhe convier e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato.

Russas-CE, 12 de OUTUBRO de 2018

Sebastião Miguel da Silva

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO

Eu SEBASTIÃO MIGUEL DA SILVA
_____, brasileiro(a), portador do RG sob o nº 2000030027293,
inscrito no CPF sob o nº 995.788.083-72, residente e
domiciliado na cidade de RUSSAS Estado do Ceará, na
rua SÍTIO PAM PARCO, ZONA RURAL
_____, nº S/N, declaro para os devidos fins que
posso hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com as custas
processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de
minha família, consoante o que dispõe a Lei 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Russas-Ce, 12 de OUTUBRO de 2018

Sebastião Miguel da Silva

Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
Nº 011959946280
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - COD RENAVAM - ENTRO - EXERCÍCIO
BATE 01 10532246169 0000000000 2015

MARIA JOSIMARA DE CARVALHO SILVA

RUSSAS/CE

91645956334
PLACA ANTIGA
*****/CE
9C2KD0800FR041582
PLACA
PMB6474

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.
MARCA/MODELO
HONDA/NXR160 BROS ESD
2P/OCV/162CC
CATEGORIA
PARTIC
COMBUSTÍVEL
GASOL/ALCO
2015 2015
PRETA

1* *****
2* *****
3* *****
PREMIO TARIFARIO (R\$) 1.11 292.01 00/00/0000
DATA DE PAGAMENTO

AL.FID. BANCO HONDA S.A.;

RUSSAS
LOCAL
Igor Pontes
22/06/2015
DATA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE TERCEIROS TIPO DE VEICULO: CARGA ACESSO TRANSPORTADAS OU NAO: SEGURO DPVAT

CE Nº 011959946280 BILHETE DE SEGURO DPVAT
2015
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
91645956334
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 22/06/2015
PLACA PMB6474
RENAVAM 91645956334
CPF (CNPJ)

10532246169 HONDA/NXR160 BROS ESD
ANO FAB. 2015
9C2KD0800FR041582
Nº CLASSE

PRÊMIO TARIFÁRIO
R\$ (R\$) 129.04
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15
CUSTO DO SEGURO (R\$) 14.34
COTIZ. (R\$) 1.11
TOTAL DO SEGURO (R\$) 143.38
DATA DE QUITAÇÃO 00/00/0000

PROPRIETÁRIO
LOTE/DESEGURO 327A1101ACR2PVA3297457
MOTOR: KD08E6FD41582
www.dpvatsegurodotransito.com.br



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: SEBASTIAO MIGUEL DA SILVA

Nº Sinistro: 3180316500

Vitima: SEBASTIAO MIGUEL DA SILVA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador FAGNER XAVIER GOMES

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180316500**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **22/11/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13442681



1700231452	22/11/2017 13:17:36	FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MÉDICA		DIURNO	58
Paciente SEBASTIÃO MIGUEL DA SILVA		Data Nascimento 18/06/1964	Idade 53 A 5 M 4 D	CNS 165663998450004	CPF 99578808372
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento 2000030027293SP CE	Órgão Emissor 09/08/2004	Data Emissão M	Sexo M
Mão MARIA MAGDALENA DA SILVA		Estado Civil CASADO(A)		Raça/Cor PARDA	Naturalidade RUSSAS - CE
Endereço SÍTIO - PAU DARCO - SN - ZONA RURAL - RUSSAS - CE		Pai MANUEL MIGUEL DA SILVA		Contato (88) 99944-7491	Nacionalidade BRASIL
Class. de Risco AMARELO		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização
Motivo do Atendimento CONSULTA		Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência SMS - SMS - SEC	Temp.
Setor PRONTO ATENDIMENTO		Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.	Peso	Pressão
Queixa Principal LESÃO SANGRANTE EM MID E MSE APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO (USO DE CAPACETE)		☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue		Registrado por ERIVANDA.LSF	165 x 101
Anamnese de Enfermagem PACIENTE COMPARECE A ESTA UNIDADE REFERINDO QUEIXA ACIMA COM INÍCIO HOJE. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA + HAS + DM.				GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) <i>Paciente 53 anos, apresenta lesão purpúrica cutânea 4x5 ppx e.</i>					
Exame Físico					
Hipótese Diagnóstica <i>Lesão expulsa</i>					
SADT - Exames Complementares ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:					
PRESCRIÇÃO <i>limpeza + curativo Reembolso de enc. p/ HCS</i>			APRAZAMENTO <i>14.30h</i>	OBSERVAÇÃO <i>Elivanda Maria G. Silva Téc. de Radiologia 1245851 - COREN-CE</i>	
Condição <i>MAP 03 HN104.839</i>			<i>02 JAN 2018</i>		
Condição ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para:			☒ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta: <i>22/11/2017 14:45h</i>		
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica					
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico		
Impresso por: ane.kir Data Hora: 22/11/2017 13:27:40			1700231452		

22/11/2017

Guia de Atendimento 03



HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará



15

SUS - SUS

Profissional: MARCELO
Setor: EMERGENCIA

GUIA DE ATENDIMENTO

Especialidade: TRAUMATOLOGIA
Consulta: URGENCIA

Turno: DIURNO

22/11/2017 14:58:26

Paciente: 00110953 - SEBASTIAO MIGUEL DA SILVA
Endereço: SITO - PAU DARCO - 00 - ZONA RURAL - RUSSAS - CE - 62900000 - PX A IGREJA
Fone: (99) 99999-999
Naturalidade: RUSSAS - CE
Nº da Carteira: Validade:
Mãe: MARIA MADALENA DA SILVA
Sexo: M DN: 18/10/1964 - 53 A 1 M 4 D Est. Civil: Casado(a)
CNS: Ocup.: AGRICULTOR
CPE: Raça/Cor: PARDA -
Autorização: Pai: MANOEL MIGUEL DA SILVA
Sis-PreNatal:

Anotações de Outros Profissionais

Peso: KG. Temp.: °C. P. A. mmHg D. X.:
Classificação de Risco: ☐ VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

Anotações Médicas

Fret expulso de 1º

Diagnóstico:

Assinatura e Carimbo

Atesto a realização do Atendimento de acordo com os dados acima

Sebastião Miguel da Silva
Assinatura do Paciente ou Responsável

Atendimento: 1700224037

Registrado por: marcos.roberto

HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
Rua: ... nº 1436
CNPJ nº 00.001.000/01-64
CONFERE COM ORIGINAL
22/11/2017
2. Silva
ARQUIVO



HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará



1700224038 22/11/2017 15:02:15 GUIA DE ADMISSÃO () GUIA DE ATENDIMENTO () TRAUMA/CIRURGICO-02.021.005

Paciente 00110953 - SEBASTIAO MIGUEL DA SILVA	Nascimento 18/10/1964 Id: 53 A 1 M 4 D	CNS	CPF
Documento	Sexo M	Estado Civil Casado(a)	Raça/Cor Pard -
Endereço SITIO - PAU DARCO - 00 - ZONA RURAL - RUSSAS - CE	Escolaridade	Ocupação AGRICULTOR	
Naturalidade RUSSAS - CE	CEP 62.900-000	Complemento PX A IGREJA	
Mãe MARIA MADALENA DA SILVA	Contatos (99) 99999-999	Pai MANOEL MIGUEL DA SILVA	SisPreNatal
Plano - Convênio SUS - SUS	Carteira	Validade	Autorização
Caráter de Atendimento Urgência	Procedencia	Especialidade TRAUMA/ORTOPEDIA	Profissional Solicitante MARCELO LOPES MAIA
CID Principal	Procedimento Solicitado		Perm. Máxima (dias)

ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer () Exames Laboratoriais () RX () Ultrassonografia () Prótese () Mudança de Procedimento ()

Convênio: Autorizado Até: / / Prorrogado Até: / /

Outros () Especificar:

Data da Saída: 24/11/17 Motivo: () Curado () A pedido () Evasão () Transferido () Óbito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Frnt. de abd. p/

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
RUA D. JOSE RAMALHO, 1436 - CENTRO
RUSSAS - CEARÁ
12/06/2018
CONV. 12/06/2018
ARQUIVO

OPERÁRIO

PRINCIPAL:

Ho C. M. Silva

SECUNDÁRIA:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

Dr. Marcelo Lopes Maia
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 11895 RQE: 7340

Médico Responsável

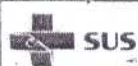
Sebastião Miguel da Silva

Paciente ou Responsável

Dr. Anísio Francisco Filho
Diretor Responsável

Diretor Responsável

Guia emitida por: marcos.roberto

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS2 - CNES
232800-33 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS4 - CNES
232800-3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
SEBASTIAO MIGUEL DA SILVA6 - Nº DO PRONTUÁRIO
00110953

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO
18/10/19649 - SEXO
1 - Masculino10 - RAÇA / COR
Parda

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARIA MADALENA DA SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO
(99) 99999-999

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

SEBASTIAO MIGUEL DA SILVA

14 - TELEFONE DE CONTATO
(99) 99999-999

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SITIO: PAU DARCO - 00 - PX A IGREJA - ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

RUSSAS

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

231180

18 - UF

CE

19 - CEP

62.900-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Frnt. exp. dudo p

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Frnt. dudo p

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

autovoto

29 - CLÍNICA

TRAUMATOLOGICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

31 - DOCUMENTO

C. N. S.

32 - Nº. DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

980016284796167

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

MARCELO LOPES MAIA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

22/11/2017

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)

22/11/2017

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO☐ EMPREGADOR☐ AUTÔNOMO☐ DESEMPREGADO☐ APOSENTADO☐ NÃO SEGURADA

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ DA EMPRESA

41 - Nº. DO BILHETE

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISOR

48 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

☐ CNS☐ CPF

49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)



HCSR
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

BOLETIM DE OPERAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: SEBASTIAO MACHADO

DATA: 22/11/2018 120/14

LEITO: 4-4

DIAGNOSTICO CLÍNICO:

Falt. de parte S- de

DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:

CONDIÇÕES DO PACIENTE

TEMPO	PULSO	RESP.	P.A.	GERAIS

ANESTESIA:

BLOQUEIO + SÉRIAS

OPERAÇÃO:

CLASSIFICAÇÃO:

INÍCIO: _____ FIM: _____

ACHADOS (DESCREVER OS ÓRGÃOS EXPLORADOS E REGISTRE OS OS ACHADOS PATOLÓGICOS)

O QUE FOI FEITO:

Verificação geral do sistema

Intemper + compressas

Alívio da dor
Sutura

CONTAGEM COMPRESSAS:

Operador

Auxiliar

Anestesista


HCSR

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas
**SANTAS
CASAS
UNIDAS**
FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

 NOME: Sebastião Miguel Da Silva
DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

DATA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
22/11/12		POE fut exp. deolo p -
		<i>[Signature]</i>
		25/11/12
		1. PD R esquer
		<i>[Signature]</i>
		Dr. Victor Paranylo Ortopedia & Traumatologia CRM-CE 10600
		27/11/12
		<i>[Signature]</i>
		Dr. Victor Paranylo Ortopedia & Traumatologia CRM-CE 10600
		07.772.001/0001-647
		CEP: 62.500-000 CEARA



**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

RESUMO DE ALTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Sebastião Miguel da Silva

ENFERMARIA: 04 LEITO: 04 PRONTUÁRIO: _____

RESUMO CLÍNICO:

EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

TERAPÊUTICA UTILIZADA:

ADMISSÃO: 22/11/2017 ALTA: 24/11/17 DIAS INTERN.: 1

CONDIÇÕES DE ALTA:

MOTIVO: CURADO (), MELHORADO (), APEDIDO (), EVASÃO (), TRANSFERIDO (), ÓBITO ()
INALTERADO (), ADMINISTRATIVO ()

ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO:

DIAGNÓSTICO FINAL:

OBSERVAÇÕES:

MÉDICO RESPONSÁVEL



ATESTADO

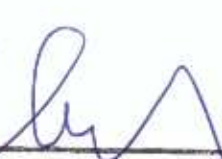
Atesto que, Sebastião Miguel da Silva

está impossibilitado(a) de trabalhar, por

noventa (90)

dias, a partir desta data 20 / 12 / 17, por

Furto de 2º, 3º e 4º dedo pé @


MÉDICO - CRM

www.hcsrussas.com.br

Dr. Marcílio Lopes Maia
Otorrinolaringologista e Traumatologista
CRM 11805
RQE 1380



CNPJ: 07.770.001/0001-64

RECEITUÁRIO

Nome: Lelestinas Miguel do
End.: Silva

Fratura 1º/5º dedo nr
① comoldadura

al te dequitar

Data:

31/07/18

Médico - CRM

Rua Dr. José Ramalho, 1436, Centro - CEP: 62.900-000 - Russas/CE
Fone: (88) 3411.0147 - Fax: (88) 3411.6611



CNPJ: 07.770.001/0001-64

RECEITUÁRIO

Nome: Silvestres Miguel da Silva

End.: _____

Fratura 4ª e 5ª metacarpiana

(D) Consolidado

alta definitiva

Data: 17/01/18

[Signature]
Dr. Marcelo Lopes Maia
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 14406-2007-7800
Médico - CRM

Rua Dr. José Ramalho, 1436, Centro - CEP: 62.900-000 - Russas/CE
Fone: (88) 3411.0147 - Fax: (88) 3411.6611

44



HCSR
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

RESUMO DE ALTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Sebastião Miguel Jo Silva

ENFERMARIA: 04 LEITO: 04 PRONTUÁRIO: _____

RESUMO CLÍNICO:

h do p

EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

TERAPÊUTICA UTILIZADA: iso cipro

ADMISSÃO: 22/11/2017 ALTA: 24/11/17 DIAS INTERN.: 1 / 1

CONDIÇÕES DE ALTA:

MOTIVO: CURADO (), MELHORADO (), APEDIDO (), EVASÃO (), TRANSFERIDO (), ÓBITO ()
INALTERADO (), ADMINISTRATIVO ()

ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO:

DIAGNÓSTICO FINAL: *h do p*

OBSERVAÇÕES:

*Dr. Victor Parreira
Coordenador de Tratamento*

MÉDICO RESPONSÁVEL