



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MARIA MIKAELLY BEZERRA CAETANO
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2015048697-3 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 01/03/2015
 CPF 048894853-10 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARIA MIKAELLY BEZERRA CAETANO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido ou escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POLIPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0031 N° da CONTA (com dígito, se existir) 013.000.29636

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

FORTALEZA, 03 de FEVEREIRO de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG IMACULADA CONCEICAO
 DATA: 08/01/2017 HORA: 17:24:10
 TERMINAL: 46901004 CONTROLE: 469010040215

AGÊNCIA: 0031 - IRACEMA
 CONTA: 013.00029636-9
 CLIENTE: MARIA NIKAEELLY BEZERRA CAETANO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCO WESLEY NASCIMENTO DE MOURA,

RG nº 20040091098791, data de expedição 05/05/2004

Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 023.448.393-80, com

domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de

CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

MENINO JESUS DE PRAGA, nº 435,

complemento CS-A, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima MARIA NIKAEELY BEZERRA CAETANO cujo o condutor era

FRANCISCO WESLEY NASCIMENTO DE MOURA.

Veículo: MOTOCICLO

Modelo: YAMAHA

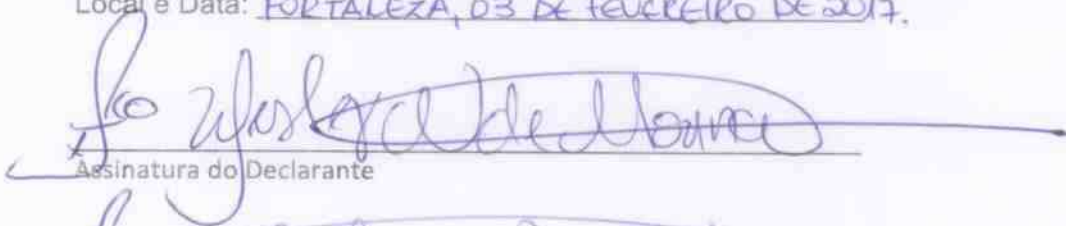
Ano: 2011

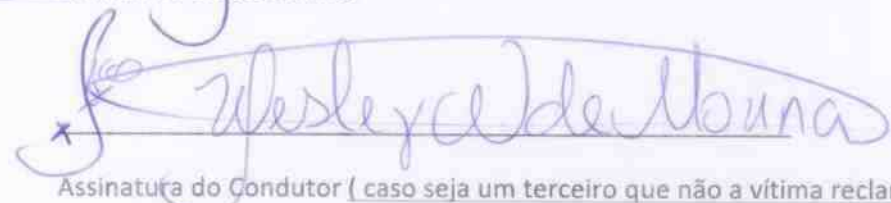
Placa: OC1 9121

Chassi: 9CGKE1520B0038174.

Data do Acidente: 23/08/2016

Local e Data: FORTALEZA, 03 DE FEVEREIRO DE 2017.


Assinatura do Declarante


Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME FRANCISCO WESLEY NASCIMENTO DE MOURA	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE 2004009098791 SSP CE	
CPF 023.448.393-80	DATA NASCIMENTO 16/02/1990
FIKAÇÃO ANTONIO NOGUEIRA DE MOURA CARMELITA NASCIMENTO DE MOURA	
PERMISSÃO 00000000000000000000	ACC 00000000000000000000
VALIDADE 04/04/2019	1ª HABILITAÇÃO 30/03/2009
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
<i>Francisco Wesley N. de Moura.</i> ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 10/04/2014
16677641088 0E141257369	

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
950691363

PROTEÇÃO PLÁSTICA
950691363

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT 01 003244902815 000000000000 EXERCÍCIO 2016

VIA COD RENAVAM ENTRIC

NOME FRANCISCO WESLEY NASCIMENTO DE M
FORTALEZA/CE

PLACA 02344839380 PLACA 0017121/CE

PLACA ANT/UR 9C6KE1520B0038174 CHASSI

PAS/MOTOCICLO/NAO AP/10 GABOLINA

YAMAHA/FACTOR YBR125 K 2011 2011

2E/OEVA1240E CATEGORIA PARTIC PRETA

VENC COTA UNICA 1 2 3

PARCELAMENTO COTAS 1 2 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) 143,38

PREMIO TOTAL (R\$) 143,38

PREMIO OBRIGATORIO (R\$) 143,38

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA

DATA 04/04/2016

DETRAN-CE
Superintendente
Igor Pontes

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012458936808 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2016 04/04/2016

VIA 01 02344839380 PLACA 0017121

RENAVAM 003244902816 MARCA/MODELO YAMAHA/FACTOR YBR125

ANO FAB 2011 ANO INE 09 Nº CHASSI 9C6KE1520B0038174

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 127,04 DEVATAN (R\$) 14,34

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 OF (R\$) 1,11

CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

TOTAL SERVIÇOS PELA SEGURADORA (R\$) 292,01

DATA DE OUTRAGAO 01/04/2016

☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.600/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MOTOR: E369E-038175 00518



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA NIKAEUV BEZERRA CAETANO,RG nº 2015048697-3, data de expedição 01/07/2015 Órgão SSP/CE,CPF nº 048.894.353-10, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA MENINO JESUS DE BRAGA</u>
Número	<u>435</u>
Apto / Complemento	<u>CASA - A</u>
Bairro	<u>JOÃO XXIII</u>
Cidade	<u>FORTALEZA</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>60.520 - 600</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: FORTALEZA, 03 DE FEVEREIRO DE 2017.Assinatura do Declarante: xmp Nikaelly B. Caetano

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 0004009098791 DATA DE EXPEDIÇÃO 5/5/2004

NOME FRANCISCO WESLEY NASCIMENTO DE MOURA

FILIAÇÃO ANTONIO NOGUEIRA DE MOURA E CARMELO NASCIMENTO DE MOURA

NATURALIDADE FORTALEZA-CE DATA DE NASCIMENTO 16/2/1990

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 107322 L A91 F

47 2A ZONA FORT CE

CPF

FORTALEZA-CE

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

fls. 79

MINISTÉRIO DA FAZENDA Secretaria da Receita Federal

CPF

023 448.393-80

FRANCISCO WESLEY NASCIMENTO DE MOURA

16/02/1990

Cartão de uso pessoal e intransferível. Deve ser apresentado junto com um documento de identificação.

Emissão Outubro/2004

CORREIOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR FRANCISCO WESLEY NASCIMENTO DE MOURA

DATA DE NASCIMENTO 16/02/1990

MUNICÍPIO/UF FORTALEZA/CE

DATA DE EMISSÃO 28/04/2006

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

6501521-5
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 455863958

Rota 19 01240 39 133000 - 3 Data de Emissão 28/11/2016

Nome FRANCISCO WESLEY NASCIMENTO DE MOURA

End. Postal RU MENINO JESUS DE PRAGA 00435 CS A
JOAO XXIII - FORTALEZA - 60520600

Medidor 2056603 Poste 0000-0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 023448393-80 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Nov/2016	28/11/2016	29/12/2016

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
66,38	27,00%	17,92

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
1A77.5973.76C5.B67E.FB2B.A192.9045.4304

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto	Mês	Set/2016	DICI = 8,00 P	Apuração Individual		
				Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,07	10,15	20,30	0,22	0,22	0,00
FIC	0,11	5,22	12,45	1,00	1,00	0,00
DMIC	2,06			0,22		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1250	1162	1,00	91	0,00	91	0,72947	66,38

28/11/16 28/10/16 31 DIAS 91 66,38

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	66,38
MULTA MORATORIA REF 10/2016	1,12
JUROS DO MES	0,04
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	4,41
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 1,83)	

VENCIMENTO 05/12/2016 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 71,95

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)
Energia	28,74
Transmissão	0,71
Distribuição	10,81
Encargos Setoriais	5,00
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	21,09
TOTAL	66,38

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
Set	72
Out	91
Nov	78
Dez	95
Jan	72
Fev	73
Mar	71
Abr	68
Mai	76
Jun	83
Jul	64
Ago	38
Sep	64

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	Consciência Ecológica (%CO ₂)
Emitido kg (CO ₂) 39,33	Compensado kg (CO ₂) 0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Consta desta fatura R\$ 3,97 referente a PIS e COFINS.
Trib. 9 Rót. 100/2005 - ANEEL e Tarifa 10-037/02 e 10-039/03

A bandeira para o mês de novembro é amarela, com custo de R\$ 1,50 a cada 100 kWh (quilowatt-hora) consumidos. Mais informações em www.aneel.gov.br

Nº do Cliente: 6501521-5 Referência: Nov/2016
Data de Emissão: 28/11/2016 Total a Pagar (R\$): 71,95
Nº da Nota Fiscal: 455863958 Nº de Controle: 0006501521 00023 39232 25

83870000000-1 71950031000-4 00065015210-7 00233923238-9



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2015048697 - 3 DATA DE EXPEDIÇÃO 01/07/2015

NOME
MARIA NIKAEELLY BEZERRA CAETANO

FILIAÇÃO
JOSE NILDO CAETANO

ANA CLEBIA BEZERRA DE MOURA CAETANO

NATURALIDADE
SÃO PAULO - SP

DATA DE NASCIMENTO
20/04/1993

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 42 SUBDISTRITO TERMO: 146.984

FOLHA: 244 LIVRO: A 246 SÃO PAULO - SP

CPF 048.894.353-10

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 98

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polgar Direto

ASSINATURA DO TITULAR
MARIA NIKAEELLY B. CAETANO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

fls. 81

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
048.894.353-10

Nome
MARIA NIKAEELLY BEZERRA CAETANO

Nascimento
20/04/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
98B1.DAA3.1C49.6B89

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 08:42:48 do dia 10/09/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR
MARIA NIKAEELLY BEZERRA CAETANO

DATA DE NASCIMENTO
20/04/1993

Nº INSCRIÇÃO
0768 4562 0710

ZONA
114

SEÇÃO
0085

MUNICÍPIO / UF
FORTALEZA/CE

DATA DE EMISSÃO
24/08/2009

JUSTIÇA ELEITORAL

VÁLIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Polgar Direto

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR
MARIA NIKAEELLY B. CAETANO

VÁLIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DAVINANA FERNANDES FRAGA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/08/2018 às 18:48, sob o número 01557121120188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0155712-11.2018.8.06.0001 e código 3B32FC2



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Polícia Militar do Ceará PMCE
Batalhão de Policiamento Rodoviária Estadual

DECLARAÇÃO

Declaro que o veículo abaixo discriminado envolveu-se em um acidente de trânsito, no dia 23/11/2016 na Rodovia CE 401 Km 02 no município de Fortaleza por volta de 13:40 horas.

O proprietário ou o condutor do veículo, caso necessite da Certidão do acidente, deverá comparecer à sede da Polícia Rodoviária Estadual, munido de fotocópias da habilitação (proprietário ou condutor) e do CRLV (Documento do Veículo). A certidão será solicitada e fornecida no horário de 08:00 às 11:30 e de 13:30 às 16:00 horas, de segunda a sexta-feira, exceto feriados. O recebimento da Certidão será de 07 (sete) a 10 (dez) dias úteis, após a data da solicitação feita na sede da PRE. Obs.: Somente poderá dar entrada e receber a CERTIDÃO o condutor ou proprietário e no impedimento destes, terceiros, através de PROCURAÇÃO.

CONDUTOR	Fco Wesley Nascimento de Mena	
MARCA	MODELO DO VEÍCULO	PLACA - UF - CE
yamaha	Factor 4BR 125	OCI 7121 - CE

Cavalcante - ST

2097

Comandante da Guarnição
MF.: 065444-1-0 PMCE

End: Aristóbulo Quevedo N°. 195, Maraponga - Fortaleza - CE.
TEL: 85-8707-7024



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Segurança Pública
e Defesa Social
Polícia Militar do Ceará

Confere em: 27/10/2016.

P.O.
Chefe / Emissão de Certidão.

MICHEL BEZERRA DE ALBUQUERQUE
CAPITÃO Q.O.P.M.
MAT. 110.917-1-1

CERTIDÃO Nº. 814/2016.

O Ten. Cel. PM Francisco **CARLOS** de Lima, Comandante do Batalhão de Policiamento Rodoviário Estadual, no uso de suas atribuições legais, CERTIFICA, a requerimento da parte interessada, que foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito – **BOAT**, sob nº **9794-15**, acerca de acidente ocorrido na RV CE 401, Km 02 no Município de Fortaleza/CE, no dia 23/08/2016, às 13h40min, no seguinte teor:

Natureza do Acidente	OUTROS
Veículo e Condutor V1	IYAMAHA/FACTOR de placas OCI 7121-CE conduzido por Francisco Wesley Nascimento de Moura, nascido em 16/02/1990, prontuário nº 04603951212-CE, categoria "A", residente à Rua Menino Jesus de Braga, nº 435, Bairro: João XXIII, Fortaleza/CE. Proprietário: O próprio condutor. Veículo entregue: Francisco Jean Gomes Nogueira.
DESCRIÇÃO: Atendêu a ocorrência o ST PM Francisco de Jesus Rodrigues CAVALCANTE, MF: 065414-1-0, de serviço na VT 2036, do Batalhão de Policiamento Rodoviário Estadual, informando que ao chegar ao local do acidente constatou as seguintes condições: tempo bom, via seca, pavimentada com asfalto, sinalização horizontal (pintada), sem acostamento e boa iluminação. Ao chegar ao local o veículo se encontrava de pé no acostamento da rodovia. As vítimas tinham ferimentos leves. O condutor estava impossibilitado de redigir declaração. Socorridos para a Unimed. Compareceu ao local o perito Vieira, perícia 7001. Avarias do V1: para-lama dianteiro, farol, painel, empunhadura e retrovisor esquerdo, carenagem traseira avariados. Vítimas: 01 - Maria Nikaelle Bezerra Caetano, nascida em 20/04/1993, passageira, com ferimentos leves, conduzida para o Hospital da Unimed; 02 - Francisco Wesley Nascimento de Moura, nascido em 16/02/1990, condutor do V1, com ferimentos leves, conduzido ao Hospital São Matheus. E assim foi descrito e preenchido o BOAT. Eu, ANA VALÉRIA Alves da Silva, 1º SGT PM nº 16371, MF: 108591-1-5, Digitadora, o digitei e assino <i>ANA VALÉRIA</i> conforme original.	

Batalhão de Policiamento Rodoviário Estadual, Fortaleza, 27/10/2016.

P.O.
Alexandre Macedo Holanda - MAJ QOPM
MAT. Func. 110.917-1-7

Francisco **CARLOS** de Lima TEN CEL QOPM
Comandante do Batalhão de Policiamento Rodoviário Estadual
MF. 029.759-1-2

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 8254 / 2016****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/12/2016 08:59:11**
Data / Hora da Ocorrência: **23/08/2016 13:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 401 KM 02**
Complemento:
Bairro: **SERRINHA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **MARIA NIKAEELLY BEZERRA CAETANO**
Nascimento: **20/04/1993** CPF: **048.894.353-10** UF: **CE**
RG: **20150486973** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **ANA CLEBIA BEZERRA DE MOURA CAETANO**
JOSE NILDO CAETANO
Endereço: **RUA MENINO JESUS DE PRAGA, 435 CASA A**
Bairro: **JOAO XXIII** CEP:
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98546-9353**

Nome: **FRANCISCO WESLEY NASCIMENTO DE MOURA.**
Nascimento: **16/02/1990** CPF: **023.448.393-80** UF:
RG: **2004009098791** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **CARMELITA NASCIMENTO DE MOURA.**
ANTONIO NOGUEIRA DE MOURA.
Endereço: **RUA MENINO JESUS DE PRAGA, 435**
Bairro: **JOAO XXIII** CEP: **60.520-600**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98525-2689**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCI7121** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C6KE1520B0038174 Renavam: **324902816** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/FACTOR YBR125 K** Ano
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **FRANCISCO WESLEY NASCIMENTO DE MOURA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, A VITIMA FRANCISCO WESLEY NASCIMENTO DE MOURA TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OCI-7121 E NA GARUPA A VITIMA MARIA NIKAEELLY BEZERRA CAETANO QUANDO O PNEU DIANTEIRO DA MOTO TRAVOU VINDO AS VITIMAS CAIR NO ASFALTO, FICANDO LESIONADAS SENDO A VITIMA MARIA NIKAEELLY BEZERRA CAETANO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DA UNIMED POR MEIOS PRÓPRIOS E A VITIMA FRANCISCO WESLEY NASCIMENTO DE MOURA FOI SOCORRIDO POR MEIOS PRÓPRIOS PARA O UNICLINIC. E NADA MAIS DISSE.//
OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 08/12/2016 09:16:29





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 8254 / 2016

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X *João Wesley Nascimento de Moura*

VISTO DO DELEGADO(A) :

CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5

X *ma. Nicolly B. Luciano*





HOSPITAL REGIONAL UNIMED
Avenida Visconde do Rio Branco, 4000
Fone: (85) 3277.7000 - CNPJ 05.868.278/0002-80
CEP 60055-172 - São João do Tauape - Fortaleza - CE

8503

RECIBO**R\$** R\$ 0,90Recebemos de Maria Michaelly Bezerra Coelaroa importância de noventa centavosreferente a copias frontaisFortaleza (CE), 11 de novembro de 2018

Nome do Paciente ou Responsável

Endereço do Paciente

Id HRU 642

Uwano: 2ª Via - Secob: 3ª Via - Bloco

18

 Empregado Responsável
Suely Gomes V. da Silva
Resouraria - Mat. 0479

0 865 000132473000 9

20/04/1993
Data de Nascimento

COLETIVA
Aquisição

22/08/2016
Vigência do Plano

31/05/2017
Validade

MARIA N.B. CAETANO

Nome do Beneficiário

0865 REGULAMENTADO

Nome do Plano

NAO HA

Cobertura Parcial Temporária

AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRICA

Segmentação Assistencial do Plano

NACIONAL

abrangência

O BOTICARIO

Contratante

NAO4 BASICA

Plano de Atendimento

01

Via

Informações sobre rede, acesse www.centralnacionalunimed.com.br/portabeneficiario

10884-14879

Disque-ANS 0800 701 9656 www.ans.gov.br

SEM CARÊNCIAS A CUMPRIR
ODONTOLOGIA

NAO DISPONIVEL

SAC/Informações:
0800 942 00 11

ANS - nº 33967-9

Cod. Prod. ANS : 00010111

CNS 708001030209428

ESTE CARTÃO NÃO DEVE SER ENTREGUE A TERCEIRAS PESSOAS



Mãe: ANA CLEBIA BEZERRA DE MOURA CAETANO
Data Nasc.: 20/04/1993 Sexo: Feminino
Carteira: 8650001324730009
Estado Civil: SOLTEIRO

Atendimento: 0004 9065
Data Atendimento: 23/08/2016
Profissão:
Naturalidade:

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

23/08/2016 19:01

QUEIXA PRINCIPAL

QUEDA DE MOTOCILETA

HDA

PACIENTE CHAMADA DIVERSAS VEZES. NAO RESPONDEU AO CHAMADO. ALGUNS MINUTOS ANTES DE O NOME DA PACIENTE ENTRAR NO SISTEMA O PAI DA MESMA ENTROU NO CONSULTORIO SEM PERMISSÃO E FOI DEVIDAMENTE EXPLICADO QUE A PACIENTE IA SER CHAMADA DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO DO RISCO. INSISTIU EM SER ATENDIDO E FOI RESPONDIDO PARA SAIR DA SALA.

Unimed Fortaleza
CONFERE COM ORIGINAL

DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO

NAO EXAMIDADA

HIPOTESE DIAGNOSTICA

QUEDA DE MOTOCILETA

CID: M255 - DOR ARTICULAR

COMORBIDADES

- ☐ ASMA ☐ AVC ☐ HIPOTIREOIDISMO ☐ PNEUMOPATIA ☐ DPOC ☐ HAS ☐ HIPERTIREOIDISMO
☐ IRC ☐ DIABETES ☐ TABAGISMO ☐ CANCER ☐ OBESIDADE ☐ DOENCA CONTAGIOSA
☐ CARDIOPATIA ☐ ETILISMO ☐ OUTROS

CONDUTA

- ☐ ENCAMINHAMENTO ☐ MEDICAÇÃO ☐ IMAGEM ☐ LABORATORIO ☐ ALTA ☐ INTERNA

VICTOR MAGALHAES CALLADO

CRM: 10136

Victor Magalhães Callado
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.136



Prescrição.: 2550325 Data: 23/08/2016 - 15:33 DIAS INTERNADO: 0 Dias - Usuário: M08180
Atendimento: 4919065 - Paciente: MARIA NIKAEELY BEZERRA CAETANO
Data Nascimento: Dt Nasc: 20/04/1993 (23a 4m 4d)
Médico: MARCIO WILKER SOARES CAMPELO - CRM 8180
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: EMERGENCIA 24H - ADULTA Leito.: Cobertura:
Cid.: Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco: URG

1ª V

Classificação de Risco: URGENTE



PRESCRICAO MEDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX TORAX - P.A. ; Exame: 2045706 Justificativa: PÓLITRAUMA Obs.: PÓLITRAUMA	1					
2 RX BACIA ; Exame: 2045706 Justificativa: PÓLITRAUMA Obs.: PÓLITRAUMA	1					
3 RX PE OU PODODACTILOS ; Exame: 2045706 Justificativa: PE ESQUERDO Obs.: PE ESQUERDO	1					
4 RX BRACO ; Exame: 2045706 Justificativa: PE ESQUERDO Obs.: PE ESQUERDO	1					
5 RX PUNHO: A.P. - LAT. - OBLIQUAS ; Exame: 2045706 Justificativa: BRAÇO ESQUERDO Obs.: BRAÇO ESQUERDO	1					
6 RX ANTEBRACO ; Exame: 2045706 Justificativa: BRAÇO ESQUERDO Obs.: BRAÇO ESQUERDO	1					
7 RX COLUNA CERVICAL: A.P. - LAT. - T.O. - OBLIQUAS ; Exame: 2045706 Justificativa: POLITRAUMA Obs.: POLITRAUMA	1					
8 ULTRASSOM ABDOMEN TOTAL Exame: 2045707 Justificativa: POLITRAUMA Obs.: POLITRAUMA	1					

Unimed
Fórmula
CONFERE COM ORIGINAL

MARCIO WILKER SOARES CAMPELO
CRM 8180

HRU - PABX (85)3277-7000 CELOG FONE: (85)3277 7729, FAX: (85)3277 7118



Paciente: 71805839 - MARIA NIKAEELY BEZERRA CAETANO
Mãe: ANA CLEBIA BEZERRA DE MOURA CAETANO
Data Nasc.: 20/04/1993 Sexo: Feminino
Carteira: 8650001324730009
Estado Civil: SOLTEIRO

Idade: 23 Anos 4 Meses 3 Dias
Atendimento: fls. 90
Data Atendimento: 23/08/2016
Profissão:
Naturalidade:

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

23/08/2016 15:33

QUEIXA PRINCIPAL

QUEDA DE MOTOCICLETA

HDA

PAC CAIU DE MOTOCICLETA HA 10 KM/H, COM CAPACETE, REFERE TER FICA 1 MIN INCONCIENTE NO LOCAL. REFER DOR EM MIE AO DEAMBULAR.

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
CONFERE COM ORIGINAL

DESCRIÇÃO DO EXAME FISICO

A - VIAS AEREAS PERVIAS, SEM DOR CERVICAL
B - MV PRESENTE BILATERAL, ACIANOTICA FR 16
C - FC 80, PA 130/80, BCNF
D - PUPILAS NORMAIS, ECG 15
E - COM ESCORIAÇÃO EM MMSS E II. EDEMA EM PÉ ESQUERDO COM FCC.
CD.: SOL RX, AV TRAUMATOLOGIA E NEUROLOGIA. SOL US ABDOME TOTAL

HIPOTESE DIAGNOSTICA

POLITRAUMA

CID: Z480 - CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS

COMORBIDADES

☐ ASMA ☐ AVC ☐ HIPOTIREOIDISMO ☐ PNEUMOPATIA ☐ DPOC ☐ HAS ☐ HIPERTIREOIDISMO
☐ IRC ☐ DIABETES ☐ TABAGISMO ☐ CANCER ☐ OBESIDADE ☐ DOENÇA CONTAGIOSA
☐ CARDIOPATIA ☐ ETILISMO ☐ OUTROS

CONDUTA

☐ ENCAMINHAMENTO ☐ MEDICAÇÃO ☐ IMAGEM ☐ LABORATORIO ☐ ALTA ☐ INTERNA

MARCIO WILKER SOARES CAMPELO

CRM: 8180

Atadura 101
SF 100
Agulha 40x12
Gase 3

Hospital Regional

RECIBO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DAVINANA FERNANDES FRAGA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/08/2018 às 18:48, sob o número 01557121120188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0155712-11.2018.8.06.0001 e código 3B32FC2.

FICHA DE ATENDIMENTO
INTERNAÇÃO/PQA

 Atendimento 1.194.594
 Nº Prontuário 394.294
 Dt Internação 06/10/2016 11:09

 Nome Maria Nikaelly Bezerra Caetano
 Titular do Conv. Maria Nikaelly Bezerra Caetano
 Estado Civil Solteiro
 Nome Pai Jose Nildo Caetano
 Nascimento 20/04/1993
 Endereço Menino Jesus de Praga, 435 Joao XXIII
 Bairro Joao XXIII
 Naturalidade

Conjugue

Cid

Sexo Feminino

Nome Mãe Ana Clebia Bezerra de Moura Caetano

CPF

Idade 23 Anos

Identidade 20150486973

Telefone 1 (85) 985252689

Dt Entrada 06/10/2016

Dt Alta 06/10/16

Cidade Fortaleza

Religião

Acomodação

Plano de Saúde

Enfermaria

Nome

GIH

Autorização

UNIMED

04417067

Unidade

Empresa

Cód.Usuário

08650001324730009

706 -3

Responsáveis

Nome Ana Clebia Bezerra de Moura Caetano

Endereço Menino Jesus de Praga, 435 Bom Jardim

RG

CPF não digitado

Nome

Endereço

RG

CPF

Parentesco

Telefone 2 (85)985469353

Telefone 3

Telefone 4 não digitado

Parentesco

Telefone

Celular

Tel Trabalho

Queixa Principal

HDA:

Diagnóstico Provável:

Diagnóstico Definitivo:

AUDITADO

07/10/16

Chris

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Médico Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONHECIMENTO

O paciente (ou responsável, Sr(a) Maria Nikaelly Bezerra Caetano, CPF nº , aqui declarado, internado neste nosocômio, assumo, mediante este termo a responsabilidade pelo pagamento de procedimentos efetuados, medicamentos, materiais e alimentação especializada, que venham a ser necessário durante o período de internação, desde que estes não sejam cobertos por meu plano de saúde, assim como, não conhecimento que o Hospital Uniclinic não se responsabiliza por valores (dinheiro, celular, notas, etc) deixados em quaisquer dependências interna/externa, sob a responsabilidade de quaisquer comprometido, por parte da instituição, de furtos/roubos causados durante a permanência no mesmo.

Responsável pelo Atendimento

Maria Viriane Vieira Freitas

Paciente ou Responsável

1194.92



UNICLINIC

o hospital da sua vida

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

NOME: Maria Nikaelly Bezerra Balbino
 CLÍNICA: cirurgica CATEGORIA: unipolo LEITO: 706-3 PRONTUÁRIO: 39424
 DATA: 06/10/16 CIRURGIÃO: [assinatura]
 1º AUXILIAR: [assinatura] 2º AUXILIAR: [assinatura] 3º AUXILIAR: [assinatura]
 INSTRUMENTADOR: [assinatura] CIRCULANTE: [assinatura]
 ANESTESISTA: [assinatura] TIPO DE ANESTESIA: [assinatura]
 DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: [assinatura]

TIPO DE OPERAÇÃO:

tratamento do artro
no joelho

DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO:

RELATÓRIO MEDIATO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOGRÁFICO NO ATO:

ACIDENTES OU INCIDENTES:

CONTAGEM DE COMPRESSAS: I: 05 T: 05

Início da Cirurgia: 12:10 Término: 12:25

Duração: 15 min

Início do Oxigênio: 12:10 Término: 12:25

Duração: 15 min

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICAS - LIGADURAS - DRENAGENS - SUTURAS - MAT. EMPREGADO - ASPECTO - VÍSCERAS

- 1) Verificação da anatomia
do joelho
- 2) Ampliação da incisão
para a artroscopia
- 3) debridamento da articulação
no joelho
- 4) verificação da artroscopia
após o procedimento

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

[assinatura]
Dr. João Ricardo A. de Almeida
CRM - 5244

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRURGIÃO

Nome do Paciente: Maria Nikaelly Bezerra Castano
 Data: 06/10/16 Leito: 706-2
 Tipo Cirurgico: de Artite no pe E Convênio: Unimed
 Início: 12:10 Término: 12:10

NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE
Abocath N°	unid		Latex	unid	01	Fio Ethibond N°	unid	
Adaptador p/Soro	unid	01	Lâmina de Bisturi N°	unid		Fio Ethibond N°	unid	
Água Destilada 20ml	unid		Lâmina de Bisturi N°	unid		Fio de Aço N°	unid	
Água Destilada 1000ml	unid		Lâmina de Tricotomizador	unid		Fio de Kirschner N°	unid	
Agulha 13x30	unid		Liga Clips N°	unid		Fio de Steinmann N°	unid	
Agulha 13x4,5	unid		Luva 6.5	unid		Catgut Cromado N°	unid	
Agulha 25x7	unid	01	Luva 7.0	unid	02	Catgut Cromado N°	unid	
Agulha 30x8	unid		Luva 7.5	unid	01	Catgut Simples	unid	
Agulha 40x12	unid	02	Luva 8.0	unid		Caprofil	unid	
Agulha de Veres	unid		Luva 8.5	unid		Monocryl	unid	
Algodão Hidrófilo	gr	20	Máscara	unid	05	Monocryl	unid	
Algodão Ortopédico	10cm		Malha Tubular N°	cm		Mononylon 2.0	unid	
Algodão Ortopédico	15cm		Micropore 2,5cm	cm	50	Mononylon 3.0	unid	
Algodão Ortopédico	20cm		Micropore 5,0cm	cm		Mononylon 4.0	unid	
Atadura de Crepon	6cm		Propés	unid	06	Mononylon 5.0	unid	
Atadura de Crepon	10cm		Placa Bisturi Descartável	unid		Mononylon 6.0	unid	
Atadura de Crepon	15cm	02	Raio X de controle	unid		Mononylon Especial	unid	
Atadura de Crepon	20cm		Seringa 01 cc	unid		Polycot N°	unid	
Atadura de Crepon	25cm		Seringa 03 cc	unid		Polycot N°	unid	
Atadura de Crepon	30cm		Seringa 05 cc	unid	01	Prolene N°	unid	
Atadura de Gesso	10cm		Seringa 10 cc	unid		Prolene N°	unid	
Atadura de Gesso	15cm		Seringa 20 cc	unid	01	Seda N°	unid	
Atadura de Gesso	20cm		Seringa 60 cc	unid		Seda N°	unid	
Avental Descartavel	unid		Sonda Dormia	unid		Vicryl Plus	unid	
Azul de Metileno	ml		Sonda de Folley N°	unid		Vicryl 0.0	unid	
Bolsa de Colostomia	unid		Sonda de Asp.Traq. N°	unid		Vicryl 1.0	unid	
Bolsa de Karaia	unid		Soro Fisiológico 0,9% 100	unid		Vicryl 2	unid	
Capa Laparoscópica	unid		Soro Fisiológico 0,9% 250	unid		Vicryl 2.0	unid	
Capa Microscópio	unid		Soro Fisiológico 0,9% 500	unid	01	Vicryl 3.0	unid	
Cateter duplo J	unid		Soro Fisiológico 0,9% 1000	unid		Vicryl 4.0	unid	
Campo Impermeavel desc	unid		Surgicel	unid		Vicryl 5.0	unid	
Caneta Bisturi	unid		Talafix tipo:	unid		Vicryl Rapyd	unid	
Cera para Osso	unid		Tala gessada	unid		Naropin	unid	
Compressa Grande	unid	03	Tipóia Descartavel	unid		Ominipaque 300	fr	
Clorexidina degermante	ml	100	Torneira Tree Way	unid		Oximetazolina		
Clorexidina alcoólica	ml	100	Trocater N° 10mm	unid				
Clorexidina aquosa	ml							
Cotonnoid	unid		TAXAS			Gas Carbônico Co2	hora	
Coletor de Urina Sit.Fecha.	unid		UNICLINIC			Nitrogênio	hora	
DepoMedrol	unid		CONFERE COM O MATERIAL DE FORNECEDOR					
Dreno Penrose N°	unid		ORIGINAL					
Dreno Portovac N°	unid							
Dreno Tórax N°	unid							
Equipo	unid							
Esparadrapo	cm	60						
Éter	ml							
Extensor 20cm	unid							
Faixa Smarch	unid							
Formol	ml							
Fio Guia Hidrofilico	unid							
Fita Cardiaca	unid							
Gaze 7,5x7,5	unid	30						
Gaze Acolchoada	unid							
Glutaraldeido	ml							
Gel Foan	unid							
Gorro	unid	06						
Intracath N°	unid							

Cirurgião:
 Anestesista:

Aux 2:

Instrumentador

Dr. João Ricardo de Almeida
 CRM - 52.000



uniclinic
O hospital da sua vida.

ANAMNESE DE ENFERMAGEM

Paciente: Maria Mikaelly Bezerra Caetano Idade: 23 Sexo: F Leito: 7063
Convênio: Unimed Grupo Sang.: _____ Fator RH: _____ Data: 06/10/16 Hora: 11:30

PRÉ-OPERATÓRIO

Hipertensão () Cardiopatias () Diabetes () Doenças Resp. () Alergias () Outros ()

Quais: _____

Faz uso de medicações? Sim () Não (X)

Quais? _____

Peso _____ Kg _____ Altura _____ cm _____ Cirurgia anterior: Sim () Não (X)

Qual? _____

Anestesia anterior: Sim () Não (X)

Tipo? _____

Próteses: Sim () Não (X) Fumante: Sim () Não ()

Cirurgia proposta: Artroscopia Médico: João Ricardo

Sinais vitais: T= _____ °C P= _____ bpm R= _____ rpm PA _____ mmHg

TRANS-OPERATÓRIO

Cirurgia realizada: Artroscopia PA _____ mmHg

Tipo anestésico: Local + Sedação Tempo cirúrgico: Início 12:10 Término 12:25

Medicações utilizadas: Lidocaína 1% + Propofol

Peça cirúrgica / corpo estranho: _____ Destino: _____

Exames durante o trans-operatório: RX () ECG () Laboratório () US ()

Realizado contagem de compressas: Sim () Não ()

Instrumentador(a): Claudia Circulante: Tarciso

Paciente encaminhado para: SR (X) UTI **UNICLINIC** Posto (X)

COM:

() Sonda nasogástrica

() Tubo endotraqueal

() Cateter venoso periférico

() Sonda vesical

() Cateter venoso central

() Curativo

() Traqueostomia

() Tampão

() Dreno

() Tala

Intercorrências: Queda de braço

PÓS-OPERATÓRIO

Encaminhado: _____ hs: _____

Enfermagem: _____



PRESCRIÇÃO MÉDICA DE 06/10/2016

Nome do Paciente:

Wera Bicaelly Bezerra

Enf. Apto.: 1

Leito.: 706.3

Médico.: [assinatura]

Credenciamento: Unimed

Internamento: 1/1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

MATERIAL UTILIZADO

1) Soro 20 cc

Ser. 20 cc

2) Soro fisiológico

Ser. 10 cc

3) Soro 1 g + 10 cc

Ser. 5 cc

Am 12/6/16

4) Soro 1 g + 10 cc

Ser. 3 cc

Dr. Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5144-SP/42296-405-57

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

[assinatura]

BOMBA DE INFUSÃO
MED. LIG. DES. LIG. DES.

Soro fisiológico

SND

Procedimento

14

Dr. Ricardo Andrade

15:36

Alte hipotensão

DR. A. O. 2500

CRM-3244

Em 12/10/16

DEFEITO 10/16



Evolução Paciente

Paciente: **Maia Nikaelly Bezerra Caetano**
 Data Nascimento: **20/04/1993** 23 Anos
 Sexo: **Feminino**
 Telefone: **966459353**
 Endereço: **São Carlos**

Atendimento: **1.194.594**
 Prontuário: **394.294**
 Dt. Entrada: **06/10/2016 11:09:38**
 Convênio: **UNIMED ENFERMARIA**

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código pr
06/10/2016 11:09:38	Enfermeiro	Evolução		Renata Mayra Reis Maia	

Enfermeiro(a): **Renata Mayra Reis Maia** Enfermeiro(a)

Data Ingresso: **06/10/2016 11:09:38** Entrada na Unidade: **13:25**

ADMISSÃO UNIDADE

• ☒ **Atendimento de enfermagem (Consciente, orientada, verbalizando):**

• ☒ **Admissão (chegou a unidade de maca, proveniente do CC):**

• ☒ **Respiratório (Fornecida em ar ambiente):**

• ☒ **PA (130x80):**

• ☒ **Dieta (meto geral):**

• ☒ **Incisão cirúrgica (Em MIE):**

• ☒ **Medicação e disposição de infusão (AVP Pervio):**

• ☒ **Legenda sem:**

• ☒ **Eliminações urinárias e fecais (eliminações vesico-intestinais presentes):**

• ☒ **Queda, nega:**

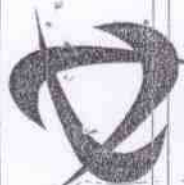
• ☒ **Medicamentos (prescritos):**

Referência: **Admissão para procedimento em Pe E. Paciente nega comorbidades e alergias medicamentosa. Refere ser**

Renata Mayra R. Maia
 Enfermeira
 COREN 485.503

Renata Mayra Reis Maia / Coren 485.503

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL



uniclinic

O hospital da sua vida

BOLETIM DE RECUPERAÇÃO

Nome: Maria Nikolaev. Vuzina
Leito: 706.3

Leito: ✓	706.3
----------	-------

Unidade / Serviço: P4
Admissão: 06 / 10 / 2016

Admissão: 06 / 10 / 2016

[illegible]

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL



NOME DO PACIENTE: Maria Nivally		CREDENCIAMENTO:	
ENF./APTO:	LEITO:	MÉDICO ADMITENTE:	MÉDICO ASSISTENTE:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

OB10 Parete interna
PT total up

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244 CPF: 423.866.403-67

Parete operada, porém
há um prolapso

Dr. João Ricardo A. de Almeida
CRM 5244

06 R.O. A
12 B.T. A
16 A.T. O.T. 55 R.O. P.O. A
Ed. A.T. 55 O!
Enf. Nivally
Dr. Evaldo Rodrigues

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DAVINANA FERNANDES FRAGA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/08/2018 às 18:48, sob o número 01557121120188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0155712-11.2018.8.06.0001 e código 3B32FC2



UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

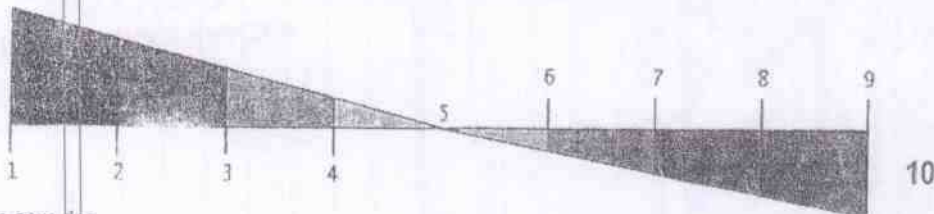


NOME: Janice Nixelly Bezerra Caetano
PRONTUÁRIO: 394.294 1194594

DATA DE NASC.: 29/04/19
DATA ADMISSÃO: 06/10/16
HORA ADMISSÃO: 12:57

- LISTA RESUMIDA DE COMORBIDADES
- () HAS () DM () IC () AVC PRÉVIO () Outras: _____
() IRC () IRA () ARRITMIAS () DEMÊNCIA () ALERGIAS: _____

ESCALA ANALÓGICA DE DOR



Quase sem dor

A pior dor da minha vida

NA ADMISSÃO: 1

APÓS UMA HORA: 1

ESCORE NA ALTA: 1

SUGESTÕES DA ANESTESIA

ESCALA DE ALDRETE E KROULIC MODIFICADA

A) ATIVIDADE		P) PRESSÃO		C) CONSCIÊNCIA		R) RESPIRAÇÃO		S) SpO ₂	
CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA
MOVE 4 MEMBROS	2	<20% NÍVEL PRÉ-OP	2	ACORDADO	2	PROFUNDA/ TOSSE	2	>92%	2
MOVE 2 MEMBROS	1	20-49% NÍVEL PRÉ-OP	1	DESPERTA VERBAL	1	LIMITADA/ DISPNEIA	1	90-92%	1
NÃO MOVE	0	>50% NÍVEL PRÉ-OP	0	NÃO DESPERTA VERBAL	0	APNEIA	0	<90%	0

ADM	15'	30'	45'	1h	1h30'	2h	2h30'	3h	4h	5h	6h	8h	10h
A	2	2	2	2	2								
P	2	2	2	2	2								
C	1	1	1	1	1								
R	2	2	2	2	2								
S	1	1	2	2	2								
	8	8	9	9	10								

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

INTERCORRÊNCIAS

- () HIPERTENSÃO () CEFALÉIA () TOSSE () AGITAÇÃO () VAR. GLICEMIAS () ANESTESIAS
() HIPOTENSÃO () TONTURA () SECREÇÃO () DELIRIUM () DIST. POTÁSSIO () PARESTESIAS
() TAQUICARDIA () NÁUSEAS () DISPNEIA () ANSIEDADE () DIST. SÓDIO () PARESIAS
() BRADICARDIA () VÔMITOS () APNÉIA () CHORO () DIST. CÁLCIO () AMAUROSE
() PARADA () DOR ABD. () RE-IOT () SUICIDABILIDADE () DIST. MAGNÉSIO () SURDEZ

EVOLUÇÃO RESUMIDA (INCLUIR NOME DO CIRURGIÃO, CIRURGIA E ANESTESISTA)

OSTEOM. C. T. S. M. E. : Dr. João
R. C. D. S. D. A. C. + 20h
Dr. D. A. N. P. O. R. O. R. O. N. I.

CHECKLIST DA PRESCRIÇÃO PADRÃO

- () PANTOZOL () DIPIRONA () TRAMAL () PLAMET/PLASIL () LORAX
() CLEXANE () PARACETAMOL () MORFINA () DRAMIN B6 () RIVOTRIL
() HEPARINA NF () PROFENID () OUTRO OPIÓIDE () ONDASETRONA () DIAZEPAM

HORA DA ALTA: 13:50

PA: 110 x 69

FC: 72 SpO₂: 98%

X APARTAMENTO

() UTI

() RESIDÊNCIA (ANEXAR ALTA FEITA PELO CIRURGIÃO)

ASSINATURA DO MÉDICO PLANTONISTA

Dr. Evaldo

PRESENCIA



uniclinic
O Hospital da sua vida

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: Maria Nikaelly Bezerra Caelano
AP/ENF:
CIRURGIÃO:
LEITO:
DATA: 06/10/16
CONVÊNIO: Unimed
RESPIRAÇÃO:
IDADE:
PESO:
ALTURA:
SEXO:
PULSO:
TIPO SANGÜINEO:
HEMACIAS:
HEMOGLOBINA:
PA:
GLICEMIA:
URÉIA:
HEMATÓCRITO:
ASMA:
BONQUITE:
AP. RESPIRATÓRIO: MV + SIM
AP. CIRCULATÓRIO: RQU
AP. DIGESTIVO:
DENTES:
PESCOÇO:
AP. URINÁRIO:
URINA:
ALERGIAS: Nega
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:
ANESTESIAS ANTERIORES: Santa
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:
PAM:
HORÁRIO: 12:50 12:25
Agente Anestésico:
Líquidos (soros, hemoderivados etc.):
PULSO: 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20
TEMP.: 38.0 37.5 37.0 36.5 36.0 35.5 35.0 34.5 34.0 33.5 33.0 32.5 32.0 31.5 31.0 30.5 30.0 29.5 29.0 28.5 28.0 27.5 27.0 26.5 26.0 25.5 25.0 24.5 24.0 23.5 23.0 22.5 22.0 21.5 21.0 20.5 20.0 19.5 19.0 18.5 18.0 17.5 17.0 16.5 16.0 15.5 15.0 14.5 14.0 13.5 13.0 12.5 12.0 11.5 11.0 10.5 10.0 9.5 9.0 8.5 8.0 7.5 7.0 6.5 6.0 5.5 5.0 4.5 4.0 3.5 3.0 2.5 2.0 1.5 1.0 0.5 0.0
PVC:
PA:
ANEST.: XXXX
OP:
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES:
POSICÃO: DOP
AGENTE:
TÉCNICA: Sedação + anest local
CIRURGIA: Hto de osteomielite
CIRURGIÕES: Dr. João Ricardo
ANESTESISTA(S): Luana Bezerra
INTERCORRÊNCIAS:
INDUÇÃO:
Satisfatória:
Tosse:
Náuseas:
Excitação:
Lenta:
Vômito:
MANUTENÇÃO:
1) Monitorização:
2) propofol 50:
3) ameb local:
4) xilo 1/1000:
5) ASK:
6) L9:
7) L10:
8) L11:
9) L12:
10) L13:
11) L14:
12) L15:
13) L16:
14) L17:
15) L18:
16) L19:
17) L20:
18) L21:
19) L22:
20) L23:
21) L24:
22) L25:
23) L26:
24) L27:
25) L28:
26) L29:
27) L30:
28) L31:
29) L32:
30) L33:
31) L34:
32) L35:
33) L36:
34) L37:
35) L38:
36) L39:
37) L40:
38) L41:
39) L42:
40) L43:
41) L44:
42) L45:
43) L46:
44) L47:
45) L48:
46) L49:
47) L50:
48) L51:
49) L52:
50) L53:
51) L54:
52) L55:
53) L56:
54) L57:
55) L58:
56) L59:
57) L60:
58) L61:
59) L62:
60) L63:
61) L64:
62) L65:
63) L66:
64) L67:
65) L68:
66) L69:
67) L70:
68) L71:
69) L72:
70) L73:
71) L74:
72) L75:
73) L76:
74) L77:
75) L78:
76) L79:
77) L80:
78) L81:
79) L82:
80) L83:
81) L84:
82) L85:
83) L86:
84) L87:
85) L88:
86) L89:
87) L90:
88) L91:
89) L92:
90) L93:
91) L94:
92) L95:
93) L96:
94) L97:
95) L98:
96) L99:
97) L100:
98) L101:
99) L102:
100) L103:
101) L104:
102) L105:
103) L106:
104) L107:
105) L108:
106) L109:
107) L110:
108) L111:
109) L112:
110) L113:
111) L114:
112) L115:
113) L116:
114) L117:
115) L118:
116) L119:
117) L120:
118) L121:
119) L122:
120) L123:
121) L124:
122) L125:
123) L126:
124) L127:
125) L128:
126) L129:
127) L130:
128) L131:
129) L132:
130) L133:
131) L134:
132) L135:
133) L136:
134) L137:
135) L138:
136) L139:
137) L140:
138) L141:
139) L142:
140) L143:
141) L144:
142) L145:
143) L146:
144) L147:
145) L148:
146) L149:
147) L150:
148) L151:
149) L152:
150) L153:
151) L154:
152) L155:
153) L156:
154) L157:
155) L158:
156) L159:
157) L160:
158) L161:
159) L162:
160) L163:
161) L164:
162) L165:
163) L166:
164) L167:
165) L168:
166) L169:
167) L170:
168) L171:
169) L172:
170) L173:
171) L174:
172) L175:
173) L176:
174) L177:
175) L178:
176) L179:
177) L180:
178) L181:
179) L182:
180) L183:
181) L184:
182) L185:
183) L186:
184) L187:
185) L188:
186) L189:
187) L190:
188) L191:
189) L192:
190) L193:
191) L194:
192) L195:
193) L196:
194) L197:
195) L198:
196) L199:
197) L200:
198) L201:
199) L202:
200) L203:
201) L204:
202) L205:
203) L206:
204) L207:
205) L208:
206) L209:
207) L210:
208) L211:
209) L212:
210) L213:
211) L214:
2

Atendimento: 139686
Paciente: MARIA NIKAEELY BEZERRA CAETANO
Solicitante: Dr.(a) VANOR CRUZ
Data: 05/10/2016
Exame: 204187 US ARTICULAR PÉ (ESQUERDO)
Convênio: UNIMED

ULTRASSONOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

Moderado derrame articular de conteúdo espesso na articulação metatarsofalangiana do 1º raio com material hiperecogênico em permeio (corpo estranho/pus) com trajeto fistuloso para pele, sugestivo de processo inflamatório/infeccioso (artrite infecciosa) associado a osteomielite.

Espaços interdigitais analisados sem coleções ou lesões expansivas sólidas ou císticas.

Musculatura intrínseca com aspecto ecográfico preservado.

Fáscia plantar com espessura e ecogenicidade normais.

Ausência de lesões tendíneas.

Dr. CARLOS MACEDO
RADIOLOGIA GERAL E INTERVENÇÃO
CRM 8039 / CBR 3291

Dr. HARLEY SILVEIRA
RADIOLOGIA GERAL
ESPECIALISTA EM RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
CRM 8933

Dr. KELNNER PORTELA LUZ
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
MEMBRO DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA
CRM 7380

Dr. PABLO PICASSO
RADIOLOGIA GERAL E NEURORADIOLOGIA
CRM 6806 / CBR 7548

Rua Eurébio de Sousa, 373 - Bairro José Bonifácio
Fortaleza/CE
(85) 3032-2927

Dr(a). THIAGO MONT'ALVERNE ARCANJO
Médico(a) Radiologista
CRM - 12958



Me. Mikelly B. Costa

Mei de Sono

Compromisso . 15.20h-16h

Mi puerperal de frênco
e adeno ginecológico

Dr. João Ricardo Andrade
Otorrinolaringologista
CRM 5244 CPF: 423.866.403-73

HOSPITAL UNICLINIC
Av. Aguanambi, 332
B. Fátima - Fort. - Ceará - Brasil
60055-402 - Fone: (85) 3311 6000
www.uniclinic.com.br
dr.dav.ceruz@terra.com.br



Dr. William B. Amorim

*DISCERNIR
SE NÃO NÃO APRESENTA*

*- DISPARADO EM 7 M
João*

[Signature]

Dr. João Quintino Junior
Ortopedista/Traumatologista
CRM 5252

Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará
www.uniclinic.com.br - uniclinic@uniclinic.com.br
PABX: (85) 3311.6000

RECEITUÁRIO



Hospital Regional
www.hospitalregionalunimed.com.br
 Av. Visconde do Rêo Branco, 4.000
 60055-172 Tauape, Fortaleza - CE
 T. (85) 3277-7000
 F. (85) 3277-7124

Marie Kelly

no, estom

4) Bupropionil — 1cx

1800 / dia

por 7 dias

3

Dr. Clecius Clay

23 AGO. 2016

Traumatologia - Ortopedia
 CRM 5801 TRO - 399

coop Membro da Aliança
 Cooperativa Internacional

ANS - 31.714-4

Cód.: 43361

Receita de Controle Especial

1ª via - Retenção da Farmácia 2ª via - Orientação ao Paciente

Identificação do Emitente	
Nome completo:	
CRM:	UF:
Endereço: Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima	
Telefone: 3311.6000	
Cidade: Fortaleza	UF: CE

Carimbo e assinatura do médico

Paciente: N. M. C. - 1. B. An

Endereço: M. L. 435

Prescrição: DO NOTO 75

QD 1. OCTA
50
Qu 6/12

Data: 21/9/16

Identificação do Comprador	
Nome: <u>FE Weply no...</u>	
Ident.: <u>di...</u>	Org. Emissor.
End.: <u>2004009098791</u>	
Cidade: <u>Fort</u>	UF: <u>CE</u>
Telefone:	

Identificação do Fornecedor	
Assinatura do farmacêutico	
Data: <u>1/1</u>	

Receita de Controle Especial

1ª via - Retenção da Farmácia 2ª via - Orientação ao Paciente

Identificação do Emitente	
Nome completo:	Dr. João Quintino Junior
CRM:	CRM-5252
Endereço:	Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima
Telefone:	3311.6000
Cidade:	Fortaleza
UF:	CE

 Dr. João Quintino Junior Médico
--

Paciente: Murilo R. Amorim
 Endereço: Rua Murilo R. Amorim 425
 Prescrição: Cefprozol 500 100 28

QUE MENOS - CB - 765
 NÃO É PERMITIDO TROCA OU
 ALTERAÇÃO DE MEDICAMENTO.

QUE MENOS - CB
 NÃO É PERMITIDO TROCA OU
 ALTERAÇÃO DE MEDICAMENTO.

ROBATO
 DATA: 29/16
 Data: 29/16

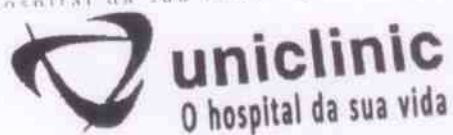
PRODUTO: 3CX cefalexim 500mg
 DATA: 09/09/16

Identificação do Comprador	
Nome:	
Ident.:	Org. Emissor.
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Fornecedor	
Assinatura do farmacêutico:	
Data:	/ /



Avenida Aguanambi, 332
Bairro de Fátima - Fortaleza - Ceará
60055-402 PABX (85) 3311.6000
dr.davidcruz@terra.com.br
www.uniclinic.com.br



Marcia Micaelly B. Castro

1. Bupropion *1cx*
tomar 01 q dia

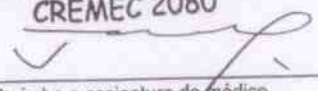
Fortaleza 27.09.2016

Dr. Vanor Cruz
CPF: 026.244.513-15
CREMEC 2080

Receita de Controle Especial

1ª via - Retenção da Farmácia 2ª via - Orientação ao Paciente

Identificação do Emitente	
Nome completo:	Dr. Vanor Cruz UF:
CRM:	CPF: 026.244.513-15
Endereço:	Av. Agostinho 137 - Bairro Fátima
Telefone:	3311.6000
Cidade:	Fortaleza UF: CE

Dr. Vanor Cruz CPF: 026.244.513-15 CREMEC 2080  Carimbo e assinatura do médico

Paciente: Mauria Mikaelly Bezerra Caelano
Endereço: Rua marcos josé de paiva 435
juá XXII
Prescrição:

1. Afeleona 500g 14cps
tomar 01 cp de 12/12 hs

Data: 27, 09, 16

Identificação do Comprador	
Nome:	
Ident.:	Org. Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Fornecedor	
Assinatura do farmacêutico	
Data:	/ /

Receita de Controle Especial

1ª via - Retenção da Farmácia 2ª via - Orientação ao Paciente

Identificação do Emitente	
Nome completo:	Jr. João Ricardo Andrade
CRM:	Ortopedia e Traumatologia
Endereço:	Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima
Telefone:	3311.6000
Cidade:	Fortaleza
UF:	CE

Jr. João Ricardo Andrade Ortopedia e Traumatologia CRM 5244 CPF: 423.866.403-53
Carimbo e assinatura do médico

Paciente: Marcos Vinícius Bezerra
 Endereço: Rua Menina Jemá
 Prescrição: UF Jos

① Levokina 500 - 16x
 via oral 1x/da

Data: 06/10/16

Retorno
 → 13/10/144

Identificação do Comprador	
Nome:	FRANCISCO WESLEY
Ident.:	2004009098791
Org. Emissor:	351
End.:	R. Minerva
Cidade:	Corde
UF:	CE
Telefone:	85252689

Identificação do Fornecedor	
Assinatura do farmacêutico	
Data: / /	

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome:	Dr. João Ricardo Andrade de Alencar
CRM:	5244 UF: CE.
Endereço:	Av. Aguanambi, 332 UNICLINIC
Cidade:	Fortaleza UF: CE.
Telefone(s):	(85) 3211.6000

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drogaria
2ª Via - Orientação ao Paciente

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244 (CE) - 745.866.403-551

Carimbo ou Assinatura do Médico

Paciente: Mr. Isabela A. Costa

Endereço: R. Mendonça da Silva 426

Prescrição: 700 XALM

1 - Levoxin 500mg _____ cx. c/ 7
tomar 1 comprimido, via oral, 01 vez ao dia, por 07 dias.

13.10.16
Data: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	_____
Ident.:	_____ Órgão Emissor: _____
Endereço:	_____
Cidade:	_____ UF: _____
Telefone(s):	_____

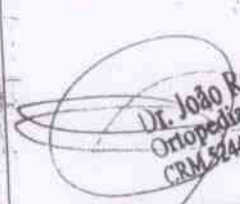
**NÃO AUTORIZO A TROCA
DESSE MEDICAMENTO**

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	_____/_____/_____ Data

Receita de Controle Especial

1ª via - Retenção da Farmácia 2ª via - Orientação ao Paciente

Identificação do Emitente	
Nome completo:	<i>Dr. Ricardo</i>
CRM:	UF: <i>CE</i>
Endereço: Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima	
Telefone: 3311.6000	
Cidade: Fortaleza	UF: CE

 Dr. João Ricardo Andrade Ortopedia e Traumatologia CRM 244 CPF: 423.866.403-51
Carimbo e assinatura do médico

Paciente: *Mr. Nikolay B. Gorkov*

Endereço: *RE. Manoel de Aguiar 43*

Prescrição: *C. 01/01/2018*

(1) - Amoxicilina 90mg - 14

uso oral - 12h

Data: *09/10/18*

Identificação do Comprador	
Nome:	
Ident.:	Org. Emissor.
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Fornecedor	
Assinatura do farmacêutico	
Data: / /	



**MULTICLÍNICA
FORTALEZA**

"Uma equipe cuidando de sua saúde"

Marcelo N. Kelly R. Costa

Rx Uso Oral

1) B. penicilina 150g — 14
tom 3 cp de 12/12h por 7 dias

2) Amoxicilina 10mg — 14
tom 2 cp à Noite.

20/V/16

[Handwritten signature]

Rua Guaratinguetá, 60 - Parangaba - Fones: (85) 3048.5801 / 3048.5802 / 3048.5803 / 3048.5850 - Fortaleza - CE
www.multiclinicafortaleza.com.br



**MULTICLÍNICA
FORTALEZA**

"Uma equipe cuidando de sua saúde"



**MULTICLÍNICA
FORTALEZA**

"Uma equipe cuidando de sua saúde"

Mar. V. Kelly R. Costa

14 Uso Oral

OB. puerp. 15kg — 14
ton 5kg de 12/12h por 07 dias
2 Unid. 10mg — 14
ton 2q a Noite.

20/11/16

DR. J. J. VAS. OF. 12098
CR. 12098
12098

Mar. W. Kaelly B. Costa

Uso Oral

Glucosamina 1,5g
Condrosmina 1,2g

1x dia — 6 meses

Marcelo Affonso
Médico Ortopedista - CRM 12098
Chefe Ortopedia - HCAF

09/12/16

Boghos Boyadjian

Diagnóstico por imagem

Laboratório de Análises Clínicas

PACIENTE: *MARIA NIKAELLY BEZERRA CAETANO*
SOLICITANTE: *Dr. JOAO RICARDO ANDRADE*
CONVÊNIO: *UNIMED*

ATEND. *4418198*

DATA: *15/12/2016*

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORNOZELO ESQUERDO

TÉCNICA:

Axial gradiente-echo.
Axial spin-echo T1.
Sagital fast spin-echo T2.
Sagital spin-echo T1.
Axial fast spin-echo T2.

LAUDO:

Estruturas ósseas de morfologia, características de sinal de ressonância magnética e alinhamento preservados.

Pequeno derrame articular

Leve espessamento com edema em partes moles subcutâneas circunferenciais difusas notadamente no aspecto lateral-medial do retro-pé.

Tendões dos músculos tibial anterior, extensor longo do hálux, extensor longo dos dedos, tibial posterior, flexor longo dos dedos, flexor longo do hálux, fibular longo, fibular curto e tendão de aquiles de morfologia e sinal normais.

Estruturas musculares, ligamentares e demais planos gordurosos íntegros.

CONCLUSÃO:

Pequeno derrame articular com edema em partes moles subcutâneas circunferenciais difusas, provavelmente pós-traumática.


Dr. MARCELO PINHEIRO
CRM 6763

Boghos Boyadjian
Diagnóstico por imagem
Laboratório de Análises Clínicas

PACIENTE: *MARIA NIKAEALLY BEZERRA CAETANO*
SOLICITANTE: *Dr. JANSEN VASCONCELOS*
CONVÊNIO: *UNIMED*

ATEND.: 44181

DATA: 01/12/20

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ANTEPÉ ESQUERDO

Análise:

Bursite do 1º e do 4º espaço intermetatársicos, onde se observa distensão e acúmulo líquido entre as cabeças metatarsais.

Artefatos junto à margem medial da articulação metatarsofalangiana do hálux, associados a edema de partes moles na sua adjacência, provavelmente tratando-se de alterações pós-cirúrgicas.

Alterações inflamatórias no tecido celular subcutâneo da face dorsal do antepé, onde há edema e tênues lâminas líquidas.

Demais estruturas sem alterações significativas e descritas abaixo.

Restante das estruturas ósseas com morfologia e sinal medular conservados.

Ausência de derrame articular.

Tendões flexores e extensores com continuidade, espessura e sinal conservados.

Placas plantares sem lesões.

Planos musculares anatômicos, sem evidências de lesão.

Espaços intermetatársicos distais livres, sem evidências de neuromas interdigitais.

Estruturas do complexo gleno-sesamóideo preservadas.

Nota: foi administrado meio de contraste paramagnético endovenoso.

Dr. JAILSON R. LOPES - CREMEC 9066
Radiologia Músculo-Esquelética

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

O(a) Sr.(a) Maria Antônia B. Brito
compareceu a esta clínica às _____ horas para
1 - Consulta ☒ 5 - Marcar Radiografia ☐
2 - Acompanhar Familiar ☐ 6 - Fazer Radiografia ☒
3 - Fazer exame de Laboratório ☐ 7 - Retirar Radiografia ☐
4 - Retirar exame de Laboratório ☐ 8 - Fisioterapia ☐

Outrossim comunicamos que:

a - pode voltar em seguida ao trabalho ☐
b - foi encaminhado à especialista ☐ Laboratório ☐ Radiologista ☐
c - deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje ☐
d - deverá ficar afastado(a) do trabalho quinta (15) dias ☒
a contar desta data ☐
e - poderia ter se apresentado, sem faltar ao serviço ou fora do horário de trabalho ☐
f - CID S9136 + M255

Fortaleza, 23 de AGO. de 200 2016
Dr. Clecius Etay
Traumatologia - Ortopedia
CRM 5609, JBOC 399
DEPARTAMENTO MÉDICO DA EMPRESA

PAA-1 ☐ PAA-1 ☐

Ao Dep. Pessoal:

Nome: _____
1 - Ficará afastado(a) do trabalho por _____ dias.
2 - Providenciar doc. p/ benefício sempre que o afastamento ultrapassar 15 dias.
3 - Horário de trabalho do funcionário no dia do atendimento: _____

DEP. MÉDICO

SRM/SEAMO 18
Cód.: 16728



Av. Aguanambi, 332 Bairro de Fátima
Fortaleza - Ce Cep: 60055-402
PABX: (85) 3311-6000

Atestado Médico

O (a) Sr.(a) M. M. M. R. C.

Compareceu a este Hospital às 9 horas para:

- 1. Consulta ☒
- 2. Acompanhar Familiar ☐
- 3. Fazer Exame ☐
- 4. Fisioterapia ☐
- 5. Retorno de consulta ☐

Outrossim, comunicamos que:

A) Pode voltar em seguida ao trabalho ☐

B) Deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje ☐

C) Deverá ficar afastado do trabalho por 50 dias a contar desta data 6, 9, 16 ☒

Autorizo colocação do CID 4 P 9 0

CID 601.591.4 (Paciente)

Fortaleza, 6 de 9 de 20 16

Dr. João Quirino Junior
Ortopedista Traumatologista
CRM 57.123
Médico



Av. Aguanambi, 332 Bairro de Fátima
Fortaleza - Ce Cep: 60055-402
PABX: (85) 3311-6000

Atestado Médico

O (a) Sr.(a) Francisco Nicolly B. Cavalcanti

Compareceu a este Hospital às _____ horas para:

- 1. Consulta ☒
- 2. Acompanhar Familiar ☐
- 3. Fazer Exame ☐
- 4. Fisioterapia ☐
- 5. Retorno de consulta ☐

Outrossim, comunicamos que:

A) Pode voltar em seguida ao trabalho ☐

B) Deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje ☐

C) Deverá ficar afastado do trabalho por (30) dias

_____ dias a contar desta data ____/____/____ ☒

Autorizo colocação do CID _____

CID M 1 3 (Paciente)

Fortaleza, 06 de 10 de 20 16

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244 Médico



Av. Aguanambi, 332 Bairro de Fátima
Fortaleza - Ce Cep: 60055-402
PABX: (85) 3311-6000

Atestado Médico

O (a) Sr.(a) M^{te} M. Keelly B. Costa

Compareceu a este Hospital às _____ horas para:

1. Consulta ☒
2. Acompanhar Familiar ☐
3. Fazer Exame ☐
4. Fisioterapia ☐
5. Retorno de consulta ☐

Outrossim, comunicamos que:

- A) Pode voltar em seguida ao trabalho ☐
- B) Deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje ☐
- C) Deverá ficar afastado do trabalho por 60 sessenta

_____ dias a contar desta data 1/1/16 ☒

Autorizo colocação do CID _____

CID S 93.4 / M65.9 (Paciente)

Fortaleza, 07 de _____ de 20 16

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5241 - CE - 12.106.403-5
Médico

Atestado Médico

O (a) Sr.(a) Mr. Nivaldo B. Becker

Compareceu a este Hospital às _____ horas para:

1. Consulta ☒
2. Acompanhar Familiar ☐
3. Fazer Exame ☐
4. Fisioterapia ☐
5. Retorno de consulta ☐

Outrossim, comunicamos que:

- A) Pode voltar em seguida ao trabalho ☐
- B) Deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje ☐
- C) Deverá ficar afastado do trabalho por 03 dias

_____ dias a contar desta data 11 ☐

Autorizo colocação do CID _____

(Paciente)

CID R65.9

Fortaleza, 06 de 01 de 20 12

Dr. João Ricardo André
CRM: 52414 - CPF: 423.866.403
Concl. Médico



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 14570603277

Número do Benefício: 6157248533

Espécie: 91

Número do Requerimento: 175855635

Ao Sr.(a): MARIA NIKAEELY BEZERRA CAETANO

Endereço: MENINO JESUS DE PRAGA 435, BONSUCESSO

CEP: 60520600

Município: FORTALEZA

UF: CE

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação
Legal:

Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 06/09/2016, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 15/10/2016.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (15/10/2016), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 15/10/2016 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Informamos, ainda, que foi reconhecido o nexo entre o agravo e a profissiografia, conforme parágrafo 2º do artigo 20 da Lei 8.213, de 24/07/1991. O benefício foi concedido em espécie acidentária. Eventuais discordâncias poderão motivar Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, perderá seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data: 23 de setembro de 2016

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: FORTALEZA DAMAS Endereço: R MACHADO DE ASSIS, 525, DAMAS

CEP: 60426000 Município: FORTALEZA

UF: CE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente, em 23 de setembro de 2016

Assinatura do Requerente / Representante Legal



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 14570603277

Número do Benefício: 6157248533

Espécie: 91

Número do Requerimento: 175855635

Ao Sr.(a): MARIA NIKAEELY BEZERRA CAETANO

Endereço: MENINO JESUS DE PRAGA 435, BONSUCESSO

CEP: 60520600

Município: FORTALEZA

UF: CE

Assunto: Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Prorrogação do Auxílio-Doença, apresentado no dia 04/10/2016, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi prorrogado até 06/01/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a data de cessação do benefício 06/01/2017, V. Sa. ainda se considerar incapaz para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de outro Pedido de Prorrogação.

A partir de 06/01/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Data: 28 de novembro de 2016

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: FORTALEZA DAMAS Endereço: R MACHADO DE ASSIS, 525, DAMAS

CEP: 60426000 Município: FORTALEZA

UF: CE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente, em 28 de novembro de 2016

Assinatura do Requerente / Representante Legal

DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SAU

3 - Número da Guia Principal 7144		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
5 - Seria		11 - Cartão Nacional de Saúde	
9 - Validade da Carteira		12 - Meridiano	
14 - Nome do Contratado		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
16 - Conselho Profissional		27 - Qtd. Solic.	
17 - Número no Conselho		28 - Qtd.	
23 - Indicação Clínica		31 - Código CNES	
25 - Descrição		42 - Qtd.	
34 - Tipo de Consulta		43 - Via	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		44 - Inc.	
37 - Hora Inicial		45 - Fim Red/Acresc.	
38 - Hora Final		46 - Valor Unitário (R\$)	
39 - Código do Procedimento		47 - Valor Total (R\$)	
40 - Descrição		52 - Conselho	
51 - Nome do Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBC	
56 - Total de Medicamentos (R\$)		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
58 - Total de Materiais (R\$)		59 - Assinatura do Contratado	
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de OPME (R\$)	
62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)	
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	

JOÃO FERNANDES FRAGA

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - N° Guia no Prestador



3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído para Operadora	
4-4			
5 - Sessão		6 - Data de Validade da Sessão	
9 - Validade da Carteira		10 - Nome	
		W. N. Silva	
14 - Nome do Contratado		11 - Cartão Nacional de Saúde	
16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
19 - Código CBO		18 - UF	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Ordem Solic.	
23 - Código do Procedimento		24 - Descrição	
25 - Hora Inicial		26 - Hora Final	
27 - Hora Inicial		28 - Hora Final	
29 - Hora Inicial		30 - Hora Final	
31 - Hora Inicial		32 - Hora Final	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		36 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	
39 - Hora Inicial		40 - Hora Final	
41 - Hora Inicial		42 - Hora Final	
43 - Hora Inicial		44 - Hora Final	
45 - Hora Inicial		46 - Hora Final	
47 - Hora Inicial		48 - Hora Final	
49 - Hora Inicial		50 - Hora Final	
51 - Hora Inicial		52 - Hora Final	
53 - Hora Inicial		54 - Hora Final	
55 - Hora Inicial		56 - Hora Final	
57 - Hora Inicial		58 - Hora Final	
59 - Hora Inicial		60 - Hora Final	
61 - Hora Inicial		62 - Hora Final	
63 - Hora Inicial		64 - Hora Final	
65 - Hora Inicial		66 - Hora Final	
67 - Hora Inicial		68 - Hora Final	
69 - Hora Inicial		70 - Hora Final	
71 - Hora Inicial		72 - Hora Final	
73 - Hora Inicial		74 - Hora Final	
75 - Hora Inicial		76 - Hora Final	
77 - Hora Inicial		78 - Hora Final	
79 - Hora Inicial		80 - Hora Final	
81 - Hora Inicial		82 - Hora Final	
83 - Hora Inicial		84 - Hora Final	
85 - Hora Inicial		86 - Hora Final	
87 - Hora Inicial		88 - Hora Final	
89 - Hora Inicial		90 - Hora Final	
91 - Hora Inicial		92 - Hora Final	
93 - Hora Inicial		94 - Hora Final	
95 - Hora Inicial		96 - Hora Final	
97 - Hora Inicial		98 - Hora Final	
99 - Hora Inicial		100 - Hora Final	



Av. Humberto Monte, 1440 - Parcelândia - CEP: 60450-000
 Telefone: (85) 3283.4784 / 98800.0778

RECEITUÁRIO

Ateletas

Ateletas para as crianças
 Juss que Maria Nikelly
 Bezina Cortado de Faria tem
 um atestado de 15 dias
 com laudo de atelectasia no
 pulmão esquerdo por infecção
 em 23/08/2016, submetida a
 amputação cirúrgica + imobilização
 com tórax + fisioterapia + massagem
 + uso de capote ortopédico
 funcional do tórax por 15
 dias para ser estabilizada
 + amputação da mão direita
 por 15 dias para ser estabilizada
 definitiva.

Dr. João Batista Gomes da Silva
 Médico - CRM. 5155
 CPF. 228.775.923-91

Fortaleza, 10/01/17

Extrato de Utilização

Folha de 08/2016 até 02/2017

Empres 0865.0001 - INTERBELLE

Lotação 11 - BOTICARIO CEARA

Emissã 08/01/2017 15:44

Títular: MARIA NIKAELLY BEZERRA CAETANO - 0865.0001.324730.00-9

Plano 237056 - 237056 AMB.+HOSP.SEM

Data	Prestador	Procedimento	Qtde	Func.	Folha
CONSULTA SP/SADT - Total Func.: 182,80					
23-08-2016	UNIPRONT - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278 /0001-07	40802027 - RX - COLUNA CERVICAL - 5 INCIDÊNCIAS	1	21,95	12/2016
23-08-2016	UNIPRONT - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278 /0001-07	40803082 - RX - BRAÇO	1	15,88	12/2016
23-08-2016	UNIPRONT - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278 /0001-07	40803104 - RX - ANTEBRAÇO	1	15,44	12/2016
23-08-2016	UNIPRONT - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278 /0001-07	40803112 - RX - PUNHO	1	15,61	12/2016

23-08-2016	UNIPRONT - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278 /0001-07	70699100 - PROTETOR CONECTOR LUER 1.010.02	1	0,00	12/2016
23-08-2016	UNIPRONT - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278 /0001-07	74800450 - SERINGA DESC5ML C/BICO LUER LOCK SS+05LM	1	0,00	12/2016
23-08-2016	UNIPRONT - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278 /0001-07	75225662 - SCALP NR.23G MEDSCALP EMB. PAPEL	1	0,00	12/2016
23-08-2016	UNIPRONT - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278 /0001-07	75291495 - EQUIPO MACROGOTAS DESCARTAVEL DESCARPAC	1	0,00	12/2016
23-08-2016	UNIPRONT - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278 /0001-07	75292793 - BANDAGEM ANTI-SEPTICA BLOOD STOP 500 UNID 2001	1	0,00	12/2016
23-08-2016	UNIPRONT - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278 /0001-07	79908519 - ATADURA CREPE 10CMX45MT	2	0,00	12/2016
23-08-2016	UNIPRONT - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278 /0001-07	90067126 - CETOPROFENO - 100 MG PO LIOF SOL INJ IV CT 50 FA VD INC (EMB HOSP)	1	0,00	12/2016

27-09-2016	UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	90096746 - CLORIDRATO DE TRAMADOL - 50 MG/ML SOL INJ CX 100 AMP VD INC X 2 ML (EMB HOSP)	1	0,00	12/2016
27-09-2016	UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	90137876 - FOSFATO DISSODICO DE DEXAMETASONA - 4,0 MG/ML SOL INJ CT FA VD INC X 2,5 ML	1	0,00	12/2016
27-09-2016	UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	99999927 - MEDICAMENTO GENÉRICO	1	0,00	12/2016
27-09-2016	UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	99999935 - MATERIAL GENÉRICO	1	0,00	12/2016
01-10-2016	UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	60023236 - TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE COLOCAÇÃO/RETIRADA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA OU NÃO GESSADA.	1	0,00	01/2017
01-10-2016	UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	60033681 - TAXA DE SALA DE OBSERVAÇÃO, ATÉ 6 HORAS	1	0,00	01/2017
01-10-2016	UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	99999927 - MEDICAMENTO GENÉRICO	1	0,00	01/2017

EXAMES - Total Func.: 187.11					
23-08-2016	IMAGINOLOGIA HRU - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	41001010 - TC - CRÂNIO OU SELA TÚRCICA OU ÓRBITAS	1	100,00	11/2016
02-09-2016	UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	40803120 - RX - MÃO OU QUIRODÁCTILO	1	15,10	11/2016
02-09-2016	UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	40804097 - RX - PÉ OU PODODÁCTILO	1	15,44	11/2016
27-09-2016	UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	40804089 - RX - ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	1	15,10	12/2016
05-10-2016	UDI - UNICLINIC D POR IMAGEM - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	40901220 - US - ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)	1	41,47	12/2016
INTERNAÇÃO - CIRÚRGICA - Total Func.: 100.00					
06-10-2016	JOAO RICARDO A DE ALENCAR - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	30729033 - ARTRITE OU OSTEOARTRITE DOS OSSOS DO PÉ (INCLUI OSTEOMIELITE) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	1	0,00	12/2016

06-10-2016	UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	70176175 - COMPRESSA 7,5CMX7,5CM DISP. COM 25PCT.COM 10UNID 198,669	10	0,00	12/2016
06-10-2016	UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	70224005 - EQUIPO PARA INFUSAO SOLUCAO COM INJ.LATERAL CAMARA FLEXIVEL 210109	1	0,00	12/2016
06-10-2016	UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	70858543 - ATADURA CREPE 15CMX3,0MT 13FIOS	2	0,00	12/2016
06-10-2016	UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	70878471 - EQUIPO MACROGOTAS FLEXIVEL 1,001.10	1	0,00	12/2016
06-10-2016	UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	74337890 - TUBO EXTENSOR P/INFUSAO LUER/LUER LOCK 20CM	1	0,00	12/2016
06-10-2016	UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	74438468 - SERINGA 5ML C/AG.30X7 DESC.	2	0,00	12/2016
06-10-2016	UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	74438492 - SERINGA 20ML C/AG25X8 DESC.	3	0,00	12/2016

06-10-2016		UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	90067282 - CITRATO DE FENTANILA - 50 MCG/ML SOL INJ CX 25 AMP VD INC X 10 ML	2	0,00	12/2016
06-10-2016		UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	90069595 - MIDAZOLAM - 1 MG/ML SOL INJ CT 5 AMP VD INC X 5 ML	1	0,00	12/2016
06-10-2016		UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	90075129 - CLORETO DE SÓDIO - 9 MG/ML SOL INJ IV CX FR PLAS TRANS SIST FECH X 100 ML	1	0,00	12/2016
06-10-2016		UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	90075145 - CLORETO DE SÓDIO - 9 MG/ML SOL INJ IV CX FR PLAS TRANS SIST FECH X 500 ML	1	0,00	12/2016
06-10-2016		UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	90095618 - RINGER COM LACTATO - (6,00+0,30+0,20+3,20)MG/ML SOL INJ IV CX 20 BOLS PE TRANS SIST FECH X 500 ML	1	0,00	12/2016
06-10-2016		UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	90095936 - BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA SÓDICA - 4 MG/ML + 500 MG/ML SOL INJ CX 100 AMP VD AMB X 5 ML (EMB HOSP)	1	0,00	12/2016
06-10-2016		UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	90099753 - LIDOCAINA - 20 MG/ML SOL INJ CX 25 FA VD INC X 20 ML- SEM VASO (EMB HOSP)	20	0,00	12/2016

02-09-2016	UNIAO DE CL DO CE - UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	74438468 - SERINGA 5ML C/AG.30X7 DESC.	2	0,00	12/2016
02-09-2016	UNIAO DE CL DO CE - UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	74525492 - SCALP KDL 19G GC	1	0,00	12/2016
02-09-2016	UNIAO DE CL DO CE - UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	90067126 - CETOPROFENO - 100 MG PO LIOF SOL INJ IV CT 50 FA VD INC (EMB HOSP)	1	0,00	12/2016
02-09-2016	UNIAO DE CL DO CE - UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	90075129 - CLORETO DE SÓDIO - 9 MG/ML SOL INJ IV CX FR PLAS TRANS SIST FECH X 100 ML	2	0,00	12/2016
02-09-2016	UNIAO DE CL DO CE - UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	90096746 - CLORIDRATO DE TRAMADOL - 50 MG/ML SOL INJ CX 100 AMP VD INC X 2 ML (EMB HOSP)	1	0,00	12/2016
02-09-2016	UNIAO DE CL DO CE - UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	90104986 - ISOFARMA - SOL. DE CLORETO 0,9% - 9 MG/ML SOL INJ IV CX 200 AMP PLAS INC X 10 ML	2	0,00	12/2016
02-09-2016	UNIAO DE CL DO CE - UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	90137876 - FOSFATO DISSODICO DE DEXAMETASONA - 4,0 MG/ML SOL INJ CT FA VD INC X 2,5 ML	1	0,00	12/2016

07-11-2016	JOAO RICARDO A DE ALENCAR - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	10101039 - CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	25,50	01/2017
TERAPIA - Total Func.: 43,88					
27-09-2016	UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	30711010 - IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	1	0,00	12/2016
01-10-2016	UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	30711029 - IMOBILIZAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR	1	0,00	12/2016
05-10-2016	UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	30711010 - IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	1	0,00	12/2016
13-10-2016	UNIAO DE CL DO CE- UNICLINIC - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	30711010 - IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	1	0,00	12/2016
08-11-2016	MULTICLINICA FORTALEZA - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	20103662 - RECUPERAÇÃO FUNCIONAL PÓS-OPERATÓRIA OU PÓS-IMOBILIZAÇÃO GESSADA DE PATOLOGIA OSTEOIMIOARTICULAR COM COMPLICAÇÕES NEUROVASCULARES AFETANDO UM MEMBRO	1	10,97	01/2017
09-11-2016	MULTICLINICA FORTALEZA - RAZAO SOCIAL: UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO - CNPJ: 05.868.278/0001-07	20103662 - RECUPERAÇÃO FUNCIONAL PÓS-OPERATÓRIA OU PÓS-IMOBILIZAÇÃO GESSADA DE PATOLOGIA OSTEOIMIOARTICULAR COM COMPLICAÇÕES NEUROVASCULARES AFETANDO UM MEMBRO	1	10,97	01/2017

TÁXI AMIGO PARANGABA
 LOCAÇÃO DE VEÍCULOS COM MOTORISTA
 ATENDIMENTO 24 HORAS EM QUALQUER LOCAL
 CNPJ: 22.638.435/0001-07
 3292.8492 | 98929.9904 | 98634.4898 | 99791.8984 | 99262.1585

RECIBO
 R\$ 40,00

Recebemos de Marina Nikaelly Bezerra Costa

a quantia de quarenta reais

referente a ida ao Hosp. Uniclínica Pando do
São XIII e retorno do Hosp. Uniclínica ao
São XIII

Pelo que firmamos o presente recibo.

Fortaleza, 02 de setembro de 20 16

Sony Alves
 Assinatura

TÁXI AMIGO PARANGABA
 LOCAÇÃO DE VEÍCULOS COM MOTORISTA
 ATENDIMENTO 24 HORAS EM QUALQUER LOCAL
 CNPJ: 22.638.435/0001-07
 3292.8492 | 98929.9904 | 98634.4898 | 99791.8984 | 99262.1585

RECIBO
 R\$ 40,00

Recebemos de Marina Nikaelly Bezerra Costa

a quantia de quarenta reais

referente a ida ao Hosp. Uniclínica Pando do
São XIII e retorno do Hosp. Uniclínica
ao São XIII

Pelo que firmamos o presente recibo.

Fortaleza, 27 de setembro de 20 16

Sony Alves
 Assinatura

TÁXI AMIGO PARANGABA
 LOCAÇÃO DE VEÍCULOS COM MOTORISTA
 ATENDIMENTO 24 HORAS EM QUALQUER LOCAL
 CNPJ: 22.638.435/0001-07
 3292.8492 | 98929.9904 | 98634.4898 | 99791.8984 | 99262.1585

RECIBO
 R\$ 40,00

Recebemos de Clara Mikaelly Bezerra Caetano

a quantia de gratuita

referente a ida ao Hosp. Uniclínica São João XXIII e retorno do Hosp. Uniclínica ao São João XXIII

Pelo que firmamos o presente recibo.

Fortaleza, 01 de outubro de 2016

[Assinatura]
 Assinatura

TÁXI AMIGO PARANGABA
 LOCAÇÃO DE VEÍCULOS COM MOTORISTA
 ATENDIMENTO 24 HORAS EM QUALQUER LOCAL
 CNPJ: 22.638.435/0001-07
 3292.8492 | 98929.9904 | 98634.4898 | 99791.8984 | 99262.1585

RECIBO
 R\$ 40,00

Recebemos de Clara Mikaelly Bezerra Caetano

a quantia de gratuita

referente a ida ao Hosp. Uniclínica São João XXIII e retorno do Hosp. Uniclínica ao São João XXIII

Pelo que firmamos o presente recibo.

Fortaleza, 03 de outubro de 2016

[Assinatura]
 Assinatura

TÁXI AMIGO PARANGABA
LOCAÇÃO DE VEÍCULOS COM MOTORISTA
 ATENDIMENTO 24 HORAS EM QUALQUER LOCAL
 CNPJ: 22.638.435/0001-07
 3292.8492 | 98929.9904 | 98634.4898 | 99791.8984 | 99262.1585

RECIBO
 R\$ 40,00

Recebemos de Monica Nikelly Bezerra Cuetano

a quantia de quarenta reais

referente a Ida ao Hosp. Unielinc vindo do
João XXIII e retorno do Hosp. Unielinc ao
João XXIII

Pelo que firmamos o presente recibo.

Fortaleza, 05 de outubro de 20 16

João Carlos
 Assinatura

TÁXI AMIGO PARANGABA
LOCAÇÃO DE VEÍCULOS COM MOTORISTA
 ATENDIMENTO 24 HORAS EM QUALQUER LOCAL
 CNPJ: 22.638.435/0001-07
 3292.8492 | 98929.9904 | 98634.4898 | 99791.8984 | 99262.1585

RECIBO
 R\$ 40,00

Recebemos de Monica Nikelly Bezerra Cuetano

a quantia de quarenta reais

referente a Ida ao Hosp. Unielinc vindo do
João XXIII e retorno do Hosp. Unielinc ao
João XXIII

Pelo que firmamos o presente recibo.

Fortaleza, 06 de outubro de 20 16

João Carlos
 Assinatura

TÁXI AMIGO PARANGABA
LOCAÇÃO DE VEÍCULOS COM MOTORISTA
 ATENDIMENTO 24 HORAS EM QUALQUER LOCAL
 CNPJ: 22.638.435/0001-07
 3292.8492 | 98929.9904 | 98634.4898 | 99791.8984 | 99262.1585

RECIBO
 R\$ 40,00

Recebemos de Mania Mikaelly Bezerra Caetano

a quantia de quarenta reais

referente a ida ao Hosp Unielic saindo do
João XXIII e retorno do Hosp Unielic ao
João XXIII

Pelo que firmamos o presente recibo.

Fortaleza, 13 de outubro de 20 16

João Carlos
 Assinatura

TÁXI AMIGO PARANGABA
LOCAÇÃO DE VEÍCULOS COM MOTORISTA
 ATENDIMENTO 24 HORAS EM QUALQUER LOCAL
 CNPJ: 22.638.435/0001-07
 3292.8492 | 98929.9904 | 98634.4898 | 99791.8984 | 99262.1585

RECIBO
 R\$ 40,00

Recebemos de Mania Mikaelly Bezerra Caetano

a quantia de quarenta reais

referente a ida ao Hosp Unielic saindo do
João XXIII e retorno do Hosp Unielic ao
João XXIII

Pelo que firmamos o presente recibo.

Fortaleza, 19 de outubro de 20 16

João Carlos
 Assinatura



TÁXI AMIGO PARANGABA
 LOCAÇÃO DE VEÍCULOS COM MOTORISTA
 ATENDIMENTO 24 HORAS EM QUALQUER LOCAL
 CNPJ: 22.638.435/0001-07
 3292.8492 | 98929.9904 | 98634.4898 | 99791.8984 | 99262.1585

RECIBO

R\$ 36,00

Recebemos de Alana Mikelly Bezerra Cabano

a quantia de Trinta e seis reais

referente a Ida ao INSS-Damas ponto do João XXIII e retorno do INSS-Damas ao João XXIII

Pelo que firmamos o presente recibo.

Fortaleza, 23 de setembro de 2016

João Alves
Assinatura



TÁXI AMIGO PARANGABA
 LOCAÇÃO DE VEÍCULOS COM MOTORISTA
 ATENDIMENTO 24 HORAS EM QUALQUER LOCAL
 CNPJ: 22.638.435/0001-07
 3292.8492 | 98929.9904 | 98634.4898 | 99791.8984 | 99262.1585

RECIBO

R\$ 36,00

Recebemos de Alana Mikelly Bezerra Cabano

a quantia de Trinta e seis reais

referente a Ida ao INSS-Damas ponto do João XXIII e retorno do INSS-Damas ao João XXIII

Pelo que firmamos o presente recibo.

Fortaleza, 28 de novembro de 2016

João Alves
Assinatura

EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S/A
FARMACIAS PAGUE MENOS
AV. LINEU MACHADO, 419 - LOJA 1009 7 PISO 2
JOUQUEI CLUB - FORTALEZA - CEARA

OBRIGADO E VOLTE SEMPRE
CNPJ: 06.626.253/0603-84
IE: 06.716.175-8
20/10/2016 14:49:04 ECF:065894 COO:110379

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	DESCRICAO	QTD	UN	VL UNIT(R\$)	ST	VL ITEM(R\$)
1	7898149590673	CONPR GAZE P MENOS 7,5X7,5CM C/20	De: 2,10	Por: 2,00	1 UN x 2,00	F1	2,00
2	7897337705004	ARCOXIA 90MG CP/14 P/02	De: 109,20	Por: 91,73	1 CX x 109,20	F1	109,20
							-17,47
3	7891800364073	FITA CREMER MICROPOROSA 1,2CMX4,5M	De: 4,51	Por: 4,30	1 UN x 4,30	F1	4,30
4	7898149592394	ATAD PAGUE MENOS CREPON 08CMX1,80M	De: 1,47	Por: 1,40	1 UN x 1,40	F1	1,40
5	7898149592394	ATAD PAGUE MENOS CREPON 08CMX1,80M	De: 1,47	Por: 1,40	1 UN x 1,40	F1	1,40
							100,83
							10,08
							90,75
							100,00
							9,25

NO-C: 3E3D19FC3196562ECB26547C88A998BF
CLIENTE: 1.8398.804-88

ITD aprox P%: 13,38 Federal e 0,00 Estadual
Fonte: IBPI

VOCE ECONOMIZOU: R\$ 17,92

CNPJ/CPF CONSUMIDOR:

NOME: CPF/CNPJ NAO INFORMADO

SWIDN IF ST200
ECF-IF VERSAO: 01.00.05 ECF: 004 LJ: 0603
OPR: 58627 VEN: 2118
HRRGHSSG 20/10/2016 14:50:09
FAB: SW031300000000046279

RANCI & RANCI COM DE MEDICAMENTOS LTDA

FORTALEZA - CEARA

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	DESCRICAO	QTD	UN	VL UNIT(R\$)	ST	VL ITEM(R\$)
1	7898149590673	CONPR GAZE P MENOS 7,5X7,5CM C/20	De: 2,10	Por: 2,00	1 UN x 2,00	F1	2,00
2	7897337705004	ARCOXIA 90MG CP/14 P/02	De: 109,20	Por: 91,73	1 CX x 109,20	F1	109,20
							-17,47
3	7891800364073	FITA CREMER MICROPOROSA 1,2CMX4,5M	De: 4,51	Por: 4,30	1 UN x 4,30	F1	4,30
4	7898149592394	ATAD PAGUE MENOS CREPON 08CMX1,80M	De: 1,47	Por: 1,40	1 UN x 1,40	F1	1,40
5	7898149592394	ATAD PAGUE MENOS CREPON 08CMX1,80M	De: 1,47	Por: 1,40	1 UN x 1,40	F1	1,40
							100,83
							10,08
							90,75
							100,00
							9,25

NO-C: 3E3D19FC3196562ECB26547C88A998BF
CLIENTE: 1.8398.804-88

ITD aprox P%: 13,38 Federal e 0,00 Estadual
Fonte: IBPI

VOCE ECONOMIZOU: R\$ 17,92

CNPJ/CPF CONSUMIDOR:

NOME: CPF/CNPJ NAO INFORMADO

SWIDN IF ST200
ECF-IF VERSAO: 01.00.05 ECF: 004 LJ: 0603
OPR: 58627 VEN: 2118
HRRGHSSG 20/10/2016 14:50:09
FAB: SW031300000000046279

JC COM. DE PRODUTOS HOSPITALAR LTDA - ME
 AVENIDA GODOFREDO MACIEL, 971 - PARANGABA
FORTALEZA - CEARA
 CNPJ: 13.069.727/0002-58
 IE: 06.470190-5
 08/11/2016 10:48:02 CCF: 001662 COD: 002526
CUPOM FISCAL
 ITEM CODIGO DESCRICAO QTD UN VL UNIT(R\$) ST VL ITEM(R\$)
 1 00002052 LECILINE AD 15-23 N PA SA 10N 11 86,50
 Subtotal R\$ 86,50
 desconto 63,00
 TOTAL R\$ 100,00
 Dinheiro 37,00
 TROCO R\$
 MD-5: 64C497BED79DF37CA03DAD95415D5F61
 CX: 01 TU: 01 OP: 0001 VO: 0003
 VOCE-ECONOMIZOU R\$ 3,50
 BGR8AFNE R1SLCAGV P4PC0S6 BGF2FBL7 B8G72EUFN
 BEIMATECH MP-4000 TH FI ECF-IF
 VERSAO: 01.00.02 ECF: 001 LJ: 0002
 QQQQQQQQQQQWWWUUY 08/11/2016 10:49:11
 FAB: BE09T510100011279927

FARMÁCIA PRÓVIDA
RANGEL & RANGEL COM. DE MEDICAMENTOS LTDA
AV. LINEU MACHADO, 1465 - A
JOQUEI CLUBE - FORTALEZA - CEARA
CNPJ: 04.687.015/0001-20 IE: 06.318.334-0
25/08/2016 14:20:45 CCF:177336 COD:184694

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	DESCRICAO	QTD	UN.	VL	UNIT	R\$	SI	A/T	VL	ITEM	R\$
001	00792576	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 50									100	FI 2,903
002	00010684	NEOTRICIN POMADA 15 G									100	FI 13,82
desconto item 002												-2,83
003	00794151	ATAXADA CREMER 15X1,80									200	FI 7,303
004	00793579	ESPANADOL CREMER 2,5 C									100	FI 9,50
005	00793576	COMPRESSA DE GAZE CREME 100X12,00									100	FI 20,00
TOTAL R\$												51,19
Carrão												51,19
Nº 5: 860897670794776074E96785C6D4B673PV000294512												
2DAV0000960844												
Trib aprox R\$: 6,62 Federal / 0,49 Estadual / 0,0												
0 Municipal												
Fonte: IBPT ca7913												
CX: 09 TU: 01 DP: 10012 VD: 0090												
VOCE ECONOMIZOU R\$ 2,83												
DÚVIDAS UTILIZAÇÃO MEDICAMENTOS CONTATE												
004 7160D IDC66 AF0067 70 F16030 7EFIA 19IFA 82F												
DARUMA AUTOMAÇÃO MACH 1												
ECF-IF VERSÃO: 01.00.00												
ELF: 009 LJ: 001												
IIIIIIIIIF6ADCEBCG												
25/08/2016 14:21:05												
FAB: DR0814BR000000427416												

HOSP LTDA
 GADICO
 RA
 COD: 071850
 VL ITEM (R\$)
 MERCUR BCO
 197,00G
 187,15
 D GG AC420 P
 37,50
 53,00G
 50,35
 237,50
 237,50
 CID: FORTALEZA UF: CE
 LJO004 DP000141 CK002 S01/2124
 16.1.24.495
 7DEDE6SD NKV95AP7 FBXJBKDT 760596RN FBR50EN97IF
 BEMATECH MP: 2100 TH F1 ECF-IF
 VERSAO: 01.01.01 ECF: 002 LJ: 0004
 0000000000YYT0WUEI 24/08/2016 09:12:22
 FAB: BE051275610000138974

RANGEL & RANGEL COM DE MEDICAMENTOS LTDA
AV. LINEU MACHADO, 1465 - A - JOQUEI CLUBE
FORTALEZA - CEARA
 CNPJ: 04.687.015/0001-20
 IE: 06.318.334-0
 08/10/2016 19:54:35 CCF: 416649 COD: 441200

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	DESCRICAO	QTD	UN.	VL	UNIT (R\$)	ST	VL	ITEM (R\$)
001	00010684	NEOTRICIN POMADA 15 G							
		1CX X 13,82				F1		13,82	
		desconto						-2,83	
2	00792808	ATADURA CREMER 10X1,80 3UNX2,50 F1						7,50	
3	00793576	COMPRESSA DE GAZE CREMER 1UN F1						2,00	
004	00013191	SORO FISIOLOGICO 0,9% 50				F1		6,90	
		1UN X 6,90						6,90	
		desconto						-1,80	
		TOTAL R\$						25,59	
		Cartao						25,59	
		MD-5: 880897670794778D74E967B5C8D4B673PV000299016							
		1DAV0001022589							
		Trib aprox R\$: 3,44 Federal / 0,00 Estadual / 0,00 Municipal							
		Fonte: IBPT ca7gi3							
		CX: 08 TU: 02 OP: 10083 VD: 0129							
		VOCE ECONOMIZOU R\$ 4,63							
		DUVIDAS UTILIZACAO MEDICAMENTOS CONTATE							
		Aplicativo: Infarma PDV - Versao 6.00							
		CAHTCCMD 65P3CCL7 GJDEGTR 88GGCCRB 85G3756R5TJ							
		BEMATECH MP-4000 TH FI ECF-IF							
		VERSÃO: 01.00.02 ECF: 008 LJ: 0001							
		00000000EVT00ERR11 08/10/2016 19:54:50							
		FAB: BE091210100011228090							

BR

FARMACIA PROVIDA
RANGEL & RANGEL COM. DE MEDICAMENTOS LTDA
AV. LINEU MACHADO, 1465 - A
JOQUEI CLUBE FORTALEZA - CEARA
 CNPJ: 04.687.015/0001-20 IE: 06.318.334-0
 06/10/2016 22:08:26 CCF: 183000 COD: 196501

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	DESCRICAO	QTD	UN.	VL	UNIT (R\$)	ST	VL	ITEM (R\$)
001	00014738	LEVORIN 500MG / COMP						11,38	
		desconto item 001						-11,38	
		1CX FI 75,88						75,88	
		TOTAL R\$						75,50	
		Dinheiro						100,00	
		TROCO R\$						24,50	
		MD-5: 880897670794778D74E967B5C8D4B673PV000298870							
		9DAV0001020015							
		Trib aprox R\$: 10,15 Federal / 10,96 Estadual / 0,00 Municipal							
		Fonte: IBPT ca7gi3							
		CX: 09 TU: 01 OP: 10069 VD: 0007							
		VOCE ECONOMIZOU R\$ 11,38							
		DUVIDAS UTILIZACAO MEDICAMENTOS CONTATE							
		IEI 3878D 20C85 97E09D 41 0DA717 03499 0C669 750							
		DARUMA AUTOMACAO MACH 1							
		ECF-IF VERSÃO: 01.00.00 ECF: 009 LJ: 001							
		11111111GACFDABHA 06/10/2016 22:08:50							
		FAB: DR0814BR000000427416							

BR

FARMACIA PROVIDA
RANGEL & RANGEL COM. DE MEDICAMENTOS LTDA
AV. LINEU MACHADO, 1465 - A
JOQUEI CLUBE - FORTALEZA - CEARA
 CNPJ: 04.687.015/0001-20 IE: 06.318.334-0
 12/10/2016 14:55:30 CCF: 184176 COD: 197794

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	DESCRICAO	QTD	UN.	VL	UNIT (R\$)	ST	VL	ITEM (R\$)
001	00792806	ATADURA CREMER 10X1,80 2UNX2,50 F1 5,00						5,00	
002	00793576	COMPRESSA DE GAZE CREMER 2UNX2,00 F1 4,00						4,00	
		TOTAL R\$						9,00	
		Dinheiro						20,00	
		TROCO R\$						11,00	
		MD-5: 880897670794778D74E967B5C8D4B673PV000299389							
		3DAV0001027599							
		Trib aprox R\$: 1,21 Federal / 0,00 Estadual / 0,00 Municipal							
		Fonte: IBPT ca7gi3							
		CX: 09 TU: 01 OP: 10083 VD: 0031							
		DUVIDAS UTILIZACAO MEDICAMENTOS CONTATE							
		NOSSOS FARMACEUTICOS: DR. RANGEL - CRF 2160							
		181 0068D 202FC 2FC08E D5 28D191 7F98E 181F5 127							
		DARUMA AUTOMACAO MACH 1							
		ECF-IF VERSÃO: 01.00.00 ECF: 009 LJ: 001							
		11111111GJAEIFFHC 12/10/2016 14:55:40							
		FAB: DR0814BR000000427416							

BR

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DAVINANA FERNANDES FRAGA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/08/2018 às 18:48, sob o número 01557121120188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0155712-11.2018.8.06.0001 e código 3B32FC2.

ARTICULAR
Clínica Médica Fisioterápica

3283.4784
8800.0778
CNPJ: 13.251.274/0001-03

RECIBO R\$ 100,00

Recebi(mos) do (a) Sr.(s) MANA MIKAELLY BEZEMA
CAETANO

A quantia de R\$ cem reais

Referente a um consulta medica

Pelo que firmamos o presente recibo Fortaleza 10 de 01 de 17
CAETANO
Assinatura

ARTICULAR SERV. MEDICOS E FISIOTERAPICOS LTDA
CNPJ: 13.251.274/0001-03

ARTICULAR SERV. MEDICOS E FISIOTERAPICOS LTDA
CNPJ: 13.251.274/0001-03



EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S/A
AV CACILDA BECKER, Nº 305, JOÃO XXIII, FORTALEZA, CEARÁ
CNPJ: 06.626.253/0765-65, IE: 06.430.963-0
EMP765@PMENOS.COM.BR

DECLARAÇÃO

DECLARAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE EFETUAMOS EM 06/09/2016 E
09/09/2016 UMA VENDA NO VALOR DE R\$53,51 E R\$ 45,80
RESPECTIVAMENTE, TOTALIZANDO R\$ 99,31 (Nº CE DOCUMENTO
FISCAL: 038895 E 039378).

FORTALEZA, 09 DE JANEIRO DE 2017

GRAZIELLY OLIVEIRA
FARMACÊUTICA GERENTE
PAGUE MENOS FILIAL 765



RANGEL & RANGEL COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA - ME

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que efetuamos em 27.09.2016 uma venda no valor de R\$ 82,76 (Nº documento cupom fiscal nº 194190).

RELAÇÃO DE PRODUTOS

Código	Descrição	Und	Fabricante	Qtd	Prc.Unitar	Desc.Item	Vir.Tot
1242	BI-PROFENID 150MG 10 COM	CX	SANOFI	1	50,35	- 9,45	40,90
14693	CEFALEXINA 500MG 10CPRS	CX	EMS - GENERICOS	2	27,04	- 22,72	31,36
801996	CR ALISAN SFERA M.ARG/QU	UNI	NAZCA	1	10,50		10,50

Fortaleza, 07 de dezembro de 2016.


Farmácia Pró-Vida Ltda
CNPJ 04.687015/0001-20

Av. Lineu Machado, 1465, Jôquei Clube, CEP 60.520-101
CNPJ 04.687.015/0001-20



RANGEL & RANGEL COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA - ME

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que efetuamos em 14.10.2016 uma venda no valor de R\$ 64,50 (Nº documento cupom fiscal nº 443684)..

RELAÇÃO DE PRODUTOS

Código	Descrição	Und	Fabricante	Qtd	Prc.Unitar	Desc.Item	Vlr.Tot
14788	LEVOXIN 500MG 7 COMP	CX	APSEN OL	1	75,88	- 11,38	64,50

Fortaleza, 07 de dezembro de 2016.


 Farmácia Pró-Vida Ltda
 CNPJ 04.687015/0001-20