

PROCURAÇÃO AD- JUDÍCIA

OUTORGANTE:

ANTONIO FABRICIO DE SOUSA PEREIRA, BRASILEIRO,
SOLTEIRO, PORTADOR DO RG Nº 2007973863-4, INSCRITO,
NO CPF SOB O Nº 067.950.293-95, RESIDENTE E
DOMICILIADO NA RUA DONA AFRA, Nº 804, PLANALTO DA
CATUMBELA, RUSSAS-CE DE CEP: 62.900-000.

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, 29 de OUTUBRO de 2018

Antonio Fabricio de Souza Pereira

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO

Eu ANTONIO FABRICIO DE SOUSA PEREIRA
_____, brasileiro(a), portador do RG sob o nº 2007973863-4,
inscrito no CPF sob o nº 067.950.293-95, residente e
domiciliado na cidade de RUSSAS Estado do Ceará, na
rua DONA AFRA, PLANALTO DA CATUMBELA,
nº 804, 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, 29 de OUTUBRO de 2018

Antonio Fabricio de Sousa Pereira

Declarante

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



Polegar Direito



ASSINATURA DO TITULAR

Antonio Fabricio de Sousa Pereira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
067.950.293-95

Nome
ANTONIO FABRICIO DE SOUSA PEREIRA

Nascimento
22/08/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO GERAL	2007973863 - 4	DATA DE EXPEDIÇÃO 01/09/2011
NOME ANTONIO FABRICIO DE SOUSA PEREIRA		
FILIAÇÃO FRANCISCO JOSÉ PEREIRA DA SILVA MARIA DE LOURDES DE SOUSA PEREIRA		
NATURALIDADE QUIXADÁ - CE	DATA DE NASCIMENTO 22/08/1987	
DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: TAPUIARÁ TERMO: 4283 FOLHA: 110 LIVRO: A-6 QUIXADÁ - CE		
CPF	ASSINATURA DO DIRETOR	P.: 30
1 VIA	LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

CÓDIGO DE CONTROLE
9D48.A5E9.C7BE.E089

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 08:49:31 do dia 04/06/2012 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ANTONIO FABRICIO DE SOUSA PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 20079738634 SSP CE

CPF
 067.950.293-95

DATA NASCIMENTO
 22/08/1987

FILIAÇÃO
 FRANCISCO JOSE PEREIRA
 DA SILVA
 MARIA DE LOURDES DE
 SOUSA PEREIRA

PERMISSÃO **ACC** **CAT. HAB.**
 AB

Nº REGISTRO
 06629614948

VALIDADE
 05/12/2022

1ª HABILITAÇÃO
 20/05/2016

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO;

Antônio Fabricio de Sousa Pereira
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 RUSSAS, CE

DATA EMISSÃO
 23/01/2018

Isor Vascencella Ponte
 ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ

06156541444
CE162604319

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1631581299

PROIBIDO PLASTIFICAR
1631581299



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Nº de Inscrição:

002954624

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA DE LOURDES DE SOUSA PEREIRA

End. Leitura: RU DNA AFRA, 304, PLANALTO DA CATUMBELA

Cidade: RUSSAS

CEP: 62800-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 752

Sector: 001

Quadra: 0026

Lote: 1412

Comp: 0000

Subsector: 00

Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral(m³)
ÁGUA	R17F103239	49	62	13	6

DATAS

Leitura Atual: 02/03/2018 Emissão: 02/03/2018 Lacre Água: 7472873

Leitura Anterior: 01/02/2018 Próxima Leitura: 02/04/2018 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 01/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	0-16	0-10	0-10	0-10	0-10
Analisadas	0-16	0-10	0-10	0-10	0-10
Em conformidade	0-16	0-10	0-10	0-10	0-10

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

Valor (R\$)

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano

Água (m³)

Esgoto (m³)

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,35
COFINS	1,76

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	36,31
VALOR DO SUBSÍDIO	13,43
VALOR TOTAL A PAGAR	36,88

MÊS/ANO

03/2018

VENCIMENTO

02/04/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

36,88

ONDE PAGAR SUA FATURA

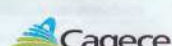
I: 355495064078093 L: 0439 H: 09:20:32 R: 029 P: 001

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

Central de Atendimento

Cagece

0800 275 0195



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013569285161
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA PPT 01 01044226541 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

NOME
ANTONIO FABRICIO DE SOUSA PEREIRA
RUSSAS / CE

CPF / CNPJ 06795029395 PLACA PMM4096/CE

PLACA ANT / UF 9C2KCL670FR513334 CHASSI

ESPECÍFICO FAS / MOTOCICLO DYNAD APPLIC COMBUSTÍVEL GASOL / ALCO

MARCA / MODELO HONDA / CB150 START ANO FAB 2015 ANO MOD 2015

CAP / POT / CIL 2P / 0CV / 1490C CATEGORIA PARTIC QOR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 1 VENC / COTAS 1

FAIXA LPVA 2 PARCELAMENTO / COTAS 2

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 3 DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

RUSSAS LOCAL 10/08/2017 DATA

Igor Ponte Superintendente DETRAN-CE

DETRAN

CONTRAN

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 013569285161 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 10/08/2017

VIA 01 CPF / CNPJ 06795029395 PLACA PMM4096

RENAVAM 01044226541 MARCA / MODELO HONDA / CB150 START

ANO FAB 2015 CHASSI 9C2KCL670FR513334

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81,29 DENATRA (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,13 IOF (R\$) 0,7 TOTAL A SER PAGADO (R\$) 185,5

COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 09/08/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.508/0001-04

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

DE ASSINATURA

02777 PMM4096

COD. RENAVAM 01044226541 143699 02554



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS



BOLETIM DE Ocorrência Nº 541 - 2428 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **10/07/2018 12:32:12**
 Data / Hora da Ocorrência: **26/02/2018 17:15:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA RAIMUNDO PELOPIDAS DE ARAUJO**
 Complemento:
 Bairro: **CATUMBELA** Município: **RUSSAS/CE**
 Ponto de Referência: **JULIANA STUDIO ESTETICA**

Noticiante(s)

Nome: **ANTONIO FABRICIO DE SOUSA PEREIRA**
 Nascimento: **22/08/1987** CPF: **067.950.293-95**
 RG : Orgão Emissor: UF:
 Filiação: **MARIA DE LOURDES DE SOUSA PEREIRA**
FRANCISCO JOSE PEREIRA DA SILVA
 Endereço: **RUA DONA AFRA, 804**
 Bairro: **CATUMBELA** CEP:
 Município: **RUSSAS/CE**
 País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMM4096** Uf: **CE** Município: **RUSSAS** Chassi:
9C2KC1670FR513334 Renavam: **1044226541** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 START** Ano Fabricação:
2015 Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA**
 Proprietário: **ANTONIO FABRICIO DE SOUSA PEREIRA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Informa o queixoso que no dia, hora e local informados, trafegava na sua motocicleta acima informada, sentido Fábrica Dakota/bairro Catumbela, quando nas proximidades do salão de cabelo Juliana Studio Estetica, derrapou na areia solta na via e, perdeu o controle da motocicleta e caiu; Que na queda quebrou a clavícula esquerda; Que foi socorrida para a UPA - Unidade de Pronto Atendimento de Russas pela conhecida LILIAN CASTRO DE SOUSA, que passava no local no momento do acidente; Que após uma semana de tratamento, foi encaminhado pelo médico da UPA para o Hospital e Casa de Saúde de Russas, onde foi submetido a tratamento cirúrgico

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANSELMO FERREIRA DE MATOS JÚNIOR MAT.: 134003-1-8
 Escrivão de Polícia Civil

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antonio Fabricio de Sousa Pereira

VISTO DO DELEGADO(A) :

BRUNO SILVA - MAT.: 30084616

DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

Pág. 1 de 1

Impresso em: 10/07/2018 14:35:18

Autentico, para os devidos efeitos, a presente copia reprográfica do documento que me foi apresentado em Cartório pela parte interessada. Dou fe, RUSSAS 10/07/2018.
 Em testemunho da verdade.
 Maria de Fatima Maciel Chaves Maia - Escrevente Autorizada
 VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
 Selo(s): HR-785716-CARTORIO LEITE BORGES-3J OFICIO DE RUSSAS/CE**
 Fone/Fax: (88) 3411.2186-Av. Dom Lino-1108-Centro



1800248428		26/02/2018 17:24:01		FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA		DIURNO		139	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
ANTONIO FABRICIO DE SOUSA PEREIRA		22/08/1987		30 A 6 M 4 D		705401451916797		06795029395	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo	
IDENTIDADE		2007973863-		SSP CE		01/09/2011		M	
Mãe		4		Estado Civil		Raça/Cor		Naturalidade	
MARIA DE LURDES DE SOUSA PEREIRA		FRANCISCO JOSE PEREIRA DA SILVA		SOLTEIRO(A)PARDA		QUIXADA - CE		BRASIL	
Endereço		RUA - DR JOSE MARTINS SANTIAGO - 1195 - CATUMBELA - RUSSAS - CE		Contato		(88) 99360-2408		Ocupação	
AMARELO		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
CONSULTA		URGÊNCIA		PSF - PSF - CAT		Peso		Pressão	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:		ERIVANDA.LSF	
PRONTO ATENDIMENTO		DEMANDA ESPONTANEA							
Queixa Principal		☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue			
ALGIA CLAVICULAR APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO									
Anamnese de Enfermagem		PACIENTE COMPARECE A UNIDADE REFERINDO QUEIXA ACIMA COM INICIO HOJE. NEGA		GSC		TOTAL			
ALERGIA MEDICAMENTOSA + HAS + DM.		AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)		Vítima de acidente de moto tipo							
Exame Físico									
Hipótese Diagnóstica		Suspeita de fratura do clavícula							
SADT - Exames Complementares		☐ RAIO - X		☐ ULTRA-SON		☐ TC		☐ SANGUE	
		☐ URINA		☐ ECG		☐ OUTROS:			
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO					
1. Doloroso no Pto ZM,		17:53							
2. R/Trauma									
limpeza + curativo		18:00							
Conduta		☒ Ambulatório		☐ Observação (Até 24h)		☐ Internação		Elisanda Maria O. Silva	
☐ Alta por Decisão Médica		☐ Alta a Pedido		☐ Alta a Revelia		☐ Transferência para:		Téc. de Enfermagem	
		Data e Hora da Saída/Alta		26/02/18 18:00 h				124580 - COKEN-CE	
óbito		Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não		Destino: ☐ Família ☐ IML		Anatomia Patológica			
Assinatura do Paciente ou Responsável		Assinatura do Médico							
Impresso por: anny.lsl		Data Hora: 26/02/2018 17:27:23							

<http://192.168.100.100:8888/IS4/is4/1F40E843-CDCE-4FAB-AEC2-AFD878B225BE.html>

1/1

Autentico, para os devidos efeitos, a presente copia reprografica do documento que me foi apresentado em Cartorio pela parte interessada. Dou fe. RUSSAS 17/04/2018.

Em testemunho _____ da verdade.

Reno Machado da Ponte - Escrevente Substituto

VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Selo(s): HN-504072-CARTORIO LEITE BORGES-3J OFICIO DE RUSSAS/CE**

Fone/Fax: (88) 3411.2186-Av. Dom Lino-1108-Centro



26/02/2018 - Paciente vítima de acidente motociclístico ao sair do trabalho, apresentando dor em MSE clavicular, recortos do SUS com endereço de Quixerê. Enfermeira do H.C.S.R., Sabrina, orientou que o paciente não fosse inserido na CRH e que ele comparecia amanhã ao Hospital para passar pelo Traumatologista, e que atualizasse cartões SUS na auditoria.

Ane Kelly Lima Ramalho
ENFERMEIRA
COREN/CE 275.992

Autentico, para os devidos efeitos, a presente copia reprográfica do documento que me foi apresentado em Cartório pela parte interessada. Dou fe. RUSSAS 17/04/2018. Em testemunho da verdade. Reno Machado da Ponte - Escrevente Substituto. Selo(s): HN-504073-CARTORIO LEITE BORGES-3J OFICIO DE RUSSAS/CE. Fone/Fax: (88) 3411.2186-Av. Dom Lino-1108-Centro



27/02/2018

Guia de Atendimento 03



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

Clavícula



7

27/02/2018 08:37:33

GUIA DE ATENDIMENTO

SUS - SUS

Profissional: MARCELO

Sector: TRAUMATOLOGIA

Especialidade: TRAUMATOLOGIA

Consulta: URGÊNCIA

Turno: DIURNO

Paciente: 00112658 - ANTONIO FABRICIO DE SOUSA PEREIRA
Endereço: RUA - DONA AFRA - 804 - CATUMBELA - RUSSAS - CE - 62900000 - PROX A CRECHE
Fone: (88) 99322-9175
Naturalidade: QUIXADA - CE
Nº da Carteira: _____
Mãe: MARIA DE LOURDES DE SOUSA PEREIRA
Sexo: M DN: 22/08/1937 - 30 A 6 M 5 D Est. Civil: Solteiro(a)
CNS: 705401451916797 CPF: 067.950.293-95
Ocup.: SERVIÇOS GERAIS
Raça/Cor: PARDA -
Autorização: _____
SisPreNatal: _____
Pat: MARIA DE LOURDES DE SOUSA PEREIRA

Anotações de Outros Profissionais

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

Anotações Médicas

Conduta:

Clavícula

RS
NILO HOGUEIRA DA SILVA
CRP 108327
Técnico de Radiologia

Diagnóstico:

Assinatura e Carimbo

maria de lourdes de souza pereira

Atesto a realização do Atendimento de acordo com os dados acima

Assinatura do Paciente ou Responsável

Atendimento: 1800235893

Registrado por: maria.aubetiza



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



1800236784	06/03/2018 10:28:49	GUIA DE ADMISSÃO ()	GUIA DE ATENDIMENTO ()	TRAUMA/CIRURGICO-01.004.004
Paciente	00112658 - ANTONIO FABRICIO DE SOUSA PEREIRA	Nascimento	22/08/1987 Id: 30 A 6 M 15 D	CNS 705401451916797
Documento	Sexo M Estado Civil Solteiro(a) Raça/Cor Parda	Escolaridade	Ocupação	CPF 067.950.293-95
Endereço	RUA - DONA AFRA - 804 - CATUMBELA - RUSSAS - CE	CEP	62.900-000	Serviços Gerais
Naturalidade	QUIXADA - CE	Contatos	(88) 99322-9175	Complemento
Mãe	MARIA DE LOURDES DE SOUSA PEREIRA	Pai	MARIA DE LOURDES DE SOUSA PEREIRA	SisPreNatal
Plano - Convênio	SUS - SUS	Carteira	Validade	Autorização
Caráter de Atendimento	Urgência	Procedência	Especialidade	Profissional Solicitante
CID Principal	Procedimento Solicitado	TRAUMA/ORTOPEDIA	MARCELO LOPES MAIA	Perm. Máxima (dias)

ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer () Exames Laboratoriais () RX () Ultrassonografia () Prótese () Mudança de Procedimento ()
 Convênio: Autorizado Até: / / Prorrogado Até: / /
 Outros () Especificar: _____
 Data da Saída: 08/03/18 Motivo: () Curado () A pedido () Evasão () Transferido () Óbito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Frustrado

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

PRINCIPAL:

Frustrado

SECUNDÁRIA:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

F07.770 201/0001-047
 HOS. HOSPITAL E CASA DE SAÚDE
 CENTRO
 RUSSAS
 CEP: 62.900-000
 CEARÁ

Dr. Marcelo
 Ortopedista e Traumatologista
 CRM: 11985 RQE-270

Médico Responsável

Antônio Fabricio de Souza Pereira

Paciente ou Responsável

Diretor Responsável

Guia emitida por: maria.aubetiza



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS		232800-3	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS		4 - CNES 232800-3	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE ANTONIO FABRICIO DE SOUSA PEREIRA		6 - Nº. DO PRONTUÁRIO 0012658	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 705401451916797	8 - DATA DE NASCIMENTO 22/08/1987	9 - SEXO 1 - Masculino	10 - RAÇA / COR Parda
11 - NOME DA MÃE MARIA DE LOURDES DE SOUSA PEREIRA		12 - TELEFONE DE CONTATO (88) 99322-9175	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL ANTONIO FABRICIO DE SOUSA PEREIRA		14 - TELEFONE DE CONTATO (88) 99322-9175	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA: DONA AFRA - 804 - PROX A CRECHE - CATUMBELA			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA RUSSAS		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO 231180	18 - UF CE
		19 - CEP 62.900-000	

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
Fndm clonculu		F07.770 001/0001-647	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		RUA: DONA AFRA - 804 - PROX A CRECHE - CATUMBELA	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		L RUSSAS	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fndm clonculu	24 - CID 10 PRINCIPAL S420	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Fto Grupo fnt clonculu		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO M08.010.150	
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 06/03/2018	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO) CRM 1805 ROSSAS

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº. DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ DA EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO			

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COD. ORGÃO EMISSOR		52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO ☐ CNS ☐ CPF	49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 09/03/18	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO) CRM 1805 ROSSAS				


HCSA
 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas
**SANTAS
CASAS
UNIDAS**
BOLETIM DE OPERAÇÃO
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

 NOME: Antônio Fabrício de Sousa Pereira
 DATA: 06/1 Março 2018 LEITO: 4-1
DIAGNOSTICO CLÍNICO:
Furt. Clavicular
DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:
CONDIÇÕES DO PACIENTE

TEMPO	PULSO	RESP.	P.A.	GERAIS

ANESTESIA:
GERAL E NÁRCOSE
OPERAÇÃO:
CLASSIFICAÇÃO:

INÍCIO: _____ FIM: _____

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

O QUE FOI FEITO:
Ponto ceder para
Artroscopia + Compot
Sten
Meno clavicula
Reduzir + fixar
Junta
Dr. Marcelo L. de S. Almeida
Ortopedista
CRM-1535
CONTAGEM COMPRESSAS:

Operador _____

Auxiliar _____

Anestesista _____

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

www.hcsrussas.com.br



SANTAS CASAS UNIDAS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Antonio Fabiano de Sousa Pereira

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

DATA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
06/03/18		POI Fiel. clonida (9)
		Dr. Paulo S. D. Lopes Maia Ortopedista e Traumatologista CRM: 11805 RQE: 7360
07/03/18		PR PO Fiel. clonida
		Dr. Paulo S. D. Lopes Maia Ortopedista e Traumatologista CRM: 11805 RQE: 7360
08/03/18		PR PO Fiel. clonida
		Dr. Paulo S. D. Lopes Maia Ortopedista e Traumatologista CRM: 11805 RQE: 7360



**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

RESUMO DE ALTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Autônio Fabrício de Sousa Pereira

ENFERMARIA: 4 LEITO: 1 PRONTUÁRIO: _____

RESUMO CLÍNICO:

EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:

PROCEDIMIENTO REALIZADO:

TERAPÊUTICA UTILIZADA:

ADMISSÃO: 06/03/18 ALTA: 01/05/18 DIAS INTERN.: 1

CONDIÇÕES DE ALTA:

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

ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO:

DIAGNÓSTICO FINAL:

OBSERVAÇÕES:

MEDICO RESPONSÁVEL

Sistema Único de Saúde
SUS / CEARÁ
FICHA DE REFERÊNCIA



Rua Dr. José Ramalho, 1436 - Russas - CE
Tel.: (0**88) 3411-0147 - Telefax: 3411-6611

1-Preencher esta ficha em 3 vias
2-Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retorno com a 1ª via à unidade de origem.

Unidade de Origem

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Município: **RUSSAS-CE**

Distrito Sanitário: _____

NOME: Antônio Felício da Silva Pront. Nº _____

SEXO: M () F () Data de Nascimento ____/____/____ Ocupação _____

Endereço _____ Fone: _____

Motivo de Encaminhamento

Naup de diarreia AP

Resultado de Exames _____

130 - Pos - ex Fed diarreia

Conduta já Realizada _____

Impressão Diagnóstica _____

Ass. Do Encaminhante - Nº Registro _____

Função _____

DATA _____

HORA _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento p/ atendimento: Ambulatorial () Hospitalar () Auxílio Diagnóstico ()

Procedimento _____ Profissional _____

Unidade de referência _____ Data _____ Hora _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência _____

Município _____ Prontuário N.º _____ ALTA ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico _____

Resultado de exames _____

Diagnóstico: PRINCIPAL _____ CID _____
SECUNDARIO 1 _____ CID _____
SECUNDARIO 2 _____ CID _____

Conduta Realizada _____

Proposta de Consulta para Seguimento _____

O problema justificou a referência?
SIM () NÃO ()

O movimento da referência coincide com o diagnóstico?
SIM () NÃO ()

Ass. Do Consultante - Nº Registro _____

Função _____

DATA _____