

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	Gildo Oliveira Silva		
Nacionalidade	Brasileiro	Natural	Chorozinho
Estado Civil	Solteiro	RG nº	2005014160210
Profissão	Garçon	CPF nº	056.742.493-69
Endereço	PV do Feijao		
Bairro	Distrito Sede	CEP	62.795-000
Município/UF	Barreira	FONE	(85)9 9277-2167/99189-9798

OUTORGADO:ALEXANDRE FERREIRA LEITE NETO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 38.054 e **DIEGO VICTOR LEMOS NERY**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.169, com endereço profissional na Rua Eng. Antônio Ferreira Antero, nº 401, Água Fria, CEP nº 60.821-765, Fortaleza/CE, Fone/Fax: (85) 3273-4861.

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, **podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso**, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 9 de maio de 2018.

Gildo Oliveira Silva
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO

DECLARANTE	Gildo Oliveira Silva		
Nacionalidade	Brasileiro	Natural	Chorozinho
Estado Civil	Solteiro	RG nº	2005014160210
Profissão	Garçon	CPF nº	056.742.493-69
Endereço	PV do Feijao		
Bairro	Distrito Sede	CEP	62.795-000
Município/UF	Barreira	FONE	(85)9 9277-2167/99189-9798

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de minha família, nos termos do Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, Art. 98 do CPC/15 e em conformidade com os dispositivos insertos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, 9 de maio de 2018.

Gildo Oliveira Silva

DECLARANTE



[illegible]

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT							
CENº 013194573992		BILHETE DE SEGURO DPVAT					
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204							
VIA	01	06345508318	CPF / CNPJ	PLACA	PMV0739	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
						2016	06/02/2017
RETAVAM	01028396195	HONDA/CB150 FAN ESDI	MARCA / MODELO				
ANO FAB	2014	09	Nº CHASSI	9C2KC01680FRO07403			
PRÊMIO TARIFÁRIO							
R\$ (R)	129,04	DENATRAM (R\$)	14,34	CUSTO DO SEGURO (R\$)	143,38		
CUSTO DO BILHETE (R\$)	4,15	ICF (R\$)	1,11	TOTAL PRÊMIO SEGURO (R\$)	292,01		
X	COTA ÚNICA	PAGAMENTO	PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO	09/11/2016		
SEGURADORA LIDER - DPVAT							
CNPJ 09.240.605/0001-04							
MOTOR: KC16E8F007403							
00400							

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO TATTOO RH	DIABETE ☐ SIM ☐ NÃO	HEMOFILIA ☐ SIM ☐ NÃO
ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO		
DOADOR DE ÓRGÃOS - (Doc. nº 879, de 12 de julho de 1993) ☐ SIM ☐ NÃO		

CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
1	1		
DATA DA ANOTAÇÃO: _____ ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNDEADOR: _____			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
1	1		
DATA DA ANOTAÇÃO: _____ ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNDEADOR: _____			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
1	1		
DATA DA ANOTAÇÃO: _____ ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNDEADOR: _____			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
1	1		
DATA DA ANOTAÇÃO: _____ ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNDEADOR: _____			

06

CONTRATO DE TRABALHO

18.351.468/0001-96

EMPREGADOR: F&C COMÉRCIO E SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO LTDA-ME

COC/CP/CEL: AV. HERÁCLITO GRACA, 699

ENDEREÇO: CENTRO - CEP 60140-061

MUNICÍPIO: FORTALEZA - CEARÁ

ESP. DO ESTABELECIMENTO: Comercial

CARGO: Garçon

CBO Nº: _____

DATA DE ADMISSÃO: 18 DE AGOSTO DE 2013

REGISTRO Nº: 01 RES. / FICHA: 04

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 710,00 (Setecentos e dez reais) / mês

F&C COMÉRCIO E SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO LTDA-ME

Assinatura do Representante Legal: _____

Assinatura do Empregado: _____

DATA DE SAÍDA: _____ DE _____ DE _____

Assinatura do Empregador ou Ato de Testemunho: _____

Assinatura do Empregado: _____

COM. DISPENSA CD Nº: _____

FGTS Nº DA CONTA: _____

07

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP161.76179.48-4

NÚMERO4507512

SÉRIE0030

UFCE

GILDO OLIVEIRA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR



03



GILDO OLIVEIRA SILVA

FILIAÇÃO..... JOSE RAMOS DA SILVA
ANTONIA SOUSA OLIVEIRA SILVA

NASCIMENTO..... 15/06/1992SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO

NATURALIDADE: BARREIRA - CE

DOCUMENTO..... C. I. 2005014150210 26/12/2005 SSP CE

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF..... 066.742.493-89CNH.....

TIT. ELEITOR.....SEÇÃO:ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: GRTE/CE - 23/07/2010

ASSINATURA DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO VICTOR LEMOS NERY e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/05/2018 às 14:02, sob o número 01332912720188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0133291-27.2018.8.06.0001 e código 369E32B.





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE BARREIRA



BOLETIM DE Ocorrência N° 422 - 179 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **16/03/2017 08:40:41**
 Data / Hora da Ocorrência: **04/02/2017 15:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **LAGOINHA**
 Complemento:
 Bairro:
 Município: **BARREIRA/CE**
 Ponto de Referência: **RIACHO DO URUÁ**

Noticiante(s)

Nome: **GILDO OLIVEIRA SILVA**
 Nascimento: **15/06/1992** CPF:
 RG: **2005014160210** Orgão Emissor: **SSP** UF:
 Filiação: **ANTONIA SOUSA OLIVEIRA SILVA**
JOSE RAMOS DA SILVA
 Endereço: **VILA CRISTO REI, 42**
 Bairro: **CENTRO** CEP:
 Município: **FORTALEZA/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **8906-5705**

Histórico

Relata o noticiante GILDO OLIVEIRA SILVA que na data e hora acima mencionada vinha conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESDI de cor vermelha de placa PMV 0739/CE de propriedade de OLANDINA OLIVEIRA SILVA (irmã); que na garupa da moto vinha ANTÔNIA ULIENE IMA SILVA; que o noticiante não é habilitado, porém está prestes a tirar a CNH estando nas aulas práticas de direção; que se distraiu na estrada conversando com sua esposa e colidiu numa ribanceira; que foi socorrido por uma amiga chamada JOELMA para o hospital de Barreira apresentando possível fratura em osso frontal da face e várias escoriações pelo corpo; que posteriormente se submeteu a uma cirurgia no IJF em Fortaleza; que são testemunhas FRANCISCA LUANA LIMA SILVA (cunhada) e ANTÔNIA ULIANE LIMA SILVA (esposa); que veio a esta delegacia no intuito de pleitear indenização legal.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARREIRA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ISLANE SILVA SANTIAGO - MAT.: 301037-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

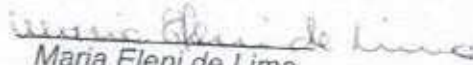
VISTO DO DELEGADO(A) :

TATIANE DE BARROS MACEDO - MAT.: 30082710

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, Gildo Oliveira Silva, nascido em 15/06/1992, portador do RG 2005014160210 e CPF nº 056.742.493-69, filho de Antonia Sousa Oliveira Silva e Jose Ramos da Silva, foi atendido nesta unidade no dia 04/02/2017, pelo médico plantonista Dr. João Silva Lima Neto, CRM nº. 4856 vítima de acidente de trânsito (queda de moto), apresentando possível fratura em osso frontal da face e várias escoriações pelo corpo, quando foi medicado e encaminhado para avaliação e conduta, com especialista traumatologista em hospital de referência, conforme registros de atendimento.

Barreira- CE, 02 de MARÇO de 2017.


Maria Eleni de Lima
Gerente Administrativa

Rua Boanerges Jacó, 0011, centro, Barreira - CE
CEP: 62795-000; contato: (85) 3331 1513
e-mail: hospitaldebarreira@yahoo.com.br



HOSPITAL DE BARREIRA

SOCIEDADE BENEFICENTE DE BARREIRA

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 04/02/17 HORÁRIO: 15:50 Nº: 48

1) IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Gildo Oliveira da Silva
 ENDEREÇO: Feijão
 ESTADO CIVIL: Solteiro IDADE: 25
 SEXO: M () F

2) QUEIXA PRINCIPAL:

Queda de peso (alcoelizado)
semite por queda

3) HISTÓRIA CLÍNICA:

4) EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS: P.A. 140 x 80 mmHg. GLICEMIA: _____ mg/Dl
 TEMP: _____ °C PESO: _____ kg

5) PRESCRIÇÃO/CONDUTA:

uso EV
Dip. 100 mg - 2x/d
NO - 15 ml

Antônio Ulame
 Assinatura do Paciente/Responsável

João Silva Lima Neto
 CRM - 4856
 CPF: 102.235.543-04

Assinatura do Médico/CRM

CONFERE COM ORIGINAL

Sistema Único de Saúde - SUS/CEARÁ

FICHA DE REFERÊNCIA

- 1 - Preencha esta ficha em 3 vias
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário orientá-lo para retornar com a 1ª via a Unidade de Origem

Unidade de Origem: _____
 Distrito Sanitário: _____ Município: Barragem

Nome: GUDDO OLIVEIRA SILVA Prontuário Nº: _____
 Sexo: ☒ M ☐ F Data de nascimento: 15/06/1990 Ocupação: _____
 Endereço: _____ Bairro: ST. Amor Telefone: _____

Motivo de Encaminhamento: Doença em fase de TCC
Exames de Exatidão

Resultado de exames já realizados: _____

Conduta já realizada: Ex. de Botão P/Pro Amarelo
Idoso 1.3. F.

Impressão diagnóstica: Exatidão de Exatidão
Exatidão de Exatidão

Assinatura do Consultante - nº Registro _____ Função _____ Data _____ Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☒ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐
 Procedimento: Exatidão de Exatidão Profissional: Exatidão de Exatidão
 Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____
 Município: _____ Prontuário Nº: _____ Data da Alta: _____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____ C.I.D.: _____
 Secundário 1: _____ C.I.D.: _____
 Secundário 2: _____ C.I.D.: _____

Proposta de conduta para seguimento: _____



ESTADO DO CEARÁ
Tribunal de Justiça



6/20 Oliveira e Silva

Ru
unual

1- Tran-Ve Oral G - 20x5

Tomar el q 26 6/64
(78m)

2- Profund 100g - 1x

Tomar el q 26 8/84

Diego Silva Lima Neto
CRM - 4856
Fº 102.235.843-04
26/02/17

2017/02/26 10:00



Prefeitura de
Fortaleza

Instituto de Saúde da Família

AMBULATÓRIO da BMF

Nome: Gildo Queiroz Silva RAE/Prontuário: 5792117

RETORNO AMBULATORIAL

DATA: 08/03/17

HORÁRIO: 08:00 horas

LOCAL: Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial

SITUAÇÃO:

- Internar pt cirurgia com Dr. Paulo
Joaquim.

- Trazer exames p internação.

- Soluções BE + A/H

- Trazer Guia de Referência

Inf. tto cirurgia de fr. de mandíbula

Data: 12/03/17

Assinatura e Carimbo do Médico

Dr. Diego Victor Lemos Nery
Residente CTGMI
CRD 7362-CE

AE-000-202 Versão 2 - 01/ JUL/ 14 - Via Única - Formato A5 (148X210)

Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061
Fortaleza, Ceará, Brasil



Prefeitura de Fortaleza



Prefeitura de Fortaleza

Instituto Dr. João Costa

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

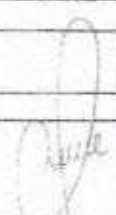
Nome: <u>Diego Victor Lemos Nery</u>			Nº AIH/RAE: <u>54423</u>
Paciente Externo? ☒ Sim ☐ Não		Unid. Internação/ENF/LEITO	Idade: <u>34</u> Sexo: ☐ Masc ☒ Fem
JUSTIFICATIVA <u>Preso</u>			
EXAMES RADIOLÓGICOS			
☐ Crânio	☐ Face	☐ Coluna Cervical __AP/P	☐ Clavícula __AP
☐ Tórax __AP/P	☐ Ombro __AP/P	☐ Braço __AP/P	☐ Antebraço __AP/P
☐ Punho __AP/P	☐ Mão __AP/OBL	☐ Bacia AP	☐ Quadril AP/AXIAL
☐ Escanometria dos MMII	☐ Perna __AP/P	☐ Joelho __AP/P	☐ Tornozelo __AP/P
☐	☐	☐	☐
EXAMES LABORATORIAIS			
☐ Hemograma	☐ Glicemia	☐ Uréia	☐ Creatinina
☐ Cloro	☐ Sódio	☐ Plaquetas	☐ Cálcio
☐ PT/TA	☐ Lipase	☐ Amilase	☐ Colinesterase
☐	☐	☐	☐
ULTRA-SONOGRAFIA			
☐ Fast	☐ Abdome Total	☐ Tórax	☐ MSD
			☐ MSE
			☐ MID
			☐ MIE
OUTROS EXAMES			
<u>ECO</u>			
Assinatura e Carimbo do Solicitante:			Data: <u>11/07/18</u> Hora: <u>11</u> minutos

Dr. Raul F. Pires
Residente Clínico
CRQ 7348-CE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO VICTOR LEMOS NERY e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/05/2018 às 14:02, sob o número 01332912720188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0133291-27.2018.8.06.0001 e código 369E32F.



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: <u>Diego Victor Lemos Nery</u>		Nº AIH/RAE: <u>31.923</u>		
Paciente Externo?	Unid. Internação/ENF/LEITO	Idade:	Sexo: ☒ Masc ☐ Fem	
☐ Sim ☐ Não				
JUSTIFICATIVA				
<u>Exame</u>				
EXAMES RADIOLÓGICOS				
☐ Crânio	☐ Face	☐ Coluna Cervical AP/P	☐ Clavícula AP	☐ Coluna Dorsal AP/P
☐ Tórax AP/P	☐ Ombro AP/P	☐ Braço AP/P	☐ Antebraço AP/P	☐ Cotovelo AP/P
☐ Punho AP/P	☐ Mão AP/OBL	☐ Bacia AP	☐ Quadril AP/AXIAL	☐ Fêmur AP/P
☐ Escanometria dos MMII	☐ Perna AP/P	☐ Joelho AP/P	☐ Tornozelo AP/P	☐ Pé AP/OBL
☐	☐	☐	☐	☐
EXAMES LABORATORIAIS				
☒ Hemograma	☒ Glicemia	☐ Uréia	☐ Creatinina	☐ Potássio
☐ Cloro	☐ Sódio	☒ Plaquetas	☐ Cálcio	☐ TAP
☒ PTTA	☐ Lipase	☐ Amilase	☐ Colinesterase	☐ Sumário de Urina
☐	☐	☐	☐	☐
ULTRA-SONOGRAFIA				
☐ Fast	☐ Abdome Total	☐ Tórax	☐ MSD	☐ MID
			☐ MSE	☐ MIE
OUTROS EXAMES				
 Dra. Raissa P. Paganini Residente CTGME CRQ 7362-CE				
Assinatura e Carimbo do Solicitante:		Data: <u>12/02/17</u>	Hora: <u>h</u> minutos	



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: <u>Diego Victor Lemos Nery</u>		Nº AIH/RAE <u>51120188060001</u>	
Paciente Externo? ☐ Sim ☒ Não	Unid. Internação/ENF/LEITO	Idade:	Sexo ☒ Masc. ☐ Fem.
JUSTIFICATIVA			
<u>Prontop</u>			
EXAMES RADIOLÓGICOS			
☐ Crânio	☐ Face	☐ Coluna Cervical AP/P	☐ Clavícula AP
☒ Tórax AP/P	☐ Ombro AP/P	☐ Braço AP/P	☐ Antebraço AP/P
☐ Punho AP/P	☐ Mão AP/OBL	☐ Bacia AP	☐ Quadril AP/AXIAL
☐ Escanometria dos MMII	☐ Perna AP/P	☐ Joelho AP/P	☐ Tornozelo AP/P
☐	☐	☐	☐
EXAMES LABORATORIAIS			
☐ Hemograma	☐ Glicemia	☐ Uréia	☐ Creatinina
☐ Cítoro	☐ Sódio	☐ Plaquetas	☐ Cálcio
☐ PT/TA	☐ Lipase	☐ Amilase	☐ Colinesterase
☐	☐	☐	☐
ULTRA-SONOGRAFIA			
☐ Fast	☐ Abdome Total	☐ Tórax	☐ MSD
			☐ MSE
			☐ MID
			☐ MIE
OUTROS EXAMES			
<u>Diego</u>			
Assinatura e Carimbo do Solicitante:		Data <u>21/07/18</u>	Hora <u>h</u> minutos

Diego
Dra. Raissa F. Passos
Residente CT-AMF
CRD 1362-CE



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Registro de Atendimento
Emergencial

Emitido em: 08/03/2017 12:14:27

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUSA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 04/02/2017 20:54:33	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700002151079001	NOME: GILDO OLIVEIRA SILVA			Registro: 5492879			
CPF:	RG:	D. NASC: 15/06/1992	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: ANTONIA SOUSA OLIVEIRA SILVA		NOME DO PAI: JOSE RAMOS DA SILVA					
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: BARRO BRANCO		Nº: S/N	BAIRRO: CORREGO		
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: BARREIRA		UF: CE	CEP: 62785000		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: Jose willamy		PARENTESCO: curthado		TELEFONE:			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO		CBO DO EMPREGADO	CNPJ DO EMPREGADOR	CÓDIGO DO CNAER			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta							
QUEIXAS: TCE com história de vômitos e confusão							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escala de Dor: Forte	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
08 03 2017							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



OFFÍCIO DO JUIZ DE DIREITO
DO JUIZADO DE PRIMÁRIA

Fortaleza

RECEITUÁRIO

Nome: Alta Oliveira Silva BE/Prontuário: _____

Idade: _____

Data: 14/02/2018 Hora: 19:00

Local: Unidade de Odontologia (FHE 2º andar)

Plano: Atendimento Emergencial de Urgência

Data: 14/02/18

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura e Carimbo do Médico

OCORRÊNCIA DE SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
do Juízo do Rio Branco, 1816 - Centro - CEP 50.075-061 Fone: 255-5000

ALTA HOSPITALAR
03/02/18

Assinatura e Carimbo do Médico

SUS		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO RECEBENTE		INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA	
3 - NOME DO PROLENTE		INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA	
4 - ENDEREÇO (Cidade, Nº, Bairro)		5 - CIDADE	
GILDO OLIVEIRA SILVA		5492379	
6 - DATA DE NASCIMENTO		7 - SEXO	
700002551079001		MASCULINO	
8 - NOME MÃE		9 - DATA DE NASCIMENTO	
ANTHONYA SOUSA OLIVEIRA SILVA		15/06/1992	
10 - ENDEREÇO (Cidade, Nº, Bairro)		11 - CIDADE	
BARRO BRANCO, S/N - CORREGO		CE	
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		13 - CIDADE	
BARREIRA		CE	
14 - CIDADE		15 - CIDADE	
230105		62795005	
16 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
19 - RESULTADOS DE EXAMES LABORATORIAIS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)		20 - RESULTADOS DE EXAMES LABORATORIAIS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	
21 - CIDADE		22 - CIDADE	
23 - CIDADE		24 - CIDADE	
25 - CIDADE		26 - CIDADE	
27 - CIDADE		28 - CIDADE	
29 - CIDADE		30 - CIDADE	
31 - CIDADE		32 - CIDADE	
33 - CIDADE		34 - CIDADE	
35 - CIDADE		36 - CIDADE	
37 - CIDADE		38 - CIDADE	
39 - CIDADE		40 - CIDADE	
41 - CIDADE		42 - CIDADE	
43 - CIDADE		44 - CIDADE	
45 - CIDADE		46 - CIDADE	
47 - CIDADE		48 - CIDADE	
49 - CIDADE		50 - CIDADE	
51 - CIDADE		52 - CIDADE	
53 - CIDADE		54 - CIDADE	
55 - CIDADE		56 - CIDADE	
57 - CIDADE		58 - CIDADE	
59 - CIDADE		60 - CIDADE	
61 - CIDADE		62 - CIDADE	
63 - CIDADE		64 - CIDADE	
65 - CIDADE		66 - CIDADE	
67 - CIDADE		68 - CIDADE	
69 - CIDADE		70 - CIDADE	
71 - CIDADE		72 - CIDADE	
73 - CIDADE		74 - CIDADE	
75 - CIDADE		76 - CIDADE	
77 - CIDADE		78 - CIDADE	
79 - CIDADE		80 - CIDADE	
81 - CIDADE		82 - CIDADE	
83 - CIDADE		84 - CIDADE	
85 - CIDADE		86 - CIDADE	
87 - CIDADE		88 - CIDADE	
89 - CIDADE		90 - CIDADE	
91 - CIDADE		92 - CIDADE	
93 - CIDADE		94 - CIDADE	
95 - CIDADE		96 - CIDADE	
97 - CIDADE		98 - CIDADE	
99 - CIDADE		100 - CIDADE	

[illegible]



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

CNS: 700002151075001		NOME: GILDO OLIVEIRA SILVA		ID DO PACIENTE	
CPF:		RG:			
NOME DA MÃE: ANTONIA SOUSA OLIVEIRA SILVA			D. NASC.: 15/06/1982		ESTADO CIV.
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: BARRO BRANCO		MUNICÍPIO: BARREIRA	
COMPLEMENTO:		TELEFONE CONTATO:			
NOME: Jose William			PARENTESCO: cunhado		
TIPO DE VÍNCULO:			CBO DO EMPREGADO:		
			CNPJ DO EMPREGADOR:		
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão, Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motociclista.					
QUEIXAS: TGE com história de vômitos e cefaleia					
OBSERVAÇÕES:					
LCA DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escala de Dor: Forte		PRIORIDADE DE ATEND:	
SPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLÍNICO GERAL					
ATENDIMENTO MÉDICO					
anamnese: <i>Doi com trauma da região de pescoço, lesões em</i> <i>em pele frías, sem lesões, referiu para</i>					
exame físico:					
exame: <i>OSC da cabeça</i> <i>D. Clavícula da mão</i>					
NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE: <i>Leito de observação (Unidade de Pronto Socorro)</i>					
HORA DO ATENDIMENTO: 14:02:17			CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:		

 SUS		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 2 - CNES 2529149 4 - CNES 2529149	
5 - NOME DO PACIENTE GILDO OLIVEIRA SILVA		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 8 - Nº DO PRONTUÁRIO 549	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 700002151079001		9 - DATA DE NASCIMENTO 15/06/1992 9 - SEXO MASC ☒ FEM ☐	
10 - NOME MÃE ANTONIA SOUSA OLIVEIRA SILVA 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) BARRO BRANCO, S/N - CORREGO		11 - CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA BARREIRA		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 230195 15 - UF CE 16 - CEP 62795000	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL			
21 - DO 1º PRINCIPAL			
22 - DO 1º SECUNDÁRIO			
23 - OUTRAS CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
25 - CAUSA DA INTERNAÇÃO			
26 - DOCUMENTO			
27 - Nº DO DOCUMENTO (INSERIR O DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSIST)			
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE			
29 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
30 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CONSENTO			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIAS)			
31 - CÓDIGO DE SEGURANÇA			
32 - Nº DO BILHETE			
33 - DATA DA ENTRADA			
34 - DATA DA SAÍDA			
35 - DATA DA ENTREVISTA			
36 - DATA DA PREVISÃO			

Formulário de referência e contra-referência, datado de 18/05/2018, com campos para nome, endereço, data de nascimento, sexo, estado civil, profissão, escolaridade, e assinaturas de referência e contra-referência. O formulário também contém uma seção de observações e uma seção de encaminhamento.

DATA DE REFERÊNCIA

DATA DE CONTRA-REFERÊNCIA

ENCAMENDAMENTO

SIGNATURES

OBSERVAÇÕES

ANEXO
DA LEI Nº 10.741/2003
DA SAÚDE

- 01. Nome completo
- 02. Data de nascimento
- 03. Sexo
- 04. Estado civil
- 05. Profissão
- 06. Endereço residencial
- 07. Endereço profissional
- 08. Telefone residencial
- 09. Telefone profissional
- 10. E-mail



Sistema Único de Saúde - SUS/CEARA
FICHA DE REFERÊNCIA

15.01.2018

Nome completo: W. P. Silva
Data de nascimento: 15.01.1971
Sexo: M
Estado civil: C
Profissão: Prof. de Educação Física
Endereço residencial: Rua da Liberdade, 123, Centro, Fortaleza, CE
Endereço profissional: Rua da Liberdade, 123, Centro, Fortaleza, CE
Telefone residencial: 1111 1111
Telefone profissional: 1111 1111
E-mail: wp@exemplo.com
Assinatura: W. P. Silva
Data: 04.02.18

AGENDAMENTO

Atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Atendimento ☒
Profissional: 1
Data: 1 / 1 / 2018

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Nome completo: W. P. Silva
Data de nascimento: 15.01.1971
Sexo: M
Estado civil: C
Profissão: Prof. de Educação Física
Endereço residencial: Rua da Liberdade, 123, Centro, Fortaleza, CE
Endereço profissional: Rua da Liberdade, 123, Centro, Fortaleza, CE
Telefone residencial: 1111 1111
Telefone profissional: 1111 1111
E-mail: wp@exemplo.com

Assinatura: W. P. Silva
Data: 04.02.18

Assinatura: W. P. Silva
Data: 04.02.18

Assinatura: W. P. Silva
Data: 04.02.18

Assinatura: W. P. Silva
Data: 04.02.18

Assinatura: W. P. Silva
Data: 04.02.18

Assinatura: W. P. Silva
Data: 04.02.18

Assinatura: W. P. Silva
Data: 04.02.18

Assinatura: W. P. Silva
Data: 04.02.18



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

ÁREAS DE INTERÉS A VIDA

Boletim de Emergência Reg.

 $OS(a)$

Gilbert Myers

Foratendido (a) neste Hospital no dia 06/03/11, às 12h.

Tendo como causa do socorro

Tendo como causa do socorro Problema de mau
funcionamento da rede
de água da represa e falta
de manutenção da rede

Observações:

Fortaleza, 28 de mayo de 2001

Médico de Plantão – CRM:

CPF:

Dr. Luiz Sérgio Muniz Barbosa
Cirurgia e Traumatologia
Buccomaxilofacial
Residente CRO 7815

Mais, en 1990, WorldPop a obtenu de Emergency Aid, der



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARREIRA
 Unidos Cresceremos Mais!



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado GILDO OLIVEIRA DA SILVA

portador da Carteira Profissional nº _____

Série _____, necessita de 07 (sete)

_____) dias de afastamento de suas atividades,

a partir desta data, por motivo de doença prevista do CID sob a referência

_____ TRAUMATISMO NA FALA

Centro de Saúde

Hospital ou Ambulatório

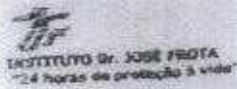
Barreira - CE, 04/02/2017

Localidade e data

João Silva Lima Neto
 CRM - 4856
 CPF: 102.235.843-04

Assinatura do Médico - CRM Nº

"FUMAR É PREJUDICIAL À SAÚDE"



RECEITUÁRIO

Nome: Gláucia Oliveira Silva BE/Prontuário: _____

R/

Uso interno

① Ibuprofeno (600mg) ----- 09 comprimidos
 Tomar 01 (um) comprimido a cada 08 (oito)
 horas, durante três (03) dias.

② Dupimona (500mg) ----- 10 comprimidos
 Tomar 01 (um) comprimido a cada 06 (seis)
 horas, durante três (03) dias.

Data: 05/01/17

[Assinatura]
 Dr. Jander Bezerra
 ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA
 BICO - MAXILO - FACIAL
 CRO-CE 6139

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
 Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

HA 000.983 Versão 1 - 01/SEY/06 - Via Única - Formato A5 (148x210).



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Atendimento de Emergência

Boletim de Emergência Reg: 54928+9

O Sr(a) Juliano Cesar

Foi atendido(a) neste Hospital no dia 12/02/12, às 19:11 h.

Tendo como causa do sinistro Acidente com Arma

carabina de fogo na frontal

GD 5038

Observações: Acidente a 14 dias de fato

na F. de São Francisco de Assis
a Contr. de Tráfego

Fortaleza, 12 de 02 de 200 12

Médico de Plantão - CRM: _____

CPF: _____

Assinatura
Dr. Renato F. Papaleo
Residente CTDMF
CRQ 1360-CR

Boletim de Emergência Reg: 000

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO GILDO OLIVEIRA SILVA

CPF/CNPJ: 05674249369

Posição em 10-05-2018 10:06:00

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/05/2017	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
04/06/2017	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	
16/05/2017	Reprogramação de pagamento	
25/04/2017	Interrupção de Prazo	
21/04/2017	Aviso de Sinistro	

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)