



FD

fls. 8

RABELO LEAL ADVOCACIA e SERVIÇOS DE SEGUROS

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE

NOME:	Francinaldo Gomes Vieira
ESTADO CIVIL:	Solteiro
PROFISSÃO:	Autônomo
DOMICÍLIO:	Rua Ribeirão Bonito
RG/CPF/PIS PASEP	2004010236400/049.790.893-05

OUTORGADOS

JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA, inscrito na OAB/CE sob o nº. 29.690, com escritório profissional situado na Rua Hercílio Pinheiro, nº 329, CEP 62960-000, Centro - Tabuleiro do Norte-CE.

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

Local: Fontaleza

Data: 13/03/19

Francinaldo Gomes Vieira
OUTORGANTE





DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: Francinaldo Gomes Vieira

Nacionalidade: Brasileiro Estado Ceará Estado Civil: Solteiro

Profissão: Autônomo

Rg: 200401023640 SSP/CE - CPF: 049.790.893-05

Logradouro: _____

Desejamos obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da lei nº 1.060 de 05 de Fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.

Fortaleza/Ce: 13 de Março de 2019

Francinaldo Gomes Vieira

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA****NOME:** Francinaldo Gomes Vieira**RG:** 2004010236400**SSP/CE CPF:** 049.790.893-05**DECLARA de sã consciência e bem da verdade que VIVE E RESIDE em:****Logradouro:** Rua Ribeirão Bonito**Complemento:** _____**Bairro** Planalto Ayton **CEP:** 60760-460

Que a presente declaração é a expressão da verdade, a qual é feita nos termos e sob as penas da lei, pelo que me responsabilizo pela presente

Fortaleza/Ce, 13 DE Março 2019Francinaldo Gomes Vieira

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA DA CONCEICAO GOMES VIEIRA
Endereço: RU RIBEIRAO BONITO, 1271, PLANALTO AYTTON SENNA
Cidade: FORTALEZA CEP: 60760-460
End. Entrega:
Cidade:
Cidade:
Cidade: CEP:
Cidade: CEP:
Cidade: CEP:

DESCRIÇÃO

Residencial: 000 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Período	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(m³)	Média Jarmestral(m³)
01/10	A19F277182	215	224	9	10

DADOS

Leitura Real: 06/09/2018 Emissão: 06/09/2018 Leitura Água: 451623

Leitura Anterior: 06/08/2018 Próxima Leitura: 09/10/2018 Leitura Sogota:

Quantidade de água distribuída referente a: 07/2018

Declar. Anterior	Classe	Turno/Classe	Cub.	Colletas Totais	Eschadua Col.
533	533	126	533	533	533
545	545	536	543	543	543
545	535	508	529	529	543

NOTAS E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.
Constatamos debito de R\$ 45,74. Caso pago, desconsiderar.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
10,71	Mês/Ano
0,05	SET/17
0,24	OUT/17
0,38	NOV/17
	DEC/17
	JAN/18
	FEB/18
	MAR/18
	ABR/18
	MAY/18
	JUN/18
	JUL/18
	AGO/18

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
P.S.	0,10	VALOR DO SERVIÇO	35,50
COFINS	0,54	VALOR DO SUBSÍDIO	24,12
		VALOR TOTAL A PAGAR	11,38

MES/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
09/2018	01/10/2018	11,38

ONDE PAGAR SUA FATURA

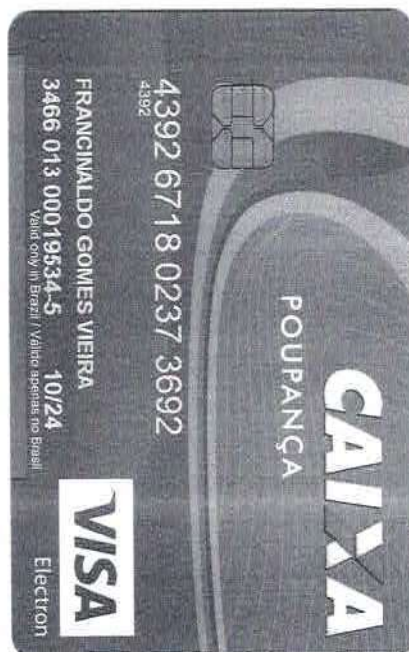
I: 355673052281685 L: 3210 H: 08:24:48 R: 012 P: 001

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



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: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 275 0195. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 0195.





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

04979089305

Nome completo da vítima

Francinaldo Gomes Vieira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Francinaldo Gomes Vieira	04979089305	Autônomo
Endereço	Número	Complemento
Rua Ribeiro Bonito	1279	com
Bairro	Cidade	CEP
Planalto Ayrton Senna	Fortaleza	60760460
Email	Estado	Telefone (DDD)
	Ceará	85 988701298

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA

NRO.

3466

D/V

CONTA

NRO.

00019539

D/V

5

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Fortaleza, 20 de novembro de 2018

Local e Data

X. Francinaldo Gomes Vieira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 23. DISTRITO POLICIAL

fls. 14

FLS.

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

Impresso nº 2018235874

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 123 - 2133 / 2018

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**Data / Hora da Comunicação: **19/11/2018 12:11:08**Data / Hora da Ocorrência: **01/05/2018 05:40:00**

Endereço da Ocorrência:

Complemento:

Bairro:

Município: **CAUCAIA/CE**Ponto de Referência: **PUB HOUSE****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **FRANCINALDO GOMES VIEIRA**Nascimento: **18/02/1993** CPF: **049.790.893-05**RG: **2004010236400** Orgão Emissor: **SSP/CE** UF:Filiação: **MARIA DA CONCEIÇÃO GOMES VIEIRA****FRANCISCO ALVES VIEIRA**Endereço: **RUA RIBEIRÃO BONITO, 1271**Bairro: **PLANALTO AYRTON SENNA**Município: **FORTALEZA/CE** CEP:País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98794-7526****Histórico**

AFIRMA A VÍTIMA QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, PARTICIPAVA DE UMA FESTA JUNTO AO ESTABELECIMENTO PUB HOUSE E AO SAIR DO REFERIDO ESTABELECIMENTO, FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA DE COR, MODELO, MARCA E PLACA NÃO VISTAS; QUE FOI SOCORRIDA E LEVADA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA COM FRATURA NA TÍBIA E FÍBULA DA PERNA DIREITA, DE ONDE FOI TRANSFERIDA NO DIA SEGUINTE PARA O HOSPITAL DISTRITAL DR. FERNANDES TAVORA, ONDE FOI SUBMETIDA A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 23. DISTRITO POLICIAL**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****JOAN PONTES JUVÊNCIO - MAT.: 061268-1-2****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****DOMINGOS SAVIO DIÓGENES PINHEIRO - MAT.: 133815-1-8**

Domíngos Sávio Diógenes Pinheiro
DELEGADO DE POLÍCIA
Matrícula 133.815-1-8



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Francinaldo Gomes Vieira

CPF da Vítima

04979089305

Data do Acidente

01/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

85 988701298

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Fortaleza, 20 de novembro de 2018

Local e Data

Francinaldo Gomes Vieira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



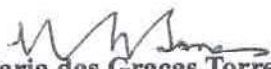
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento pré-hospitalar ao Sr. **FRANCINALDO GOMES VIEIRA**, portador do RG n.º 2004010236400, SSP-CE, portador do CPF n.º 049.790.893-05, no dia 01/05/2018, às 05h52, no município de Caucaia/CE, na Rodovia BR 020, KM 10, Bairro Novo Metrôpole, vítima de acidente, atropelamento por motocicleta, sendo removido para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 6 de novembro de 2018.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

SINISTRO 3180562972 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** FRANCINALDO GOMES VIEIRA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPRE

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO FRANCINALDO GOMES VIEIRA**CPF/CNPJ:** 04979089305**Posição em 17-01-2019 13:25:52**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
18/01/2019	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

=====

NOME DO PACIENTE: 701805294289674-FRANCINALDO GOMES VIEIRA
TELEFONE DO PACIENTE:
DATA DE NASC.: 18/02/1993
ENDEREÇO: PLANALTO AYRTON SENNA - RIBEIRÃO BONITO, Nº 1271
NOME DA MÃE: MARIA DA CONCEICAO GOMES VIEIRA
Nº. AGENDAMENTO: 240002140071 - CKY
PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
PROCEDIMENTO: 0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA
ESPECIALIDADE DO PROCEDIMENTO: 16 - ORTOPEDIA
SUBESPECIALIDADE: CIRURGICO
MUNICÍPIO SOLICITANTE: 230440-FORTALEZA
UNIDADE DE CADASTRO: 3969800-INSTITUTO PRAXIS
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 3969800-INSTITUTO PRAXIS
OBSERVAÇÃO: CONSULTA PÓS CIRURGIA TRAUMATOLÓGICA DE PACIENTE IJF, CIRURGIA HFT.
ESTABELECIMENTO EXECUTOR: 3969800 - INSTITUTO PRAXIS
ENDEREÇO: AV FRANCISCO SA - Nº 5445 TELEFONE: 32843636
BAIRRO: ALVARO WEYNE
MUNICÍPIO: FORTALEZA
PROFISSIONAL: 11877332372 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO
DATA/HORA DO AGENDAMENTO: 28/06/2018 07:00
=====

[Handwritten signature]



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Tramando com Vm

Soluz

20 11 1 por favor

Tramando de favor

02708118

Dr. Carlos M. N. *[Signature]*
Ortopedista
CREMEC

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODELO 4



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

Receituário Controle Especial

1ª via - Farmácia

2ª via - Paciente

Identificação Emitente

Nome Completo: Dr. Carlos Maciel
 CRM: 5342 UF do CRM: CE Nº: 1211
 End. Completo: Rua ...
 Cidade: Fortaleza UF: CE Telefone: ...

Paciente: ...
 Endereço: ...
 Prescrição: ...

Legado ...
...
16 - 12 - 10 - 004
400
...

Data: 30/10/10

Dr. Carlos Maciel
CRM/CE 5342

Assinatura do Médico

Identificação do Comprador

Nome Completo: _____
 Ident.: _____ Órg. Emissor: _____
 Endereço: _____
 Cidade: _____ UF: _____
 Telefone: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico
 Data: ____/____/____

MODELO 6



HOSPITAL DISTRICTAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



2ª Via - Paciente

Nome: Dr. FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO		CRM/CE	Nº: 5342
Endereço: AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE			
Cidade: FORTALEZA/CE	Fone: (85) 32287350		

PACIENTE

Nome: FRANCINALDO GOMES VIEIRA Idade: 25 ano(s)
Endereço: RUA RIBEIRAO BONITO, 1271 - PREFEITO JOSE WALTER - FORTALEZA/CE

USO ORAL

1) CEFALEXINA 500 MG
01 CP DE 6/6 HORAS.

40 CP

Fortaleza/CE, 5 de Julho de 2018

FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO
CRM/CE 5342

Nome:
Endereço:
Município:
UF:

Órgão Emissor:

Data: 05/07/2018
Assinatura do Farmacêutico

Nexcon © 2015 SARAH V. 3.5.2.0



HOSPITAL DISTRICTAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO SIMPLES



PACIENTE

Nome: FRANCINALDO GOMES VIEIRA Idade: 25 ano(s)
Endereço: R RIBEIRAO BONITO, 1271 - PREFEITO JOSE WALTER - FORTALEZA/CE

USO ORAL

1) IBUPROFENO 600 MG
01 CP DE 8/8 HORAS.

01 CX

Fortaleza/CE, 14 de Maio de 2018

FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO
CRM/CE 5342

Dr. Carlos Macedo
Ortopedia
CRM/CE 5342

* Retorno: 31/05/18

0 7:00

ASTENIA

NÃO PRECISA

Avenida Francisco Sá, 5445 - Bairro Álvaro Weyne - Fortaleza/CE CEP 60310-002
Fone/Fax: (85) 3228.2555 Site: www.hospitalfernandestavora.com.br

Nexcon © 2015 SARAH V. 3.5.2.0

1ª Via - Farmácia

Name: Dr. FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO		CRM: CRM/CE	Nº: 5342
Endereço: AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE			
Cidade: FORTALEZA/CE		Fone: (85) 32287350	

PACIENTE

Nome: FRANCINALDO GOMES VIEIRA
Idade: 25 ano(s)
Endereço: R RIBEIRAO BONITO, 1271 - PREFEITO JOSE WALTER - FORTALEZA/CE

USO TÓPICO

1) KOLLAGENASE CON CLORANFENICOL

USAR NO CURATIVO DIÁRIO

1) KOLLAGENASE CON CLORANFENICOL
USAR NO CURATIVO DIÁRIO.

FORTALEZA/CE, 14 de Maio de 2018.

FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO
CRM/CE 5342

Dr. Carlos Maciel
Ortopedia
EREMES 5942

Nome: _____
 Endereço: _____
 Município: _____
 UF: _____
 Fone: _____

Assinatura do
Farmacêutico

Data: 14/05/2018

Nexcon © 2015 SARAH Vr 3.518

2ª Via - Paciente

Nome: Dr. FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO	CRM: CRM/CE	Nº: 5342
Endereço: AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE		
Cidade: FORTALEZA/CE	Fone: (85) 32287350	

PACIENTE

Nome: FRANCINALDO GOMES VIEIRA Idade: 25 ano(s)
Endereço: R RIBEIRAO BONITO, 1271 - PREFEITO JOSE WALTER - FORTALEZA/CE

USO TÓPICO

1) KOLLAGENASE CON CLORANFENICOL

USAR NO CURATIVO DIÁRIO

1) KOLLAGENASE CON CLORANFENICOL
USAR NO CURATIVO DIÁRIO.

FORTALEZA/CE, 14 de Maio de 2018

FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO
CRM/CE 5342

Dr. Carlos Macedo
Ortopedia
CREMEQ 5342

Nome: _____
 Ident. _____
 Endereço: _____
 Município: _____ UF: _____
 Fone: _____

Assinatura do Farmacêutico

Data: 14/05/2018

Nexcon © 2015 SARAH Vr. 3.5.1 #15

SportClin

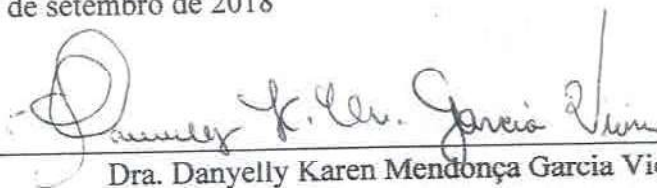
Fisioterapia e Pilates

Rua Antônio Pereira, 548 bairro Planalto Ayrton Sena telefone: 98604-0953
CEP: 60760525 CNPJ: 25293144/0001-04

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o paciente Francinaldo Gomes Vieira, data nascimento 18/02/1993, Identidade Civil Nº 200401036400 SSPDS – CE, CPF Nº 049.790.893-05, esteve submetido a sessões fisioterapêuticas no período de 27 de agosto a 27 de setembro de 2018, sob os meus cuidados.

Fortaleza, 28 de setembro de 2018



Dra. Danyelly Karen Mendonça Garcia Vieira

Dra. Danyelly K. M. Garcia Vieira
Fisioterapeuta
CREFITO: 220472-F

Pratique Saúde Pratique Pilates

Dra. Danyelly Mendonça Garcia
Fisioterapeuta – CREFITO 22047-2
E-mail: danykarenmendonca@hotmail.com



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 24/10/2018 10:25:49

Registro de Atendimento Emergencial

Por:UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 01/05/2018 06:43:07	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 701805294289674	NOME: FRANCINALDO GOMES VIEIRA			Registro: 5339085	
CPF: 04979089305	RG:	D. NASC: 18/02/1993	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA DA CONCEICAO GOMES VIEIRA			NOME DO PAI: FRANCISCO ALVES VIEIRA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: RIBEIRAO BONITO		Nº: 1271	BAIRRO: PLANALTO AYRTON SENNA	
COMPLEMENTO:	TELEFONE:	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60760460	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: SAMU USI 31 COND LEANDRO MATOS		PARENTESCO: LETICIA (NAMORADA)		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidentes com pedestre, Pedestre traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas					
QUEIXAS: POLITRAUMA HÁ HORAS,ECG15-TRAZIDO PELO SAMU					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escais de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

x:

FRANCINALDO GOMES VIEIRA

P

025Y M 201838005374

e: 1/1

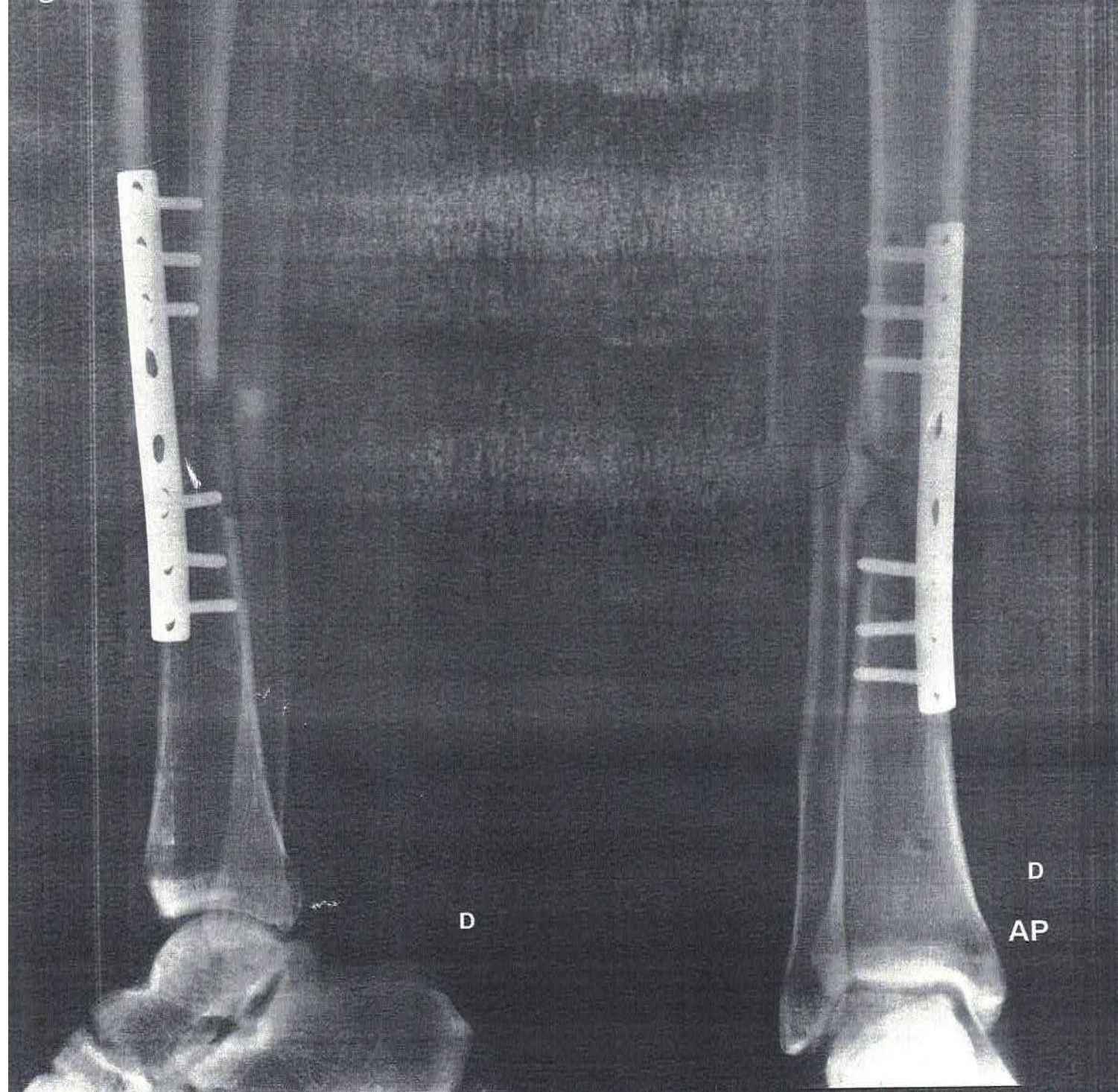
Acc:

n: 1/1

2018 Aug 07

IBIA FIBULA

Mag: 1.0x



W:4095 L:2047