

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394
 Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	Francisco Eder Soares de Castro		
NACIONALIDADE	Brasileiro	NATURAL	
RG	95007045484	ESTADO CIVIL	Solteiro
CPF	654.687.913-15	PROFISSÃO	vigilante
ENDEREÇO	Rua: Felipe Comarão, 978, CS - altos		
BAIRRO	Nossa Senhora das Graças	CEP	60310 790
MUNICÍPIO / UF	Fortaleza - Ce		
FONES	(85) 987151845 / (85) 997149271		
E-MAIL	RC527310@gmail.com		

OUTORGADA: NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo – Fortaleza – CEP 60.325-700. Fone: (85) 98799-2088 e 99955-5507.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes para o foro em geral, bem como, nos termos do art. 38 do Código de Processo Civil, podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, para ajuizar as ações necessárias e defende-lo nas ações contrárias, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, promover acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados, transigir, requerer, desistir, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, receber ou dar quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização, podendo ainda requerer o que mais lhe for de direito, através das medidas judiciais e extrajudiciais que forem necessárias ao bom e fiel cumprimento desse mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de poderes.

FORTALEZA (CE), 23 de Abril de 2018.



 Outorgante

**Najma Said**

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA**

Eu, Francisco Eder Soares de Castro, brasileiro(a),
Solteiro, vigilante, portador da Carteira de
Identidade/RG nº 95007015484 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF
sob o nº 654.687.913-15, residente e domiciliado na
cidade de Fortaleza, estado Ceará, na Rua
Felipe Camarão, Nº 978, Nossa Senhora das Graças
declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de
arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e
o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 23 de Abril de 2018.Fº Eder Soares de Castro

Declarante

**Najma Said**

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com**DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF**

Nome: <u>Francisco Eder Soares de Castro</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>Rua: Felipe Camarão, 978 CS - altos</u>		Profissão: <u>vigilante</u>
CPF nº: <u>654.687.913-15</u>	RG n: <u>95007015484</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Nossa Senhora das Graças</u>	Cidade:	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>60310 790</u>	Telefone: <u>(85) 987151845 / (85) 997149271</u>	

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTOS, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o (a) acima qualificado (a) DECLARO(A), sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente:

Fortaleza, 23 de Abril de 2018
F.º Eder Soares de Castro

Assinatura

Lei Nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983

O PRESIDENTE DA REPUBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.

Paragrafo único – O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em Processo Penal.

Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na Legislação aplicável.

Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.

Brasília, e, 29 de Agosto de 1983: 162º da Independência e 95º da República.

João Figueiredo / Ibrahim Arbi-Ackel / Hélio Beltrão

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
95007015484 SSP CE

CPF 654.687.913-15 **DATA NASCIMENTO** 20/06/1982

FILIAÇÃO
PEDRO DOS SANTOS
CASTRO
MARIA IRACILDA SOARES
DE CASTRO

PERMISSÃO **ACC** **CAT. HAB.**
AB

Nº REGISTRO 06331946093 **VALIDADE** 20/11/2019 **1º HABILITAÇÃO** 24/03/2015

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Fº Eder Soares de Castro
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL FORTALEZA, CE **DATA EMISSÃO** 08/04/2016

ASSINATURA DO EMISSOR
IGOR VASCONCELOS PONTE 63070411940
CE152854754

DETRAN - CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1277206691

PROIBIDO PLASTIFICAR
1277206691

Scanned by CamScanner

12 JUL 2019
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
24 MAIO 2018
ASS: _____

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
04 SET. 2018
ASS: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 14:54, sob o número 01134917620198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113491-76.2019.8.06.0001 e código 44BCEE2.



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 557945420

Companhia Energética do Ceará

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
JAN/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
5177193 DV **4**

VENCIMENTO
20/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
106,76

Rota 10 01140 03 0345800

Medidor

Poste

Nome ANA LUCIA PEREIRA

13473718

0000 A72N

Endereço Postal

End. da Unidade
Consumidora

RU FELIPE CAMARAO 00978 CS ALTOS N.S. DAS GRACAS
FORTALEZA 60000000

RG / CPF / CNPJ

978.135.753-34

CGF

Classe

B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 15107

14976

1

131

0

131

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade

Tarifa

Valor (R\$)

ENERGIA
CONSUMO

131

0,72504

94,98

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

Prev. Próxima
Leitura

15/01/2019

14/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

E9F1.8108.B9B1.AF38.F0B6.4534.17FF.D64A

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

94,98

Aliquota

27%

Valor do Imposto

25,64

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 35,27
TRANSMISSÃO 3,76
DISTRIBUIÇÃO 20,10
ENCARGOS SETORIAIS 5,39
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 30,46

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

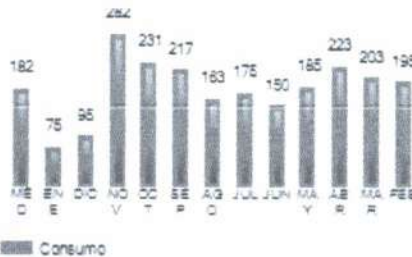
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 36,14

Conjunto

Mês NOV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,54	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,54		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

5177193-4

N° da Nota Fiscal: 557945420

Total a Pagar (R\$): 106,76

Data de Emissão:

26/01/2019

Referência: JAN/2019

N° de Controle: 0005177193 00075 4381 2 74

83800000001-7 06760031000-1 00051771930-4 00754381203-8





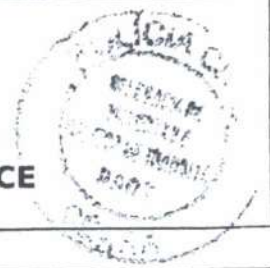
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1725 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/04/2018 08:33:08**
Data / Hora da Ocorrência: **22/11/2017 15:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA FRANCISCO SA**
Complemento:
Bairro: **CARLITO PAMPLONA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE SHOPING DO CARLITO**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO**
Nascimento: **20/06/1982** CPF: **654.687.913-15**
RG: **95007015484** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA IRACILDA SOARES DE CASTRO**
PEDRO DOS SANTOS CASTRO
Endereço: **RUA FELIPE CAMARAO , 978 CS ALTOS**
Bairro: **NOSSA SENHORA DAS GRACAS**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.310-770**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98715-1845**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA HYG-7544-CE, MARCA HONDA/CG 150 TITAN KS, COR PRETA, ANO 2006/2007, CHASSI:9C2KC08107R066304, RENAVAL:00928643581 DE PROPRIEDADE DE ANDRE LUIZ MENEZES DE FREITAS; QUE TRAFEGAVA PELA AV. FRANCISCO SA E AO TENTAR ULTRAPASSAR UM OUTRO VEICULO ÔNIBUS DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE ESTAVA A SUA FRENTE NA VIA, FOI FECHADO E PARA A VITIMA NÃO COLIDIR, TENTOU DESVIAR, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTO E FOI SE CHOCAR COM BARRAS DE FERRO COLOCADAS NA CALÇADA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UM AMIGO(ANDRE LUIZ) SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NA UPA DO PIRAMBU. E NADA MAIS DISSE.//
OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Fº Eder Soares de Castro

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÁ - MAT.: 012875-1-6

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

24 MAIO 2018

04 SET. 2018

Pág. 1 de 1

Impresso em: 18/04/2018 09:09:58

AS

Scanned by CamScanner

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 14:54, sob o número 01134917620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113491-76.2019.8.06.0001 e código 44BCFE2.

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

PIRAMBU

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO

Prontuário: 217500

Admissão: 22/11/2017

16:32

Data Nasc.: 20/06/1982 Idade: 35 ano(s) 5 mes(es) e 2 dia(s)

Sexo: Masculino RG:

Mãe: MARIA IRACILDA SOARES DE CASTRO

Telefone: (85) 98715-1845

Endereço: FELIPE CAMARAO 978 ALTOS

Bairro: CRISTO REDENTOR

CEP: 60000-000

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Classificador: CAMILLA ECLENA PINHEIRO BRÍGIDO Risco: AMARELO

Data: 22/11/2017 16:34

Queixa: dor + ecoriações em mid após queda de moto hoje.

Fluxograma: PROBLEMAS EM

Discriminador: DOR MODERADA

Risco de Não Alergia: Não

Dengue Não Primeiro sintoma

Chikungunya: Não

Prim/Sintoma

Sato02: Glasgow: Temp.:

Glicemia:

Régua: 6

Pulso/FC:

ALERGIAS

Descrição:

ATENDIMENTO

Médico: MARIA EUZANA MOURA COELHO GARRIDO

Nº Atendimento: 539776

Data: 22/11/2017 16:42

Eixo: OBSERVAÇÃO BREVE ADULTO

CRM: 16642

P.A.:

Acidente: Sim Agressão: Não

Peso:

Protocolo Sepse: Não

Hipótese Diagnóstico: AGRESSAO POR MEIO DE IMPACTO DE UM VEICULO A MOTOR Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

ESCORIAÇÕES EM MID + EDEMA DE JOELHO APOS ACIDENTE DE MOTO.

NEGA ALERGIA MEDIC.

ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE

CD - ANALGESIA + RX



PROTOCOLO SEPSE

LIBIA CORRETORA DE REG

EXAME

RAIO-X JOELHO D AP/P (0204060125)

Médico: MARIA EUZANA MOURA COELHO GARRIDO

Data: 22/11/2017 16:43

Tipos	Prescrição	Aprazamento
Medicamento	TRAMADOL 50MGML - 2 ML(100MG) AMP ADMINISTRAR 1 AMP / EM 100ML DE SF 0,9% / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA	
Hidratação/Eletrólitos	SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% - 500ML - FR ADMINISTRAR 500.0 ML / Infusão contínua	

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

1

Av Presidente Castelo Branco, S/N - Colônia - CEP 60.000-000 - Fortaleza - CE - Telefone (85) 3284-2321

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



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

RECEITUÁRIO

LAUDO

Paciente Francisco
 Esper Soares do Castro
 sofreu trauma no joelho direito
 com lesões de ligamentos
 cruzados anteriores e posteriores
 + lesões meniscaleis ligamento
 colateral medial em 22/11/2017
 submetido a tratamento
 conservador + imobiliza-
 ção + fisioterapia + melho-
 riou com início de marcha
 independente do joelho direito 35%
 após 40 dias de tratamento
 e controle de dor
 e melhora da marcha

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

Fortaleza,
 LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30/08/18

04 SET. 2018

ASS:

Scanned by CamScanner

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 14:54, sob o número 01134917620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113491-76.2019.8.06.0001 e código 44BCEE5.

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

PIRAMBU

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO

Prontuário: 217500

Admissão: 22/11/2017

16:32

Data Nasc.: 20/06/1982 Idade: 35 ano(s) 5 mes(es) e 2 dia(s)

Sexo: Masculino RG:

Mãe: MARIA IRACILDA SOARES DE CASTRO

Telefone: (85) 98715-1845

Endereço: FELIPE CAMARAO 978 ALTOS

Bairro: CRISTO REDENTOR

CEP: 60000-000

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Classificador: CAMILLA ECLENA PINHEIRO BRÍGIDO Risco: AMARELO

Data: 22/11/2017 16:34

Queixa: dor + ecoriações em mid após queda de moto hoje.

Fluxograma: PROBLEMAS EM

Discriminador: DOR MODERADA

Risco de Não Alergia: Não

Dengue Não Primeiro sintoma

Chikungunya: Não

Prim/Sintoma

Sato02: Glasgow: Temp.:

Glicemia:

Régua: 6

Pulso/FC:

ALERGIAS

Descrição:

ATENDIMENTO

Médico: MARIA EUZANA MOURA COELHO GARRIDO

Nº Atendimento: 539776

Data: 22/11/2017 16:42

Eixo: OBSERVAÇÃO BREVE ADULTO

CRM: 16642

P.A.:

Acidente: Sim Agressão: Não

Peso:

Protocolo Sepse: Não

Hipótese Diagnóstico: AGRESSAO POR MEIO DE IMPACTO DE UM VEICULO A MOTOR

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

ESCORIAÇÕES EM MID + EDEMA DE JOELHO APOS ACIDENTE DE MOTO.

NEGA ALERGIA MEDIC.

ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE

CD - ANALGESIA + RX



PROTOCOLO SEPSE

EXAME

RAIO-X JOELHO D AP/P (0204060125)

Médico: MARIA EUZANA MOURA COELHO GARRIDO

Data: 22/11/2017 16:43

Tipos	Prescrição	Apazamento
Medicamento	TRAMADOL 50MGML - 2 ML(100MG) AMP ADMINISTRAR 1 AMP EM 100ML DE SF 0.9% / INTRAVENOSA / DOSE UNICA	
Hidratação/Eletrólitos	SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% - 500ML - FR ADMINISTRAR 500.0 ML / Infusão contínua	LIBIA CORRETORA DE SEG. LT.

ASS:

04 SET. 2018

Av Presidente Castelo Branco, S/N - Colônia - CEP 60.000-000 - Fortaleza - CE - Telefone (85) 3284-2321

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

ANTONIO
PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

05/12/2017 10:16

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO	Dt. Nasc.: 20/06/1982	Atendimento: 47255108	Prontuário: 14716963
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(Is): CARLOS ANDRE CIDRAO COSTA CRM 15591 [1]		Nº: 16979326	05/12/2017 às 10:15
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			
ANAMNESE			
Queixa Principal	ABRASAO EM COXA DIREITA POR ACIDENTE DE TRANSITO		[1]
Queixa Principal			
CID10	R68 OUTR SINT E SINAIS GERAIS		[1]
Alergias	NEGA		[1]
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação		[1]

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: CARLOS ANDRE CIDRAO COSTA:00203538362, às 11:53BRT de 05/12/2017

LIBIA CORRETORA DE SEL

12 JUL 2018
CONFERE CI/PRONTUÁRIO
LEANDRO 431
Assinatura

04 SET. 2018



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RESSONANCIA - HAPC PE VALDEVINO
Nº Pedido: 23333979

Data 16/01/2018
Pag 1 de 1

Paciente...: 14716963 FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO

Nascimento...: 20/06/1982 Sexo: M

CPF.: 65468791315

Endereço...: R FELIPE CAMARAO 978 JACARECANGA FORTALEZA CE 60310790

Tel.: 987151845

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 69960000962007019

Solicitante: Dr(a) ELOILSON DE ARAGAO

Queixa Principal:

JOELHO DE DIREITO.

Exame:

RM DE JOELHO (UNILATERAL)



4803923411

COMENTÁRIOS:

- Estruturas ósseas de morfologia e sinal de R.M. preservados.
- Meniscopatia degenerativa no menisco medial/Lesão com envolvimento da catilagem
- Menisco lateral preservado
- Lesão em ligamento cruzado anterior e posterior
- Estiramento do ligamento colateral medial
- Ligamento colateral lateral preservado
- Tendão do quadriceps e ligamento patelar íntegros. Gordura de Hoffa preservada.
- Derrame articular
- Planos musculares e gordurosos sem alterações.
- Fossa poplíteia livre.
- Estiramento/Lesão em retináculo medial
- Condropatia caracterizada por leve heterogenicidade de sinal sem erosão subcondral

* Exame documentado em CD.

TICIANA DE A M SOARES - CRM 7156-CE

LIBIA CORRETORA

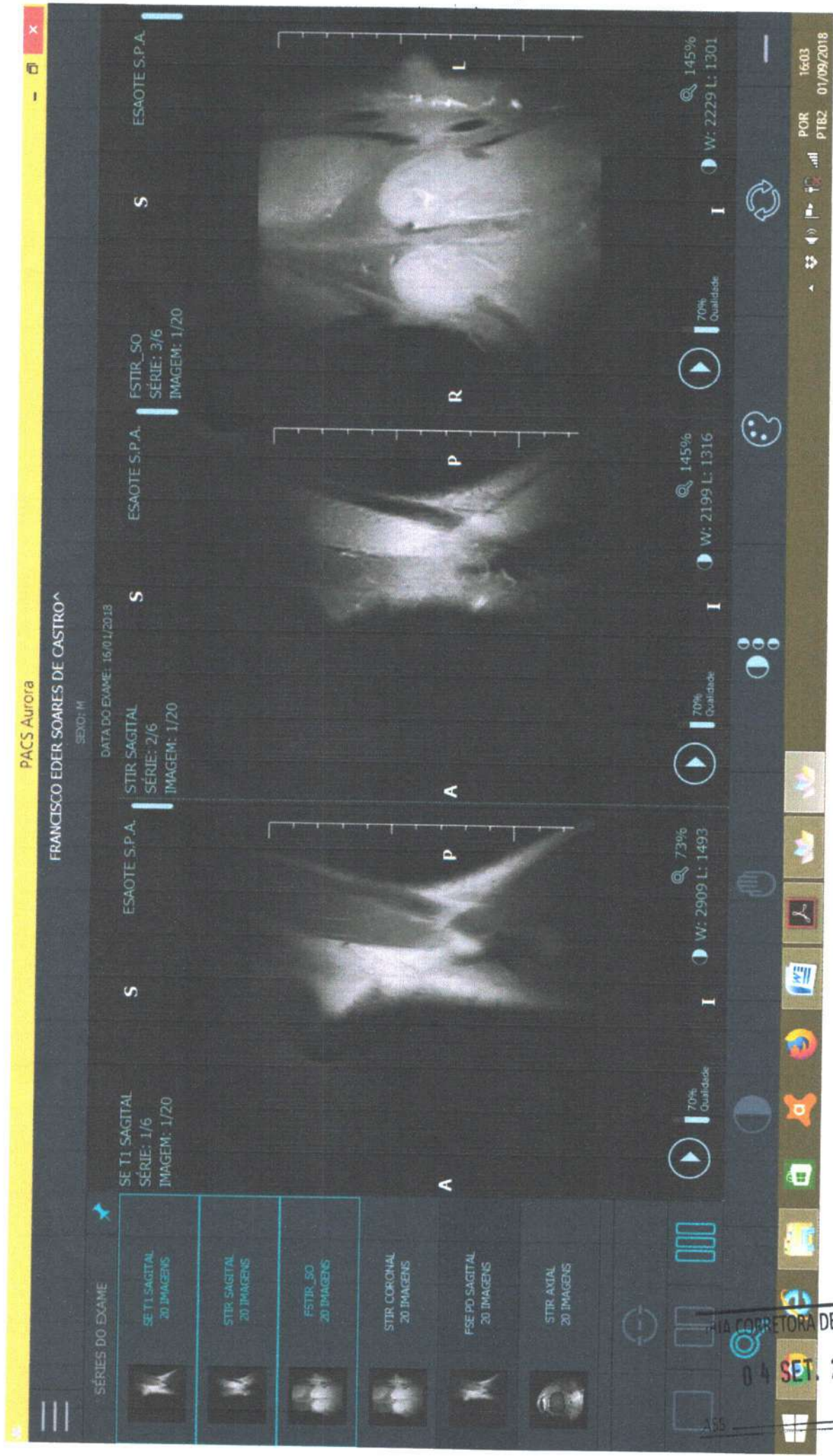
24 MAIO 2018

ASS:

LIBIA CORRETORA DE SEG.

04 SET. 2018

ASS:



[illegible]

04 SET. 2018



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

05/12/2017 10:17

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE			
Paciente: FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO	DT. Nasc.: 20/06/1982	Atendimento: 47255108	Prontuário: 14716963
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is):		Nº: 16979465	05/12/2017 às 10:19

LIBIA CORP
12 JUN 2018
24 MAIO 2018
ASS: _____
CONFERE CI PRONTUÁRIO
LEANDRO 431
Assinatura

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 14:54 , sob o número 01134917620198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113491-76.2019.8.06.0001 e código 44BCEE8.



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
47255108

!R<V+^{fls. 31}

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

11/04/2018 08:10:38

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
14716963	FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO	M	20/06/1982	35
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	65468791315		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R FELIPE CAMARAO,978 - JACARECANGA, FORTALEZA(CE) CEP 60310790				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
987151845				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
69960000962007019			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116300-RECEPCAO EMG ADULTO			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
05/12/2017	10:02		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente			Clinica
2607050 CARLOS ANDRE CIDRAO COSTA			1-MEDICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

CONFERE CI PRONTUÁRIO
LEANDRO 431
Assinatura



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT : N°1420823672

ANS - N° 36.B25-3		3 - N° OUTA PRINCIPAL (primeira vez) 1		4 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		5 - SÉRIA		6 - DATA VÁLIDA DA SÉRIA		7 - DATA DE EMISSÃO DA GUIA	
09/09/2019		063457046									
11 - NOME											
FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO											
12 - NOME DO CONTRATADO SOLICITANTE											
JOÃO RICARDO ROLIM ARSENIADIS											
13 - NOME DO CONTRATADO SOLICITANTE											
FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO											
14 - NOME DO CONTRATADO											
FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO											
15 - CÓDIGO DO CONTRATADO											
16 - NOME DO CONTRATADO											
17 - NOME DO CONTRATADO											
18 - NOME DO CONTRATADO											
19 - NOME DO CONTRATADO											
20 - NOME DO CONTRATADO											
21 - NOME DO CONTRATADO											
22 - NOME DO CONTRATADO											
23 - NOME DO CONTRATADO											
24 - NOME DO CONTRATADO											
25 - NOME DO CONTRATADO											
26 - NOME DO CONTRATADO											
27 - NOME DO CONTRATADO											
28 - NOME DO CONTRATADO											
29 - NOME DO CONTRATADO											
30 - NOME DO CONTRATADO											
31 - NOME DO CONTRATADO											
32 - NOME DO CONTRATADO											
33 - NOME DO CONTRATADO											
34 - NOME DO CONTRATADO											
35 - NOME DO CONTRATADO											
36 - NOME DO CONTRATADO											
37 - NOME DO CONTRATADO											
38 - NOME DO CONTRATADO											
39 - NOME DO CONTRATADO											
40 - NOME DO CONTRATADO											
41 - NOME DO CONTRATADO											
42 - NOME DO CONTRATADO											
43 - NOME DO CONTRATADO											
44 - NOME DO CONTRATADO											
45 - NOME DO CONTRATADO											
46 - NOME DO CONTRATADO											
47 - NOME DO CONTRATADO											
48 - NOME DO CONTRATADO											
49 - NOME DO CONTRATADO											
50 - NOME DO CONTRATADO											
51 - NOME DO CONTRATADO											
52 - NOME DO CONTRATADO											
53 - NOME DO CONTRATADO											
54 - NOME DO CONTRATADO											
55 - NOME DO CONTRATADO											
56 - NOME DO CONTRATADO											
57 - NOME DO CONTRATADO											
58 - NOME DO CONTRATADO											
59 - NOME DO CONTRATADO											
60 - NOME DO CONTRATADO											
61 - NOME DO CONTRATADO											
62 - NOME DO CONTRATADO											
63 - NOME DO CONTRATADO											
64 - NOME DO CONTRATADO											
65 - NOME DO CONTRATADO											
66 - NOME DO CONTRATADO											
67 - NOME DO CONTRATADO											
68 - NOME DO CONTRATADO											
69 - NOME DO CONTRATADO											
70 - NOME DO CONTRATADO											
71 - NOME DO CONTRATADO											
72 - NOME DO CONTRATADO											
73 - NOME DO CONTRATADO											
74 - NOME DO CONTRATADO											
75 - NOME DO CONTRATADO											
76 - NOME DO CONTRATADO											
77 - NOME DO CONTRATADO											
78 - NOME DO CONTRATADO											
79 - NOME DO CONTRATADO											
80 - NOME DO CONTRATADO											
81 - NOME DO CONTRATADO											
82 - NOME DO CONTRATADO											
83 - NOME DO CONTRATADO											
84 - NOME DO CONTRATADO											
85 - NOME DO CONTRATADO											
86 - NOME DO CONTRATADO											
87 - NOME DO CONTRATADO											
88 - NOME DO CONTRATADO											
89 - NOME DO CONTRATADO											
90 - NOME DO CONTRATADO											
91 - NOME DO CONTRATADO											
92 - NOME DO CONTRATADO											
93 - NOME DO CONTRATADO											
94 - NOME DO CONTRATADO											
95 - NOME DO CONTRATADO											
96 - NOME DO CONTRATADO											
97 - NOME DO CONTRATADO											
98 - NOME DO CONTRATADO											
99 - NOME DO CONTRATADO											
100 - NOME DO CONTRATADO											



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT : N°1420823673

3 - Nº GUIA PROFISSIONAL (preenchimento)		4 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		5 - SEMEIA		6 - DATA VIGÊNCIA DA SEMEIA		7 - DATA DE EMISSÃO DA GUIA	
ANS - nº 36.825-3		06/09/2019		069436319					
12 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNV / CIP									
13 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNV / CIP									
14 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
15 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
16 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
17 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
18 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
19 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
20 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
21 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
22 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
24 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
25 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
26 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
40 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
43 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
44 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
45 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
46 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
47 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
48 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
49 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
50 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
51 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
52 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
53 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
54 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
55 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
56 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
57 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
58 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
59 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
60 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
61 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
62 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
63 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
64 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
65 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
66 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
67 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
68 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
69 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
70 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
71 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
72 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
73 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
74 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
75 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
76 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
77 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
78 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
79 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
80 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
81 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
82 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
83 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
84 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
85 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
86 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
87 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
88 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
89 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
90 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
91 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
92 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
93 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
94 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
95 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
96 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
97 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
98 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
99 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
100 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									

Atestado Médico para ACADEMIA

Atesto para os fins de que o Sr. (A):

FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO .

Apresenta condições osteomioarticulares para prática de atividade física que não cause impacto ou sobrecarga sobre os Joelhos, Coluna e Ombros.

Recomendo Alongamento Global com ênfase aos Músculos:

- **Isquiotibiais**
- Quadríceps
- Glúteos
- Gastrocnêmio e Sóleo
- BANDA ILIOTIBIAL

NO CASO DE:

- **Fortalecimento de Quadríceps:**
- **Arco de movimento de 0° a 40°.!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!**
- POUCA CARGA DE PESO!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!**

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis

Ortopedista e Traumatologista

Cirurgia de Joelho

CRM 10511 SBOT 10293

Fortaleza, 26 de março de 2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS: _____

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

12 24 MAIO 2018

ASS: _____



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT 2.º N.º

ANS - n.º 36.825-3

1. - Nº de identificação (padrão nacional)

4. - DATA DA AUTORIZAÇÃO

5. - SERVIÇO

6. - DATA VALIDADE DA SEMANA

7. - DATA DE EMISSÃO DA GUIA

8. - VALIDADE DA CARTILHA

9. - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO

10. - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

11. - DATA/HORA DA SOLICITAÇÃO

12. - CARACTER DA SOLICITAÇÃO

13. - CID 10

DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

LESÃO LIGAMENTAR JOELHO D

14. - CONSELHO PROFISSIONAL

CREMEC

15. - UF

CE

16. - CÓDIGO CAPS

17. - TABELA

18. - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

19. - CID 10

20. - CID 10

21. - CID 10

22. - CID 10

23. - CID 10

24. - CID 10

25. - CID 10

26. - CID 10

27. - CID 10

28. - CID 10

29. - CID 10

30. - CID 10

31. - CID 10

32. - CID 10

33. - CID 10

34. - CID 10

DR JOAO ROLIM

DADOS DO CONTINÚO EXISTENTE

35. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

36. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

37. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

38. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

39. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

40. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

41. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

42. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

43. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

DADOS DO ATENDIMENTO

44. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

45. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

46. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

47. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

48. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

49. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

50. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

51. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

52. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

53. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

54. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

DADOS DO ATENDIMENTO

55. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

56. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

57. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

58. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

59. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

60. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

61. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

62. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

63. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

64. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

65. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

66. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

DADOS DO ATENDIMENTO

67. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

68. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

69. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

70. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

71. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

72. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

73. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

74. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

75. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

76. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

77. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

DADOS DO ATENDIMENTO

78. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

79. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

80. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

81. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

82. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

83. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

84. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

85. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

86. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

87. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

88. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

89. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

DADOS DO ATENDIMENTO

90. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

91. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

92. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

93. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

94. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

95. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

96. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

97. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

98. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

99. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

100. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

101. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

DADOS DO ATENDIMENTO

102. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

103. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

104. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

105. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

106. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

107. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

108. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

109. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

110. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

111. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

112. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

113. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

DADOS DO ATENDIMENTO

114. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

115. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

116. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

117. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

118. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

119. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

120. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

121. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

122. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

123. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

124. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

125. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

DADOS DO ATENDIMENTO

126. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

127. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

128. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

129. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

130. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

131. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

132. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

133. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

134. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

135. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

136. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

137. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

Dr. Carlos Samuel M. Freitas
CREFEC 14474-1/CE
Cirurgião de Joelho

04 SET. 2018

LIBIA CORREIA DE SOUSA

14. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

15. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

16. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

17. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

18. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

19. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

20. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

21. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

22. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

23. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

24. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

25. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

26. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

27. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

28. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

29. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

30. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

31. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

32. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

33. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

34. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

35. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

36. - TIPO DE SOLICITAÇÃO

Scanned by CamScanner

ATESTADO MEDICO - DPVAT

FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO

ATESTO QUE O PACIENTE ACIMA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 22/11/2017, TENDO EVOLUIDO COM LESÃO DO LCF JOELHO D, SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO E FISIOTERAPIA PARA MELHORA DO QUADRO ALGICO. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.

CID: S 83.5

15/05/2018

Dr. Charles Samuel M. Dantas
Traumatologista - Ortopedia
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
CREMEC 14474-TEOT 12.12.17

LI&A CORRETORA DE SEG. LTDA.
04 SET. 2018
24 MAIO 2018
12 JUN. 2018
ASS: _____
ASS: _____



Faça bem por você

FUNDACAO ANA LIMA - CM BEZ MENEZES
R RIBEIRO DA SILVA, 727 - MONTE CASTELO
60325-521 FORTALEZA - CE

ATESTADO MEDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO** às 11:04 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por **5 (CINCO)** dias, a partir de 27/11/2017 , tendo como causa do atendimento o código abaixo:

V299

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico
ANTONIO FRANCISCO NOGUEIRA ALMEIDA
CRM 17426



Aceito a Colocação do CID. Assinado us

Código de Autenticação : BDELB17RSF1A0
Solicitação da Senha : 27/11/2017 10:47:10

R3002 ANTONIO FRANCISCO NOGUEIRA ALME 27/11/2017 11:04 10.1.32.203

LIBIA CORRETOIRA DE SEG. LTDA.
24 MAIO 2018
04 SET. 2018
12 JUN. 2018
ASS:

Ass

04 SET, 2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

24 MAIO 2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

12 JUN, 2018

R3002

CARLOS ANDRE CIDRAO COSTA

05/12/2017 10:15

192.854.101

Código de Autenticação : BMRKF27R5E0K0
Solicitação da Senha : 05/12/2017 10:02:55

Aceito a Colocação do CID. Assinado us

CRM 15591

Assinatura do Médico
CARLOS ANDRE CIDRAO COSTA

Local e Data

Código da Doença

R68

Dr. André Costa
Médico
CRM-CE: 15591

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO às 10:17 hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 5 (CINCO) dias,
a partir de 05/12/2017, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

ATESTADO MÉDICO



ANTONIO PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

**ANTONIO PRUDENTE**

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via orientação ao Paciente

Dr. André Costa
CRM-CE: 15591
CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome Completo: CARLOS ANDRE CIDRAO COSTA
M: 15591
UF: CE
AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel. 32694001
Cidade: FORTALEZA
UF: CE

Paciente: FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO

Prescrição: FELIPE CAMARAO 978 JACARECANGA FORTALEZA CE 60310790 Tel. 987151845

Indicação: USO TOPICO
CLINICA SPRAY

01FR

PRATO 3X/DIA 5 DIAS

05/12/2017

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
UF: _____
Orgão Emissor: _____
Cidade: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
04 SET. 2018
ATENDIDO/DISPENSADO
Assinatura do Farmacêutico **Data:** 5/12/17
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
Assinatura do Farmacêutico **Data:** 5/12/17



Receituário de Controle Especial

Hospital Antonio Prudente

INSC. CNPJ Nº 05874946/001-09

Av. Aguanambi, 1827, Fátima, Fortaleza,
Ceará

Telefone: 085-32774000

1º Via – Retenção na Farmácia

2º Via – Orientação ao paciente

Paciente: FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO

Endereço:

Prescrição: DIPROSPAM----- 2 CAIXAS

Tome intramuscular glútea a cada 14 dias

Data 26/03/2018

Dr. João Ricardo Baim Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE-10511 - TEOT 10293

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Identidade: _____

Endereço: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data

LIBIA CORRETORA DE SEG. LDA.

24 MAIO 2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

ASS: _____

04 SET. 2018

ASS: _____

Scanned by CamScanner



ULTRA SOM SERV MED LTDA - PA BEZ MENEZES

R RIBEIRO DA SILVA, 727 - MONTE CASTELO

60325-521 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: ANTONIO FRANCISCO NOGUEIRA ALMEIDA

CRM: 17426 UF: CE

R RIBEIRO DA SILVA 727 MONTE CASTELO
60325210 Tel.

Cidade: FORTALEZA UF: CE

1ª Via retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via orientação ao Paciente

DR. ANTONIO ALMEIDA
CRM: 17426

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO

Endereço: FELIPE CAMARAO 978 JACARECANGA FORTALEZA CE 60310790 Tel. 987151845

Prescrição: USO OFTÁLMICO

1. LACRIFILM ----- 1 FR.

PINGAR 1GT EM CADA OLHO DE 3/3H.

LAVAR OLHOS COM ÁGUA GELADA DE HORA EM HORA

USO ORAL

1. TANDRILAX ----- 1 CX

TOMAR 01CP DE 8/8H POR 5 DIAS

2. PACO 30MG ----- 1 CX

TOMAR 01CP DE 6/6H POR 5 DIAS

Data : 12/03/2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Orgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____



ULTRA SOM SERV MED LTDA - PA BEZ MENEZES

R RIBEIRO DA SILVA, 727 - MONTE CASTELO

60325-521 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: ANTONIO FRANCISCO NOGUEIRA ALMEIDA

CRM: 17426 UF: CE

R RIBEIRO DA SILVA 727 MONTE CASTELO
60325210 Tel.

Cidade: FORTALEZA UF: CE

1ª Via retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via orientação ao Paciente

DR. ANTONIO ALMEIDA
CRM: 17426

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO

Endereço: FELIPE CAMARAO 978 JACARECANGA FORTALEZA CE 60310790 Tel. 987151845

Prescrição: USO OFTÁLMICO

1. LACRIFILM ----- 1 FR.

PINGAR 1GT EM CADA OLHO DE 3/3H.

LAVAR OLHOS COM ÁGUA GELADA DE HORA EM HORA

USO ORAL

1. TANDRILAX ----- 1 CX

TOMAR 01CP DE 8/8H POR 5 DIAS

2. PACO 30MG ----- 1 CX

TOMAR 01CP DE 6/6H POR 5 DIAS

Data : 12/03/2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Orgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____

04 SET. 2018

12 JUN. 2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

24 MAIO 2018


FUNDACAO ANA LIMA - CM BEZ MENEZES

R RIBEIRO DA SILVA, 727 - MONTE CASTELO
60325-521 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: ANTONIO FRANCISCO NOGUEIRA ALMEIDA

Paciente: FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO

Data do Atendimento: 27/11/2017

RECEITA

USO ORAL

1. MAXSULID 400MG ————— 1 CX

TOMAR 01CP DE 12/12H POR 5 DIAS


Dr. Antonio Almeida
Médico
CRM/CE 17426

RP3000N

ANTONIO FRANCISCO NOGUEIRA ALMEIDA 27/11/2017 11:04

10.1.32.203

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET, 2018

ASS.

Scanned by CamScanner



RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: **FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO**

USO INTERNO

1) MAXSULID 400MG -----01 CX

TOMAR 01 CP VO DE 12/12 HORAS

USO TÓPICO

2) ACHEFLAN SPRAY -----01 UN

APLICAR NO LOCAL DA DOR, 2X/DIA

USO PARENTERAL

3) DIPROSPAN -----01 AMPOLA(S)

APLICAR IM DOSE ÚNICA

19/12/2017

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

24 MAIO 2018 LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS: _____

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR -
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
PIRAMBU



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO foi atendido(a) neste serviço, necessitando de afastamento por 5 (cinco) dias das suas atividades profissionais.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

24 MAIO 2018

Fortaleza, 22 de Novembro de 2017

ASS: _____

CID: Y03

Autorização do paciente:

Dr. Maria Euzana Moura Coelho Garrido
Médico
CREMEC 14.841

12 JUL 2018

MARIA EUZANA MOURA COELHO GARRIDO

16642CRM

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

487875

Av Presidente Castelo Branco, S/N - Colônia - CEP 60.000-000 - Fortaleza - CE - Telefone (85) 3284-2321

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

ASS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO Prontuário: 217500

USO ORAL

1) IBUPROFENO 600MG ----- 10 CP

TOMAR 01 CP. DE 12/12H POR 5 DIAS

USO TÓPICO

2) COMPRESSA FRIA 3X/DIA

ASS _____

24 MAIO 2018

LIBIA CORRÊTORA DE SEG. LTDA.

12 JUN. 2018

LIBIA CORRÊTORA DE SEG. LTDA.

Maria Euzana Moura Coelho Garrido
CREMEC 16.842

Data: 22/11/2017

MARIA EUZANA MOURA COELHO GARRIDO

16642CRM

487672

Av Presidente Castelo Branco, S/N - Colônia - CEP 60.000-000 - Fortaleza - CE - Telefone (85) 3284-

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO Prontuário: 217500

USO ORAL

1) IBUPROFENO 600MG ----- 10 CP

TOMAR 01 CP. DE 12/12H POR 5 DIAS

USO TÓPICO

2) COMPRESSA FRIA 3X/DIA

Maria Euzana Moura Coelho Garrido
CREMEC 16.842

Data: 22/11/2017

MARIA EUZANA MOURA COELHO GARRIDO

16642CRM

487672

Av Presidente Castelo Branco, S/N - Colônia - CEP 60.000-000 - Fortaleza - CE - Telefone (85) 3284-2321

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

SINISTRO 3180408858 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO FRANCISCO EDER SOARES DE CASTRO**CPF/CNPJ:** 65468791315**Posição em 26-01-2019 16:05:57**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/10/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75