



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 128 - 1078 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/12/2017 11:29:23**
Data / Hora da Ocorrência: **30/10/2017 19:35:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA JOÃO ANDRADE FILHO**
Complemento: **ESQUINA COM A RUA PERU**
Bairro: Município: **MARACANAÚ/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CINTIA SILVA PEREIRA**
Nascimento: **03/09/1995** CPF: **069.619.763-44** UF: **CE**
RG: **2008087536-4** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **LIOSEUDA SILVA RODRIGUES**
ANTONIO PEREIRA RODRIGUES
Endereço: **AVENIDA OESTE, 750**
Bairro: **SANTO SÁTIRO**
Município: **MARACANAÚ/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98829-7191**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **NQR8993** Uf: **CE** Município: **MARACANAÚ** Chassi: **9C6KE1200A0059435** Renavam: **209459140** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **YAMAHA/FACTOR YBR125 ED** Ano Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOSE HUMBERTO SOARES NETO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **PMB0142** Uf: **CE** Município: **MARACANAÚ** Chassi: **9C2KC2200GR112321** Renavam: **1082022516** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 FAN ESDI** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **ERICK CELTON LOPES DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Afirma a declarante acima qualificada e advertida das penalidades impostas pelos artigos 340 e 342, ambos do CPB, QUE foi acidentada no endereço supracitado, que não consta na CERTIDÃO NARRATIVA do SOS Ambulância, assinado no dia 24/11/2017 por FRANCISCO GESSIVAL MARQUES DOS SANTOS - Secretária de Saúde de Maracanaú - COORDENADOR SOS AMBULÂNCIA. A declarante afirma que vinha com o seu namorado JOSÉ HUMBERTO SOARES NETO na garupa da motocicleta dele e ao ligar o pisca pisca para à esquerda, foi atingida na perna esquerda, contra as ferragens do veículo em movimento, fazendo que ambos fossem ao chão. O ocasionador do acidente, não sabe-se o nome, estava numa motocicleta preta de placa PMB-0142. A declarante afirma que até o momento da chegada da ambulância, o ocasionador do acidente estava presente e ficou combinado que cada um ficasse com o seu prejuízo, mas depois o mesmo foi embora sem avisar. A declarante afirma que foi levada pela ambulância

DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL

então



Pág. 1 de 2

Impresso em: 20/12/2017 12:17:04

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 128 - 1078 / 2017**

do SOS, para o Hospital Dionísio - ABEMP, onde a mesma não ficou por não haver médicos e então foi para o Hospital Municipal de Maracanaú-CE onde foi medicada e no dia seguinte foi levada novamente para o Hospital Dionísio - ABEMP, onde foi socorrida, medicada e feita uma cirurgia na perna esquerda TÍBIA/FÍBULA. A declarante afirma que ainda contraiu infecção na perna esquerda e depois de medicada e sanado o problema foi que pode ser submetida a cirurgia da dita perna TÍBIA/FÍBULA. A declarante afirma que ficou internada no Hospital Dionísio - ABEMP por aproximadamente 08(oito) dias. A declarante afirma que depois de 24(vinte e quatro) horas após a cirurgia, recebeu alta para convalescer em sua residência. A declarante entregou as cópias dos seguintes documentos: CERTIDÃO NARRATIVA E FICHA DE ATENDIMENTO DO SOS MARACANAÚ, FICHA DO 1º ATENDIMENTO HOSPITALAR DO HOSPITAL MUNICIPAL DE MARACANAÚ, CRLV DA MOTOCICLETA EM QUE ESTAVA NA GARUPA, RG 2008087536-4, CNH CATEGORIA "AB" DE JOSÉ HUMBERTO SOARES NETO, 2º ATENDIMENTO HOSPITALAR - HOSPITAL ABEMP E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA. E NADA MAIS DISSE.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

JOAO CARLOS LIMA DE FARIAS - MAT.: 300046-1-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Líria Silva Pereira

VISTO DO DELEGADO(A) :

NATHALIA SAMPAIO DE FIGUEIREDO - MAT.: 300621-1-6



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



Cíntia Silva Pereira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

THOMAS OFFEN & ROSE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008087536 - 4 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/01/2012

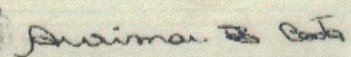
NOME
CINTIA SILVA PEREIRA

FILIAÇÃO
ANTONIO PEREIRA RODRIGUES
LIOSEUDA SILVA RODRIGUES

NATURALIDADE
FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO
03/09/1995

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: GUERREIRO TERMO: 47722 FOLHA: 59V
LIVRO: A-41 MARACANAÚ - CE

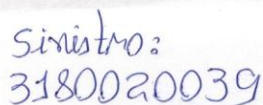
CPF

 P.: 2

1 VIA ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

THOMAS OFFEN & ROSE



 Cagece	 GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ Secretaria das Cidades	Fatura Mensal Via do agente arrecadador
		DADOS DO CLIENTE Inscricao: 007151760 Local: 146 Setor: 079 Quadra: 0017 Lote: 0031 Comp: 0000 Subsetor: 00 Subquadra: 00 Cidade: MARACANAÍ Vencimento: 10/04/2018 Total (R\$): 56,00 82620000000 6 58050009000 7 00715175601 7 00072322015 8

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1548410124

1548410124

Nome: JOSE HUMBERTO SOARES NETO

SOC. ASSIMILADA / DATA EMISSÃO UF
2006007070284 SSP CE

DT. 050.912.103-93 Data de Nascimento 25/06/1996

Função: JUSTINIANO FORTESLE DE LIMA
TATIANA VERGOSA SOARES

PERMISSÃO: 06/11/2016 08/11/2017

Nº Registro: 0694899897

Observações:
A. 7
BAR.

Assinatura do Portador: JOSE HUMBERTO SOARES NETO

Assinatura de Portador: [Assinatura]

Local: SOBRAL, CE Data Emissão: 09/11/2017

88952015848
CE161484239

CEARA



Secretaria de Saúde de Maracanaú
SOS Ambulância

CERTIDÃO NARRATIVA

Certificamos, em virtude do direito que lhe é conferido por Lei a esta Coordenação, mediante ao requerimento por escrito da parte interessada que, o SOS AMBULÂNCIA de Maracanaú, prestou Atendimento, Pré-Hospitalar ao Sr.(a) **CINTIA SILVA PEREIRA CONTATO DO TITULAR OU RESPONSÁVEL: 988297191, RG Nº:2008087536-4 SSP CE**, filho(a) de **ANTONIO PEREIRA RODRIGUES** e de **LIOSEUDA SILVA RODRIGUES**, nascido(a) em 3/09/1995, natural de FORTALEZA-CE

Residente na AV. OESTE Nº 750, SANTO SÁTIRO, MARACANAÚ-CE o qual na data de 30/10/2017, por volta das 19:50 Hs, foi vitimado(a) no trânsito (MOTOX MOTO)

A vítima foi conduzida ao Hospital. ABEMP. MARACANAÚ-CE

Em anexo, cópia da Ficha de Registro de Ocorrência de Socorro e Urgência.

MARACANAÚ-CE, 24 de NOVEMBRO de 2017.

PREFEITURA DE MARACANAÚ
SECRETARIA DA SAÚDE
Fco. Gessival M. Santos
COORDENADOR SOS AMBULÂNCIAS

FRANCISCO GESSIVAL MARQUES DOS SANTOS
COORDENADOR DO S.O.S AMBULÂNCIAS

SECRETARIA DA SAÚDE - SOS MARACANAÚ
Hotel Feira Center - Av. I nº 17 - A - Jereissati I - Maracanaú - Ceará - CEP: 60.900-410
Telefone: 08007270077(85) 3392 8788/3392 8777/3392 8790

FARMACIA J.W.PINHEIRO LTDA
 RUA: 103 C (ACARACUZINHO), 15 - C ACARACUZINHO
 MARACANAU - CEARA - CEP: 61.940-000

CNPJ: 41.538.737/0001-40 IE: 06.906155-6
 21/11/2017 16:36:11 CCF: 071416 COD: 073601

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	DESCRICAO	QTD	UN	VL	UNIT	R\$	ST	A/T	VL	ITEM	R\$
001	7896004737751	#1300300##30041012*POLICLAVUM	1	UN	X	55,00	F1	A		55,00		55,00
TOTAL											R\$	55,00

Dinheiro
 MD: 5:0dbff55866102875ca332cca57044623
 Vend: 3-DUDU

087 08011 2A51C 514010 90 76406A 0A69F 25F69 DIF
 DARUMA AUTOMACAO MACH 1
 ECF- IF VERSAO: 01.00.00 ECF: 001 LJ:
 AAAAAAAAAAIFGEAANDI 21/11/2017 16:36:19
 FAB: DRC814BR000000446506

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

CINTIA SILVA PEREIRA, brasileira, CPF 069.619.763-44, RG 2008087536-4 SSP-CE, com domicílio na Avenida Oeste, 750, Santo Santiro, CEP: 61919180, (Maracanaú-CE), **DECLARO**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Maracanaú, 23, de Julho, de 2018

Cintia Silva Pereira

CINTIA SILVA PEREIRA

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, **JOSÉ HUMBERTO SOARES NETO**, brasileiro, portador da CNH de nº 06948998897 DETRAN/CE, emitida em 09/11/2017, e do CPF/MF sob nº 050.912.103-93, residente e domiciliado à Rua 112 "C", Casa nº 104 – bairro Conjunto Acaracuzinho- Maracanaú – Ceará, declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima, **CINTIA SILVA PEREIRA**, cujo condutor era, **JOSÉ HUMBERTO SOARES NETO**.

Veículo: **MOTO/YAMAHA**
Modelo: **FACTOR YBR 125 ED**
Ano: **2010/2010**
Placa: **NQR 8993/CE**
Chassi: **9C6KE1200A0059435**
Data do Acidente: **30 de outubro de 2017**

Maranguape/CE, 14 de janeiro de 2018

José Humberto Soares Neto

José Humberto Soares Neto

Cintia Silva Pereira

Cintia Silva Pereira

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

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO COSTA LIMA - REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DIST. PAJUÇARA
OFICIAL TITULAR: SÉL. KARLA FROTA DA COSTA LIMA - CNPJ: 14.922.743/0001-23
Av. Mendel Steinbruch, Nº 10467 - Pajuçara - CEP: 61.932-005 - Maracanaú - CE
Tel: (85) 3216.3171 / 8773.1046 - E-mail: cartorio@pajuçara@gmail.com

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: **JOSÉ HUMBERTO SOARES NETO**. CONFERIDO (Jo) DOU FE
Maracanaú-Ceará, 15/01/2018.

Jo Simone Teixeira dos Santos
Maria Simone Teixeira dos Santos

Confira os dados do ato em:
esolodigital.tce.jus.br/portal

C

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - CE		Nº 013547873222	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CD. RENAVAM	RNTIC	EXERCÍCIO
01	209459140	0000000000	2017
CRDD			
NOME			
JOSE HUMBERTO SOARES NETO			

MARACANAU/CE			
CPC/CMV		PLACA	
05091210393		NQR8993	
PLACA ANT./UF		CHASSI	
*****/CE		9C6KE1200A0059435	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLO/NRO APLIC.		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
YAMAHA/FACTOR YBR125 ED		2010 2010	
CAP/ROT/CIL		CATEGORIA	
2F/0CV/124CC		PARTIC	
COR PREDOMINANTE		PRETA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
I P V A		VENC. COTAS	
*****		1*****	
FAIXA I.P.V.A.		PARCELAMENTO/COTAS	
*****		2*****	
*****		3*****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
180.65		03/05/2017	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
4.15		90.33	
COTA ÚNICA		PARCELADO	
☒		☐	
DATA DE OUTAÇÃO		03/05/2017	
DESPACHANTE			
LOTE/DOSERIAL DO BILHETE DPVAT			
MOTOR: E3C8E-09942			
JUN-2017			

H M J E H
HOSPITAL MUNICIPAL
JOÃO ELÍSIO DE HOLANDA

EXAMES DE IMAGEM e ECG

1º BOLETIM DE URGÊNCIA: #

Paciente: CINTIA SILVA PEREIRA

Sexo: F(x) M() Idade: 20

SETOR:

SPA - URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E JUSTIFICATIVA

Lesão do útero

EXAMES DE URGÊNCIA SÓ REALIZADOS COM JUSTIFICATIVA

RADIOGRAFIAS		EXAMES	
		ULTRASSONOGRAMAS	
TORAX PA		ABDOMINAL	
TORAX PERFIL		PÉLVICA	
ABDOMEN AP DECÚBITO DORSAL		SACO ESCROTAL	
ABDOMEN AP ORTOSTASE		PARTES MOLES (ESPECIFICAR)	
BACIA AP		OBSTÉTRICA -	
CERVICAL LATERAL			
TORAX AP			
MÃO			
ANTEBRAÇO			
COTOVELO			
BRAÇO			
OMBRO			
COXA			
JOELHO			
PERNA			
TORNOZELO			
PE			

x em AP 1/1/12 2348

OUTROS EXAMES

ELETROCARDIOGRAMA

ASSINATURA E CARIMBO: Arão Ferreira de Sá
Cir. Geral / Cir. Ginecol. e Obstet. / CRM 8754

DATA: 20/10/12

ABEMPE
RUA JOÃO CONRADO, 265 - JARDIM DE SÃO CARLOS - MARACANAU - CEARÁ
FONES: (85) 3245 3133 / 3215 2112

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO que o Segurado Cintia Silva Pereira

portador da Carteira Profissional nº _____

série _____ necessita de 120 dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

582

Hospital e Ambulatório: _____ Localidade e data: 20/11/12

Dr. Victor Monte Tenório
Cirurgião de Quadris e Juntas
CRM CE 11087 - RBO 13904

Ass. do Médico - CRM nº _____

C

FICHA DE ATENDIMENTO S.O.S. MARACANAU Nº DA SOLICITAÇÃO RS 03

HORA DA SOLICITAÇÃO 19:54 HORA DE CHEGADA AO LOCAL 20:00
HORA DA SAÍDA DO LOCAL 20:55 HORA DE CHEGADA AO HOSPITAL 20:25

1. DATA 30/10/17 2. ENDEREÇO Av: Oeste nº 750 3. REFERÊNCIA 4. SEXO 5. IDADE 22 6. BAIRRO Santa Saturnina

7. NOME Cintia Silva Pereira

8. C. EXTERNAS
8.1 ☐ Atropelamento 8.9 ☐ F. Lacero contuso 9. C. CLÍNICAS
8.2 ☐ Capotamento 8.10 ☐ FAB 9.1 ☒ Dor intensa
8.3 ☐ Colisão 8.11 ☐ FAF 9.2 ☐ Dispneia
8.4 ☐ Queda de bicicleta 8.12 ☐ Tent. Suicídio 9.3 ☐ Mal Súbito
8.5 ☐ Queda de moto 8.13 ☐ Choque Elétrico 9.4 ☐ Convulsão
8.6 ☐ Queda 8.14 ☐ Queimadura 9.5 ☐ AVC
8.7 ☐ Agressão física 8.15 ☐ Alojamento 9.6 ☐ Vômitos
8.8 ☐ Intoxicação/Envenenamento 9.7 ☐ Hipertensão

10. C. OBSTÉTRICAS
10.1 ☐ Aborto 10.2 ☐ STV 10.3 ☐ Parto 10.4 ☐ Complic. Pós Parto 10.5 ☐ Outros
11. C. PSIQUIÁTRICAS
11.1 ☐ Crises 11.2 ☐ Transfêrencias

12. AVALIAÇÃO INICIAL
A - VIAS AÉREAS ☒ Pálpebras Obstruídas ☐ Pálpebras Secas ☐ Cianótica Ictérica ☐ Sim ☐ Não
C - CIRCULAÇÃO
Pele é ☒ Rosada ☐ Úmida ☐ Normal ☐ Friolenta ☐ Sangramento Externo ☐ Sim ☐ Não
P. Arterial 110x70 Pulso 83
13. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA MÉTODO AVDN
14. ESCALA DE GLASGOW AC 04 + RV 05 = 09
15. ESCALA DE TRAUMA
16. PRINCIPAIS LESÕES
Anterior Posterior
17. SINAIS / SINTOMAS / QUEIXAS
12 ☐ Hipotensão 13 ☐ Hipertensão 14 ☐ Hipoxia 15 ☐ Hipotermia 16 ☐ Hiperglicemia 17 ☐ Hipoglicemia 18 ☐ Náusea / Vômitos 19 ☐ Pupilas For Reagentes e Isocóricas 20 ☐ Pupilas Mioticas 21 ☐ Pupilas Midriáticas 22 ☐ Pupilas Anisocóricas 23 ☐ Palidez 24 ☐ Sudorese 25 ☐ Stomatite 26 ☐ Taquicardia 27 ☐ Taquipnéia 28 ☐ Otorragia 29 ☐ Rinorréia 30 ☐ Paralisia

18. PROCEDIMENTO REALIZADO
1 ☐ Aerosolterapia / Oxigenoterapia 2 ☐ Bandagens / Imobilização 3 ☐ DAE 4 ☐ Sondagem Nasogástrica 5 ☐ Cateterismo Vesical 6 ☐ Colocação de Cânula Orlingofaríngea (Guedes) 7 ☐ Curativo Simples 8 ☐ Curativo Aciculado 9 ☐ Drenagem de Tórax 10 ☐ Dissecção Venosa 11 ☐ Dissecção das Vias Aéreas 12 ☐ Manobra de Chin Lili 13 ☐ Manobra de Jaw Thrust 14 ☐ Manobra de Hemlich 15 ☐ P.L.S 16 ☐ Desfibrilação 17 ☐ Eletrocardiograma (ECG) 18 ☐ Glicemia 19 ☐ Hemostasia por compressão 20 ☐ Colar Cervical 21 ☐ KED 22 ☐ Imobilização de Membros 23 ☐ Prancha Longa 24 ☐ Ventilação Mecânica 25 ☐ Intubação 26 ☐ Limpeza de Ferida com Soro 27 ☐ Massagem Cardíaca Externa 28 ☐ Monitorização Cardíaca 29 ☐ Oximetria de Pulso 30 ☐ Puncção Venosa 31 ☐ Puncção Intra-Osséa 32 ☐ Ventilação com Válvula de Drenagem 33 ☐ Ventilação Boca-Máscara 34 ☐ Ventilação com Ressuscitador

19. HISTÓRIA AMPLA
1. ☐ Alergia 2. ☐ Medicamentos 3. ☐ Doenças 4. ☐ Última Refeição 5. ☐ Ambiente
20. MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS
21. SOLUÇÕES ADMINISTRADAS
22. OBITO
23. DESTINO
24. CLIENTE ACOMPANHADO
25. OBSERVAÇÕES
Enfermeira Anastácia
Dr. Tassu, ao chegar ao hospital, segundo o relato da enfermeira, a paciente não se lembra a paciente, mas apresenta ferida exposta na tibia, nas dobradiças do HMM.

PLANTONISTA
Enfermeiro(a) / COREN-CE Fátima Médico / CRM
Auxiliar de Enfermagem Socorrista
ASSINATURA DO ACOMPANHANTE RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO NO HOSPITAL
Guilaine Ribeiro de Lima

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FERNANDO ANTONIO RIBEIRO DE CARVALHO JUNIOR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 11:26, sob o número 01134215920198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01134215920198060001 e código 44B7837.

Nome do Paciente: _____

Nº da Solicitação: _____

Materiais Gastos por Paciente

QTE

- ☐ AAS Comprimido
- ☐ Abocat Nº 14
- ☐ Abocat Nº 16
- ☐ Abocat Nº 18
- ☒ Abocat Nº 20
- ☐ Abocat Nº 22
- ☐ Abocat Nº 24
- ☐ Adrenalina
- ☐ Água Destilada
- ☐ Agulha Descartável 25 x 07
- ☐ Agulha Descartável 25 x 08
- ☐ Agulha Descartável 30 x 07
- ☐ Agulha Descartável 30 x 08
- ☐ Agulha Descartável 40 x 12
- ☐ Aminofilina
- ☐ Ancoron
- ☐ Atadura 10 cm.
- ☐ Atadura 15 cm
- ☒ Atadura 20 cm
- ☐ Atropina
- ☐ Berotec
- ☐ Bicarbonato de Sódio 8,4%
- ☐ Buscopan
- ☐ Cateter Nasal
- ☐ Catopen
- ☐ Cedilanide
- ☐ Cloreto de Sódio 20%
- ☐ Diazepan
- ☐ Dipirona
- ☐ Dolantina
- ☐ Dopamina
- ☐ Dormire
- ☐ Dreno de Tórax Adulto
- ☐ Dreno de Tórax Infantil
- ☐ Efortil
- ☐ Envelope Fita Umbilical
- ☐ Equipo Macro c/ Inj. Lateral
- ☒ Equipo Macrogotas
- ☐ Equipo Microgotas
- ☐ Esparadrapo
- ☒ Extensor
- ☐ Extensor
- ☐ Fenegan
- ☐ Fentanil
- ☐ Furosemida
- ☒ Gase Estéril
- ☒ Gase Acolchoada
- ☐ Glicose 25%
- ☐ Glicose 50%
- ☐ Haldol

QTE

- ☐ Hidantal
- ☐ Hidrocortizona 100 mg
- ☐ Hidrocortizona 500 mg
- ☐ Isordil
- ☐ Kit Parto
- ☐ Kit Pequenas Cirurgias
- ☐ Kit Sutura
- ☐ Lâmina de Bisturi
- ☒ Lençol
- ☒ Luvas de Procedimento
- ☐ Luvas Estéril Nº 7,0
- ☐ Luvas Estéril Nº 7,5
- ☐ Luvas Estéril Nº 8,0
- ☒ Máscara Descartável
- ☐ Mononyion Nº 3,0
- ☐ Mononyion Nº 4,0
- ☐ Mononyion Nº 5,0
- ☐ Nifedipina Caps.
- ☐ Oxigênio - Tempo
- ☐ Plasil
- ☐ Polvidine
- ☐ Queliclin
- ☐ Saco p/ Lixo
- ☐ Saco p/ Vômito
- ☐ Scalp Nº 19
- ☐ Scalp Nº 21
- ☐ Scalp Nº 23
- ☐ Seringa 03 ml
- ☐ Seringa 05 ml
- ☐ Seringa 10 ml
- ☐ Seringa 20 ml
- ☐ SNG Nº 14
- ☐ SNG Nº 16
- ☐ SNG Nº 18
- ☒ Solução Ringer C/Lactado
- ☐ Sonda Aspiração Nº 04
- ☐ Sonda Aspiração Nº 06
- ☐ Sonda Aspiração Nº 08
- ☐ Sonda Aspiração Nº 10
- ☐ Sonda Aspiração Nº 14
- ☐ Sonda Aspiração Nº 16
- ☐ Sonda Aspiração Nº 18
- ☐ Sonda de Folley Nº 10
- ☐ Sonda de Folley Nº 12
- ☐ Sonda de Folley nº 14
- ☐ Sonda de Folley Nº 16
- ☒ Soro Fisiológico 250 ml
- ☐ Soro Glicosado 5%
- ☐ Traqueostomo Nº 5,0
- ☐ Traqueostomo Nº 5,5

QTE

- ☐ Traqueostomo Nº 6,0
- ☐ Traqueostomo Nº 6,5
- ☐ Traqueostomo Nº 7,0
- ☐ Tubo Endotraqueal Nº 2,0
- ☐ Tubo Endotraqueal Nº 2,5
- ☐ Tubo Endotraqueal Nº 3,0
- ☐ Tubo Endotraqueal Nº 3,5
- ☐ Tubo Endotraqueal Nº 4,0
- ☐ Tubo Endotraqueal Nº 5,0
- ☐ Tubo Endotraqueal Nº 5,5
- ☐ Tubo Endotraqueal Nº 6,0
- ☐ Tubo Endotraqueal Nº 6,5
- ☐ Tubo Endotraqueal Nº 7,0
- ☐ Tubo Endotraqueal Nº 7,5
- ☐ Tubo Endotraqueal Nº 8,0
- ☐ Tubo Endotraqueal Nº 8,5
- ☐ Voltaren
- ☐ Xilocalina 2%

Necessitou de Apoio

☐ Não Necessitou de Apoio

Que tipo de Apoio?

- ☐ Polícia
- ☐ Bombeiros
- ☐ Demutan
- ☐ RS Nº
- ☐ OUTRO

OBSERVAÇÕES

- ① nota PNB 0142
- ② nota eadun do local.

DATA: ____/____/____

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		ABEMP		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITAL	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO							
1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2. CNES			
3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4. CNES			
ABEMP- ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA				237215-0			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
5. NOME DO PACIENTE				6. Nº DO PRONTUÁRIO			
CINTIA SILVA PEREIRA							
7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - SUS		8. DATA DE NASCIMENTO		9. SEXO (1- MASCULINO/ 3-FEMININO)			
704 1001 8284 5571		03.09.1995		1		3 X	
10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11. TELEFONE DE CONTATO			
LIOSEUDA SILVA RODRIGUES				85 98829-7191			
12. ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO E BAIRRO)							
AV- OESTE N: 750 SANTO SATIRO							
13. MUNICÍPIO		14. IBGE		15. UF		16. CEP	
MARACANAÚ				CE			
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVO DA INTERNAÇÃO							
17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
Doi, deformidade no fêmur							
18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
Neuromiologia de membro							
19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)							
20. DIAGNÓSTICO INICIAL							
fratura de fêmur				CID 10			
21. PRINCIPAL				22. SECUNDÁRIO		23. CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
fratura de fêmur							
25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		26. LEITO/CLÍNICA					
		27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO (1- ELETIVO/ 2- URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA EM HOSP. DE REFERÊNCIA)					
		1					
28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				31. ASSINATURA E CARIMBO C/ CONSELHO			
29. DATA				30. CNES/CPF			
31/10/17				Cirurgião			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
32. ACIDENTE DE TRÂNSITO		33. CNPJ DA SEGURADORA		34. Nº DO BILHETE DO SEGURO		35. Nº DE SÉRIE DO BILHETE	
36. ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		37. CNPJ DA EMPRESA		39. CNAE DA EMPRESA		40. CBOR	
ACIDENTE DE TRABALHO NO TRAJETO							
41. CID PRINCIPAL		42. CID SECUNDÁRIO		43. NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL			
				43. LEVE 44. GRAVE 45. GRAVÍSSIMA			
AUTORIZAÇÃO							
46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				49. Nº DE SÉRIE DO BILHETE			
47. DATA				48. CNES/CPF			
50. NOME DO PROFISSIONAL / PARECER DO CONTROLE, AVALIAÇÃO/AUDITORIA				51. Nº DE SÉRIE DO BILHETE			
52. DATA				53. CNES/CPF			
54. Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR- AIH				55. ORGÃO EMISSOR DA AIH			

TERMO DE SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS

Inscrição do Imóvel: 5941350 **Unidade:** UN-MTS
Titular da Inscrição: CINTIA SILVA PEREIRA
CPF/CNPJ: 069.619.763-44 **RG:** 20080875364
Endereço do Imóvel: RU 111 A CJ. ACARACUZINHO, 135, ACARACUZINHO - MARACANAÚ - CEP:61.920-420
Nome do Solicitante: CINTIA SILVA PEREIRA
 Solicitou à Cagece o(s) serviço(s) abaixo assinalado(s) por meio da(s) SS(s): 31422716

- () Ligação de Água
- () Ligação de Esgoto
- () Religação de Água
- () Parcelamento de Débito com ordem de corte emitida
- () Reativação do Faturamento de Esgoto
- (X) Alteração de Titularidade
- () Cadastramento de Imóvel

Fica ciente que as contas mensais referentes aos serviços prestados pela Cagece passarão a ser de responsabilidade do titular da fatura, desde esta solicitação até posterior alteração de titularidade.

No caso de desocupação do imóvel, deverá ser solicitada a suspensão dos serviços de abastecimento de água e/ou coleta de esgoto e/ou providenciada a atualização cadastral para o nome do proprietário ou novo inquilino mediante documento escrito comprovando sua anuência.

Maracanau, 22 de Novembro de 2017

 Cliente Titular da Conta Mensal ou Representante Legal



ABEMP
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA

FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Carla Steffen

Ponte de fratura de tibia
segunda e terceira
tref. em fio. Enchimento
com consolidados de fratura.
Ata definitiva de
frenotomia

Dr. Victor Monte Tenório
CRM CE 11957 TEOT 13604

0805.13

Rua João conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará - Fones: (85) 3215.3133 / 3215.3134
 TELE PARTO em todo Maracanaú 0800 2822800
 CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002 005898/85-51

ABEMP
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA

FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Dr. Victor Monte Tenório
CRM CE 11957 TEOT 13604

0805.13

Rua João conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará - Fones: (85) 3215.3133 / 3215.3134
 TELE PARTO em todo Maracanaú 0800 2822800
 CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002 005898/85-51

1-6 B

21.11.17
3.11.17

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ABEMP: Associação Beneficente Médica de Pajuçara
 Rua João conrado, 363 - Pajuçara
 Maracanau / Ceará
 Fones: (85) 3215.3133 / 3215.3134
 CNPJ: 06.578.811/0001-05 CNSS: 23002.005898/85-51

1º VIA FARMÁCIA
 2º VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
 Ident.: _____ Org. Emissor: _____
 End.: _____
 Cidade: _____ UF: _____
 Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____ DATA _____

Paciente: Carla S. L. R.
 Endereço: Av. Pista 750
 Prescrição: 07/11/17
07/11/17
07/11/17

DATA: 07/11/17

ASSINATURA DO MÉDICO: [Assinatura]

CARIMBO DO MÉDICO: [Carimbo]

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ABEMP: Associação Beneficente Médica de Pajuçara

Rua João conrado, 363 - Pajuçara
Maracaná / Ceará

Fones: (85) 3215.3133 / 3215.3134

CNPJ: 06.578.611/0001-66 CNSS: 23002.005898/85-51

1º VIA FARMÁCIA

2º VIA PACIENTE

Dr. Victor Monte Tenório
Cirurgião de Quadril e Joelho
CRM CE 11987 TEOT 13684

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

DATA

Dr. Victor Monte Tenório ASSINATURA DO MÉDICO

Cirurgião de Quadril e Joelho
CRM CE 11987 TEOT 13684

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA



UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
MARIA HELENY MATOS BRANDÃO
AV. II S/N. - SANTO SÁTIRO
FONE: 3401-8015

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde:

Nome:

Antônio Silva Leal

1) Rifampicina 600mg
1 comprimido
de 6 em 6h.

2) Hidralazina 60mg
1 comprimido
de 6 em 6h.

3) Dipirona 500mg
1 comprimido
de 6 em 6h.

Data: 12/11/2017

Dr. José Wilmar D. Cavalcante
Médico de Família e Comunidade
CRM - 2610

Assinatura - CRM / CRO / COREN

MOD 05 SSMD - 100

Palácio Antônio Gonçalves | Rua 01, nº 652 | Fone: (85) 3521.5853
CEP 61905-430 | Novo Maracanaú | Maracanaú | Ceará

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

CINTIA SILVA PEREIRA, brasileira, CPF 069.619.763-44, RG 2008087536-4 SSP-CE, com domicílio na Avenida Oeste, 750, Santo Santiro, Maracanaú-CE, pelo presente instrumento particular de procuração nomeia e constitui seu bastante procurador o advogado **FERNANDO ANTONIO RIBEIRO DE CARVALHO JUNIOR**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-CE sob nº 39.499, com endereço profissional na Rua Menino Deus, 69, Centro, Sobral/CE, portador do seguinte endereço eletrônico: Fernando.machado321@gmail.com, **a quem concede amplos e ilimitados poderes com a cláusula ad judicia et extra** para o foro em geral para isolado ou conjuntamente onde com este se apresentar, inclusive em repartições da União, dos Estados e dos Municípios, dos Territórios, das Entidades Autárquicas etc, defender o outorgante em qualquer ação ou procedimento afim ao pedido acima mencionado em que o mesmo seja autor, réu, oponente ou de qualquer modo interessado, podendo interpor todos os recursos em direito permitidos; propor ações e delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os seus termos até final decisão; fazer composição amigável ou qualquer acordo; receber citação inicial; requerer e produzir provas; requerer justificações, alvarás; requerer falência ou concordata, firmar compromissos, passar recibos, dar quitação, assinar escrituras e retirá-las, enfim, finalmente tudo mais usar e praticar para o fiel cumprimento deste mandado; podendo, igualmente, substabelecê-lo, dando tudo por firme e valioso.

Maracanaú-CE, 23 de Julho de 2018.

Cintia Silva Pereira
CINTIA SILVA PEREIRA

Maracanaú		HMJEH-HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOAO ELISIO DE HOLANDA				J E H	
Governador do Estado		REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOAO ELISIO DE HOLANDA	
RUA JOAO DE ALENCAR, S/N, CENTRO/MARACANAÚ-CE		CEP: 81900-150 FONE: (85) 35215500					
1701041345	30/10/2017 20:46:22	TICA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA	NOTURNO		110
Paciente	CINTIA SILVA PEREIRA	Data Nascimento	03/09/1995	Idade	22 A 1 M 27 D	CNS	CPF
Tipo Doc	Documento	Yrgão Emissor	Data Emissão	Sexo	F	Estado Civil	Solteiro(a)
Mãe	LIOSEUDA SILVA RODRIGUES	Pai	NI	Raça/Cor	Parda	Naturalidade	FORTALEZA - CE
Endereço	RUA - OESTE 01 - 750 - SANTO SATIRO - MARACANAÚ - CE				Contatos	Cel: 85988297190 --	
Class. de Risco	Plano Convênio	N da Carteira		Validade	Autorização		
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Carate do Atendimento	Profissional do Atend.	Sis Prenatal	Peso	Temp.	Pressão
Setor	PRONTO ATENDIMENTO	Urgência		Procedimento Sol.	Procedencia		
SPA					Registrado por: seiltonaf		
Ultimos Atendimentos:							
30/10/2017 20:46:22 - 19/12/2014 13:57:10							
SADT - Exames Complementares							
☐ CTG ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:							
Classificação de Risco							
Código: _____ Assinatura e Carimbo do(a) Enfermeiro(a) _____							
Data / Hora / Consultas Especializadas e Procedimentos							
<i>Admite vults de acidente de moto, ligada pela SOS Maracanaú, não foi atendida no hospital e encaminhada para atendimento, segundo técnica de enfermagem por falta de vaga no pronto.</i> <i>Existe um ferimento no antebraço direito, com 10cm de extensão, com sangramento ativo, com TC de crânio, abdome e pelvis, todos negativos, sem fraturas.</i> <i>Atual: após quim de transfusão por 155 - Cents</i> <i>MTV + analgesia.</i>							
Código	Assinatura e Carimbo do Médico			Data	Hora		
<i>Arão Ferreira de Araújo - Hmje</i> <i>Dr. Geraldo de Oliveira - Cirurgião</i>							
Código	Assinatura e Carimbo do Médico			Data	Hora		
Código	Assinatura e Carimbo do Médico			Data	Hora		
Código	Assinatura e Carimbo do Médico			Data	Hora		
Código	Assinatura e Carimbo do Médico			Data	Hora		
<i>ma Brasil 31/10/17</i> Assinatura do Paciente ou Responsável							
CONFERE COM O ORIGINAL EM: 23/11/17 <i>Georgina G. Lins</i> Georgina G. Lins Comissão de Prontuário - HMJEH CREMEC 6812							

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FERNANDO ANTONIO RIBEIRO DE CARVALHO JUNIOR e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 11:26, sob o número 01134215920198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113421-59.2019.8.06.0001 e código 44B7846.

[illegible]

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

OUTO-ATENDIMENTO - AG INDUSTRIAL MARACANAU
DATA: 09/05/2018 HORA: 16:54:37
TERMINAL: 36041005 CONTROLE: 360410050641

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 1961.013.00067357-9
NOME: CINTIA SILVA PEREIRA
VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 5,00
NÚMERO DO ENVELOPE: 4297856700
NÚMERO DE CONTROLE: 129524567

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

C