

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Rosivan da Silva Cardoso.
Estado Civil: Solteiro Profissão: Agricultor
CPF: 001.574.763-83 Identidade: 246258592
Endereço: Sítio Jurema, Zona Rural.
CEP: 62823-000 Município: Jaguaruana Estado: Ceará

OUTORGADAS: As Advogadas **ALESSANDRA ELICE LOPES CRESCÊNCIO PEREIRA** e **KÁTHIA WALÊSKA LOPES CRESCÊNCIO PEREIRA** (e-mail: kathiacrencencio@clinicajuridica.com.br), inscritas na OAB-CE com nºs 18.949 e 20.432, respectivamente, sócias do Escritório de Advocacia **CRESCÊNCIO PEREIRA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, registrado na OAB-CE com nº 1032, em 26/01/2015, inscrito no CNPJ nº 29.571.233/0001-26, com sede na Rua Rodrigues Júnior, nº 428, Centro, Fortaleza-CE, CEP 60060-000, Fone: (85) 3253.3340, onde receberão intimações e notificações processuais.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui as OUTORGADAS como suas bastantes Procuradoras, para agirem em seu nome, podendo, em conjunto ou separadamente, administrar seus interesses, conferindo-lhes os poderes gerais das **Cláusulas AD JUDICIA ET EXTRA**, representar perante quaisquer entes públicos e privados, sejam Federais, Estaduais, Distritais, Municipais ou Autárquicos, seus órgãos, departamentos e subsidiárias, bem como qualquer Cartório, Juízo, Instância ou Tribunal, podendo promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização do **Seguro DPVAT** que lhe cabe, como beneficiário(a), junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do convênio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, termos e declarações, promover ações de seu interesse, delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os seus termos até final decisão, podendo interpor todos os recursos em Direito permitidos, promover acordos, judiciais e/ou extrajudiciais, e demais atos necessários aos interesses dos serviços contratados; conferem também os poderes da **Cláusula AD NEGOCIO**, podendo, ainda, requerer, assinar, transigir, desistir, usar e renunciar dos recursos legais, firmar compromissos, acordos, contratos, requerimentos, declarações, livros, termos, recibos e o que for preciso, juntar e retirar documentos, produzir provas e justificações, receber e dar quitação, acolher quaisquer valores, haveres, numerários ou direitos relacionados com o litígio e/ou pendências judiciais e extrajudiciais, inclusive levantar Alvarás Judiciais; firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro; receber intimações para audiências e perícias médicas; representar em audiência, bem como perante qualquer instituição bancária, mormente Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil S/A, etc.; enfim, tudo mais usar e praticar para o bom e fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, inclusive substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reserva de poder(es).

Fortaleza 26 de Novembro de 2018.

Rosivan da Silva Cardoso
OUTORGANTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 2462585-92 21/08/14	
ROSIWAN DA SILVA CARDOSO		Cesário da Silva Cardoso Maria Salete da Silva Cardoso	
31/08/74		31/08/74	
Jaguaruama-Ce		Jaguaruama-Ce	
Cert. Nasc. Nº 26.609 Iv. A-42 Fls. 11		Cert. Jaguaruama-Ce	
***		LEI Nº 116 DE 29-03-07	

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Nº 001.574.763-83

Nome

ROSIVAN DA SILVA CARDOSO

Nascimento

31/08/1974

DECLARAÇÃO

Eu, Rosivon da Silva Cardoso,
brasileiro(a), estado civil: solteiro, profissão: Agricultor,
portador(a) de Identidade nº 246258592 e CPF nº 001.574.763-83,
capaz, nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
Sítio Jurema, Zona Rural,
Estado: Ceará, Cidade: Jaguariçuna,
CEP: 60.823-000, e forneço os meus dados
pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em
desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT-FENASEG, sendo de minha total
responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza-CE, 26 de Novembro de 2018.

Rosivon da Silva Cardoso
DECLARANTE

DECLARAÇÃO

Eu, Rosivanda Silva Cardoso.
Estado Civil: Solteiro Profissão: Agricultor
CPF: 001.574.763-83 Identidade: 246258592
Endereço: Sítio Juvença, zona rural.

CEP: 60.823-000 Município: Paruaruana Estado: Ceará

DECLARO para os devidos fins que possuo **hiposuficiência financeira**, não tendo, pois, condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do meu próprio sustento e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente para que surta seus devidos fins e efeitos.

Fortaleza-CE, 26 de NOVEMBRO de 2018

Rosivanda Silva Cardoso
DECLARANTE



Esta é a segunda via de
AGO/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

2109862

DV **0**

VENCIMENTO

10/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

59,90

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **535954957**

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 n° 10.438 de
26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 24 024041 18 098500

Medidor

644359

Poste

0000 0

Nome **CESARIO DA SILVA CARDOSO**

Endereço Postal

End. da Unidade **ST JUREMA JAGUARUANA**

Consumidora

RG / CPF / CNPJ **161.348.423-20**

CGF

Classe **B2 - 04-RURAL, TRIFASICA, BAIXA RENDA**

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

FP 32107 31969 1 138 0 138

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh

138

0,40612

56,04

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

05/09/2018

Prev. Próxima
Leitura

05/09/2018

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5EDD.187E.63A3.D988.A8D5.6B06.DFAA.EC71

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto

ISENTO

OUTROS PAGAMENTOS

SEGURO SUPER 3 + 1

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 7,10)

3,86

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	29,78
TRANSMISSÃO	3,18
DISTRIBUIÇÃO	16,97
ENCARGOS SETORIAIS	4,55
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	1,56

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

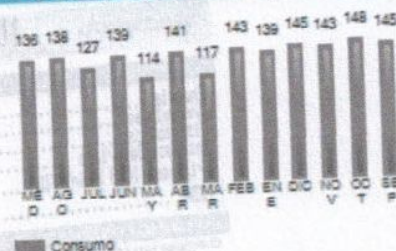
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 23,29

Conjunto **JAGUARUANA**

Mês **JUN/ 2018**

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Annual	Mensal	Trim.	Annual
DIC (h)	10,73	21,46	42,92	0,00	2,01	0,00
FIC (un)	7,59	15,19	30,39	0,00	1,00	0,00
DMIC (h)	5,78			0,00		

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

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor

NAO FOI POSSIVEL COLHER LEITURA POR: - FAT MEDIA-
LEIT BIMESTRAL ART 86 RES 414

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

2109862-0

N° da Nota Fiscal: **535954957**

Total a Pagar (R\$): **59,90**

Data de Emissão:

08/09/2018

Referência: **AGO/2018**

N° de Controle: **0002109862 00220 4341 2 65**

83810000000-0 59900031000-0 00021098620-4 02204341281-6





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

fls. 18

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 473 - 25 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **13/01/2016 15:39:35**

Data / Hora da Ocorrência : **15/06/2015 20:30:00**

Endereço da Ocorrência: **SIT JUREMA**

PROXIMO AO COLEGIO

ZONA RURAL JAGUARUANA /CE

Ponto de Referência:

Dados do(s) Veículo(s)

TIPO: **MOTOCICLETA MARCA: HONDA/CG 150 TITAN ES**

PLACA: **HXG1884 MUNICÍPIO / UF: JAGUARUANA / CE**

MODELO/FABRICAÇÃO: **2006/2006 COR: PRATA**

RENAVAM: **884785521 CHASSI: 9C2KC08506R841781**

SITUAÇÃO: **NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: JOSE FLAVIO DA SILVA**

ENVOLVIMENTO: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa o noticiante que na data, horário e local informados acima, sofreu acidente de trânsito. Que estava como garapeiro na motocicleta acima descrita, que era conduzida por seu primo JOSÉ FLAVIO DA SILVA. Que foram surpreendidos por um cachorro que atravessou a pista. Que seu primo tentou desviar do animal mas devido a velocidade em que estava não conseguiu. Que devido a pancada vieram a cair. Que afirma ter perdido os sentidos no momento em que caiu e só veio acordar quando já estava no Hospital de Jaguaruana/CE e por isso não sabe informar quem o socorreu. Que depois ficou sabendo por seu primo que haviam sido socorridos por um veículo que passava no local do momento do acidente. Que devido ao acidente teve trauma contuso torácico e pela gravidade foi rapidamente transferido do Hospital de Jaguaruana para o Hospital de Russas/CE. Que afirma ter feito todo o seu tratamento em relação ao acidente de trânsito em Hospital Público. Que afirma ter ficado cerca de 4 meses impossibilitado para o trabalho pois teve fratura na clavícula e recuperação foi bastante lenta. Que está registrando o boletim afim de requerer o Seguro DPVAT, e está sendo auxiliado pela pessoa de JUNIOR que representam a LEL SEGUROS. Que se responsabiliza por todas as informações aqui prestadas.

Noticiante(s)

Nome : **ROSIVAN DA SILVA CARDOSO**

Endereço : **SIT JUREMA 67 SUCAM**

Bairro : **62823000**

Município/UF : **JAGUARUANA CE BRASIL**

Telefone: **9324.8110**

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARUANA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSE ADELINO DE OLIVEIRA FILHO - MAT.: 198793-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *Rosivan da Silva Cardoso*

VISTO DO DELEGADO(A) :

Del. Vicente Luis C. de Alencar
VICENTE LUIS CRYALHO DE ALENCAR - MAT.: 300526-1-7

DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARUANA

Pág. 1 de 2

Impresso em: 13/01/2016 03:57

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por KATHIA WALESKA LOPES CRESCÊNCIO PEREIRA e Tâmara de Jesus do Estado do Ceará, protocolado em 19/02/2019 às 15:22, sob o número 01119267720198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0111926-77.2019.8.06.0001 e código 446AE18.



PREFEITURA DE
Jaguaruana
UMA VIDA NOVA

fls. 19

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, ROSIVAN DA SILVA CARDOSO nascido(a) em 31/08/1974 residente na SITIO JUREMA deu entrada nesta unidade de saúde vítima de acidente de trânsito no dia 15/06/2015 onde foi prestado atendimento médico de urgência conforme Xerox de SPA em anexo.

Atenciosamente,

JAGUARUANA, 24 de Setembro de 2015

Cartório do 1º Ofício
Jaguaruana - Ceará
Confere com o original e Dou fé
do testamento de _____ de _____ de 2015
Jaguaruana, _____ de _____ de 2015
Andre Gladyston Moreira

12.040.122/0001-90

**Hospital Maternidade Nossa
Senhora da Expectação**

Avenida Simão de Góis, 1618

Centro – CEP: 62.823-000

Jaguaruana - CE



[Handwritten signature]
KATHIA WALESKA LOPES CRESCENCIO PEREIRA
Diretora de Saúde Bucal
Hospital Maternidade Nossa Senhora da Expectação

HOSPITAL MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA EXPECTAÇÃO
Avenida Simão de Góis, 1618 – Centro – Jaguaruana/CE
CEP: 62.823-000 Fone: (88) 3418.1388



Jaguaruana

Hospital Maternidade Nossa Senhora da Expectação
S.P.A - Serviço de Pronto Atendimento

fls. 20

Acidente Automobilístico:

SIM () NÃO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ATENDIMENTO									
IMEDIATO	VERMELHO		01 HORA	AMARELO		02 HORAS	VERDE		04 HORAS
EMERGÊNCIA			URGÊNCIA			POUCA			SEM
						URGÊNCIA			URGÊNCIA
									AZUL

Data: 15/06/15

Hora do atendimento: 21:10

Atendente: P

Nome

ROSIVAN DA SILVA CARDOZO

Idade

Sexo: () F () M

Data de Nascimento:

31.08.74

RG/CPF/Outros

CADSUS

Filiação:

MARIA SALTEIRA DA SILVA CARDOZO

Endereço:

S. SUMAMA

Nº

Telefone

PSP:

S. VOLTIN

ACS:

Peso:

Kg

PA:

X

mmHg

FC:

bpm

FR:

irpm

TEMP:

°C

DX:

mg/

ATENDIMENTO E CONSULTA

- ☒ Atendimento Médico em Unidade de pronto Atendimento
☒ Atendimento de urgência em atenção especializada
☐ Atendimento ortopédico com imobilização provisória
☐ Atendimento de Urgência c/ Observação até 24H

- () Consulta Médica Atenção Especializada (Cardiologia, Av.Cirurgia)
() Consulta Médica em Atenção Básica (Pediatría)
() Consulta de prof. de nível sup na atenção esp (exceto médico)
() Atividade educativa /Orientação em grupo na atenção

Data dos 1º Sintomas:

Anamnese de Enfermagem:

Fatores de Risco:

Alergias:

Com o original e vou te
do testemur
Jaguaruana

Enfermeiro (a):

24 de 09 de 2015
Andre Gladysson Moreira

PROCEDIMENTO

Motivo do Atendimento (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico)

Paciente vítima de acidente de moto com
trauma contuso torácico, referindo dor in

Hipótese Diagnóstica:

Fratura do clavicular

Prescrição na Urgência

Horário

Assinatura do enfermeiro

Procedim 1000 ml SPO 9% GV

RL 1000 ml GV lento

Enc. do ambulatório de Trauma

- () Aferição de Pressão Arterial
() Glicemia capilar Observação
() Administração de medicamentos na Atenção Especializada
() Inalação / Nebulização
() Curativo grau I c/ ou s/ debridamento
() Curativo grau II c/ ou s/ debridamento
() Retirada de pontos de cirurgias básicas
() Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva

- () Retirada de Cerúmen de conduto auditivo externo
() Enema
() Sondagem Gástrica
() Drenagem de abscesso
() Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões
() Exeres de tumor de pele e anexos / cisto sebáceo
() Retirada de corpo estranho subcutâneo
() Excisão e sutura de linfangioma / nevus

Encaminhamento/Destino do Paciente: Alta () Hora:

Internamento Hospitalar () Observação () Transferência () Óbito

Assinatura e Carimbo Médico

Assinatura do Paciente

OBSERVAÇÃO

paciente: Rosivan da Silva e Sousa Inf:

Leito:

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	HORA DE ADMINISTRAÇÃO	SINAIS VITAIS/EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
			paciente vítima de acidente de moto com fratura de clavícula e dor intensa. Com referência para o trauma tologista.
			paciente transferido para sala as 09:25 para avaliação do trauma
			Francisco Erilson Freitas Silva Técnico de Enfermagem COREN 812008
			motante Henrique

Cláudia Cristina Barbosa
 TÉCNICA DE ENFERMAGEM

Cláudia Cristina Fernandes
ENFERMEIRA
COREN-CE 355.004



Encaminhamento/Destino do Paciente: Alta () Hora ____ Internamento Hospitalar () Observação () Transferência () Óbito

Assinatura do Paciente

Assinatura e Carimbo Médico – CRM

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Rua Dr. José Ramalho, 1436
CNPJ 07.770.001/0001-64
CONFERE COM ORIGINAL
29 / 12 / 2015
251060
ARQUIVO

29/06/2015



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



SUS - SUS

Profissional: ANTONIO
Setor: TRAUMATOLÓGICO/CIRUR. - EXTRA

GUIA DE ATENDIMENTO
TRAUMA/ORTOPEDIA
Consulta: URGÊNCIA

Atendimento Nº: 1500103712
EM: 29/06/2015 07:54:55
Turno: DIURNO

Paciente: 00091158 - ROSIVAN DA SILVA CARDOSO
Endereço: SÍTIO - JUREMA - 0 - ZONA RURAL - JAGUARUANA - CE - 62823000 - PX AO COLEGIO
Fone: 8893248110
Naturalidade: JAGUARUANA - CE
Nº da Carteira: Validade:
Mãe: MARIA SALETE DA SILVA CARDOSO

Sexo: M DN: 31/08/1974 - 40 A 9 M 29 D Est. Civil: Solteiro(a)
CNS: 160612039430002 CPF: 001.574.763-83 Identidade 246258592 - SSP/CI
Ocup.: AGRICULTOR Raça/Cor: PARDA -
Autorização: SisPreNatal:
Pai: CESARIO DA SILVA CARDOSO
Anotações Médicas

Conduta:

Diagnóstico:

fratura de fêmur BIL

Anotações de Outros Profissionais

Peso: _____ KG. Temperatura: _____ °C. Pressão Arterial _____ mmHg

Atesto a realização do Atendimento de acordo com os dados acima

Francisca Mônica da Silva
Assinatura do Paciente ou Responsável

Atendimento: 1500103712

Registrado por: maria.aubetiza

Valtermo Pinheiro
Traumatologia
CRM 193
Assinatura e Carimbo

29/06/2015

... Guia de Internação 01 ...

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



fls. 23



1500103804 29/06/2015 12:01:26 GUIA DE ADMISSÃO () GUIA DE ATENDIMENTO () TRAUMA/CIRURGICO-01.004.004

Paciente 00091158 - ROSIVAN DA SILVA CARDOSO
Documento 246258592 - SSP/CE - 21/08/1992
Endereço SITIO - JUREMA - 0 - ZONA RURAL - JAGUARUANA - CE
Naturalidade JAGUARUANA - CE
Mãe MARIA SALETE DA SILVA CARDOSO
Nascimento 31/08/1974 Id: 40 A 9 M 29 D 160612039430002
Sexo M Estado Civil Solteiro(a) Raça/Cor Parda -
Escolaridade CEP 62.823-000
Ocupação AGRICULTOR Complemento PX AO COLEGIO
Contatos (88) 9324-8110
Pai CESARIO DA SILVA CARDOSO
SisPreNatal
Plano - Convênio SUS - SUS
Caráter de Atendimento Urgência
CID Principal
Carteira
Validade
Autorização
Especialidade TRAUMA/ORTOPEDIA
Profissional Solicitante ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA P
Perm. Máxima (dias)

ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer () Exames Laboratoriais () RX () Ultrassonografia () Prótese () Mudança de Procedimento ()
Convênio: Autorizado Até: / / Prorrogado Até: / /
Outros () Especificar:
Data da Saída: 06/07/15 Motivo: () Curado () A pedido () Evasão () Transferido () ybito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Fratura de bacia PE

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

OPERAÇÃO

PRINCIPAL:

TDR Liming

SECUNDÁRIA:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

Punk up 1 de mes
grande Fato
bacia PE

Dr. Claudio Eufreides
Ortopedia Traumatologia
CRM 4073

Médico Responsável

Rosivan da Silva Cardoso
Paciente ou Responsável

Diretor Responsável

Guia emitida por: maria.aubetiza

29/06/2015

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS

2 - CNES
232800-3
4 - CNES
232800-3

Identificação do Paciente
5 - NOME DO PACIENTE
ROSIVAN DA SILVA CARDOSO

6 - Nº. DO PRONTUÁRIO
00091158

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
160612039430002

F07.770.001/0001-64
HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS

11 - NOME DA MÃE
MARIA SALETE DA SILVA CARDOSO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
ROSIVAN DA SILVA CARDOSO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
SITIO: JUREMA - 0 - PX AO COLEGIO - ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
JAGUARUANA

Rua: Dr. José Ramalho, 1436
CENTRO RUSSAS
CEP: 62.823-000
CEARA

9 - SEXO
1 - Masculino

10 - RAÇA / COR
Parda

10.1 - ETNIA

12 - TELEFONE DE CONTATO
(88) 9324-0110

14 - TELEFONE DE CONTATO
(88) 9324-8110

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
230700

18 - UF
CE

19 - CEP
62.823-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Int. situ e tem m
torax ult 7/ de m
espul m

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Mule e hump

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
24 - CID 10 PRIMÁRIO
25 - CID 10 SECUNDÁRIO
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA
AMBULATÓRIO

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

31 - DOCUMENTO
C. N. S.

32 - Nº. DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
182215039540018

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
29/06/2015

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NJO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CJO. ORGO EMISSOR

52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

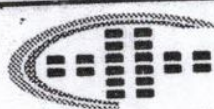
49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

☐ CNS ☐ CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)

Valterno Pinheiro
Traumatologia
CRM 6193



HCSR
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

BOLETIM DE OPERAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Romivan da Silva Cardoso

DATA: 29 / 06 / 2015

LEITO: 1-2

DIAGNOSTICO CLÍNICO:

Fratura do osso D/E

DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:

O osso

CONDIÇÕES DO PACIENTE

TEMPO	PULSO	RESP.	P.A.	GERAIS

ANESTESIA:

OPERAÇÃO:

TTI Limpeza

CLASSIFICAÇÃO:

INÍCIO: _____ FIM: _____

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

Fratura

do osso D/E

Dr. Claudio Enfiásio
Ortopedista Traumatologista
CRM 1078

Operador

Auxiliar

O QUE FOI FEITO:

1. Anestesia
2. Limpeza
3. Preenchimento do osso D/E
4. Exame físico
5. Preenchimento
6. Preenchimento

Dr. Claudio Enfiásio
Ortopedista Traumatologista
CRM 1078

07.770.001/0001-64
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE
DE RUSSAS
Rua: Dr. José Ramalho, 1436
CENTRO
RUSSAS
CEP: 62.900.000
CEARA

CONTAGEM COMPRESSAS:

Luis Claudio Barreto Pessoa
Médico
CREMEC 2683
Anestesista

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

www.hcsrussas.com.br



**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

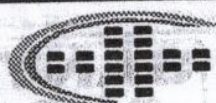
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Robivan da Silva Cardoso

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE
DE RUSSAS
Rua: Dr José Ramalho, 1436
CENTRO CEP: 62.900.000
CEARA

[illegible]


HCSR
 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas
**SANTAS
CASAS
UNIDAS**
FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

 NOME: Rosirvan da Silva Cardoso
DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

DATA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
3/2/15		Dr. de Almeida Glebert 07.770.001/0001-64 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS Rua: Dr. José Ramalho, 1436 CENTRO RUSSAS CEP: 62.900.000 CEARÁ Dr. Victor Parahyba Ortopedia & Traumatologia CRM-CE 10600
05/05/15		Operação Dr. Claudio Engracia Ortopedia Traumatologia CRM 4078
05/05/15		Dr. Claudio Engracia Ortopedia Traumatologia CRM 4078
06/08/15		Dr. Valério Pinheiro CRM 1000 Traumatologia

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

www.hcsrussas.com.br


HCSR
 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas
**SANTAS
CASAS
UNIDAS**
RESUMO DE ALTA
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

 NOME: Rosivan da Silva Cardozo

 ENFERMARIA: 01 LEITO: 02 PRONTUÁRIO: _____

RESUMO CLÍNICO:
paciente bem
EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:

 07.770.001/0001-64
 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE
 DE RUSSAS

 Rua: Dr. José Ramalho, 1430
 CENTRO - CEP: 02.600.000
 RUSSAS - CEARÁ

PROCEDIMENTO REALIZADO:
TERAPÊUTICA UTILIZADA:

 ADMISSÃO: 29/06/2013 ALTA: 06/07/13 DIAS INTERN.: 1 / 1
CONDIÇÕES DE ALTA:

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

ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO:

 DIAGNÓSTICO FINAL fratura de clavícula
OBSERVAÇÕES:

 Luís Cláudio Barreto Pessoa
 Médico
 CREMEC 2682
 MÉDICO RESPONSÁVEL

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

www.hcsrussas.com.br



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



fls. 29

1500120118 24/10/2015 09:39:09 GUIA DE ADMISSÃO () GUIA DE ATENDIMENTO () TRAUMA/CIRURGICO-01.004.003

Paciente 00091158 - ROSIVAN DA SILVA CARDOSO
Documento 246258592 - SSP/CE - 21/08/1992
Endereço SITIO - JUREMA - 0 - ZONA RURAL - JAGUARUANA - CE
Naturalidade JAGUARUANA - CE
Mãe MARIA SALETE DA SILVA CARDOSO

Nascimento 31/08/1974 Id: 41 A 1 M 24 D 160612039430002
Sexo M Estado Civil Solteiro(a) Raça/Cor Parda -
CNS 160612039430002 CPF 001.574.763-83
Escolaridade Ocupação AGRICULTOR
CEP 62.823-000 Complemento PX AO COLEGIO

Contatos (88) 99324-8110
Pai CESARIO DA SILVA CARDOSO
SisPreNatal

Plano - Convênio SUS - SUS
Caráter de Atendimento Urgência
CID Principal

Carteira Validade Autorização
Especialidade TRAUMA/ORTOPEDIA
Profissional Solicitante CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFR
Perm. Máxima (dias)

Procedência Procedimento Solicitado

ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer () Exames Laboratoriais () RX () Ultrassonografia () Prótese () Mudança de Procedimento ()
Convênio: Autorizado Até: ____/____/____ Prorrogado Até: ____/____/____
Outros () Especificar: _____
Data da Saída: 25/10/15 Motivo: () Curado () A pedido () Evasão () Transferido () Óbito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Fratura de um 25

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

PRINCIPAL:

Fratura de um 25

SECUNDÁRIA:

OPERAÇÃO

07.779.001/0001-647
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE
DE RUSSAS

Rua: Dr José Ramalho, 1436
CENTRO
RUSSAS
CEP: 62.823-000
CEARA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

Fratura de um 25

Fratura de um 25

Dr. Claudio Eufrazio
Ortopedia Traumatologia
CRM 41.121

Médico Responsável

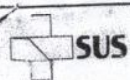
ROSIVAN DA SILVA CARDOSO

Paciente ou Responsável

Diretor Responsável

Guia emitida por: maria.aubetiza

24/10



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HCSR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Rosimar da Silva Cardoso

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

100812039430002

8 - DATA DE NASCIMENTO

31/08/1976

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Rosimar da Silva Cardoso

11 - TELEFONE DE CONTATO

8894264383

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Turuna

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Lagoa Grande

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

CE62823000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor e fraqueza no PE
e de mob

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

DM

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

B

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Falta de controle de glicose

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Reins CP

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040806035

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Ramalho Chaves F. Maia
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MÉDICO AUDITOR
CRM 1443 CPF 081089003-97
19/10/12


HCSR
 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

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

 NOME: Rosângela da Silva Cardoso

 DATA: 1 / 20

LEITO: _____

DIAGNOSTICO CLÍNICO:
Fratura de DR
DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:
CONDIÇÕES DO PACIENTE

TEMPO	PULSO	RESP.	P.A.	GERAIS

ANESTESIA:
OPERAÇÃO:
Reparo
CLASSIFICAÇÃO:

INÍCIO: _____ FIM: _____

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

Fratura
de DR

 Dr. Cláudio Barreto
 Ortopedia Traumatologia
 CRM 4076

Operador

Auxiliar

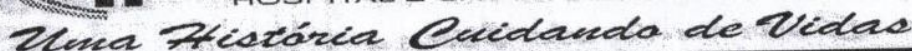
 Dr. Cláudio Barreto
 Ortopedia Traumatologia
 CRM 4076

CONTAGEM COMPRESSAS:

 Luis Cláudio Barreto Pessoa
 Médico
 CREMEC 3653 Anestesista

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

www.hcsrussas.com.br



**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Rosin der silber candoso

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

DATA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
14/05		para exame dent 05 Recebi G Dr. Cláudio Engidito Ortopedia Traumatologia CRM 3074
25/05		para 125 Dr. Cláudio Engidito Ortopedia Traumatologia CRM 3074

07.770.001/0001-64
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE
DE RUSSAS
Rua: Dr. José Ramalho, 1436
CENTRO
RUSSAS
CEP: 62.900.000
CEARA

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

www.hcsrussas.com.br


HCSR
 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas
**SANTAS
CASAS
UNIDAS**
RESUMO DE ALTA
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

 NOME: Rosângela da Silva Cavaleiro

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ PRONTUÁRIO: _____

RESUMO CLÍNICO:
EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:

 07.770.001/0001-64
 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE
 DE RUSSAS

 Rua: Dr. José Ramalho, 1436
 CENTRO
 RUSSAS

CEP: 62.911-000

PROCEDIMENTO REALIZADO:
TERAPÊUTICA UTILIZADA:

 ADMISSÃO: 24/10/15 ALTA: 01/11/15 DIAS INTERN.: 1 / 1
CONDIÇÕES DE ALTA:

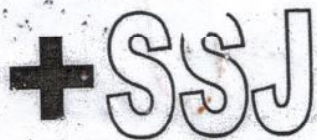
 MOTIVO: CURADO (), MELHORADO (), APEDIDO (), EVASÃO (), TRANSFERIDO (), ÓBITO ()
 INALTERADO (), ADMINISTRATIVO ()

ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO:
DIAGNÓSTICO FINAL:
OBSERVAÇÕES:

MÉDICO RESPONSÁVEL

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

www.hcsrussas.com.br



SUS - Sistema Único de Saúde
Secretaria de Saúde de Jaguaruana

1. Preencher esta ficha em 3 vias.
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 18. 34
2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a
1ª. via a Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: PSF Volta CNES: _____

Município: **JAGUARUANA**

Nome: Rosimar de S. Silva Cardoso

Sexo: M (X) F () Data de Nascimento: 31/08/79 Ocupação: _____

Endereço: S. João Vello Bairro: _____ Tel: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Paciente por fratura bilateral da clavícula em acompanhamento com ortopedista

RESULTADO DE EXAMES: _____

CONDUTA JÁ REALIZADA: _____

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Pot. trauma

Dr. Frederico Bezerra
Médico
CRM 16705

07.770.001/0001-647
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE
DE RUSSAS
Rua: Dr. José Ramalho, 1436
CEP: 62.900.000
CENTRO
RUSSAS
CEARA

Assinatura, Carimbo e CRM

Função

16/10/15

Data

Horário

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: Ambulatorial () Hospitalar () Auxílio diagnóstico ()

PROCEDIMENTO: Análise e conduta PROFISSIONAL: Ortopedista

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____ DATA: 1/1 HORA: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNID. DE REFERÊNCIA: _____

MUNICÍPIO: Rio PRONTUÁRIO Nº. _____ ALTA: 15/10/15

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO: _____

Rosimar de S. Silva Cardoso

RESULTADO DE EXAMES: _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____ CID: _____

SECUNDÁRIO 1: _____ CID: _____

SECUNDÁRIO 2: _____ CID: _____

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO: _____

JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM () NÃO () O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM () NÃO ()

SINISTRO 3160118453 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ROSIVAN DA SILVA CARDOSO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO ROSIVAN DA SILVA CARDOSO

CPF/CNPJ: 00157476383

Posição em 08-09-2018 19:50:11

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
04/07/2016	R\$ 4.050,00	R\$ 0,00	R\$ 4.050,00