

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTILHEI NACIONAL DE IDENTIFICACAO	
FRANCISCO RODRIGUES FREITAS	
DOC IDENTIFIC / ONS UNICOE IF 2005002150320 RSF CE	
CN 076.530.157-19 17/09/1974	
RUAÇÃO ANTONIO ALVES FREITAS MARIA MARLENE RODRIGUES FREITAS	
PESSOAS XPC CENSA	
IF MUNDO 0151/2019020	
WICHOZE 21/07/2016 14/06/2012	
SEM OBSERVACAO;	
PROIBIDO PLASTIFICAR	
749542100	
PORTALEZA, CE	
21/06/2013	
76789160884 CH136314015	

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>Francisco Rodrigues Freitas</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>casado</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>	Carteira de Identidade: <u>2005002150320</u>	
CPF nº: <u>076.530.157-19</u>	Residência: <u>Rua Pedro Moreira - 1426</u>		
Bairro: <u>Santa Luzia</u>	Cidade: <u>Canindé</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>62700-000</u>

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº M8.119.595 SSP/MG e CPF nº 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza – CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3231-6493.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicium et extra*", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, em caso de julgada procedente a Ação e os recursos cabíveis, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiências em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 08 de Dezembro de 20 15.

 Rafael de Sousa Rezende Monti
Outorgante

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, Francisco Rodrigues Freitas
 @, BRASILEIRO(A), casado (ESTADO CIVIL),
agricultor (PROFISSÃO), PORTADOR DO RG Nº 2005062150320,
 INSCRITO NO CPF SOB O Nº 076.530.157-19, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NO
 ENDEREÇO

Rua Pedro Moreira - 1426 - Santa Luzia
 _____, DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI
 DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELO DR. RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI,
 BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº
 18.044 ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA
 INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO
 OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A
RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO
JUDICIAL, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, ISENTO O ESCRITÓRIO MONTI ADVOGADOS, REPRESENTADO
 ATRAVÉS DO ADVOGADO RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, BRASILEIRO,
 SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 18.044, COM SEDE
 A RUA DO ROSÁRIO - Nº 77 - 6º ANDAR - SALA 604 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.055-090 -
 FORTALEZA/CE, DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL,
CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE TANGE
A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS
DOCUMENTOS E/OU DADOS) E VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS
EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS
RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE
 RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A
 COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA
 FORMA DA LEI [ART. 339 E 340] DO CPB."

CIENTE DE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO DA VALIDADE DE MENCIONADO
 DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

FORTALEZA 08, DE Dezembro DE 2015.

➤ x Francisco Rodrigues Freitas

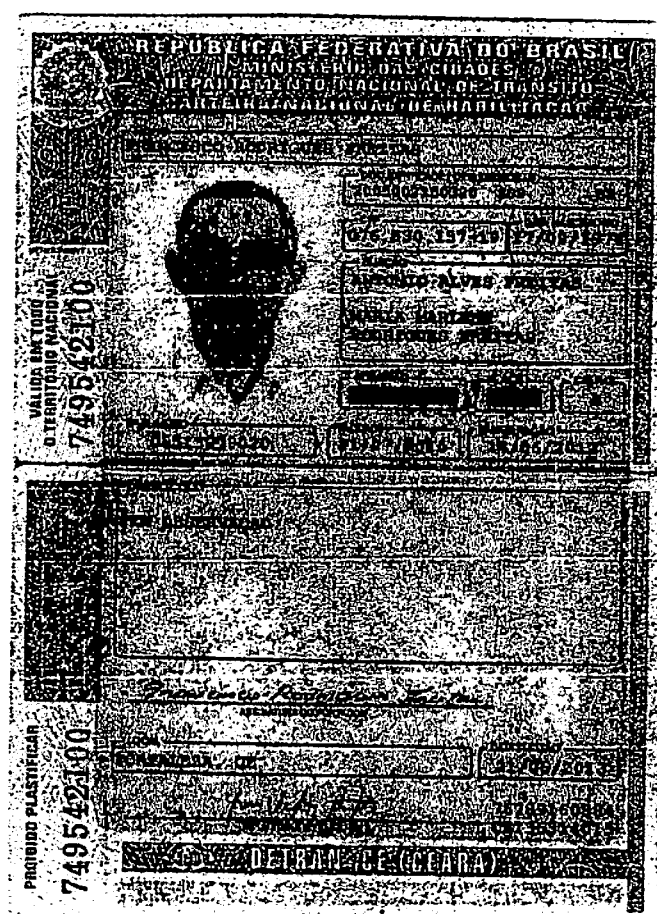
DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:



4173335-5

CÓDIGO

fls. 16

12 36000 09 111000 - 8 Data de Emissão 16/05/2015

MARIA CHIRLENE PEREIRA FREITAS
RU PEDRO MOREIRA 01426 CS FUNDOS
SANTA LUZIA - CANINDE - 62700000

Medida 25063893 Poste 0000 B19N
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00
RG / CPF / CNPJ 040907103-08 CGR

Nome do Responsável

DATA	INDICADOR DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Mês Referência: 16/05/2015	Qualidade: 5,76
Previsão Próxima Leitura: 17/06/2015	

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

Padrão	Atual	Anterior	Atual	Anterior
DIC	6,15	12,30	2,34	2,34
FIC	3,42	6,85	1,00	1,00
DMIC	3,53	13,70	2,34	1,00

Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
2936	2065	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
16,83	0,35	0,24	0,38	8,49	1,46		

CONSUMO DO MES
MORATORIA REF 02/2015
DO MES
AO MONETARIA DO MES
CAÇAO PUBLICA MUNICIPAL
COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,99)

VENCIMENTO 25/06/2015

TOTAL A PAGAR (R\$)

27,75

COMPOSIÇÃO DO VALOR DO CONSUMO	HISTÓRICO DE CONSUMO MENSAL
Transmissão 10,53	
Distribuição 0,22	
Encargos Setoriais 3,11	
Tributos (ICMS PIS/COFINS) 0,59	
TOTAL 24,45	

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
16	63	10,53
17	68	11,22
18	41	6,85
19	64	10,53
20	83	13,70
21	81	13,70
22	76	12,30
23	62	10,53
24	65	10,53
25	55	9,09
26	52	8,49
27	34	5,66
28	52	9,09

Consumo	Emissão	Valor
29,39	0,00	

informações

CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente,

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prezado Cliente, constatamos em nossos controles contábeis em atraso. Devido ao detalhamento do Débito, o não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia elétrica por 15 dias após a emissão desta notificação. Caso não seja pago até 15 dias após a emissão desta notificação, o fornecimento de energia elétrica será suspenso. Caso não seja pago até 15 dias após a emissão desta notificação, o fornecimento de energia elétrica será suspenso. Caso não seja pago até 15 dias após a emissão desta notificação, o fornecimento de energia elétrica será suspenso.

DEBITOS ANTERIORES

Mês/Ano	Valor R\$
03/2015	23,18
Total	23,18

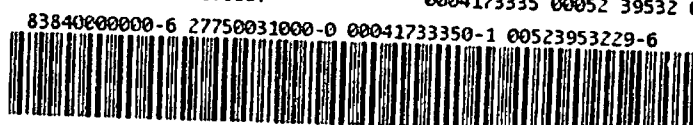
Bandeira Tarifária: VERMELHA

Consta desta fatura R\$ 2,85 referente a PIS e COFINS.

Em 2015 entrou em vigor o sistema de bandeiras tarifárias. A bandeira vermelha implica cobrança adicional. As bandeiras amarela e vermelha, quando ativas, implicam tarifas de maior valor, devido ao maior custo de operação. Mais informações em www.eneel.co.br.

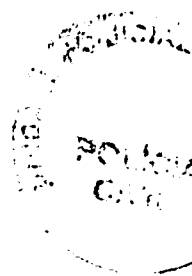
4173335-5
16/05/2015
387070557

Mai/2015
27,75
0004173335 00052 39532 08





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
8ª DELEGACIA REGIONAL DE CANINDÉ
UNIDADE POLICIAL DE CARIDADE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO

Nº B.O.: 0411/2015

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 02/06/2015 às 13:55h

DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 22/03/2015 às 16h30min.

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: BR-020, KM 311, EM CANINDÉ/CE

PONTO DE REFERENCIA: MUNICÍPIO DE CANINDÉ/CE

HISTÓRICO: O noticiante compareceu a esta Unidade Policial, onde fez o seguinte relato; Que no dia hora e local acima citados; encontrava-se trafegando na motocicleta de marca HONDA/CG 150 FAN ESDI, PLACA OSB 8248/CE, COR VERMELHA, ANO 2013/2014, CHASSI 9C2KC1680ER474889, licenciada em nome ANTONIO DA SILVA PEREIRA, sentido a sua residência, quando chegou no local acima citado, veio uma motocicleta de placa não anotada, avançou sua preferencial, não dando tempo para desviar, tentou frear a motocicleta derrapou, veio cair ao solo, teve fratura exposta do pé direito, em seguida foi socorrido por ANTONIO DA SILVA PEREIRA, para ser atendido na UPA de Canindé/CE., depois transferido para o Hospital de Canindé/CE. Que o declarante informa que não teve nenhum tipo de atendimento por parte da Polícia, Samu, Corpo de Bombeiros ou AMC. E NADA MAIS DISSE E NEM FOI LHE PERGUNTADO.//

► DADOS DA VÍTIMA:

Nome: FRANCISCO RODRIGUES FREITAS

RG: 2005002150320:SSP/CE

Data de Nascimento: 17/09/1974

Filiação: ANTONIO ALVES FREITAS

MARIA MARLENE RODRIGUES FREITAS

Endereço: RUA PEDRO MOREIRA, Nº 1426

B. SANTA LUZIA

CANINDÉ/CE

CEP. 62.700-000

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 284.88-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Rodrigues Freitas
Chefe da Unidade Policial
Assinatura - 1-3



FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: _____

DISTRITO SANITÁRIO: _____

NOME: Ela Rodrigues Pereira

MUNICÍPIO: _____

SEXO: M ☒ F ☐ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

PRONTUÁRIO Nº _____

ENDEREÇO: _____

Ocupação: _____

BAIRRO: _____

FONE: _____

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Pronto, vítima de queda de moto com lesão na área lombar D.

RESULTADO DE EXAME(S): Exame de urina normal. Exame de sangue de R. x. Alergia a Difenidramina e Diclofenaco.

CONDUTA JÁ REALIZADA: SF091

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Lesão na área lombar?

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - Nº REGISTRO _____

FUNÇÃO _____

DATA _____

HORA _____

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: _____

AMBULATORIAL ☐

HOSPITALAR ☒

AUXÍLIO DIANÓSTICO ☐

PROCEDIMENTO: Molher

PROFISSIONAL _____

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

DATA: ____/____/____

HORA: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

MUNICÍPIO: _____

PRONTUÁRIO Nº _____

ALTA: ____/____/____

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO:

RESUMO DO(S) EXAME(S):

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL _____

SECUNDÁRIO 1 _____

SECUNDÁRIO 2 _____

CID: _____

CID: _____

CID: _____

PROPOSTA DE CONSULTA PARA SEGUIMENTO:



Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ
Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará
CEP: 62706-000 CNPJ: 07.113.558/0001-22
Telefone: (085) 3343-2110 Fax: (085) 3343-1768 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



LAUDO DE CIRURGIA

Paciente	João Rodrigues Furtado		Prontuário
Data da Cirurgia	18/08/2016	Enfermaria	Leito
Diagnóstico Pré-Operatório:	Hernia expulsa do abdome		
Cirurgia Proposta:	Herniorrafia		
Cirurgia Realizada:			
Diagnóstico Pós-Operatório:			
Cirurgião:	Dr. Marcos		
1º Auxiliar:			
2º Auxiliar:			
3º Auxiliar:			
Anestesista:	Dr. Martinho		
Circulante:	Julia + Cleuza		
Instrumentador:	Juliana		
Tipo de Anestesia:			

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Incisão vertical de 10cm no meio da linha média abdominal.

2. Dissecção da parede anterior do abdome até a camada de Peritônio.

3. Redução da hernia e sutura da parede anterior do abdome.

4. Sutura da parede anterior do abdome com fio 000.

5. Sutura da parede anterior do abdome com fio 000.

6. Sutura da parede anterior do abdome com fio 000.

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.



HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL SÃO FRANCISCO

fls. 20

A Santa Casa de Canindé

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará - CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22
Telefone: (085) 3343-2110 - Fax: (085) 3343-1768 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ - FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO - 5ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE MUNICÍPIO: CANINDÉ

NOME: Francisco Rogério Fial PRONTUÁRIO Nº _____
SEXO: M ☒ F ☐ DATA DE NASCIMENTO: 17, 09, 1974 TELEFONE: _____
END.: Rua do Comércio BAIRRO: Santa Luzia CIDADE: Canindé

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Fratura de fêmur
de 40 anos, vítima de acidente de moto.
Henrique Valtan - Dupim

RESULTADO DO(S) EXAME(S): Exame de Denoto com Gyposseos Ossa do fêmur
de 40

CONDUJA JÁ REALIZADA: DF096 de 100ml + 100ml
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Fratura de fêmur com Gyposseos Ossa CID
Dr. Noel Cortes Unidade Geral FUNÇÃO: Médico DATA: 22, 03, 15 HORA: 17h
ASSINATURA DO ENCAMINHANTE: Nº REGISTRO _____

AGENDAMENTO
ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR ☐ AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐
PROCEDIMENTO: _____ PROFISSIONAL: _____
UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____ PRONTUÁRIO Nº: _____ ALTA: ____/____/____
MUNICÍPIO: _____

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO:

RESULTADO DO(S) EXAME(S):

DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL _____ CID: _____
SECUNDÁRIO 1 _____ CID: _____
SECUNDÁRIO 2 _____ CID: _____

PROPOSTA DE CONSULTA PARA SEGUIMENTO:

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM ☐ NÃO ☐ O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM ☐ NÃO ☐



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/03/2016 às 09:46, sob o número 11844658. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.jce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0118446-58.2016.8.06.0001 e código 11844658.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CANINDÉ
UPA24H - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



Unidade Prestadora: UPA 24 H Data: 28/07/2015 19.33

NOME: VANESSA COELHO LOPES SEXO: F NASCIMENTO: 10/01/1989
NOME DA MÃE: EDLENE COELHO LOPES
ENDEREÇO: RUA PRESIDENTE DUTRA Nº642
BAIRRO: ALTO GURANIRANGA
CEP: 62.700.000

CIDADE: CANINDÉ-CE
TELEFONE: 997947715

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

Atenção dada e aderência em AITD, garantida a/

CAUSAS:	SIM
ENCAMINHADO	
NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA	
POSTO ESTAVA FECHADO	
NÃO RESOLVEU O PROBLEMA	

Por: *Dr. [assinatura]*

OUTRAS CAUSAS: *Infarto de miocárdio + 1 ano em AITD*

EMERGÊNCIA (VERMELHA)	0 (ZERO) MINUTOS
URGÊNCIA MAIOR (AMARELO)	60 MINUTOS

CEFALEIA SUBITA OU RAPIDAMENTE PROGRESSIVA	FEBRE ALTA (39,4º)	HISTÓRIA DE CONVULSÃO	DOR TORÁCICA INTENSA	CRISE ASMÁTICA OU DESCONFORTO RESPIRATÓRIO	ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS EM PACIENTES SINTOMÁTICOS	DIABÉTICO + SUDORESE	ALTERAÇÃO DE ESTADO MENTAL, VISÃO TURVA, FEBRE, VÔMITO, TAQUIPNEIA, TAQUICARDIA	DOR FORTE DE QUALQUER NATUREZA	EPISTAXE	SANGRAMENTO VAGINAL COM DOR ABDOMINAL	HISTÓRIA RECENTE DE MELENA OU HEMATEMESE OU HETERORROGIA	ALTERAÇÕES AGUDAS DE COMPORTAMENTO AGITAÇÃO E CONFUSÃO MENTAL E DESMAIOS	LUXAÇÕES ENTORCE + DOR INTENSA	NAUSEAS, VÔMITOS E DIARRÉIA PERSISTENTE + SINAIS DE DESIDRATAÇÃO GRAVE	ACIDENTE POR ANIMAIS	PENÇONHENTOS	BRONCOESPASMO
--	--------------------	-----------------------	----------------------	--	--	----------------------	---	--------------------------------	----------	---------------------------------------	--	--	--------------------------------	--	----------------------	--------------	---------------

DESCONFORTO	RESPIRATÓRIO GRAVE	DOR NO PEITO + FALTA DE AR + CIANOSE	VÔMITO + PERDA DA CONSCIÊNCIA OU DOR TORÁCICA P/ + 30 MINUTOS	PERFURAÇÃO NO PEITO	ABDOMEN OU CABEÇA	CRISE CONVULSIVA	INTOXICAÇÃO	EXOGENAS OU TETATIVAS	ANAFELAXIA CU	REAÇÕES ALÉRGICAS + FALTA DE AR	HIPER OU HIPOTENSIÃO (DIAGNOSTICADA)	PARADA CARDIORRESPIRATORIA	ALTERAÇÕES SSVV + SINTOMAS (DIAGNOSTICADAS)	HEMORRAGIAS NÃO CONTROLÁVEIS	FRAATURAS FERIMENTOS (CORTES)
-------------	--------------------	--------------------------------------	---	---------------------	-------------------	------------------	-------------	-----------------------	---------------	---------------------------------	--------------------------------------	----------------------------	---	------------------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTOS COM CURATIVOS, TROCAS OU REQUISITOS DE RECEITA MÉDICA, AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DE EXAMES, SOLICITAÇÕES DE ATENDIMENTOS MÉDICOS	DEMAIS SITUAÇÕES N/ ENQUADRADAS ANTERIORMENTE	USO DE BENZILPENIZILINA	PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARC CONSULTA COM O MÉDICO DE ASSISTÊNCIA
--	---	-------------------------	--

PROCEDIMENTOS COM CURATIVOS, TROCAS OU REQUISITOS DE RECEITA MÉDICA, AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DE EXAMES, SOLICITAÇÕES DE ATENDIMENTOS MÉDICOS	DEMAIS SITUAÇÕES N/ ENQUADRADAS ANTERIORMENTE	USO DE BENZILPENIZILINA	PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARC CONSULTA COM O MÉDICO DE ASSISTÊNCIA
--	---	-------------------------	--

PROCEDIMENTOS COM CURATIVOS, TROCAS OU REQUISITOS DE RECEITA MÉDICA, AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DE EXAMES, SOLICITAÇÕES DE ATENDIMENTOS MÉDICOS	DEMAIS SITUAÇÕES N/ ENQUADRADAS ANTERIORMENTE	USO DE BENZILPENIZILINA	PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARC CONSULTA COM O MÉDICO DE ASSISTÊNCIA
--	---	-------------------------	--

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/03/2016 às 09:46, sob o número 01184465820168060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0118446-58.2016.8.06.0001 e código 1ECAA00C.



HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL SÃO FRANCISCO

A Santa Casa de Canindé

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará - CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22
Telefone: (085) 3343-2110 - Fax: (085) 3343-1768 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ - FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO - 5ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE MUNICÍPIO: CANINDÉ

NOME: Fernando Lopes Freire PRONTUÁRIO Nº: _____

SEXO: M ☒ F ☐ DATA DE NASCIMENTO: 17, 09, 1974 TELEFONE: _____

END: Cedro Verde BAIRRO: Santa Luzia CIDADE: Canindé

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Exame de 40 anos, vítima de acidente de moto.
Fratura da tíbia - Dupla

RESULTADO DO(S) EXAME(S): Exame de 40 anos, vítima de acidente de moto.
Fratura da tíbia - Dupla

CONDIÇÃO JÁ REALIZADA: SF096 100ml + 100ml

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Fratura da tíbia - Dupla CID:

Dr. Noel Cortes
Assinatura do Encaminhante - Nº REGISTRO: _____ FUNÇÃO: Médico DATA: 22, 03, 15 HORA: 17:20

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR ☐ AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐

PROCEDIMENTO: _____ PROFISSIONAL: _____

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

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

MUNICÍPIO: _____ PRONTUÁRIO Nº: _____ ALTA: ____/____/____

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO:

RESULTADO DO(S) EXAME(S):

DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL _____ CID: _____

SECUNDÁRIO 1 _____ CID: _____

SECUNDÁRIO 2 _____ CID: _____

PROPOSTA DE CONSULTA PARA SEGUIMENTO:

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM ☐ NÃO ☐ O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM ☐ NÃO ☐

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 09/03/2016 às 09:46, sob o número 0118446-58.2016.8.06.0001 e código 1FCA00C. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0118446-58.2016.8.06.0001 e código 1FCA00C.

Docum. 1184465820168960001

Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
SUS AMBULATORIO

GUIA :

Usuário do Cadastro :
Usuário do Atendimento :

CELIAS
STEFANNYF

Paciente : FRANCISCO RODRIGUES FREITAS

Paciente : 1325

Atendimento
1098544

Nome do Paciente : FRANCISCO RODRIGUES FREITAS

Idade : 40 Anos / 6 Meses / 6 Dias

SANTA LUZIA

Número : 1426

Data de Nascimento : 17/09/1974

Cidade : CANINDE

Telefone :

CPF : 000.000.000

Dados do Atendimento

Nome do Médico : JOAO PEREIRA TORRES FILHO

Data : 23/03/2015

Hora : 06:54:00

Localidade : CLINICO GERAL

Serviço : CLINICA MEDICA

Assinatura do Paciente ou Responsável

RG : 2005002150320

T: 36,4° PA: 120/70 P: 91b

SpO2 = 99%

*sem a presença de
febre ou outros
do sistema*

*sem exp do H/E
febre D/H/O.*

Assinatura Médico-CRM

Correção 10

Procedimento

Medicação

Carimbo/Assinatura
Enfermagem/COREN

tb 10% Rb T-137,5.



SANTA CASA DE CANINDE

Data de Impressão 23/3/2015 19:45:03

Ficha de Atendimento - INTERNACAO

Dados do Paciente

SUS INTERNACAO

Usuário do Cadastro :

CELIAS

Paciente : 1325 CNS : 203876848610003 Idade: 40 Anos / 6 Meses / 6 Dias
Nome do Paciente : FRANCISCO RODRIGUES FREITAS Data Nascimento : 17/9/1974
Sexo : MASCULINO Estado Civil : SOLTEIRO Religião :
Profissão : APOSENTADO Naturalidade : PARAMOTI
Endereço : RUA PEDRO MOREIRA Número : 1426
Bairro : SANTA LUZIA Cidade : CANINDE
CEP : 62700000 Telefone :
Identidade : 2005002150820 CPF : 07653015719
Nome da Mãe : MARIA MARUENE RODRIGUES FREITAS
Nome do Pai : ANTONIO ALVES FREITAS

Dados do Responsável

Nome : FRANCISCO RODRIGUES FREITAS Parentesco : MESMO(A) Fone :
Endereço : RUA PEDRO MOREIRA Número : 1426
Complemento : CEP : 62700000
20383405526

Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento :

ANAF

Número : 1098713

Data : 23/03/2015 Hora : 10:47:47

Origem : INTERNACAO SUS Tipo : INTERNACAO ORTOPEDICA UFR
Unidade de Internação : POSTO 3 Leito : LEITO 308

Médico do Atendimento : 24 MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
Conselho : CRM-CE 5557 Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CNS : 203834055260008

Convênio : SUS INTERNACAO Plano : SUS INTERNACAO
Carteira : Guia : Dias Autorizados : Horas Autorizadas :
Acomodação : ENFERMARIA

Clínica : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CID :
Procedimento principal :
Local de Procedência :

Observação:

Marcus Jussier Souza Duarte
Paciente/Responsável

MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
CRM-CE 5557

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 08/03/2016 às 09:46, sob o número 0118446-58.2016.8.06.0001 e código 1FC-A00C. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0118446-58.2016.8.06.0001 e código 1FC-A00C.



Hospital e Maternidade Regional São Francisco
A. Santa Casa de Canindé
 Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Tele/Fax: (85) 3343-1110
 Canindé - Ceará



Receituário

NOME:

Francisco Rodrigues da Silva

*Paciente com
 glaucoma de ângulo fechado.
 Segundos grau, com
 campo visual 50%.
 Tratamento com colírio
 1% de timolol.*

[Signature]

10.09.2017

Voltando à consulta queira trazer a receita

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.



Hospital e Maternidade Regional São Francisco
A Santa Casa de Caridade
 Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Tele/Fax: (85) 3343-1110
 Caridade - Ceará



Receituário
 NOME: Francisco Rodrigues Pinheiro

Paciente vítima acidente de trânsito, com
 sequelas em pé D, diminuição
 da força em 80%

Encontra-se de alta
 definitiva.

Dr. Edson L. Bruno
 ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

10.09.2015

Voltando à consulta queira trazer a receita
 OBS: ESTE FOMULÁRIO DE USO EXCLUSIVO DAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REG. 11.1 SÃO FRANCISCO DE CARIDADE.

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é regularizar da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VITIMA:

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

NOME COMPLETO E CRIE DO MÉDICO:

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

DADOS RESUMIDOS DOS TRAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE? () SIM (☒) NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVELIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

() A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, POR TANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

(☒) A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º Clavícula esquerda submetida a
2º fratura com deslocamento
3º do ombro
4º do braço
5º do antebraço

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE 02-04-15 A 28-05-15 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Camilo
LOCAL

28.05.15
DATA

[Assinatura]
ASSINATURA DO MÉDICO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

Camilo
LOCAL

28.05.15
DATA

[Assinatura]
ASSINATURA DA VITIMA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA **01** COD. RENAVAM **1006435694** ENTRC **000000000000** EXERCÍCIO **2014**

CARL

ANTONIO DA SILVA PEREIRA

CANINDE/CE

07179210340 **05B8248**

*******/CE** **902KCL1680ER474889**

PAS/MOTOCICLO/NAO ABILIT **COMBUSTIVEL**
07179210340 **05B8248**

HONDA/CG150 FAN ESDI **ANO FAB** **2013** **ANO MOD** **2014**
2P/OCV/149CC **CATEGORIA** **PARTIC** **COR PREDOMINANTE** **VERMELHA**

1 **COTA UNICA** **VENC. COTA UNICA** **VENC/COTAS**
P ********* **** / ** / **** **1º *******
V **FAIXA I PVA** **PARCELAMENTO/COTAS** **2º *******
A ********* ********* **3º *******

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) **IOF (R\$)** **PRÊMIO TOTAL (R\$)** **DATA DE PAGAMENTO**
286.75 **1.11** **292.01** **16/05/2014**

AL.FID. BANCO HONDA S.A. **OBSERVAÇÕES**

CANINDE **LOCAL** **19/05/2014** **DATA**
19/05/2014 **DEFINIDA**

CE Nº 010310658869 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

2014

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodoanisto.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

07179210340 **05B8248**

RENAVAM **MARCA/MODELO**
1006435694 **HONDA/CG150 FAN ESDI**

ANO FAB **CHASSI**
2013 **09** **902KCL1680ER474889**

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) **DEVIATRAN (R\$)** **CUSTO DO SEGURO (R\$)**
129.04 **14.34** **143.38**

CUSTO DO BILHETE (R\$) **IOF (R\$)** **TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)**
4.15 **1.11** **292.01**

COTA UNICA **PAGAMENTO** **PARCELADO** **DATA DE QUITAÇÃO**
X **16/05/2014**

LOTE/DO SEGURO **PROPRIETÁRIO** **DPVAT**
8079 **8079**

MOTOR: KCL1680ER474889 **CHASSI: 902KCL1680ER474889**

SINISTRO 3150542167 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA FRANCISCO RODRIGUES FREITAS****COBERTURA Invalidez****SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO GENTE SEGURADORA S/A****ENDEREÇO Avenida Dom Luís, 300 - Loja 147, Meireles, Fortaleza - 6, CEP: 60160-230****BENEFICIÁRIO FRANCISCO RODRIGUES FREITAS****CPF/CNPJ: 07653015719****Posição em 21-07-2015 09:05:52****Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.****Valor: R\$ 3.375,00****Data de liberação do pagamento: 22/07/2015****Fique atento: o prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data da liberação.**

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
22/07/2015	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00