

**Escritório Fortaleza**

R. Joaquim Felício, nº201, Sala 06, Shopping Cavalcante Plaza Center
Bairro Messejana, Fortaleza - Ceará, CEP: 60.840-115
Fone: (0xx85) 3215-1116
E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

Escritório Iguatu

Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, Nº 9
Bairro Prado, Iguatu - Ceará, CEP: 63.502-105
Fone: (0xx88) 3581-1280
E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

PROCURAÇÃO PARA A CLÁUSULA AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA, brasileira, solteiro, servente, portador da Cédula de Identidade número 2008022611-0 SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 628.357.523-40, residente e domiciliado à Rua Joana Fernandes Cesar, nº 260, Areias II, Iguatu-CE, CEP: 63.500-000.

OUTORGADOS: DIEGO VICTOR LOBO SILVEIRA, brasileira, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 25.815, **EURIJANE AUGUSTO FERREIRA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE sob nº 16.326, **JOÃO RICARDO PINHO**, brasileira, divorciado, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 33.315 e **LÍGIA SAMARA ALBUQUERQUE PINTO**, brasileira, casada, inscrita na OAB/CE sob o nº 22.902, todos com endereço profissional situado à Rua Joaquim Felício, nº 201, Sl. 06, Shopping Cavalcante Piazza, Messejana, CEP: 60.840-115, Fortaleza/CE e/ou Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, nº 9, Prado, Iguatu/CE, CEP 63.502-105.

PODERES: Para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei 13.105/2015 - Código de Processo Civil, e os especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Iguatu/CE, 16 de abril de 2018.

Vitor Ferreira de Oliveira

**Escritório Fortaleza**

R. Joaquim Felício, nº201, Sala 08, Shopping Cavalcante Plaza Center
Bairro Messejana, Fortaleza - Ceará, CEP: 60.840-115
Fone: (0xx85) 3215-1116
E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

Escritório Iguatu

Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, Nº 9
Bairro Prado, Iguatu - Ceará, CEP: 63.502-105
Fone: (0xx88) 3581-1280
E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA**, brasileira, solteiro, servente, portador da Cédula de Identidade número 2008022611-0 SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 628.357.523-40, residente e domiciliado à Rua Joana Fernandes Cesar, nº 260, Areias II, Iguatu-CE, CEP: 63.500-000.

DECLARO, para os devidos fins de direito, perante a Justiça do Estado do Ceará, nos termos da Lei 7.115, de 29 de agosto de 1983, de que sou pobre na acepção jurídica do termo e não disponho de condições econômicas para custear as despesas judiciais sem sacrifício do meu sustento próprio e da minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade pela declaração acima, sob as penas da lei, assinando a presente declaração para que produza seus efeitos legais de condições econômicas.

Iguatu - Ceará, 16 de abril de 2018.

Vitor Ferreira de Oliveira

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008022611 - 0 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/10/2011

NOME
VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO
**FRANCISCO NILTON DE OLIVEIRA
SOLANGE DE SOUZA FERREIRA**

NATURALIDADE
MARACANAÚ - CE

DATA DE NASCIMENTO
07/02/2000

DOC. ORIGIN
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:SEDE TERMO:6.489 FOLHA:122 LIVRO:A-006 MARACANAÚ - CE

CPF

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 135

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polegar Direito

Vitor Ferreira de Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
628.357.523-40

Nome
VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA

Nascimento
07/02/2000



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **628.357.523-40**

Nome: **VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA**

Data de Nascimento: **07/02/2000**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **08/11/2017**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:57:00** do dia **17/04/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **2CD9.93A8.CF9D.6B5B**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



SAAE
SOCIEDADE AUTÔNOMA DE ÁGUA E ESGOTO DE IGUAU
IGUAU - CEARÁ

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE IGUAU
Rua: Engenheiro Wilton Correia Lima, 772 - Prado - Iguaú/CE
CEP: 63502-108 - CNPJ: 07.508.138/0001-45
Fone: (88) 3566-7700/195 (gratuito)
Site: www.saae.iguaú.ce.gov.br

INSCRIÇÃO
0024443.4

CLASSE
PAR

TARIFA
NES

ECONOMIAS
RES 01 COM IND PUB OUT

MÊS/ANO
10/2017

HIDROMETRO
592018

INSCRIÇÃO DO CONSUMIDOR
09/01/08

LÓGOTIPO
00.50.27.0000003530

MÊS/ANO
770287480

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR
FRANCISCO NILTON DE OLIVEIRA
RUA JOANA FERNANDES CESAR 260 , AREIAS II
CEP: 63.500-000 IGUAU-CE

SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	AGUA	01/01	41,28
13	AVISO DE DÉBITO EM 28/09/2017	01/01	3,00
16	MULTA POR ATRASO - 09/2017	01/01	1,17
16	MULTA POR ATRASO - 08/2017	01/01	0,77
17	ENCARGOS (09/2017) 8 DIAS	01/01	0,16
17	ENCARGOS (08/2017) 39 DIAS	01/01	0,39
39	RELIG. EMERGENCIAL 06/10/17	01/01	27,00
42	CONTRIBUIÇÃO A P A E	01/01	1,00

HIDROMETRIA

LEITURA	DATA
ANTERIOR...: 1191	18/09/17
ATUAL.....: 1206	18/10/17
CONSUMO...: 15	DIAS:29
LEITURAS: 02	OCO:00

ULTIMOS CONSUMOS

MÊS	CONSUMO
ABR	9
MAI	9
JUN	10
JUL	16
AGO	13
SET	19
OUT	16

MÉDIA: 12 m³

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

RESERVATÓRIO: 01-ETA COCOCO	PERÍODO: 10/09/17 À 10/10/17		
PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO
COR	ATE 15UH	01	10,00
PH	6 A 9	01	7,40
CLORO	ATE 5 M	01	2,50
TURBIDEZ	ATE 5UT	01	1,20
FLUOR	ATE 1,5	01	0,81

PARABENS! O SAAE AGRADECE SUA PONTUALIDADE
VENCIMENTO 28/10/2017 VALOR R\$ 74,75

CONSUMIDOR
FRANCISCO NILTON DE OLIVEIRA

MÊS/ANO
10/2017

VENCIMENTO 28/10/2017 VALOR R\$ 74,75

SAAE

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE IGUAU
Rua: Engenheiro Wilton Correia Lima, 772 - Prado - Iguaú/CE
CEP: 63502-108 - CNPJ: 07.508.138/0001-45
Fone: (88) 3566-7700/195 (gratuito)
Site: www.saae.iguaú.ce.gov.br

INSCRIÇÃO
0024443.4

NOME
FRANCISCO NILTON DE OLIVEIRA

MÊS/ANO
10/2017

VENCIMENTO 28/10/2017 VALOR R\$ 74,75

SAAE

VIA RECEBIMENTO
0024443.10.17.170287480

AUTENTICAÇÃO DO VERSO
82680000000-0 74750253002-1 44431017170-7 28748000004-4

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 - 5547 / 2017****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **08/11/2017 11:34:03**
 Data / Hora da Ocorrência: **21/10/2017 15:45:00**
 Endereço da Ocorrência: **SÍTIO BARRA**
 Complemento:
 Bairro:
 Município: **IGUATU/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA**
 Nascimento: **07/02/2000** CPF:
 RG: Orgão Emissor: UF:
 Filiação: **SOULANGE DE SOUZA FERREIRA**
FRANCISCO NILTON DE OLIVEIRA
 Endereço: **RUA JOANA FERNANDES CESAR, 260**
 Bairro: **AREIAS II**
 Município: **IGUATU/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99331-6062**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMG6112** Uf: **CE** Município: **IGUATU** Chassi:
9C2JB010DHR245298 Renavam: **1112859281** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/POP 110i** Ano Fabricação:
2017 Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
 Proprietário: **MICHEL DA SILVA VIEIRA** Situação: **NÃO INFORMADO**
 Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Compareceu a esta delegacia o DECLARANTE, nesta data, e informou das penalidades de falsa comunicação de crime e contravenção penal. Art 340 e 342 do C.P.B. informou que no local e horário supracitado acima, trafegava como GARUPEIRO na moto acima qualificada, e tendo como CONDUTOR: FRANCISCO NILTON DE OLIVEIRA, que só sofreu pequenas escoriações; Que o condutor ao fazer uma curva sobrou na mesma vindo a cair; Que foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros, até o Hospital Regional Igatu e sendo atendido pelo DR. MONUEYV DE FREITAS PASCOAL, que segundo o laudo do médico FRATUROU A BACIA E TEVE ESCORIAÇÕES PELO CORPO; Que veio registrar o fato para dar entrada no seguro DPVAT. Vale salientar que as informações prestadas são de inteira responsabilidade do DECLARANTE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: 

ROBERIO GOMES DO SANTOS - MAT.: 300074-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Vitor Ferreira de Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A): _____

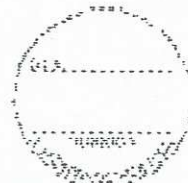
DELEGACIA REGIONAL DE IGUAU

Pág. 1 de 2

Impressão em 14/12/2017 às 09:12



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE IGUAU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 - 5517 / 2017

WESLEY ALVES DE ARAUJO - MAT.: 300549-1-1

[Handwritten signature]



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
GRUPAMENTO DE SOCORRO DE URGÊNCIA

fls. 15



REGISTRO DE SOCORRO N° _____ TURNO _____

RESGATE N° _____ P.B. _____ DATA: 25/10/17
NOME: VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA
IDADE: 17 SEXO: F () M (X)
LOCAL DE OCORRÊNCIA: SÍTIO GAMILLEIRO
BAIRRO: POVA RURAL

HORA DA OCORRÊNCIA: 15:45
CHEGADA AO LOCAL: _____
SAÍDA DO LOCAL: _____
CHEGADA AO HOSPITAL: 16:04
SAÍDA DO HOSPITAL: _____
CHEGADA AO P.B.: 16:25

TIPO DE OCORRÊNCIA

- | | | |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| 01. (X) ACIDENTE DE TRÂNSITO | 05. () AFOGAMENTO | 09. () MAL SÚBITO () OUTRO |
| 02. () AGRESSÃO | 06. () QUEIMADURA | 10. () EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA |
| 03. () DESABAMENTO | 07. () CHOQUE ELÉTRICO | 11. () JÁ REMOVIDO |
| 04. () INTOXICAÇÃO | 08. () QUEDA | 12. () FALSO AVISO |

RAZÃO DO ATENDIMENTO: QUEDA DE MOTOCICLETA

DOENÇAS ANTERIORES: 35.003.000/0001-90

MEDICAMENTOS: _____

ALERGIAS: _____

COR		PELE		RESPIRAÇÃO	
CIANÓTICO ()	SAPO ()	QUENTE ()	SECA ()	SUPERFICIAL ()	
PÁLIDO ()		FRIA ()	ÚMIDA ()	DIFÍCIL ()	
CONGESTO ()		NORMAL (X)	NORMAL (X)	NORMAL (X)	
NORMAL (X)				AUSENTE ()	
PULSO RADIAL		ENCHIMENTO CAPILAR		SANGRAMENTO	
FORTE (X)	IRREGULAR ()	NORMAL (X)		AUSENTE ()	
FRACO ()	AUSENTE ()	RETARDADO ()		MÍNIMO (X)	
REGULAR ()		AUSENTE ()		MODERADO ()	
				INTENSO ()	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL		FALA		PUPILAS	
ALERTA (X)		NORMAL (X)		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	
RESPONDE A COMANDOS ()		CONFUSA ()		2 3 4 5 6 7 8 9	
RESPONDE A ESTÍMULOS ()		INTELIGÍVEL ()		D _____ mm E _____ mm	
SEM RESPOSTA ()		NENHUMA ()		REAGENTE () REAGENTE ()	
				SEM REAÇÃO () SEM REAÇÃO ()	

SINAIS VITAIS:

HORA: _____

P.A.: _____

FR.: _____

PULSO: _____

NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRINCIPAIS: ESCORDECE EM ANTIBRASSO ESQUERDO

ARROME, DORES NAS PERNAS, NA LOMBAR, CÍCCIX, TÓRAX, GARGANTA

ACOMPANHANTE: _____

PROCEDIMENTO REALIZADOS:

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------|--------------------|
| () ASPIRAÇÃO | () CURATIVOS | (X) PRANCHA LONGA |
| () OXIGÊNIO | () BANDAGENS | () PRANCHA CURTA |
| () ASSIST. VENTILATÓRIA | () IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS | () COLAR CERVICAL |
| () RCP | () FÉRULA DE TRAÇÃO | () OUTROS |
| () ASSIST. OBSTÉTRICA | () LÍQUIDO EV. | |

CONDIÇÕES DE CHEGADA AO HOSPITAL:

- | | |
|----------------|-------------------------|
| () MELHORADO | () ANTES DO SOCORRO |
| () PIORADO | () ANTES DO TRANSPORTE |
| (X) INALTERADO | () NO TRANSPORTE |

HOSPITAL DE DESTINO: _____

Rayssa Vital

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL

VISTO
23/10/2017

H. A. T. D.

SGT CESARI CR PAU

SOCORRISTA

FUNDAÇÃO DE SAÚDE DE IGUATU- FUSPI
HOSP. REG. DR MANOEL BATISTA DE OLIVEIRA

Impressão: 21/10/2017 16:04

Página 1

v2017003

Guia de atendimento - EMERGENCIA

02102

Obs

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 02636	Atendimento 0004	Nome do Paciente VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 20080226110		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 07/02/2000	Local MARACANAÚ/CE		Idade 17 Ano(s)	
Pai FRANCISCO NILTON DE OLIVEIRA		Mãe SOLANGE DE SOUZA FERREIRA		
Endereço RUA PROJETADA, 260	Bairro AREIAS PARQUE	CEP 63500-000	Município IGUATU	UF CE
Profissão	Empresa	Conjuge		
Responsável SOLANGE DE SOUZA	CPF do Responsável	Endereço RUA PROJETADA, 260	Município IGUATU	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 21/10/2017	Hora 16:04	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento MONDEYV DE FREITAS PASCOAL		CRM/UF 13877/CE	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	
Indicador de Acidente URGENTE		Funcionário RAYSSA MARIA VIDAL DE OLIVEIRA		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação / / às hs.	Tipo de Saída () Alta (X) Internação () Óbito		
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
PA (mmHg)				

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

* Paciente alérgico a dipirona e buscapan; (Cuidado)

Pul do abdome com coloração normal e freco normal

Recebi Rx de Cefurox + Bcu.
Paciente Lib. Normal

- Tromb. Sang + 5 FQs. EV 24. 17:20

- Verificar Temp. Im. (24.2)

Recebi C. RUTINA: Queda de MOTA

= Paciente com 3 Amp. - RATIO X COM LINHA SUGESTIVA DE
FRATURA EM BACIA DIREITA.
- CO: OBSERVAÇÃO E AGUARDAR AVALIAÇÃO
DO TRAUMATOLOGISTA

MONDEYV DE FREITAS PASCOAL CRM: 13877

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: SOLANGE DE SOUZA

 SUS Sistema da Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	 HOSPITAL REGIONAL NA IGUAÍUA	 IGUAÍUA PARANÁ
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
		15 - UF	
		16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	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)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	35 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA		38 - SÉRIE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR			
45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE IGUATU- FUSPI
HOSP. REG. DR MANOEL BATISTA DE OLIVEIRA
FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

DADOS DO PACIENTE

Nome VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA				Prontuário/Atendimento 026380/0006	
Nascimento 07/02/2000		Local MARACANAÚ		País Nacionalidade Brasil	
Idade 17 Ano(s)		Estado Civil Solteiro(a)		Religião	
Sexo Masculino		Raça/Cor Branca		Etnia	
Documento(s) Identidade: 20080226110		CNS 20.6941.828.4700-00			
Endereço RUA PROJETADA		Nº 260		Bairro AREIAS PARQUE	
Município IGUATU-CE		CEP 63500-000			
Fone (88) 9427-8971		Profissão		Empresa	
Responsável		CPF do Responsável		Fone Responsável	
Endereço Responsável		Cônjuge			
Mãe SOLANGE DE SOUZA FERREIRA		Pai FRANCISCO NILTON DE OLIVEIRA			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 23/10/2017 17:28		Quarto/Leito 412-0002		Aposento ENFERMARIA	
Clínica CL. CIRURGICA		Setor CLINICA CIRURGICA			
Convênio SUS		Matrícula		Autorização	
Médico RODRIGO VIANA DOS SANTOS		Dias 0		Guia	
CID Principal S79.9 Traumatismo não especificado do quadril e da coxa		CRM 13374			
CID Complementar S79.9 Traumatismo não especificado do quadril e da coxa					
Observação					
Usuário NAYANE COELHO DE HOLANDA		Procedimento SUS		Sis prenatal	
Data Saída 30/10/17		Hora 14h		Condição da Saída alta hospitalar	
Usuário Saída					

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos, realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____ Nº: _____

Endereço Completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

1a. VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2a. VIA - ORIENTAÇÃO AO CLIENTE

[Handwritten signature]

Carimbo e Assinatura do Médico

Paciente: Vitor Ferreire de Oliveira

Endereço: _____

Prescrição: 1 comprimido de 8/15 p/7d
2 comprimidos de 1/14d

Data: 1/1

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

RG: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____

Data 1/1

Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edilson de Melo Távora, s/n, Cocobó - 63500.000 - Iguatu Ceará
Tel.: 55 88 3510 1250

Gráfica Central - Fone: (85) 3552-3948



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

Vitor Ferreira de Oliveira

Rx de coluna lombar

Rx de coluna cervical

Rx de pele

Manoel Batista de Oliveira
CRM 133877
Cirurgião Geral

IGATU, 21 de Outubro 2017

ASSINATURA E CRM

Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edilson de Melo Távora, s/n

Policlínica Regional de Iguatu - Dr. Manoel Carlos de Gouvêa

Paciente: VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA

Nº do Paciente: 19319

Data de Nascimento: 07/02/2000

Solicitante: ...

Data do Exame: 23/10/2017

Nº do Exame:

Procedência: Paciente Interno

Sexo: M

Convênio:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA BACIA**TÉCNICA:**

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RESULTADO:

Aumento do espaço articular sacroilíaco esquerdo, notando-se áreas de solução de continuidade óssea nas porções mais posteriores de sua margem ilíaca, com desalinhamento ósseo associado.

Solução de continuidade óssea do ramo ilio púbico direito.

Demais estruturas ósseas preservadas, com morfologia e densidade habitual.

Articulações fêmoro-acetabulares de contornos regulares.

Articulações sacro-ilíacas e sínfise púbica conservadas.

Não há sinais de derrame articular.

Planos musculares e tendíneos sem alterações tomográficas.

CONCLUSÃO:

Diástase da articulação sacroilíaca esquerda, com traço de fratura em sua margem ilíaca.

Fratura do ramo ilio-púbico direito.

Assinado Eletronicamente por:

Dra. Andresa Baiak CRM 18146 PR | Médica-radiologista RQE 14604-PR

Através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em laudo Radiológico

Criado em 27/10/2017 10:27:45 GMT -3 DST (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBAR

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RESULTADO:

Os corpos vertebrais estudados são alinhados e apresentam altura, forma e densidades usuais.

Elementos posteriores estudados íntegros.

Articulações interapofisárias preservadas.

O canal vertebral ósseo apresenta amplitude usual.

Os discos intervertebrais têm altura e densidade usuais.

evidências de protrusões discais significativas na região estudada.

Os forames de conjugação estudados são livres e apresentam amplitudes usuais.

Aumento do espaço articular sacroilíaco esquerdo, com solução de continuidade óssea na margem ilíaca desalinhamento associado.

CONCLUSÃO:

Tomografia computadorizada da coluna lombar

Diástase da articulação sacroilíaca esquerda, com traço de fratura em sua margem ilíaca, conforme acima descrito.

Observação: Imagem de litíase no rim direito.

Assinado Eletronicamente por:

Dra. Andresa Baiak CRM 18146 PR | Médica-radiologista RQE 14604-PR

Através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em laudo Radiológico

Criado em 27/10/2017 10:20:59 GMT -3 DST (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

SINISTRO 3180123348 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MBM
SEGURADORA S/A #772
BENEFICIÁRIO VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 62835752340

Posição em 12-05-2018 11:47:59

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
06/04/2018	R\$ 1.181,25	R\$ 0,00	R\$ 1.181,25