

DADOS DO CLIENTE

Nome: ROSANGELA DA SILVA NEVES

End. Leitura: RU SAO FRANCISCO, 361, A, MONDUBIM

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60.711-560

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001

Setor: 085

Quadra: 0740

Lote: 0043

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A10F561779	866	869	3	4

DATAS

Leitura Atual: 09/01/2019

Emissão: 29/03/2019

Lacre Água: 6617301

Leitura Anterior: 10/12/2018

Próxima Leitura: 08/02/2019

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 11/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	533	533	126	533	533
Analisadas	531	531	531	531	531
Em conformidade	507	525	506	492	531

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m3 | META: 10 m3.

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2018, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitacoes do período e de anos anteriores.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
AGUA	24,40	Mês/Ano	Água (m³)
		JAN/2018	0
		FEV/2018	4
		MAR/2018	8
		ABR/2018	6
		MAI/2018	6
		JUN/2018	3
		JUL/2018	4
		AGO/2018	4
		SET/2018	3
		OUT/2018	6
		NOV/2018	3
		DEZ/2018	4
		Esgoto (m³)	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,23
COFINS	1,16

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	38,70
VALOR DO SUBSÍDIO	14,30
VALOR TOTAL A PAGAR	24,40

MÊS/ANO

01/2019

VENCIMENTO

01/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

24,40

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: **0800 275 0195**, nas lojas de atendimento, de **8h às 17h**, no site **www.cagece.com.br** ou na ouvidoria Cagece: **3101.1918**, de **8h às 12h** e **13h às 17h**. Ouvidoria estadual: **155**. Site da ARCE: **www.arce.ce.gov.br**

Entidades Reguladoras: Fortaleza: **ACFOR** - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: **0800 285 1919** - Demais Localidades: **ARCE** - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: **0800 275 3838**.

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0014353350

Código de Responsável:

Mês/Ano: 01/2019

Local: 001

Setor: 85

Quadra: 0740

Lote: 0043

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: FORTALEZA

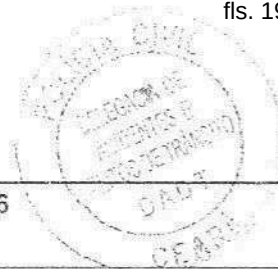
Vencimento: 01/02/2019

Total (R\$): 24,40

82630000000-5 24400009100-3 01435335001-1 02004031025-0



EMISSION : CHATBOT29/03/2019 09:37:29



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 6235 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/08/2016 14:41:04**
Data / Hora da Ocorrência: **30/08/2015 21:04:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA GODOFREDO MACIEL**
Complemento:
Bairro: **MONDUBIM** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX. UMA ESCOLA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ROSANGELA DA SILVA NEVES**
Nascimento: **17/10/1980** CPF:
RG: **2062274** Orgão Emissor: **SSPPI** UF:
Filiação: **ANGELA MARIA DA SILVA NEVES**
Endereço: **RUA SÃO FRANCISCO DA ESPERANÇA, 361 CASA**
Bairro: **MONDUBIM** CEP: **60.000-000**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **98519-6072**

Histórico

AFIRMA A DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE ROSANGELA DA SILVA NEVES(VITIMA) ERA A GARUPEIRA,QUE QUEM PILOTAVA A MOTOCICLETA ERA RICARDO LIMA FERREIRA RG NO. 2008010085749,SSPCE,QUE NÃO POSSUI HABILITAÇÃO, QUE RESIDE NO MESMO ENDEREÇO DA VITIMA, A MOTO DA MARCA HONDA CG 125 FAN KS, PLACA HYJ7504/CE,COR PRETA,ANO 2009/2009 E LICENCIADO EM NOME DE CARPEGIANE DE SOUZA FERNANDES. QUE TRAFEGAVAM PELA AV. GODOFREDO MACIEL QUANDO AO PARAR NO SINAL FECHADO UM VEICULO QUE NÃO SABE INFORMAR A PLACA COLIDIU NA PARTE TRAZEIRA DA MOTO.QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO.QUE A VÍTIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA.QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PARA O IJF NO CENTRO.QUE A MOTO FICOU DANIFICADA. E NADA MAIS DISSE.//
OBS: - FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART.340 DO CPB;
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Rosângela da Silva Neves

VISTO DO DELEGADO(A) :

CESAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 1

Impresso em: 18/08/2016 14:52:30



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 29/03/2019 às 09:57, sob o número 01206281220198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0120628-12.2019.8.06.0001 e código 460E96C.

ATO



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

**Registro de Atendimento
Emergencial**



Emitido em: 18/08/2016 8:18:42

Por: JOSE URBANO DA MOTA COELHO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 30/08/2015 21:59:12	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 898004817785804	NOME: ROSANGELA DA SILVA NEVES			Registro: 5383969			
CPF:	RG:	D. NASC: 17/10/1987	ESTADO CIVIL:		SEXO: F	RAÇA/COR: Parda	
NOME DA MÃE: ANGELA DA SILVA NEVES			NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO				
TIPO DE LOGRADOURO: Avenida		ENDEREÇO DO PACIENTE: GODOFREDO MACIEL		Nº: S/N	BAIRRO: MONDUBIM		
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 60711495		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SAMU USB 86		PARENTESCO:			TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um objeto fixo ou parado.							
QUEIXAS: colisão moto poste, fx fechada de MID, nega tce samu							
OBSERVAÇÕES: problemas em extremidades, deformidade grosseira							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica		Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
SERVIÇO DE PROTOCOLO - IJF RAE TIRADA PELO SISTEMA E-SUS DATA 18/08/2016 MATRICULA 12846 <i>Jose Urbano da Mota Coelho</i> SERVIDOR(A)							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

ATO

PRONTUÁRIO: 5393969

NOME: ROSÂNGELA DA SILVA NEVES

DATA DE NASCIMENTO: 17/10/1980

PAI: N.C.

MÃE: ÂNGELA MARIA DA SILVA NEVES

DATA DE ATENDIMENTO: 30/08/2015

DATA SAÍDA: 31/08/2015

MOTIVO: A PACIENTE ROSÂNGELA DA SILVA NEVES, 35 ANOS, DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA DO IJF, EM 30.08.2015 COM TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO, DECORRENTE DE ACIDENTE DE MOTO. APRESENTAVA FRATURA EXPOSTA GRAU II EM TÍBIA E FÍBULA DIREITA. FOI INTERNADA E SUBMETIDA A LIMPEZA CIRÚRGICA, EM 31.08.2015. EVOLUIU ESTÁVEL E FOI TRANSFERIDA PARA HOSPITAL DE APOIO.

LAUDO MÉDICO DIGITADO EM 05/04/2016 (ANANIAS/P).

Dr. João Ananias Vasconcelos Neto
MÉDICO
CREMEC 3636

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL



REGISTRO DE ATENDIMENTO

☐ URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA☐ AMBULATÓRIO☒ INTERNAÇÃO

ATENDIMENTO

Dia 02 Mês 09 Ano 2015 Hora 20:52

☐ 1º Atendimento☐ Retorno

Registro Nº

15004072

Prontuário Nº

00157865

02 Retorno

10/09

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

PACIENTE	ROSANGELA DA SILVA NEVES	Procedência	IUF	Profissão	DO LAR	Data Nascimento	17	10	1980	IDADE	34
SEXO	1 MASC 2 FEM	NATURALID/NACIONALID	FORTALEZA	ESTADO CIVIL	Outros/Nao	ESCOLARIDADE/CPF	Informac	DOCUMENTO DE IDENTIDADE	Iden	2062274	
ENDEREÇO	TRAVESSA ANDERSON, 40 - CONJ ESPERANCA	BAIRRO	MONDUBIM	MUNICÍPIO	FORTALEZA	UF	CE	TELEFONE	8598433775		
PAI	NC	MAE	ANGELA MARIA DA SILVA NEVES								
ACOMPANHANTE		PARENTESCO	60.767-540					TELEFONE			

ID CV

CONVÊNIO	SUS	CARTEIRA Nº	
SEGURADO			

INF. INTERNAÇÃO

MÉDICO SOLICITANTE	EDUARDO BARROSO RIBEIRO	MÉDICO RESPONSÁVEL	ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO	
POSTO CLÍNICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Nº de FIC	0448	
DIAGNÓSTICO	S822 - Frat da diafise da tibia	REGISTRANTE	LAURINDA	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA		PERMANÊNCIA MÍNIMA	

MÉDICO SOLICITANTE

CONDIÇÕES DO PACIENTE

Paciente vítima de acidente de moto, com fratura em tibia direita. Refere leve dor local. Nega outras, nega comorbidades.

Dr. Eduardo B. Ribeiro
Médico
CREMEC 15.593

IMAGEM LABORATÓRIO(PEDIDO DE EXAMES)

MÉDICO RESPONSÁVEL

Autop e Srio D

DADOS DA ALTA

CID PRIMÁRIO / CID SECUNDÁRIO	5822	PROCEDIMENTO SISREG	0408050500	PROCEDIMENTO REALIZADO	0408050500
MOTIVO DA ALTA	☒ MELHORADO ☐ TRANSFERIDO ☐ AREVELIA ☐ A PEDIDO ☐ ÓBITO			DATA	10/09/15
				HORA	

Antonio Valterno Nogueira Pinheiro
Cirurgião
CREMEC 15.593

Rosângela da Silva Neves.



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 244 – 2144 Fax 224-7225
e-mail psahosp@baydenet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Atesto e declaro que ROSANGELA DA SILVA NEVES, deu entrada neste Hospital no dia 02/09/15, Prontuário N.º 157.865, aos cuidados médicos do DR. ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO, internado com laudo médico de FRATURA DA TIBIA DIREITA CID S 82.2 submetido a tratamento cirúrgico, recebeu alta hospitalar dia 10/09/15. Paciente encontra-se em tratamento ambulatorial incapacitado de exercer suas atividades com previsão de 120 dias.

Fortaleza, 10 de setembro de 2015.

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

LAYANNE APARECIDA
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 244 – 2144 Fax 224-7225
e-mail psahosp@baydenet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Atesto e declaro que ROSANGELA DA SILVA NEVES, deu entrada neste Hospital no dia 02/09/15, Prontuário N.º 157.865, aos cuidados médicos do DR. ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO, internado com laudo médico de FRATURA DA TIBIA DIREITA CID S 82.2 submetido a tratamento cirúrgico, recebeu alta hospitalar dia 10/09/15. Paciente encontra-se em alta médica definitiva.

Fortaleza, 15 de dezembro de 2015.

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

LAYANNE APARECIDA
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO


Valterno Pinheiro
Traumatologia
(CRM-6193)

Dr. Valterno Pinheiro
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 6193



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, e em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei a requerer por escrito, que o SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA prestou atendimento a Sra. Rosangela da Silva Neves, no dia 30/08/2015, às 21hs:04min, na Avenida Godofredo Maciel, Bairro Mondubim. Sendo vítima de acidente de trânsito. Paciente atendido no local e removido para o Instituto Doutor José Frota.

Fortaleza, 28 de Janeiro de 2016.

Atenciosamente,

Alexandre Magno Balthazar
Núcleo de Informática SAMU 192 Regional Fortaleza

Márcia Rebouças
Assist. da Gerência SAMU 192 Regional Fortaleza

Sel: 12600017911

a. 10/09

LAUDO PAR				INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA						2 - CNES: 2529149	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: PSA						4 - CNES:	
5 - NOME DO PACIENTE: ROSANGELA DA SILVA NEVES						157865	
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 888009819188804				8 - DATA NASCIMENTO: 17/10/1987		9 - SEXO: ☒ Masc ☐ Fem	
11 - NOME DA MÃE/ PAI:/: ANGELA DA SILVA NEVES				12 - TELEFONE DE CONTATO: 85-98433-1158			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: N.I				14 - TELEFONE DE CONTATO:			
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): GODFREDO MACIEL SN - MONDUBIM							
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: MONDUBIM				17 - COD. IBGE MUNICÍPIO:		18 UF: CE	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACIENTE COM FRATURA OSSOS DA PERNA D, REALIZADO LIMPEZA NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO DEFINITIVO.							
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS							
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): ANAMNESE + EXAME FÍSICO+RX							
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FX.OSSOS DA PERNA				24 - CID 10 PRINCIPAL: S822		25 - CID10 SECUNDÁRIO:	
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:							
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TTO CIRÚRGICO						28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 86.00	
29 - CLÍNICA: TRAUMA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: CIRÚRGICO		31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF		32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITADA				34 - DATA SOLICITAÇÃO: 02/09/2015			
35 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO							
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO				37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	
39 - CNPJ DA SEGURADORA:				40 - Nº DO BILHETE:		41 - SÉRIE:	
42 - CNPJ DA EMPRESA:				43 - CNAE DA EMPRESA:		44 - CBOR:	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:				46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:	
48 - DOCUMENTO: () CNES () CPF				49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:				51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):			
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:							

Preencher de forma legível e sem abreviações: 1ª via - SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

Maria do Socorro Rocha
Médica
CREMEC - 4451

Médico: *Dr. Valtim*
Leito: *448*
Registrante: *Lauroval*

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Arturo

CRM: 6703

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS LTDA.
Av. Desembargador Moreira, 2283 - Tel. 32442144
Dionísio Torres - CEP 60170-002 - Fortaleza - Ceará

Paciente: Domínguez do Alho

Endereço: Rua Adilson do Gm

Prescrição: 400mg

1) Eptanuroz 400mg

1 po 6/6 hrs

2) Eptanuroz 400mg

1 po 12/12 hrs

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____

Ident: _____ Or. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Valério Pinheiro

CRM 8.000.001

TRAUMATOLOGIA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA _____



HOSPITAL PSA

fls. 28

Nome: Wesley de Lira Moura

Fisioterapia 1/2011

Atividade na

Fisio

At

13/10/11

Data

Assinatura e carimbo do Médico

Retornos: Dia / / Hora : : Dia / / Hora : :
Dia / / Hora : : Dia / / Hora : :

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283, Aldeota, CEP: 60170-002, Fortaleza - CE.
(FAX) (85) 3244-7114 FAX: 3244-7225



HOSPITAL E MATERNIDADE

JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR SP



UNIDADE DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
CONTROLE DE FREQUÊNCIA DE FISIOTERAPIA

NOME: Rosângela de S. Nery

DIAGNÓSTICO: pp. sup. brct.
t.b.a. - (D)

TRATAMENTO: oiv
- oiv
- mec.

HOSPITAL (MATERNIDADE) JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR - HUJMA
R. Princesa Isabel, 1526 - Centro Fortaleza-CE, CEP: 60.015-020
Fone: (85) 3021-4916 / (85) 3121-4929

03/03



HOSPITAL PSA

NOME: ROSEMARLE DE LIMA LIMA

QUATROAS ST

ALHO PONTES 11

15000

RETORNO DA

13/10/15

0800

Valério Pinheiro
Tribunatologia
CNPJ 06193



Boletim de Descrição Cirúrgica

Data:

08/01/15

Paciente

ROSANGELA DA SILVA NEVES

Prontuário

157.865

Leito:

448

Diagnóstico Pré-Operatório:

fratura de fíbula

Operação/Procedimento:

fratura de fíbula

Código:

00050500

Diagnóstico Pós-Operatório:

0 curado

Cirurgião:

Valterino Pinheiro
Traumatologia
CRM 6193

Auxiliar 1:

Cláudio José Farias
CRM 4078

Auxiliar 2:

Ortese/Prótese

Anestesiologista:

Antibioticoterapia:

Cirurgia

☐ Limpa

☐ Contaminada

☐ Infectada

☐ Potencialmente

☐ contaminada

☐ Não

Antibióticos Utilizados:

Dreno/Localização:

Descrição da Operação

- 1) fratura em angulo
- 2) fratura + fratura do
- 3) fratura em angulo
- 4) fratura de fíbula
- 5) fratura de fíbula

Valterino Pinheiro
Traumatologia
CRM 6193

Assinatura do cirurgião/CRM



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 18/08/2016 8:18:43
Por: JOSE URBANO DA MOTA COELHO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 30/08/2015 21:59:12	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 898004817785804	NOME: ROSANGELA DA SILVA NEVES			Registro: 5393969			
CPF:	RG:	D. NASC: 17/10/1987	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: ANGELA DA SILVA NEVES			NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO				
TIPO DE LOGRADOURO: Avenida		ENDEREÇO DO PACIENTE: GODOFREDO MACIEL		Nº: S/N	BAIRRO: MONDUBIM		
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 60711495		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SAMU USB 86		PARENTESCO:			TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um objeto fixo ou parado.							
QUEIXAS: colisão moto poste, fx fechada de MID, nega tce samu							
OBSERVAÇÕES: problemas em extremidades, deformidade grosseira							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica		Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
SERVIÇO DE PROTOCOLO - IJF RAE TIRADA PELO SISTEMA E-SUS DATA 18/08/2016 MATRÍCULA 12846 <i>Jose Urbano da Mota Coelho</i> SERVIDOR(A)							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:							

EMR - Emergency Attention



Av. Humberto Monte, 1440 - Parquelândia - CEP: 60450-000
Telefones: (85) 3283.4784 / 8800.0778

RECEITUÁRIO

Attested

Atesto para as di-
vidas ligadas Rosâng-
la de Silva Neves sobre
natureza experta, segmen-
tar das áreas de preservação
de um 30/08/2015, submi-
tida e trezementos conjun-
to com outros projetos
e encontros com interpreta-
ção funcional de preservação
de um 30/08/2015 e mobilização
+ mobilização dos movimentos
e da comunidade em
15/12/2015. CID: S82.

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

Fortaleza, 30/11/16

6 Relatório Médico – Invalidez por Acidente

A ser
preenchido
pelo médico
assistente do
sinistrado

Data do acidente	18/09/2014	Internou-se para tratamento em virtude do acidente que o vitimou	☐ Clínico ☒ Cirúrgico
Data da internação	19/09/2014	ITAIAS XAVIER HOLANDA	
Nome hospital	UNICLINIC	Data da alta hospitalar	21/09/2014

Encontrou no segurado outros defeitos físicos, moléstias ou doenças existentes antes da data do acidente?
Cite especificando lesões/doenças e o percentual de perda funcional.

NÃO

Quais os tratamentos que o segurado foi submetido até a data indicada acima?

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DO ANTEBRAÇO DTE.

Foram esgotados todos recursos terapêuticos visando a recuperação do paciente? Justifique

SIM

Data da definição da(s) sequele(s)

05/10/2016

Descrição da sequele permanente com perda funcional causada pelo acidente de quê o segurado foi vítima

INCAPACIDADE FUNCIONAL DO ANTEBRAÇO DTE.

DOR + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS

Grau (mínimo, médio ou máximo) ou percentual

60%

Nome do médico responsável

JOÃO BATISTA G. DA SILVA

CRM

5155

Local

FORTALEZA - CE

Firma reconhecida do médico

Data

17/02/17

Assinatura / carimbo

PÁGINA 2/2

Mod. 230/058 - Maio/2011

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

6 Relatório Médico – Invalidez por Acidente

A ser preenchido pelo médico assistente do segurado

Data do acidente	30/08/2015	Interrompeu-se para tratamento em virtude do acidente que o vítima? ☐ Clínico ☐ Cirúrgico
Data da internação	Losangele de Silva Neves	
Nome hospital	Data da alta hospitalar	

Exclua, no segurado outros defeitos físicos, moléstias ou doenças existentes antes da data do acidente?
Cite especificando lesões/doenças e o percentual de perda funcional

não

Quais os tratamentos que o segurado foi submetido a a data indicada acima?

Fraturas expostas da tíbia (proximal e distal) e fíbula da perna direita. Tratamento cirúrgico + redução e fixação + CIO. S82. Mobilização manual.

Foram esgotados todos recursos terapêuticos visando a recuperação do paciente? Justifique

Sim

Data da definição das sequelas

15/12/2015

Definição da seqüela permanente com perda funcional causada pelo acidente de que o segurado foi vítima

Incapacidade funcional de um dos membros inferiores (em grau intenso)
Incapacidade funcional da perna direita. Perda de mobilização e limitação dos movimentos.

Grau da incapacidade em número ou percentual

75%

Nome do médico responsável

Yago Batista Gomes da Silva

CRM 5155

Assinatura

Yago Batista Gomes da Silva

Assinatura recebida do médico

Yago Batista Gomes da Silva

Data

30/10/2017

Assinatura / CRIMDO

Yago Batista Gomes da Silva



NAJMA 272

RAJ 230058 Matr 29.1

Dr. Yago Batista Gomes da Silva
Cirurgião - CRM 5155
CPF 228.715.924-01



Reconheço a(s) firma(s) por Semelhança Yago Batista Gomes da Silva Doutor, Fortaleza 31 JAN. 2017 Valência VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE	Francisco Paulo Silva Regina Célia Rodrigues de Almeida Valdeir Maria Cavalcante de Sousa Maria Vanda Leite Gasbilla Fabiele Regina Vasconcelos Pinheiro
---	---

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL Nº. 062. 274 DATA DE EXP. 27.05.1999

NOME ROSANGELA DA SILVA NEVES

FILIA Angela Maria da Silva Neves

NAT. Fortaleza CE DATA DE NASCIMENTO 17.10.1980

DOC. ORIG. Nº. 43.158 Fis. Liv. 239 P. 13

CPF 13.05.1981

ASSINATURA DO TITULAR

LEIA ATENTAMENTE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

CPF 002.166.373-41

Nome ROSANGELA DA SILVA NEVES

Nascimento 17/10/1980

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

Assinatura do Titular

Assinatura do Titular

Assinatura do Titular



2º Via

Nº de Inscrição:

0014353350

DADOS DO CLIENTE

Nome: ROSANGELA DA SILVA NEVES

End. Leitura: RU STO FRANCISCO, 361, A, MONDUBIM

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60.711-560

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001

Setor: 085

Quadra: 0740

Lote: 0198

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A10F561779	691	703	12	13

DATAS

Leitura Atual: 08/12/2016

Emissão: 09/12/2016

Lacre Água: 6617301

Leitura Anterior: 09/11/2016

Próxima Leitura: 09/01/2017

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 11/2016

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	541	541	128	541	541
Analisadas	621	621	621	620	620
Em conformidade	619	610	597	593	620

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.

O Ceará passa pelo quinto ano consecutivo de seca.

Para economia de água, a meta da Tarifa de Contingência passará para 20% no dia 18/09 em Fortaleza e 19/09 na Região Metropolitana. Informações: www.cagece.com.br

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
AGUA	26,28	Mês/Ano
TARIFA DE CONTINGENCIA	8,00	Água (m³)
		Esgoto (m³)
		DEZ/2015
		JAN/2016
		FEV/2016
		MAR/2016
		ABR/2016
		MAI/2016
		JUN/2016
		JUL/2016
		AGO/2016
		SET/2016
		OUT/2016
		NOV/2016

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,32
COFINS	1,63

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	53,48
VALOR DO SUBSÍDIO	19,20
VALOR TOTAL A PAGAR	34,28

MÊS/ANO

12/2016

VENCIMENTO

02/01/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

34,28

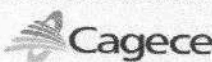
ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNBS, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros: PagFacil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Domais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0014353350

Código de Responsável:

Mês/Ano: 12/2016

Local: 001

Setor: 85

Quadra: 0740

Lote: 0198

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: FORTALEZA

Vencimento: 02/01/2017

Total (R\$): 34,28

82670000000-1 34280009600-6 01435335001-1 02000731025-1



EMIÇÃO : ATENDIMENTO VIRTUAL 09/12/2016 09:06:24