

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE:

(nome) MANOEL ITAMAR PINTO DOS SANTOS,
 brasileiro(a), (estado civil) SOLTEIRO, (profissão) AGRICULTOR,
 portador(a) da cédula de identidade Registro Geral n.º 2004021001018,
 inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 066.839.123-51,
 residente e domiciliado(a) (Rua/Avenida/Localidade)
VL IPU - GUAJDRAPAS - S/N - TRAIRI/CE
 Trairi/CE, CEP:62.690-000.

OUTORGADOS: ADRIANO FERNANDES PINHEIRO, OAB/CE 22.161, e NEIO LÚCIO FERRAZ PASSES, OAB/CE 30.495, ambos com endereço à Rua Fortunato Barroso, 270, Centro, Trairi/CE, CEP: 62.690-000, (adrianopinheiro.adv@gmail.com - neioferrazadvogado@gmail.com), onde recebem intimações e demais comunicações.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o **OUTORGANTE** confere aos **OUTORGADOS** plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhes, ainda, os poderes especiais para receberem citação, confessarem, reconhecerem a procedência do pedido, transigirem, desistirem, renunciarem ao direito sobre o qual se funda a ação, receberem, dar quitação, firmarem compromisso e assinarem declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecerem esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticarem todos os atos processuais que achem oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

CLÁUSULA ESPECIAL: O(a) Outorgante, nesta oportunidade, se responsabiliza pela legalidade, idoneidade e veracidade de todos os documentos e informações que serão fornecidos aos outorgados para anexarem nas petições, objeto do presente instrumento de outorga.

Trairi/CE, 06 de AGOSTO de 2020.

OUTORGANTE

Grizolam Barbosa de Sousa
Francisco de Assis Pinto dos Santos

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu,

(nome) MANOEL ITAMAR PINTO DOS SANTOS,
brasileiro(a), (estado civil) SOLTEIRO, (profissão) AGRICULTOR,
portador da cédula de identidade Registro Geral n.º 2004 021 001 018,
inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 066.839.123-51,
residente e domiciliado(a) (Rua/Avenida/Localidade) VL IPU - GUALDRAPAS - S/N -, Trairi/CE, CEP: 62.690-000,

DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Trairi/CE, 06 de AGOSTO de 2020.

A RGO

DECLARANTE

Francisco de Assis Pinto dos Santos

Francisco de Assis Pinto dos Santos

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Eu, MANOEL ITAMAR PINTO DOS SANTOS,
 brasileiro(a), SOLTEIRO, AGRICULTOR
 com endereço na (Rua, Localidade, Avenida)
VL JPU - GUALDRAPAS - S/N
 Trairi/CE, Cep: 62690-000, **DECLARO** para os devidos fins e sob as penas
 da lei que sou **ISENTO** de **DECLARAÇÃO ANUAL DE IMPOSTO**
DE RENDA PESSOA FÍSICA.

Informo ainda que, com a edição da Instrução Normativa da RFB
 n.º 864 de 25 de julho de 2008, a referida "DECLARAÇÃO ANUAL DE
 ISENTO" deixou de ser emitida pela RFB, conforme informação extraída do
 sitio da própria Receita.

A presente declaração segue em conformidade com a Lei n.º
 7.115/83, que autoriza o interessado a comprovar a referida isenção mediante
 declaração escrita e assinada.

Portanto, afirmo que não obtive rendimentos financeiros
 tributáveis junto à Secretaria da Receita Federal nos últimos três anos,
 exercícios referentes aos anos de 2017, 2018 e 2019.

Nos referidos exercícios não obtive rendimentos provindos de
 trabalho assalariado, proventos de aposentadorias, pensões, aluguéis ou
 atividade rural, suficientes para declarar IRPF, e não me enquadro nos demais
 casos que obrigam a entrega da Declaração Anual de Imposto de Renda
 Pessoa Física.

Nesse azo, assumo a responsabilidade de informar, imediatamente
 à Vossa Excelência a alteração da situação narrada, apresentando a
 documentação comprobatória, assim que disponibilizada pela RFB.

Sob as penas da Lei, **DECLARO** que as afirmações acima são a
 expressão da verdade pelo que me comprometo criminalmente, sabendo que
 declaração falsa é crime (art. 299 do Código Penal).

Trairi/CE, 06 de AGOSTO de 2020.

A RCGO



DECLARANTE

Orislem Barbosa de Sousa
Francisco de Assis Pinto dos Santos

DOCUMENTOS PESSOAIS





COMPROVANTE DE ENDEREÇO

DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

Eu, **FRANCISCO DE ASSIS PINTO DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da cédula de identidade Registro Geral n°. 307802196, inscrito no Cadastro de Pessoa Física sob o n°. 885.590.683-68, residente e domiciliado na Vila Ipú, distrito de Gualdrapas, s/n, Trairi/CE, CEP 62.690-000, declaro para os devidos fins e sob as penas da lei, que o Sr. **MONOEL ITAMAR PINTO DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, agricultor, reside na Vila Ipú, distrito de Gualdrapas, s/n, Trairi/CE, CEP 62.690-000.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente para efeitos legais.

Trairi/CE, 09 de Julho de 2019.



Francisco de Assis Pinto dos Santos

FRANCISCO DE ASSIS PINTO DOS SANTOS





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única 1 | Nº 052433459

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135-040
CNPJ 07.047.261/0001-70 | CGF 06.105.848-3
pela Lei nº 10.439 de 26 de abril de 2002

Esta é a sua conta de

02/2020	
Nº DO CLIENTE	5518121
VENCIMENTO	
27/03/2020	
TOTAL A PAGAR (R\$)	
0,00	
DATA EMISSÃO	
19/02/2020	

Nome FRANCISCO DE ASSIS PINTO DOS SANTOS

Endereço VL IPU 00000

Classificação Rural Residencial Rural

Modalidade Tarifária B2 RURAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 1574198-NAN-010 - TR335R01

CPF / CNPJ 885.590.853-68

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

843A.104E.86CE.FC35DEED.2E61.50E3.2D46

CPF / CNPJ 885.590.853-68

DATA DE LEITURA

Atual 19/02/2020

Próx. Pto. Leitura 26/02/2020

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única 1 | Nº 052433459

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135-040
CNPJ 07.047.261/0001-70 | CGF 06.105.848-3
pela Lei nº 10.439 de 26 de abril de 2002

Esta é a sua conta de

02/2020	
Nº DO CLIENTE	5518121
VENCIMENTO	
27/03/2020	
TOTAL A PAGAR (R\$)	
0,00	
DATA EMISSÃO	
19/02/2020	

Nome FRANCISCO DE ASSIS PINTO DOS SANTOS

Endereço VL IPU 00000

Classificação Rural Residencial Rural

Modalidade Tarifária B2 RURAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 1574198-NAN-010 - TR335R01

CPF / CNPJ 885.590.853-68

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

843A.104E.86CE.FC35DEED.2E61.50E3.2D46

CPF / CNPJ 885.590.853-68

DATA DE LEITURA

Atual 19/02/2020

Próx. Pto. Leitura 26/02/2020

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única 1 | Nº 052433459

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135-040
CNPJ 07.047.261/0001-70 | CGF 06.105.848-3
pela Lei nº 10.439 de 26 de abril de 2002

Esta é a sua conta de

02/2020	
Nº DO CLIENTE	5518121
VENCIMENTO	
27/03/2020	
TOTAL A PAGAR (R\$)	
0,00	
DATA EMISSÃO	
19/02/2020	

Nome FRANCISCO DE ASSIS PINTO DOS SANTOS

Endereço VL IPU 00000

Classificação Rural Residencial Rural

Modalidade Tarifária B2 RURAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 1574198-NAN-010 - TR335R01

CPF / CNPJ 885.590.853-68

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

843A.104E.86CE.FC35DEED.2E61.50E3.2D46

CPF / CNPJ 885.590.853-68

DATA DE LEITURA

Atual 19/02/2020

Próx. Pto. Leitura 26/02/2020

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única 1 | Nº 052433459

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135-040
CNPJ 07.047.261/0001-70 | CGF 06.105.848-3
pela Lei nº 10.439 de 26 de abril de 2002

Esta é a sua conta de

02/2020	
Nº DO CLIENTE	5518121
VENCIMENTO	
27/03/2020	
TOTAL A PAGAR (R\$)	
0,00	
DATA EMISSÃO	
19/02/2020	

Nome FRANCISCO DE ASSIS PINTO DOS SANTOS

Endereço VL IPU 00000

Classificação Rural Residencial Rural

Modalidade Tarifária B2 RURAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 1574198-NAN-010 - TR335R01

CPF / CNPJ 885.590.853-68

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

843A.104E.86CE.FC35DEED.2E61.50E3.2D46

CPF / CNPJ 885.590.853-68

DATA DE LEITURA

Atual 19/02/2020

Próx. Pto. Leitura 26/02/2020

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única 1 | Nº 052433459

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135-040
CNPJ 07.047.261/0001-70 | CGF 06.105.848-3
pela Lei nº 10.439 de 26 de abril de 2002

Esta é a sua conta de

02/2

CONSULTA POR BENEFICIÁRIO

SINISTRO 3190496238 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MANOEL ITAMAR PINTO DOS SANTOS**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO MANOEL ITAMAR PINTO DOS SANTOS**CPF/CNPJ:** 06683912351**Posição em 06-08-2020 11:47:58**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última correspondência.

BOLETIM DE Ocorrência



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI
Impresso nº 2019411102



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 561 - 1078 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/06/2019 09:26:37**
Data / Hora da Ocorrência: **09/09/2018 18:00:00**
Endereço da Ocorrência: **VILA IPU**
Complemento:
Bairro:
Município: **TRAIRI/CE**
Ponto de Referência: **COMERCIO DO MANE CORDEIRO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MANOEL ITAMAR PINTO DOS SANTOS**
Nascimento: **06/12/1974** CPF:
RG: **2004021001018** Orgão Emissor: **SSPDC** UF:
Filiação: **MARIA NELSA PINTO**
TARCISIO TIDODOZIO DOS SANTOS
Endereço: **VILA TRIÂNGULO**
Bairro: **GUALDRAPAS**
Município: **TRAIRI/CE**
País: **BRASIL** CEP: **62.690-000**
Telefone:

Histórico

Informa o declarante que, no local e horário acima indicados, atravessava uma pista, a pé, quando foi atropelado por uma motocicleta, vindo a fraturar o tornozelo; Que foi socorrido por uma ambulância do SAMUR, sendo conduzido direto para o Instituto Dr. José Frota (IJF), em Fortaleza, devido à gravidade da fratura; Que apresentou como testemunhas FRANCISCO DE ASSIS PINTO DOS SANTOS, filho de Maria Nelsa Pinto dos Santos, portador do RG nº 307802196 SSP/CE, inscrito no CPF nº 885.590.683-68, residente na Vila Ipu, Distrito de Gualdrapas, Trairi e AROLDI TABOSA BRAGA, filho de Emília Tabosa Braga, portador do RG nº 755.669 SSP/CE, inscrito CPF nº 054.674.658-64; Que registra este boletim de ocorrência para fins de seguro DPVAT. E NADA MAIS DISSE.//////

As informações supramencionadas é de inteira responsabilidade do queixoso, sendo informado que fato inexistente é crime punível na forma da lei.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOÃO BOSCO PEGADO PIRES FILHO - MAT.: 30118677

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

MICHEL ANDERSON FONSECA DE MEDEIROS - MAT.: 301197-3-8

TESTEMUNHAS 1. Fco de assis pinto dos santos

DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI

Consolidado em: 19/06/2019 09:30:01

Arrol do Tabosa Braga

Impresso em: 19/06/2019 09:30:01

DOCUMENTOS MÉDICOS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. **MANOEL ITAMAR PINTO DOS SANTOS**, portador do RG n.º 2004021001018, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 066.839.123-51, SSP-CE, no dia 09/09/2018, às 18h22, Município de Trairi-CE, na Vila Triângulo, no trevo que dá acesso a Fortaleza, próximo ao Parque de Vaquejada Paulinho Cordeiro, vítima de acidente de trânsito, atropelamento sendo removido para o **IJF - Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 24 de maio de 2019.

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - CE
Fone: (85) 3433 7434

**TRAIRI**PREFEITURA MUNICIPAL
2007 - 2020Estado do Ceará
Município de Trairi
Secretaria de Saúde

fls. 26

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

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: Sede I CNS: 89800349160100
Distrito Sanitário: _____ Município: Tairi
Nome: Fa de Assis Pinto dos Santos Prontuário nº: _____
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 17/07/78 Ocupação: _____
Endereço: Vila Ipi Bairro: _____ Fone: (85)99737511
Motivo do Encaminhamento: PPR SUP + INF K-D8

Resultado de Exames: _____

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Dr. RAFAELFunção CRCE
250211/06/19

Data

Hora

Procedimento: _____

Unidade de referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Data: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____ CID: _____

Secundário 1: _____ CID: _____

Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Ass. do Encaminhamento e Carimbo

Função

Data

Hora

Paciente..... **MANOEL ITAMAR PINTO DOS SANTOS**Médico..... **PATRICIA BRASIL DE OLIVEIRA**Data Nasc..... **06/12/1974**Data da Coleta..... **15/01/2019**Pedido..... **110006259**Origem..... **UPA DENDE**Convênio..... **UPA DENDE**Hora da Entrada... **07:24****Creatinina**

Material biológico: Soro

Método: Cinético/ automatizado

Resultado..... **0,65 mg/dL****Valor de Referência**

Adulto : 0,60 a 1,40 mg/dL

Liberado por: VIVIAN KELLY FRANÇA AL

Sódio

Material biológico: Soro

Método: Eletrodo Seletivo

Resultado..... **136,54 mEq/L****Valor de Referência**

135,0 a 144,0 mEq/L

Liberado por: VIVIAN KELLY FRANÇA AL

Potássio

Material biológico: Soro

Método: Eletrodo Seletivo

Resultado..... **3,85 mEq/L****Valor de Referência**

3,9 a 5,1 mEq/L

Liberado por: VIVIAN KELLY FRANÇA AL

PCR - Proteína C Reativa

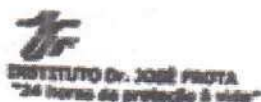
Material biológico: Soro

Método: Imunoturbidimetria

Resultado..... **100,0 mg/L****Valor de Referência**

Até: 6,0 mg/L

Liberado por: VIVIAN KELLY FRANÇA AL



SOLICITACAO DE EXAMES

NOME: MANOEL ITAMAR PINTO DOS SANTOS

uso oral

NOVALGINA 1g-----01CX

TOMAR 01cp 6/6h se dor

Talco Diogenes
OAB/CE 211432

FORTALEZA 06 DE DEZEMBROJK DE 2018

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone:255-5000

MA 000.003 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148x210).

Imprimir



Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:

MANOEL ITAMAR PINTO DOS SANTOS

LEITO:

2105

DATA DE INTERNACAO:

09/09/2018

DATA DA ALTA:

//

BE/PRONT:

5579920

CIDADE DE ORIGEM:

FORTALEZA

IDADE:

43

DIAGNOSTICOS:

Fratura da diáfise da tíbia (OPERADA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

ORIENTACOES GERAIS/ RETORNO AMBULATORIAL/ USO DE SINTOMATICOS SE NECESSARIO

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO:

53



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

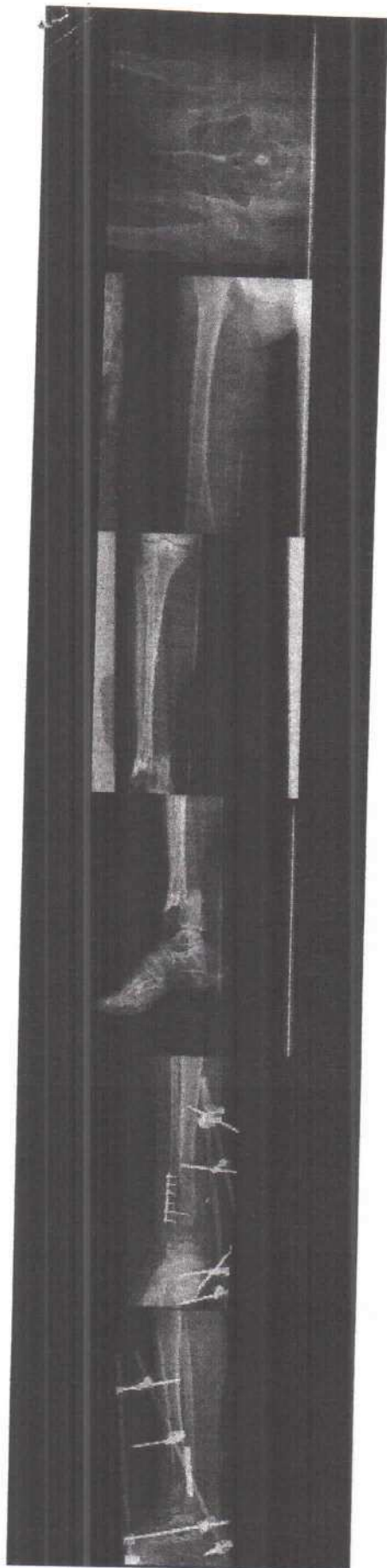
NOME: MANOEL ITAMAR PINTO DOS SANTOS

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO REALIZA ACOMPANHAMENTO NO AMBULATORIO DO INSTITUTO DR JOSE FROTA POR FRATURA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA, SUBMETIDO A CIRURGIA EM SETEMBRO DE 2018, COM PLACA E PARAFUSOS.

EVOLUI COM LIMITAÇÃO DA MARCHA E ADM DO TORNOZELO DIREITO, SEM PREVISÃO DE ALTA DESTE AMBULATÓRIO

25/04/2019

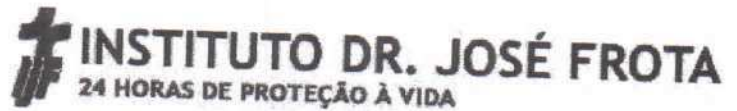
Dr. Caio Jales
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
CRM RJ C. 14225



Mapa de Cirurgias

 Imprimir

Resumo de alta



NOME:

MANOEL ITAMAR PINTO DOS SANTOS

LEITO:

2105

DATA DE INTERNACAO:

09/ 09/2018

DATA DA ALTA:

//

BE/PRONT:

5579920

CIDADE DE ORIGEM:

FORTALEZA

IDADE:

43

DIAGNOSTICOS:

Fratura da diáfise da tíbia (OPERADA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

ORIENTACOES GERAIS/ RETORNO AMBULATORIAL/ USO DE SINTOMATICOS SE NECESSARIO

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO:

53

RESIDENTE DO LEITO:

RESIDENTE INDEFINIDO

590359



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE PORTALEZA
INFORMÁTICA E APRENDIZAGEM

NAMI
Núcleo de Atenção Médica Integrada

CARTÃO DE AGENDAMENTO

NOME: Manoel Itamar Pinto dos Santos DN: 06 / 12 / 1974

RG: 2004021001018 TELEFONE: (85) 3261 4925

PROCEDIMENTO: 030205001A NÍVEL DE COMPLEXIDADE: IV-T CID: 5829

DIAGNÓSTICO: Pós-operatório de fratura distal em MIP

INÍCIO TRAT.: 02/03/19 Nº SS: 5 TÉRMINIO: _____

TIPO DE TRATAMENTO: Fisioterapia

DIAS DA SEMANA: 2ª e 4ª HORA: 13:45 TURNO: Tarde

MESES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
JANEIRO																															
FEVEREIRO																															
MARÇO																															
ABRIL																															
MAIO																															
JUNHO																															
JULHO																															
AGOSTO																															
SETEMBRO																															
OUTUBRO																															
NOVEMBRO																															
DEZEMBRO																															

FISIOTERAPIA (✓) FONOAUDIOLOGIA () NUTRICIONISTA () PSICOLOGIA () TERAPEUTA OCUPACIONAL ()

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: Manoel Itamar Pinto dos Santos ACD: Manoel Itamar Pinto dos Santos



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
ENSINANDO E APRENDENDO

NAMI
Núcleo de Atenção Médica Integrada

RECEITUÁRIO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente Manoel Itamar Pinto dos Santos encontra-se em atendimento fisioterápico no NAMI à 40 dias.

Pac. deu entrada e queixas algóicas no pé D, diambulando e auxílio de órteses axialar bilateral, presença de edema importante e calos. Goniometria de avaliação tornozelo D (DF - 0°, FP 22°) EC DF - 14°, FP 28°, na manobração as medidas do D passaram para DF - 12°, FP - 28°. O paciente tem dificuldades para realizar inversão e varsa não havendo condições de avaliação. Também obtivemos melhora do edema e da marcha.

Fortaleza, 17 Abril 2019

Fernando G. Costa
56307-F

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: <u>Marcelo</u>		Nº AIH/RAE:	
Paciente Externo	Unid. Internação/ENF/LEITO	Idade:	
☐ Sim	☐ Não	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.	
JUSTIFICATIVA			
EXAMES RADIOLOGICOS			
☐ Crânio	☐ Face	☐ Clavícula AP	☐ Coluna Dorsal AP/P
☐ Tórax AP/P	☐ Ombro AP/P	☐ Antebraço AP/P	☐ Cotovelo AP/P
☐ Punho AP/P	☐ Mão AP/OBL	☐ Quadril AP/AXIAL	☐ Fêmur AP/P
☐ Escanometria dos MMII	☒ Rerna AP/P	☐ Tornozelo AP/P	☐ Pé AP/OBL
☐	☐	☐	☐
EXAMES LABORATORIAIS			
☐ Hemograma	☐ Glicemia	☐ Creatinina	☐ Potássio
☐ Cloro	☐ Sódio	☐ Cálcio	☐ TAP
☐ PTTA	☐ Lipase	☐ Colinesterase	☐ Sumário de Urina
☐	☐	☐	☐
ULTRA-SONOGRAFIA			
☐ Fast	☐ Abdome Total	☐ Tórax	☐ MID
			☐ MIE
			☐ MSD
			☐ MSE
OUTROS EXAMES			
Assinatura e Carimbo do Solicitante:			
		Data / /	Hora: h minutos

Núcleo Ambulatorial
17/01/2019 13:32
0081
Sem prioridade
Instituto Dr. José Frola - IJF



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

SOLICITO

MANOEL ITAMAR PINTO DOS SANTOS

FISIOTERAPIA _____ 30 SESSÕES

GANHO DE ADM COM CARGA PARCIAL
ANALGESIA


Dr. Diego Prade
Médico
CRM 15.888

FORTALEZA 17 DE JANEIRO DE 2019

FARMÁCIA SANTO ANTONIO

ANTONIO EDUARDO RIBEIRO
CNPJ 07.023.331/0001-25 CGF 06.306.422-7
Rua D. José da Silveira, 167 BOX 13
Centro- Trairi-Ce -CEP:62.690-000

RECIBO R\$ **30,00**

Recebi do Sr. Francisco Sabino

A quantia supra de R\$ _____

Referente à Compra de medicamento

Trairi - CE 24 de Setembro de 20 18

Antonio Eduardo Ribeiro
RESPONSÁVEL

Imprimir

**Atestado Médico**

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:

MANOEL ITAMAR PINTO DOS SANTOS

LEITO:

2105

DATA DE INTERNACAO:

09/09/2018

DATA DA ALTA:

//

BE/PRONT:

5579920

CIDADE DE ORIGEM:

FORTALEZA

IDADE:

43

DIAGNOSTICOS:

Fratura da diáfise da tíbia (OPERADA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

ORIENTACOES GERAIS/ RETORNO AMBULATORIAL/ USO DE SINTOMATICOS SE NECESSARIO

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO:

Paciente..... **MANOEL ITAMAR PINTO DOS SANTOS**

 Pedido..... **110006259**

 Médico..... **PATRICIA BRASIL DE OLIVEIRA**

 Origem..... **UPA DENDE**

 Data Nasc..... **06/12/1974**

 Convênio..... **UPA DENDE**

 Data da Coleta..... **15/01/2019**

 Hora da Entrada... **07:24**

Hemograma Completo

Material biológico: Sangue Total/EDTA

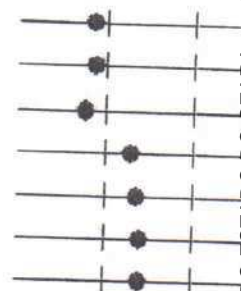
ERITROGRAMA

Hemácias.....	3,81 milhões/mm3
Hemoglobina.....	10,90 g/dL
Hematócrito.....	32,70 %
Volume corpuscular médio (VCM).....	86 fL
Hemoglobina corp. média (HCM).....	29 pg
Conc. hemog. corp. média (CHCM)....	33 %
RDW.....	12,20 %

Valores Referenciais

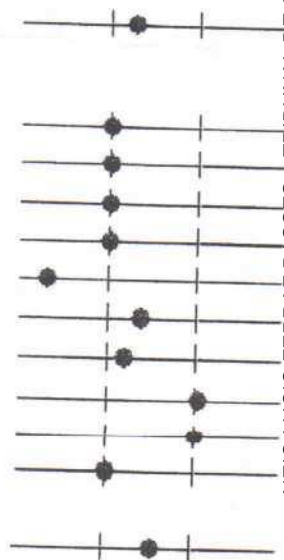
4,3 a 5,9 milhões/mm3
13,0 a 17,5 g%
40 a 53 %
80 a 100 fL
26 a 34 pg
31 a 36 %
10 A 15%

Método: Automático



LEUCOGRAMA

Leucócitos.....	5.500 /mm3	4.500 a 11.000/mm3
Blastos.....	0 %	0 /mm3
Promielócitos.....	0 %	0 /mm3
Mielócitos.....	0 %	0 /mm3
Metamielócitos.....	0 %	0 /mm3
Bastonetes.....	1 %	0 a 1
Segmentados.....	59 %	35 a 65
Linfócitos.....	23 %	20 a 40
Eosinófilos.....	8 %	2 a 5
Monócitos.....	9 %	3 a 8
Basófilos.....	0 %	0 a 1
Plaquetas.....	246.000 /mm3	150.000 a 450.000 /mm3


 Observações..... **Plaquetas Morfologicamente Normais.**

*Hipocromia

 Liberado por: **JOÃO PEDRO REZENDE.**


João Pedro Rezende

Biomédico CRBM 08122

011051110006259P1120190115115854279

Laudo assinado digitalmente por Antônio Carvalho sob o nº:



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Receita de Controle Especial

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: _____	
CRM: _____	UF: CE
Endereço: _____	
Cidade: _____	UF: CE
Telefone: _____	

1ª Via - Retenção da Farmácia
2ª Via - Orientação ao Paciente

DR. ERIVANDES
CRM-CE 9670
Assinatura do Médico

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

DATA: 25 / 03 / 2020

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident.: _____	Org. Emissor: _____
End.: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico: _____	
Data: _____	

AGENDAMENTO DE EXAMES		EXAMES
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
PROCEDIMENTOS		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		



Prefeitura de Fortaleza
Instituto Dr. José Proença

NÚCLEO AMBULATORIAL

Nome: Wenael Flomay Brito de Sá

Registro geral: 5519930

Nº Carteira SUS: _____

Diagnóstico: _____

Médico: Gale

Assinado
ESPECIALIDADE

Rua Barão do Rio Branco, 1818 • Centro • CEP 60.025-067 •
Fortaleza, Ceará, Brasil. (85) 3255-5810 • (85) 3255-5185

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Endereço: Prefeitura Municipal de Trairi

UF: PR Nº: 3889

Cidade: Trairi UF: PR

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drogaria
2ª Via - Orientação ao Paciente

Francisco José Ferreira Noronha
Clínico Geral
CRM 3889

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Renata Maria dos Santos

Endereço: Av. ...

Descrição: 100mg ...

200mg ...

100mg ...

200mg ...

200mg ...

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: ...
CPF: ...
Assinatura: ...

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: ...
CPF: ...
Assinatura: ...

R\$ 75,90 L

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Endereço: Prefeitura Municipal de Trairi

UF: CE Nº: 3559

Telefone: 33871504

Cidade: Trairi UF: CE

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Droguaria
2ª Via - Orientação ao Paciente

Francisco José Ferreira Noronha
CRM 3889
Clínico Geral

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Mauro El T. Silva

Endereço: Av. Du. Amato

Descrição: Carbamazepina

120

12/12/11

08

28/12/2011

20

20

20

20

20

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

RESIDENTE INDEFINIDO

Ass: _____ <i>Lucio Ferraz Passes</i> Cirurgião Geral	Retornar dia: <u>15</u> dia Dr. <u>Solo</u> Hora: _____ para
Data: <u>06/12/18</u>	Dispensa do trabalho por : <u>120</u> dias

HG Residencia - Projeto Gestão de Serviços e Residências Médicas

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Prefeitura Municipal de Trair	
Médico:	
CRM:	UF: Nº:
Endereço Completo:	
Bairro:	Fone:
CEP:	Cidade: UF:

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via - Orientação ao paciente

Dr. Alfredo Grimaldi
Médico
CRM - 4216

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Manoel Stamar Pinto dos
Santos

Endereço: Ipri

Prescrição: carbamazepina 200mg - 60c
1cp. 3x ao dia

Data: 17/12/12

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	
RG:	Órgão Emissor:
Endereço Completo:	
CEP:	Fone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
	



Leandro
Bezerra

UPA
24h
UNIDADE
DE PRONTO
ATENDIMENTO



Prefeitura de
Fortaleza

1ª Via Retenção Farmácia ou Drogaria.

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE FUNDÇÃO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES - UPA EDSON QUEIROZ CNPJ: 06.746.713/0001-85
AVENIDA CONTORNO, S/N EDSON QUEIROZ - FORTALEZA - CE

DATA....: 15 de janeiro de 2019

MÉDICO...: PATRICIA BRASIL DE OLIVEIRA

PACIENTE: MANOEL ITAMAR PINTO DOS SANTOS

ENDEREÇO: RUA OTAVIO ROCHA 340

PRESCRIÇÃO MÉDICA:
USO ORAL

1) CEFALLEXINA 500MG-----56CPS

TOMAR 01 CP DE 6/6H POR 14 DIAS

Ident. Comprador:

Iden. Fornecedor

Nome: Milena Pinto da Silva RG.: 049.880.703-62

Data: ____/____/____

Fone: 98966.8703 Cidade: Fortaleza UF: ____

Ass. Farmacêutico / Data

Dra. Patricia Brasil de Oliveira
Médica
CREMEC-71489

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO
UPA EDSON QUEIROZ - FORTALEZA/CE



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
ENSINANDO E APRENDENDO

NAMI

Núcleo de Atenção Médica Integrada

RECEITUÁRIO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente **Manoel Itamar Pinto dos Santos** encontra-se em atendimento fisioterápico no NAMI há 40 dias.

Post. de entrada e queixas algicas no pé D, diambulando e auxílio de órtese axial bilateral, presença de edema importante e calos. Goniometria de avaliação tornozelo D (DF - 0°, FP 22°) e L (DF - 14°, FP 28°), na manipulação as medidas do D passaram para DF - 12°, FP = 28°. O paciente tem dificuldades para realizar inversões e versões não havendo condições de avaliação. Também obtivemos melhora do edema e da marcha.

Fortaleza, 17 Abril 2019

Fernando Gomes
56307-F

Dias

Int.

#

Hora

Leito

Staff

Residentes

Material

Observação

Status da
marcação

Ass.: _____ <i>Valter Brigenes</i> <i>CRP 15325</i>	Retornar dia: <u>15</u> / <u>12</u> / <u>2018</u> Hora: _____ para Dr. <u>Salles</u>
Data : <u>06/12/18</u>	

Leandro
Bezerra

24h UNIDADE
DE PRONTO
ATENDIMENTO



Fortaleza

PACIENTE.....: MANOEL ITAMAR PINTO DOS SANTOS
Nº ATENDIMENTO: 40251

IDADE: 44a 1m

MÉDICO.....: PATRICIA BRASIL DE OLIVEIRA

DATA DO RECEITUÁRIO: 15/01/2019

RECEITUÁRIO MÉDICO

USO ORAL

1) BIPROFENID 150MG-----01 CAIXA

TOMAR 01 CP DE 12/12H SE DOR

FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES

UPA Edson Queiroz

Avenida Contorno, S/N - Edson Queiroz - Fortaleza - CE

CNPJ: 06.76.713/0001-85

Dr. Patricia Brasil de Oliveira

Médica
CRM-CE 17498

RESIDENTE INDEFINIDO

Ass: _____ 	Retornar dia: <u>15</u> dia Dr. <u>Solo</u> Hora: _____ para
Data: <u>06/12/18</u>	Dispensa do trabalho por : <u>120 dias</u>

HG Residencia - Projeto Gestão de Serviços e Residências Médicas

*** ABCR - Associação Beneficente Cearense de Reabilitação**

CNPJ - 07.271.240/0001-70

**Eletroencefalografia Quantitativa
Mapeamento da Atividade Elétrica Cerebral**

LAUDO:

Paciente: MANOEL ITAMAR PINTO DOS SANTOS

Bairro: CENTRO

Cidade: TRAIRI

UF: CE

Nascimento: 06-12-1974

Sexo: Masculino

Data do Exame: 24-01-2012

Hora do Exame: 08:54:22

Solicitante: DR. ?

Técnico: KÁTIA

RELATÓRIO DE ELETROENCEFALOGRAMA DIGITAL

Exame feito em boas condições técnicas e de cooperação, paciente em vigília.

Atividade elétrica cerebral de base organizada e relativamente simétrica, com predomínio da frequência alfa nas regiões posteriores de ambos os hemisférios cerebrais.

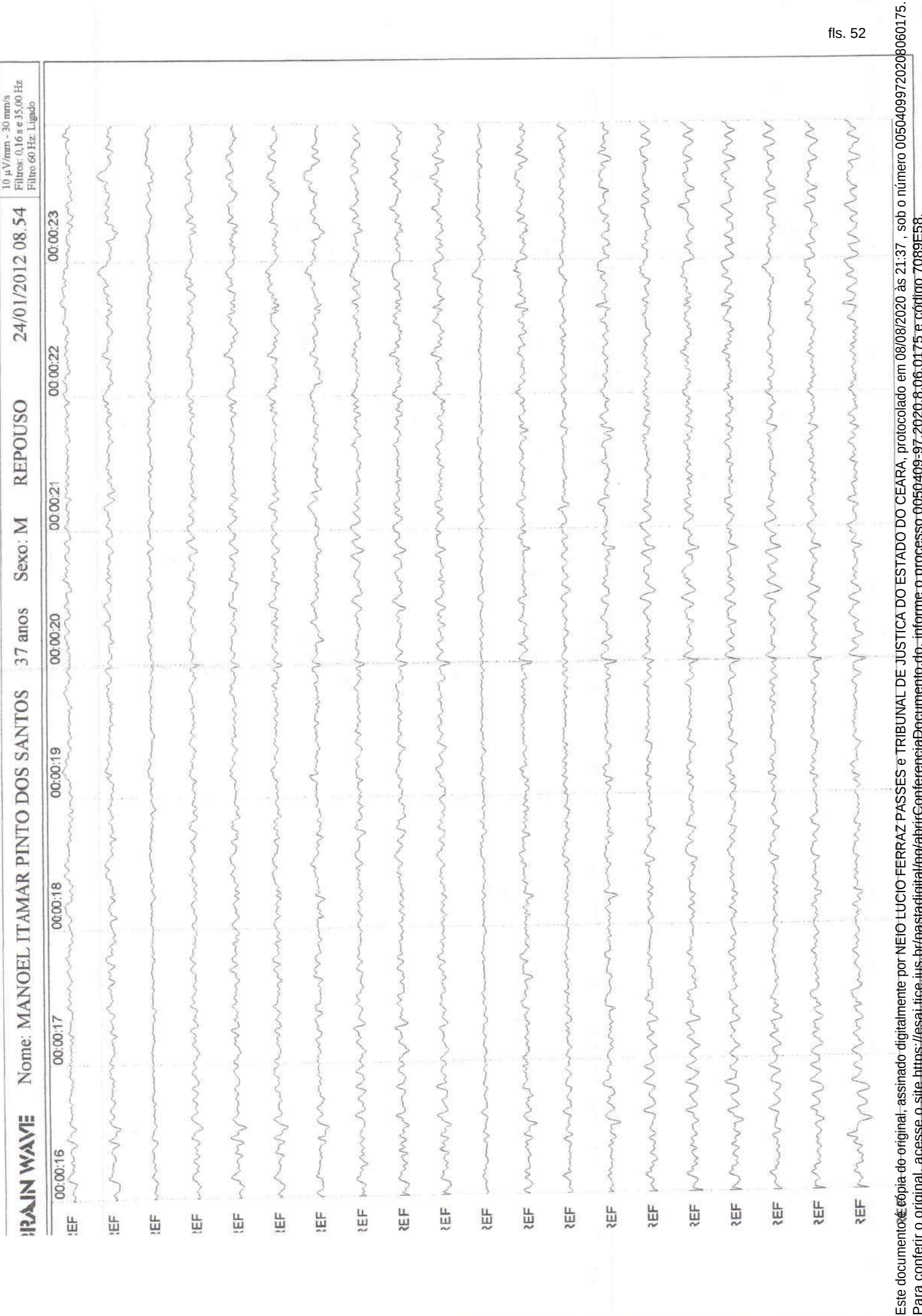
Não se registram sinais de atividades paroxística ou outras anormalidades com o exame feito em repouso. A hiperpineia não trouxe novos elementos de diagnósticos ao exame.

CONCLUSÃO:

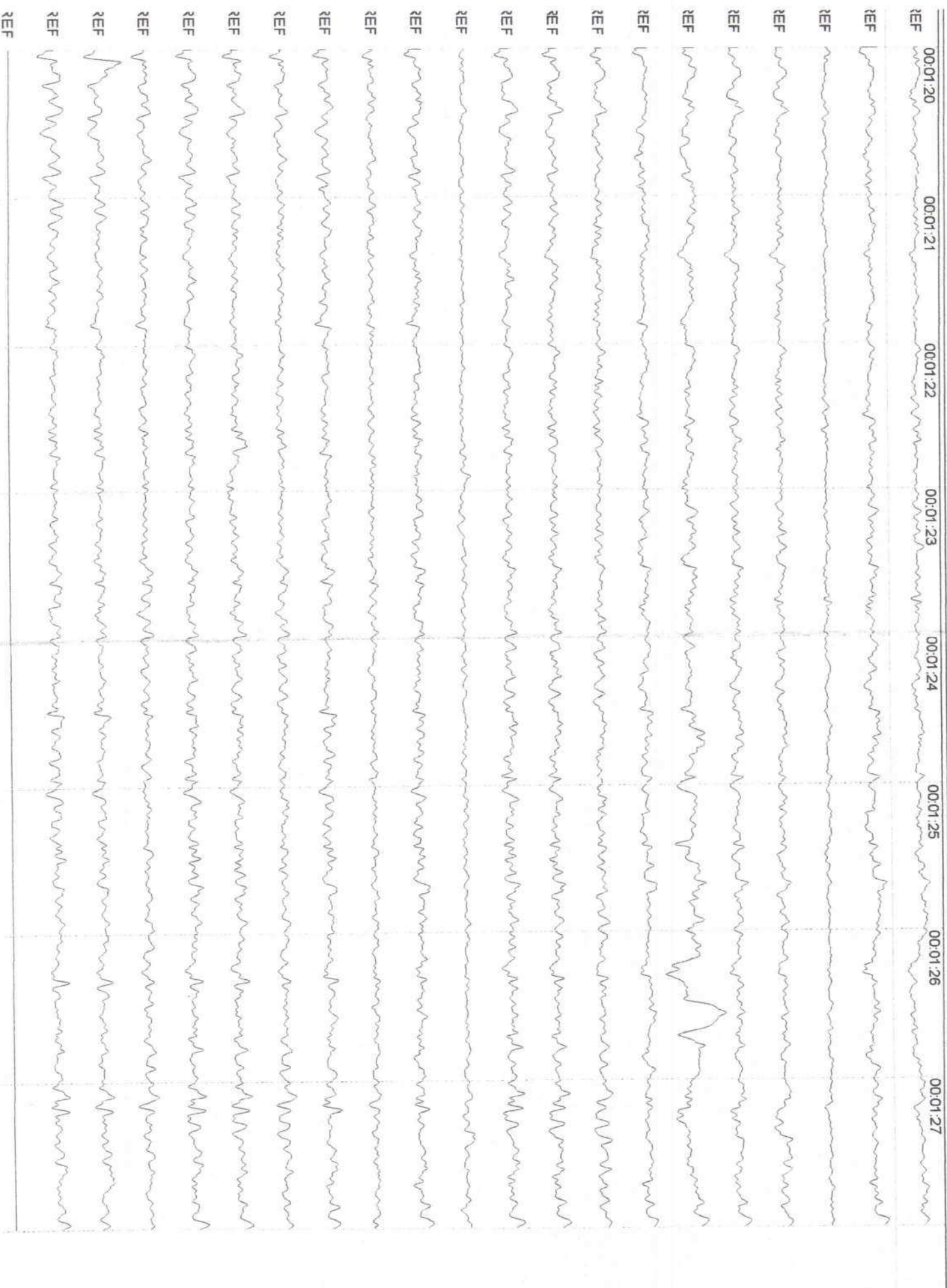
Exame eletroencefalográfico computadorizado de vigília normal.

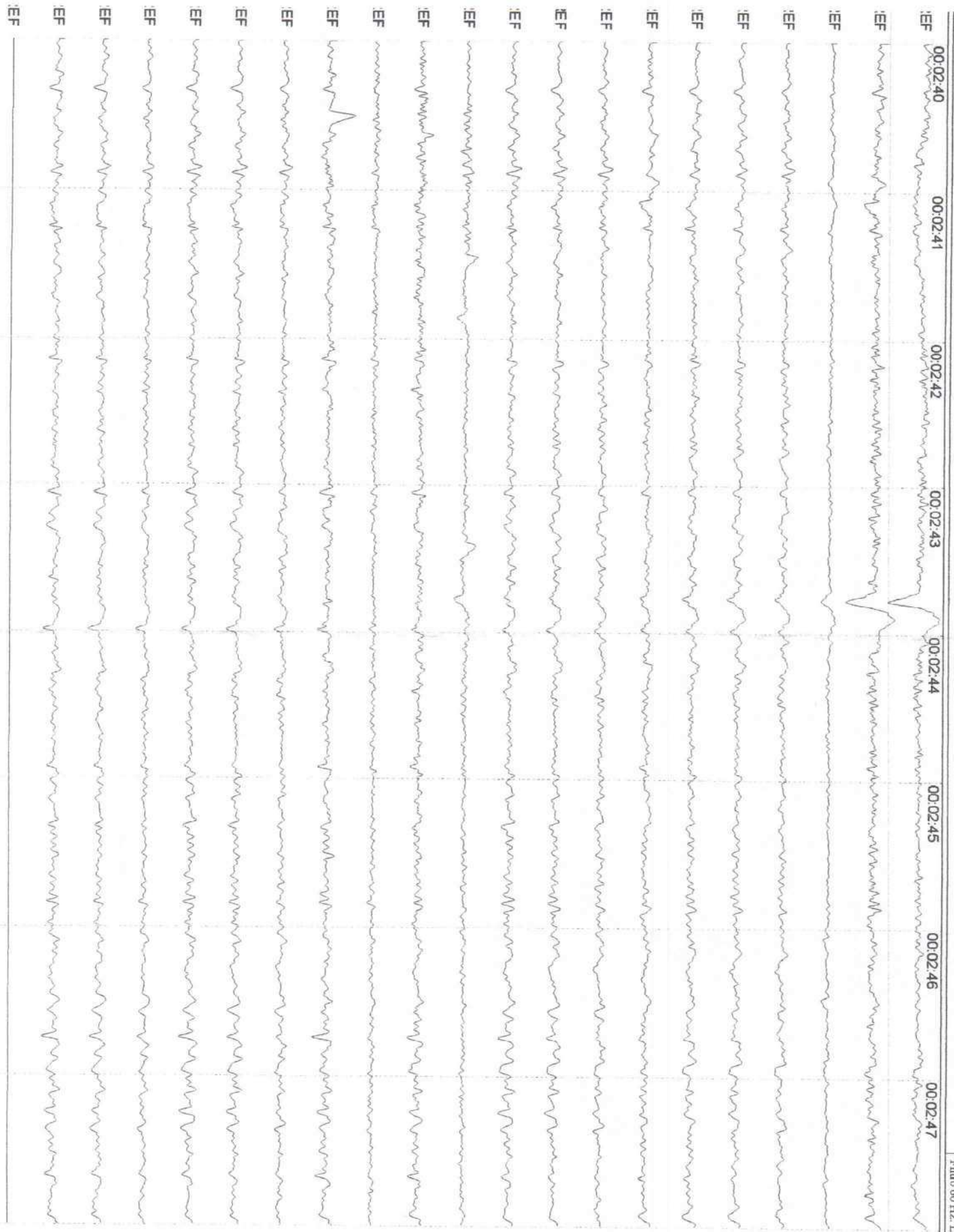


Rua Sólon Pinheiro, 76 - Centro
Fortaleza - CE -



HRAIN WAYNE Nome: MANOEL ITAMAR PINTO DOS SANTOS 37 anos Sexo: M HIPERPNIEIA 24/01/2012 08.54 Filtros: 0,16 s e 35,00 Hz Filtro 60 Hz Ligado





PREFEITURA MUNICIPAL

Secretaria de Saúde

usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: Sede I CNS: 84800349160100

Distrito Sanitário: _____ Município: Trindade

Nome: Felipe de Aguiar Pinto dos Santos Prontuário nº: _____

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 17/07/78 Ocupação: _____

Endereço: Vila Ipi Bairro: _____ Fone: (85) 99737511

Motivo do Encaminhamento: PTR SUP + INF K. DE

Resultado de Exames: _____

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: Dr. PATRICIA Função: CRAC Data: 11/06/19 Hora: _____

Procedimento: _____

Unidade de referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____/____/____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Data: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____ CID.: _____

Secundário 1: _____ CID.: _____

Secundário 2: _____ CID.: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

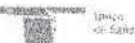
O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Ass. do Encaminhamento e Carimbo: _____ Função: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____/____/____



PREFEITURA MUNICIPAL

Secretaria de Saúde



tratamento, entregar a 2ª via a usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: Sede I CNS: 89800349160
 Distrito Sanitário: _____ Município: Itaúna
 Nome: Fa de Aris Porto dos Santos Prontuário nº: _____
 Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 17/07/78 Ocupação: _____
 Endereço: Vila Ipi Bairro: _____ Fone: (85) 99737511
 Motivo do Encaminhamento: PPR SCD + INF KDS

Resultado de Exames: _____

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstico: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Dr. Raimundo
Função CRM-CC
2522

11/06/19

Data Hora

Procedimento: _____

Unidade de referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Data: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____ CID: _____

Secundário 1: _____ CID: _____

Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Ass. do Encaminhamento e Carimbo _____ Função _____ Data _____ Hora _____