



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Nome: João Constantino de Sales.		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: Casado	Profissão: aposentado
Identidade/Orgão Emissor: 2002010363952-SSP/CE		CPF: 371.993.403-97
Endereço/ Av., Rua/ Nº: Rua Ten. José Silvino da Silva		Número: 9999
Bairro: Ponte Nova	Complemento: casa	
CEP: 63.870-000	Cidade: Boa Viagem	Estado: Ceará

OUTORGADO(S): VINÍCIUS PINHEIRO MELO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE 24.353, portador do CPF sob o nº. 016.548.623-63, sócio administrador na sociedade **PENHEIRO MELO – SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 26.942.992/0001-60, inscrito na OAB/CE 1453, com escritório na Pça. Mons. José Candido, nº. 103, bairro Centro, cidade de Boa Viagem, estado do Ceará, CEP 63870-000, tel.: (88) 3427-2867;

Através do presente instrumento particular de mandato, a(s) parte(s) OUTORGANTE(s) nomeia(m) e constitui(em) como seu(s) procurador(es) o(s) OUTORGADO(s), conferindo-lhe(s) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil e art. 5º, §2º do Estatuto da OAB, com clausula "Ad Judicia Et Extra", para praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, **principalmente perante qualquer companhia de seguro conveniada ao FENASEG, participante do convênio DPVAT**, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitação, firmar autorizações de pagamento ou crédito de indenização de sinistro, prestar declarações, **declarar e requerer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA**, anuir e receber alvarás judiciais de levantamento, podendo receber os valores neles expressos provenientes de depósitos feitos pela(s) SEGURADORA(S) pertencentes ao **CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT e SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A** junto à instituição financeira responsável pela guarda destes valores, podendo ainda receber e endossar cheque em nome do outorgante relativo a pagamento dos valores pleiteados junto as Seguradoras do Consórcio DPVAT, dando tudo por bom e valioso, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, seguindo uma e outras, até decisão final.

Boa Viagem - CE, 07 de outubro de 2020.

* João Constantino de Sales
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**DECLARANTE:**

Nome: <i>João Constantino de Sales</i>		
Nacionalidade: <i>Brasileiro</i>	Estado Civil: <i>Casado</i>	Profissão: <i>aparentado</i>
Identidade/Órgão Emissor: <i>200.2030 363952- SSP/CE</i>		CPF: <i>371.993.403-97</i>
Endereço/ Av., Rua/ Nº: <i>Rua Ten José Silveira da Silva</i>		Número: <i>9999</i>
Bairro: <i>Ponte Nova</i>	Complemento: <i>Casa</i>	
CEP: <i>63.870-000</i>	Cidade: <i>Boa Viagem</i>	Estado: <i>ceara</i>

DECLARO que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50, com fundamento na Lei 7.115/83.

Boa Viagem - ce, *07* de *outubro* de 20 *20*

João Constantino de Sales
Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA GERAL DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Prolegat Direto

João Constantino de Sales

PROIBIDO PLASTIFICAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2002010363952 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/07/2016 fls. 10

NOME
JOÃO CONSTANTINO DE SALES

FILIAÇÃO
JOSÉ CONSTANTINO SALES

NATURALIDADE
ARGEMIRA PAULINO DA CONCEIÇÃO

BOA VIAGEM - CE DATA DE NASCIMENTO 13/03/1951

DOC. ORIGEM
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:5357 FOLHA:130

LIVRO:B.22 BOA VIAGEM - CE

CPF 371.993.403-97

2 VTA

Ass. G. L. M. J.

P.: 1

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

41742991

Para agilizar seu atendimento, utilize o recibo sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 070426123

Rota: BV001U03 - 354500
 Nome: JOAO CONSTANTINO DE SALES
 Endereço: RU TEN JOSE SILVINO DA SILVA, 09999, PONTE NOVA,
 Classificação: 33870-000, BOA VIAGEM
 Modalidade Tarifária: B1 RESIDENCIAL
 Ligação: Monofásico

Referência: 07/2020

Emissão: 03/07/2020
 Medidor: 2100500-LAF-005

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

Anterior: 03-06-2020
 Atual: 03-07-2020
 Próxima prevista: 04-08-2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	11.481	11.348	1,00	141	00	14	0,74723	105,36

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	11,62
CONSUMO	0,74723	105,36
JUROS MORATÓRIOS	-	0,11

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	105,36	27,00	28,44
PIS	105,36	0,34	0,36
COFINS	105,36	1,59	1,68

VENCIMENTO 05/08/2020

TOTAL A PAGAR (R\$) 117,09

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh): Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂): Compensado kg (CO₂):

Consciência Ecológica (%CO₂):

49,19 ACOP 0,00 CLIENTE

Periodos: Band. Tarif.: Verde : 04/06 - 03/07

Informamos que a sua conta de energia com fornecimento lido partir de 01/07/2020 passa ter o reajuste tarifário médio de 3,94% publicado na Resolução Aneel nº 2.676/20 em 14/04/2020, postergado devido ao covid19"

Nº do Cliente: 41742991
 Data de Emissão: 03/07/2020
 Nº da Nota Fiscal: 070426123

Referência: 07/2020
 Total a Pagar (R\$): 117,09
 Nº de Controle: 40003830361

83810000001 9 17090031040 2 00383036107 8 00041742991 6

83810000001 9 17090031040 2 00383036107 8 00041742991 6

A Tarifa Social de Energia Elétrica

Contato:
 (88) 3427.2621

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA SOB AS PENAS DA LEI**DECLARANTE:**

Nome: <u>João Constantino de Sales</u>		
Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	Estado Civil: <u>Casado</u>	Profissão: <u>Aposentado</u>
Identidade/Órgão Emissor: <u>2002010363952 - SSP/CE</u>		CPF: <u>371.993.403-97</u>
Endereço/ Av., Rua/ Nº: <u>Rua Ten Jose Silvino da Silva</u>		Número: <u>9999</u>
Bairro: <u>Ponte Nova</u>	Complemento: <u>Casa</u>	
CEP: <u>63.870-000</u>	Cidade: <u>Bea Viagem</u>	Estado: <u>Ceará</u>

DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83) que sou residente e domiciliado(a) no endereço acima informado.

Declara ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Bea Viagem-CE, 07 de outubro de 2020.

João Constantino de Sales
DECLARANTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 569 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/07/2020 09:19:07**
Data / Hora da Ocorrência: **03/02/2020 13:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R PE ANTONIO CORREIA DE SÁ, CENTRO - BOA VIAGEM/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOÃO CONSTANTINO DE SALES**
Nascimento: **13/03/1951** CPF: **371.993.403-97**
CTPS: **094943** Orgão Emissor: **MT** UF: _____
Filiação: **ARGEMIRA PAULINA DA CONCEIÇÃO**
JOSE CONSTANTINO SALES
Endereço: **RUA CABO ANTONIO LOPES DE FREITAS, 72**
Bairro: **PONTE NOVA**
Município: **BOA VIAGEM/CE** CEP: **63.870-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9966-6150**

Histórico

Compareceu a esta delegacia a pessoa acima qualificada para noticiar que na data e hora acima citados sofreu um acidente de trânsito no endereço: Rua PE Antônio Correia de Sá, Boa Viagem/Ce; QUE estava envolvido no acidente o Sr. João Constantino de Sales; que o declarante vinha na sua bicicleta pela rua acima mencionada quando uma motocicleta em alta velocidade colidiu com o mesmo, onde o declarante afirma ter caído desta bicicleta e batido com a cabeça ao chão, que o declarante disse não saber quem havia batido e não anotou a placa desta moto em questão, que populares levaram o declarante até o hospital local Casa de Saúde Adília Maria, que o declarante relata ter quebrada sua cavícula e sofrido uma pancada muito forte na sua cabeça neste acidente, que trouxe a esta delegacia 2 TESTEMUNHAS, e QUE apresentou nesta Delegacia os seguintes documentos: CÓPIA da ficha de atendimento urgência/emergência da Casa de Saúde Adília Maria de João Constantino(VÍTIMA), cópia dos documentos: RG, CPF e Comprovante de Endereço do João Constantino, E NADA MAIS DISSE//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

FABIO MOTA DA SILVA - MAT.: 30119541

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

João Constantino de Sales

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

MARIANA CAMINHA SIMÕES - MAT.: 301255-3-3



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA
FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

UNIDADE DE ATENDIMENTO 24H

DATA: 03/02/2020

HORÁRIO: 18:02H

DADOS DO PACIENTE

ATENDIMENTO Nº: _____

NOME: João Constantino de Sales
SEXO: () F (X) M DATA DE NASCIMENTO: 13/03/51 IDADE: 68 ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: aposentado
NOME DA MÃE: Argemira Paulino da Conceição NATURALIDADE: RJ
ENDEREÇO: Ten. José Silvano Nº _____ BAIRRO: Ponte Nova
CIDADE: BV ESTADO: CE TELEFONE: () _____ ACIDENTE DE TRABALHO: () SIM () NÃO
PA: _____ X _____ mmHg SPO₂: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ ipm T: _____ °C PESO: _____ Kg
QUEIXAS: _____

EMERGÊNCIA (VERMELHA) ATENDIMENTO IMEDIATO (0 MIN)	MUITO URGENTE (LARANJA) ATENDIMENTO EM ATÉ 10 MIN	URGENTE (AMARELA) ATENDIMENTO EM ATÉ 60 MIN	POUCO URGENTE (VERDE) ATENDIMENTO EM ATÉ 120 MIN	NÃO URGENTE (AZUL) ATENDIMENTO EM ATÉ 240 MIN
- Politraumático grave - Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; - Queimaduras grandes; - Parada cardiorrespiratória; - Estado mental alterado ou em coma, com histórico de uso de drogas; - Comprometimentos da coluna vertebral; - Desconforto respiratório grave; - Dor no peito associada à falta de ar; - Crises convulsivas (inclusive pós-crise); - Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio; - Reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória; - Complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia); - Hemorragias não controláveis; - Alterações de sinais vitais em paciente com sintomas diversos;	- Cefaleia intensa de início súbito ou progressivo, acompanhado de sinais ou sintomas neurológicos, alterações do campo visual, dislalia, afasia; - Alteração aguda de comportamento (agitação, letargia ou confusão mental); - Dor severa; - Hemorragia moderada com sinais de choque ou instabilidade hemodinâmica; - Arritmia (sem sinais de instabilidade);	- Politraumático sem alterações de sinais vitais; - Trauma cranioencefálico leve; - Convulsão nas últimas 24 horas; - Desmaios; - Alterações de sinais vitais em paciente sintomático; - Idade superior a 60 anos; - Hemorragia moderada (controlada) sem sinais de choque; - Vômito intenso; - Crise de pânico; - Dor moderada; - Pico hipertensivo;	- Astenia fora de crise; - Estado febril sem alteração nos sinais vitais; - Enxaqueca (pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca); - Náusea e tontura; - Tórctico; - Hemorragia em pequena quantidade controlada (sem sinais de instabilidade hemodinâmica); - Drenagem de abscesso;	- Queixas crônicas sem alterações agudas; - Unha encravada; - Troca de sondas; - Aplicação da medicação extema com receita; - Curativos; - Trocas ou requisições de receitas médicas; - Avaliação de resultados de exames; - Solicitação de atestado médico; SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA

Assinatura do Paciente/Responsável: João Constantino de Sales
Protocolo Nº 313

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL
Rua São Vicente de Paula Nº 100 - Centro - Boa Viagem - Ceará - CEP: 63.870-000
Fone (88) 3427-1136/1699 CNPJ 07.806.680/0001-84 CNES- 2479028

NOME:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

DATA:

HORA:

H

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Unidade de Saúde Maria Moura
CNPJ: 07.688.680/0001-84
Est. Data Conferência
ORIGINAL dos Versos Anexos

PRESCRIÇÃO 3/3

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1) Dexametazona - 1mg - T.M. 18:30
2) Dipina 1mg - 1x/dia

DIREÇÃO GERAL

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL.
Rua São Vicente de Paula Nº 100 - Centro - Boa Viagem - Ceará- CE CEP: 63.870-000
Fone (88) 3427-1136/1699 CNPJ 07. 806.680/0001-84 CNES- 2479028



SIPA 16

Dr. Carlos
Vinhoto

INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO
AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE (APAC)**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA	2 - CNES: 2529149
---	----------------------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE JOÃO CONSTANTINO DE SALES	4 - Nº PRONTUÁRIO: 5660591
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DO NASCIMENTO 13/03/1951
7 - SEXO (X) MASCULINO () FEMININO	9 - TELEFONE DE CONTATO: (85) 996995153
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: ARGEMIRA PAULINO DA CONCEIÇÃO	
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): RUA CABO ANTONIO LOPES DE FREITAS, 72	
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: FORTALEZA	12 - CÓDIGO MUNICÍPIO:
	13 - UF: CE
	14 - CEP:

PROCEDIMENTO PRINCIPAL SOLICITADO

15 - CÓDG. PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 02.06.01.007-9	16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM CONTRASTE	17 - QUANTIDADE: 01
--	--	------------------------

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIOS SOLICITADOS

18 - COD. PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	20 - QUANTIDADE:
21 - COD. PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	23 - QUANTIDADE:
24 - COD. PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	26 - QUANTIDADE:
27 - COD. PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	29 - QUANTIDADE:
30 - COD. PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	32 - QUANTIDADE:

JUSTIFICATIVO(S) PROCEDIMENTOS SOLICITADOS(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO	34 - CID 10 PRINCIPAL S065	35 - CID 10 SECUNDÁRIO:	36 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
---	-------------------------------	----------------------------	-----------------------------------

37 - OBSERVAÇÕES:
PACIENTE, 68 ANOS, APRESENTOU HISTÓRIA DE QUEDA HÁ 1 MÊS, QUANDO HÁ 15 DIAS, PASSOU A APRESENTAR QUADRO DE HEMIPARESIA A ESQUERDA COM PREDOMÍNIO CRURAL ASSOCIADO A CEFALÉIA, GCS 15 NA ADMISSÃO DO IJF NO DIA 04/03/2020
TC DE CRÂNIO (04/03/2020): HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO FRONTO-PARIETO-OCIPITAL À DIREITA OCASIONANDO DESVIO DA LINHA MÉDIA
DURANTE A ADMISSÃO, PACIENTE APRESENTOU REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, SENDO REALIZADO CRANIOTOMIA PARA ABORDAGEM DE HEMATOMA SUBDURAL NO DIA 04/03/2020 POR DR JOAO RENATO.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: CAMILA LIMA FONSECA BRAYNER	39 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 09/03/2020	42 - ASSINATURA / CARIMBO COM Nº DO CR: Dr. Camila Lima F. Brayner Residente de Neurocirurgia IJF CREMEC 19847
40 - DOCUMENTO: () CNES (X) CPF	41 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO SOLICITANTE: 029.503.813-67	

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	44 - CÓDIGO DO ÓRGÃO EMISSOR:	49 - Nº AUTORIZAÇÃO (APAC):
45 - DOCUMENTO: () CNES () CPF	46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO SOLICITANTE:	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	48 - ASSINATURA / CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO):	50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: / / A / /

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: JOAO CONSTANTINO DE SALES

Idade: 68 ano(s) 11 mes(es) e 27 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 5660591

Endereço: R CABO ANTONIO LOPES DE FREITAS

Bairro: PONTE NOVA

Num: 72

CEP: 63870-000

UF: CEARÁ

Cidade: BOA VIAGEM

Localização

Clínica: UNIDADE 20

Enfermaria: 245

Leito: 2012

Admissão Emergência: 03/03/2020 19:34

Internação 03/03/2020

14:34

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE, 68 ANOS, APRESENTOU HISTÓRIA DE QUEDA HÁ 1 MÊS, QUANDO HÁ 15 DIAS, PASSOU A APRESENTAR QUADRO DE HEMIPARESIA A ESQUERDA COM PREDOMÍNIO CRURAL ASSOCIADO A CEFALÉIA, OS 15 NA ADMISSÃO DO IJF NO DIA 04/03/2020

TC DE CRÂNIO (04/03/2020): HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO FRONTO-PARIETO-OCCIPITAL À DIREITA OCASIONANDO DESVIO DA LINHA MÉDIA

DURANTE A ADMISSÃO, PACIENTE APRESENTOU REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, SENDO REALIZADO CRANIOTOMIA PARA ABORDAGEM DE HEMATOMA SUBDURAL NO DIA 04/03/2020 POR DR JOAO RENATO.

PACIENTE ADMITIDO NA ENFERMARIA NO DIA 06/03/2020, NEGANDO QUEIXAS NO MOMENTO DO EXAME, CLINICAMENTE BEM

AO EXAME: ECG 15, PIFR, SEM DEFICITS MOTORES. FO SEM SINAIS FLOGÍSTICOS TC DE CRÂNIO DE CONTROLE APRESENTANDO BONS RESULTADOS PÓS-OPERATÓRIOS

Exames Realizados

VIDE RESUMO

Terapêutica Utilizada

VIDE RESUMO

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S065 - HEMORRAGIA SUBDURAL DEVIDA A TRAUMATISMO

Dr. Camilla Lima F. Brayner

Residente de Neurocirurgia IJF

CREMEC 19847

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S065	HEMORRAGIA SUBDURAL DEVIDA A TRAUMATISMO

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 09/03/2020

Observações Complementares

RETIRAR FIOS DE SUTURA 18/03 EM UBS
FAZER USO DAS MEDICAÇÕES PRESCRITAS
RETORNO 45 DIAS AO AMBULATÓRIO DO DR CARLOS VINÍCIUS COM TC DE CRÂNIO
RETORNO À EMERGÊNCIA SE INTERCORRÊNCIAS

Responsável

Médico: CAMILA LIMA FONSECA BRAYNER

Data: 09/03/2020

CIRURGIA

Paciente: JOAO CONSTANTINO DE SALES**Idade:** 68 ano(s) 11 mes(es) e 27 dia(s) **Sexo:** Masculino**Pront.:** 5660591**Endereço:** R CABO ANTONIO LOPES DE FREITAS**Bairro:** PONTE NOVA**Num:** 72**CEP:** 63870-000**UF:** CEARÁ**Cidade:** BOA VIAGEM**Localização****Clínica:** UNIDADE 20**Enfermaria:** 245**Leito:** 2012**Admissão Emergência:** 03/03/2020 19:34**Internação** 03/03/2020

14:34

Alta: * Não Informado * * Não Informado**CIRURGIA**

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0403010314	Urgência	05/03/2020 01:30	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRONICO	JOAO RENATO FIGUEIREDO SOUZA

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

Camila
Dr. Camila Lima F. Brayner
 Residente de Neurocirurgia IJF
 CREMEC 19847

CASA DE SAÚDE
Adília Maria



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA
SECRETARIA DE SAÚDE - SUS

RECEITUÁRIO

Paciente:

End.:

João Constantino de Sousa

Uso Oral

*3 Omeprazol 20mg Alex.
tomar 1 comprimido 3 vezes ao
dia por 5 dias*

03/02/2020

DATA

Assinatura e Carimbo
do profissional

Rua São Vicente de Paula Nº 100 - Centro - Boa Viagem - Ceará - CE CEP: 63.870-000
Fone (68) 3427-1138/1899 CNPJ 07. 808.680/0001-84 CNES- 2479028

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Paciente: JOAO CONSTANTINO DE SALES

Prontuário: 5660591

USO ORAL

1) DAPIRONA 500MG ——— 01CX
TOMAR 01CP DE 6/6H SE DOR2) IBUPROFENO 600MG ——— 01CX
TOMAR 01CP DE 8/8H SE DOR3) DECADRON 4 MG ——— 70 COMPRIMIDOS
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS POR 1 SEMANA, DEPOIS
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 8/8 HORAS POR MAIS 1 SEMANA, DEPOIS
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS POR MAIS 1 SEMANA DEPOIS
TOMAR 1 COMPRIMIDO AO DIA POR MAIS 2 DIAS DEPOIS
TOMAR MEIO COMPRIMIDO AO DIA POR MAIS DOIS DIAS DEPOIS
TOMAR 1/4 DE COMPRIMIDO AO DIA POR MAIS DOIS DIAS
Camila Lima F. Brayner
Residente de Neurocirurgia IJF
CREMEC 19847

Data: 09/03/2020

CAMILA LIMA FONSECA BRAYNER

19847CRM

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: CAMILA LIMA FONSECA BRAYNER

Conselho: 19847CRM

Endereço: Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro

Cidade: Fortaleza

Telefone: (85) 3255-5000

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA

2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: JOAO CONSTANTINO DE SALES

ENDEREÇO: R CABO ANTONIO LOPES DE FREITAS, 72, PONTE NOVA, BOA VIAGEM

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL

1) FENITOÍNA 100MG ----- 45 COMPRIMIDOS

TOMAR 01CP DE 12/12H POR 15 DIAS

E APÓS: TOMAR 01CP AO DIA POR MAIS 15 DIAS.

uB
Dr. Camila Lima F. Brayner
Residente de Neurocirurgia IJF
CREMEC 19847

DATA: 09/03/2020

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

RG: _____ EMISSOR: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ UF: _____

TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico

Data:

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-081 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

SINISTRO 3200326094 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA JOAO CONSTANTINO DE SALES****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV****Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE****BENEFICIÁRIO JOAO CONSTANTINO DE SALES****CPF/CNPJ: 37199340397****Posição em 08-10-2020 15:37:03**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
02/10/2020	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	Atualização do Pagamento Administrativo no DPVAT - Beneficiário(a): JOÃO CONSTANTINO DE SALES - Sinistro: 3200326094
Valor Nominal	R\$ 3.375,00
Indexador e metodologia de cálculo	INPC-IBGE - Calculado pro-rata die.
Período da correção	3/2/2020 a 1/10/2020

Dados calculados

Fator de correção do período	241 dias	1,018383
Percentual correspondente	241 dias	1,838270 %
Valor corrigido para 1/10/2020	(=)	R\$ 3.437,04
Sub Total	(=)	R\$ 3.437,04
Valor total	(=)	R\$ 3.437,04

Memória analítica do cálculo

Valor inicial	3.375,00
Data inicial	3/2/2020
Data final	1/10/2020
Periodicidade	Mensal
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.

Termo inicial	Termo final	Varição do período	Valor
3/2/2020	1/3/2020	0,1583 (%)	3.380,34
1/3/2020	1/4/2020	0,1800 (%)	3.386,43
1/4/2020	1/5/2020	-0,2300 (%)	3.378,64
1/5/2020	1/6/2020	-0,2500 (%)	3.370,19
1/6/2020	1/7/2020	0,3000 (%)	3.380,30
1/7/2020	1/8/2020	0,4400 (%)	3.395,17
1/8/2020	1/9/2020	0,3600 (%)	3.407,40
1/9/2020	1/10/2020	0,8700 (%)	3.437,04

Acréscimos de juro, multa e honorários

Sub Total	(=)	R\$ 3.437,04
Valor total	(=)	R\$ 3.437,04

Retornar Imprimir