



QUALIFICAÇÃO DO PROMOVENTE E DECLARAÇÃO DE POBREZA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME FRANCISCO VALTER ROCHA	
RG 277522424	
CPF 782.374.083-49	
DATA DO NASCIMENTO 11/05/1976	
FILIAÇÃO JOSE HIGINO DA ROCHA MARIA DAS GRACAS ROCHA	
SEX M	
COR DA PELE P	
COR DOS OLHOS A	
COR DOS CABELOS C	
Nº DO CNH 03250961800	
DATA DE EMISSÃO 22/09/2011	
VENCIMENTO 03/04/2004	
EXERCE ATIV REMUNERADA	
Assinatura do titular: Francisco Valtor Rocha	
Assinatura do representante: [Assinatura]	
LOCAL ACARAÚ, CE	
DATA DE EMISSÃO 09/10/2006	
NÚMERO DO CNH 63521028528	
NÚMERO DO CNH CE109014030	
DETRAN-CE (CEARA)	

Nº DO CLIENTE
2786387-5

coelce



CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B - BOMBA D'ÁGUA

Rota 38 35021 03 012750 - 6 Data de consumo 04/05/2011

Nome CELIA MARIA SILVEIRA

End. Postal - PV CARRAPATEIRA 00000
ACARAÚ - 62580000

Metrofone 11733856

Proteção 0000 0000

Classe RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Proteção 0,00

RG / CPF / CNPJ 913402633-49

C.C.F.

Nome do Responsável

DATA	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	CONSUMO	PROTEÇÃO
04/05/2011	24/05/2011	21/06/2011	10,97	0,00

ICMS	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor de Imposto	Valor Individual	Aplicação Item 5.00	Valor Individual	Valor Individual
ISENTO				10,97	31,74	43,44	0,00
				7,62	18,64	31,73	0,00
				5,88		0,00	0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O PAGAMENTO DO CONSUMO	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
24/05/11	25/06/11	29 DIAS	10,97				22,74

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VR. CONSUMO DO MÊS PREÇO NORMAL	42,16
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA	-19,42
MULTA MORATORIA REF 02/2011	0,56
JUROS DO MÊS	0,25
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	11,02
PIS-COFINS COMPLEMENTAR TARIFA BAIXA RENDA	1,06

VALOR DO CONSUMO 01/07/2011 TOTAL A PAGAR (R\$) 35,63

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	VALOR	HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)
Energia	42,16	11,5
Transmissão	0,75	9,4
Distribuição	0,00	13,4
Encargos Setoriais	1,00	12,6
Tributos (PIS/COFINS)	2,31	11,8
TOTAL	23,80	12,4

Importante: CONTAS EM ATRASO
AVISO DE DÉBITO VENCIDO:
Informamos existir débito vencido sem parcelas pagas até esta data, no valor de R\$ 43,97. Caso o débito relacionado ao lado tenha sido pago, favor desconsiderar este aviso.

DEBITOS ANTERIORES
Mes. Ant. Valor R\$
05/2011 43,97

Para: esta fatura de 0,00 referente a PIS e COFINS.
Data: 04/05/2011

OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
RES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

8630697359 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME ENDEREÇO
ARAUJO DE SOUSA

CPR/CNPJ PLACA
JUR5327

86372 JUR5327

BILHETE DE SEGURO DPVAT

8630697359 EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
20/07/2010

ARAUJO DE SOUSA

CPR/CNPJ PLACA
75341336372 JUR5327

MAPA/MODELO
39 HONDA CE 180 SPORT

CHASSI
09 9C2KC08605R019603

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$)

radora Lider dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

KC00NPS-08248308/0001-04

FEV-2010

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 8630697359
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA COD RENAVAM RINTRC EXERCÍCIO
MARI 01 863662439 000000000008 2010

NOME
EDILSON ARAUJO DE SOUSA

CPR/CNPJ PLACA
75341336372 JUR5327

PLACA ANT/JUF

PARA O REGISTRO DO VEICULO

VEICULO 180 SPORT

CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/150CV/149CC PARTIC VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC/COTAS
1ª *****

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS
2ª *****

3ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO OBRIGATORIO *****

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
JUR5327 20/07/2010

SUPERINTENDENTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **FRANCISCO VALTER ROCHA**, brasileira, casado, logista, portador de carteira de identidade n. 277952494 SSP-CE e inscrito no CPF sob o n. 782.374.083-49, residente e domiciliado no Sítio Carrapateiras, S/N, Acaraú-CE, DECLARO, com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, que não posso arcar com as custas deste processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

Sobral, 1 de setembro de 2011.

x *Francisco Valtor Rocha*
FRANCISCO VALTER ROCHA



PROCURAÇÃO AD JUDICIA E EXTRA

OUTORGANTE(S): FRANCISCO VALTER ROCHA, brasileira, casado, logista, portador de carteira de identidade n. 277952494 SSP-CE e inscrito no CPF sob o n. 782.374.083-49, residente e domiciliado no Sítio Carrapateiras, S/N, Acaraú-CE.

OUTORGADO: ALEX OSTERNO PRADO, advogado inscrito na OAB/CE sob o nº 23.048, **GUTEMBERG PONTE PRADO**, advogado inscrito na OAB/CE sob o nº 21.696, **YURI OSTERNO PRADO** advogado inscrito na OAB/CE sob o nº 23.264 e **FRANCISCO HANDERSON MIRANDA GOMES** advogado inscrito na OAB/CE sob o nº 19.415, todos com endereço profissional à Av. Dom José Tupinambá da Frota, 1938, Centro, Sobral-CE.

PODERES OUTORGADOS: Pelo presente instrumento de mandato, a outorgante firmatária, confere aos advogados outorgados poderes para representá-la perante qualquer Órgão da Administração Pública (direta e/ou indireta) ou Entidade de Direito Privado ou Órgão Judicial, de qualquer instância, para com as cláusulas “*ad judícia*” e “*extra*”, podendo propor ações e/ou delas variar, transigir, receber e dar quitação, apresentar e receber **ALVARÁ JUDICIAL**, reconhecer a procedência do pedido, firmar compromisso, assinar, prestar primeiras e últimas declarações, receber citação e intimação, oferecer defesa, direta ou indireta, tais como exceção de suspeição, impedimento ou incompetência, em qualquer instância, interpor recursos judiciais, reconvir, protestar, interpelar, reclamar, pedir abertura de inquérito policial, requerer assistência do Ministério Público, **especialmente para ajuizar ação de requerimento de seguro DPVAT.**

Sobral, 1 de setembro de 2011.

X *Francisco Valter Rocha*
FRANCISCO VALTER ROCHA

Width1Wi
h3Width
93Width
8Width8
13



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



Width1Width3Width93Width3Width8643

BOLETIM DE OCORRÊNCIAS - B.O.

DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: ACIDENTES - OUTROS

Nº B.O.: 403-00159/2011 CIOPS: -

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 17/01/2011 13:46

DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 16/01/2011 17:00

**ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: LGO LOCALIDADE DE LAGOA DO MATO
ZONA RURAL ACARAU/CE**

MONTO DE REFERÊNCIA: NI

MATERIAL(IS) ROUBADO(S)/APREENDIDO(S):

HISTÓRICO: B.O. - AS

Assina a declarante que em data e local acima citados seu esposo (FRANCISCO VALTER ROCHA) foi vítima de acidente de trânsito; Que a vítima pilotava a moto HONDA CG 150 SPORT, ANO 2005, COR VERMELHA, PLACA JUR 5327, CHASSI C2KC08605R019603, documentada em nome de EDILSON ARAUJO DE SOUSA, quando foi surpreendido por uma outra motocicleta que vinha em sua direção; Que a vítima sofreu uma fratura na perna direita e algumas escoriações; Que recebeu os primeiros socorros no hospital desta urbe, em seguida foi encaminhado para a Santa Casa de Sobral; Que nada mais disse.

DADOS DA VÍTIMA

NOME: FRANCISCO VALTER DA ROCHA

RG: 277952494 ÓRGÃO EMISSOR: SSP UF: CE

DATA DE NASCIMENTO: 11/05/1976

RELACIONAMENTO: JOSE IGINO ROCHA

MARIA DAS GRACAS ROCHA

ENDEREÇO: R LOCALIDADE DE CARRAPATEIRAS 0

ACARAU/CE

TELEFONE: 88-99760646

DADOS DO NOTICIANTE

NOME: CÉLIA MARIA SILVEIRA

G: 336120098 ÓRGÃO EMISSOR: SSP UF: CE
FILIAÇÃO: FRANCISCO DA CHAGAS SILVEIRA
MARIA DAS GRAÇAS SILVEIRA
ENDEREÇO: LGO LOCALIDADE DE CARRAPATEIRAS
ZONA RURAL 62580000
ACARAU//CE TELEFONE: 88-99



DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ACARAU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: [Signature]
MATRÍCULA: 133957- -

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: [Signature]
ESTO DO DELEGADO(A):

[Signature]
Bel. Flávio Artur Novaes
Delegado de Polícia
Mat. 14677

REGISTRO DE ATENDIMENTO
EMERGENCIAL E RECEITUÁRIO

LAUDO MÉDICO ATESTADO
HANTER O PROVENTO SUPLENTE
COMO PERMANENTE



**REGISTRO DE ATENDIMENTO
EMERGENCIAL E RECEITUÁRIO
MÉDICO**

**(LAUDO MÉDICO ATESTANDO
HAVER O PROMOVENTE SOFRIDO
LESÃO PERMANENTE)**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIAL

Aten: 2661326 Dt. Atende: 16/01/2011 - 20:47
 Reg.: 255555 Dt Nasc: 11/05/1976
 Nome: FRANCISCO WALTER ROCHA
 End.: SÍTIO CARRAPATEIRAS 0
 : ACARAU-CE; CEP: 62560000



MENTO: ADULTO ☒

PEDIÁTRICO ☐

CIRÚRGICO ☒

ACOLHIMENTO

CAÇÃO DE RISCO: ☒

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 20:43.

ÊNCIA:

UROU PSF: SIM ☒

CAUSAS: ☒ ENCAMINHADO

☐ NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA

☐ NÃO TINHA MÉDICO

☐ POSTO ESTAVA FECHADO

☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

NÃO ☐

CAUSAS: ☐ NÃO É EFICIENTE

☐ É LONGE DE CASA

☐ NUNCA TEM MÉDICO

NSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

☐ SAMU

☐ CARRO

☐ DEAMBULANDO

☒ OUTRAS AMBULANCIAS

☐ MOTO, BICICLETA...

ACOLHIMENTO:

isou muito com medo, refere dor no
 MTB + lesões, refere forte dor.
 40,80 PULSO: TEMP.: PESO:

E ACIDENTE:

ente c/ objetos corto-contusos

☐ Acidente por arma de fogo

☒ Afogamento

ue elétrico

☐ Queda. De onde?

tão accidental:

☐ Corpo estranho

☐ Produto químicos farmacêuticos

naduras:

☐ 1º Grau

☐ 2º Grau

☐ 3º Grau

Por: ☐ Água

☐ Óleo

☐ Álcool

☐ Elétrico

elamento:

☐ Carro

☐ Moto

☐ Bicicleta

☐ Outros

☐ com cinto

☐ sem cinto

☐ Moto:

☐ com capacete

☐ sem capacete

edura de animais:

☐ Doméstico

☐ Selvagem

☐ Ofídico

DO ACIDENTE:

TIPO DE TRAUMA

- ☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMATISMO
☐ ESPANCAMENTO ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESMEMBRAMENTO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO: _____

ID: 16/01/11 A função
 B exame
 C medic
 D ex w 15
 E futura

CONDUTA: Max + Ibel

DIAGNÓSTICO: politrauma

Ass. Médico - CRM

Dr. Adenilson
CREMEC: 16.01.11

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

☐ COM MEDICAÇÃO

☐ SEM MEDICAÇÃO

☐ ALTA COMPLEXIDADE

☐ INTERNAÇÃO

☐ CLÍNICO

☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☒ INTERNADO: ☐ CLÍNICO ☒ CIRÚRGICO
☐ ALTA
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

ALTA DO PACIENTE

16.01.11

16/

Santa Casa de Med. de Sobral
 SAME
 CONFERE COM ORIGINAL
 Matrícula Arquivo
 COORDENADOR

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



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

NOME COMPLETO DA VITIMA:

Francisco VALTER Rocha

NUMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

16/01/2011

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

16/01/2011

NOME COMPLETO E CRM (MÉDICO):

Francisco DAS CHAGAS PEREIRA CRM 6011

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura exposta perna direita com perda osso (LMI)

RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

17/01/2011 → TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSE PERNA COM FIXAÇÃO EXTERNA

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?

☐ SIM

☒ NÃO

CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

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

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

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

PERNA DE 20% DA FUNÇÃO DA PERNA DIREITA

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE 17/01/2011 A 01/09/2011, E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Susnel

LOCAL

01/09/11

DATA

Francisco das Chagas Pereira
ORTOPEDIA - ATROLOGIA
CPF: 355.912.88-38M-6011

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA

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



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

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: FRANCISCO VALTER ROSITA
NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ATENDIMENTO: 16/01/2011
DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 16/01/2011
NOME COMPLETO DO MÉDICO: FRANCISCO DOS SANTOS CHAGA
RESULTANTES DO ACIDENTE: FRACTURA EXOSTA PERNA DEXT COM PERDA OSSOS (LUM)

DATA DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):
17/01/2011 → TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRACTURA EXOSTA
OSSO PERNA COM FIXAÇÃO EXTERNA

EXISTE ALGUM DEFÉITO FÍSICO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO
CASO POSITIVO DESCRIVER:

DECLARAÇÃO: A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.
☒ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

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

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

PERNA DE 20% DA FUNÇÃO DA PERNA DEXTA

PERÍODO EM QUE SE DEVEU AVALIAR A VÍTIMA NO PERÍODO DE 17/01/2011 A 01/03/2011
AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

SUSCRO 01.05.11

Francisco dos Santos Chaga
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 33884/2008 - RJM 6014

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL DATA ASSINATURA DA VÍTIMA



DADOS DO PACIENTE:

Nome: 295099
 Nome: FRANCISCO VALTER ROCHA
 Sexo: MASCULINO
 Data de Nascimento: 11/5/1976
 Nome da Mãe: MARIA DAS GRACAS ROCHA
 Nome do Pai: JOSE HIGINO DA ROCHA
 Estado Civil: SOLTEIRO
 Endereço: SÍTIO CARRAPATEIRAS
 Número: Nº.....0
 CEP: 62500-000
 UF: CE
 CFP: 78237408348
 Idade: 34a 8m 1d
 Cor: PARDA
 CNS:



DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:
 Endereço:
 Contato:
 E-mail:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Admissão: 2001347 Atendente: MILITAO
 Data: 16/01/2011 Hora: 22:18 Permanência: 3 Dias
 Pedido: 0413040178 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA C/
 Médico: ADERBAL BEZERRA MARTINS
 Unidade Intensiva: UI EMERGENCIA - ADULTA
 Cama: LEITO 028-EXTRA
 Plano: SUS - SIH
 Número: 1
 Teira:
 Guia:

Assinatura do Paciente ou Responsável

Observações:

SC Santa Casa de M. de Sucri
 CONFERE O ORIGINAL
 Maílce Araújo
 COORDENADORA

SUS

Sistema Único da Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

ANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

ANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE

END.: 2661347 DT. ATEND.: 16/1/2011 - 22:16

TRI.: 295899 NASCIMENTO.: 11/5/1976

NOME.: FRANCISCO WALTER ROCHA

E.: MARIA DAS GRACAS ROCHA

S.: 78237408349 CNS: SUSFACIL:

ENDER.: SÍTIO CARRAPATEIRAS 0

CIRRO: - ACARAU

-CE- CEP: 62580000

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

CIMENTO

Masc.

1

Fem.

3

10 - RAÇA/COR

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Vítima de queda de moto, com CLW 15,
fratura do MJD.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

morte de vida

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

análise + exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura exposta pé da direita

24 - CID 10 PRINCIPAL - 25 - CID 10 SECUND - 26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

cirurgia

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

(X) CPF

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Mário Fozza Martins

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16 de 11

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Mário Fozza Martins
COORDENADOR

PDS/IA/0167(V)

(88) 3611.3723

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2



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
9 - SEXO	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
11 - TELEFONE DE CONTATO	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
15 - UF	16 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO MUDANÇA	21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL	23 - CID 10 PRINCIPAL
24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	29 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - QTDE.
32 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - QTDE.
34 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	35 - QTDE.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fixador externo Linfix Bichon 11 para
fratura do fêmur esquerdo
sem fratura III

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40 - DATA DA SOLICITAÇÃO
41 - DOCUMENTO	42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	46 - DATA DA SOLICITAÇÃO
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	50 - DATA DA SOLICITAÇÃO

Francisco das Chagas Pereira
ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA
CPF: 330.249.113-69 - CRM: 6041
Márcia Cleide
COORDENADORA



Hospital Maternidade Dr. Moura Ferreira

Mãe - 1115 dos Anjos, Pedro
Pai - José Inácio de Paula

FICHA DE REFERÊNCIA



UNIDADE DE ORIGEM: SAPAMI

UNIDADE SANITÁRIA: Anônimo Valtier Paula

MUNICÍPIO: Acarai

☒ Data de Nascimento: 11/05/76

Nome: Canopati nos

Local de Encaminhamento: PRIMEIRA VITIMA DE ATITUDE MEXCIBIDA
TRAMPA COM MIO

Estado de Exames: RX - FURTO TIGRA (P)

Exame Realizado: INVESTIGACAO + MEXCIBIDA

Exame Diagnóstico: PRIMEIRA EXPOSICAO TIGRA (P)

Assinatura do Especialista: Alexandre Geral
CREMEC 11785

AGENDAMENTO

Local de atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Atendimento Diagnóstico ☐

Profissional: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____

Endereço de Referência: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Endereço de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: ____/____/____

Exame Clínico / Cirúrgico: Osteomielite

Estado de Exames: _____

Exame Principal: Exame de TIGRA CID: _____

Secundário 1: _____ CID: _____

Secundário 2: _____ CID: _____

Resposta de conduta para segmento

O problema justifica a referência? ☒ Sim ☐ Não

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CPF: 330.649.112-49 - CRM: 6011

Assinatura do Consultante - Nº Registro

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? ☒ Sim ☐ Não

Paulo

Função



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva



Data: 17/01/2011
Hora: 01:13

Ficha de Cirurgia Descritiva

Ido de Cirurgia: 169475
Paciente: 295899
Convênio Atend.: 1
Leito: 1269

Sala: 0005 SALA 05
FRANCISCO VALTER ROCHA
SUS - SIH
LEITO 026-EXTRA
Dt. Fim:

Atendimento: 2861347
Carteira:
Idade: 34 Anos 5 Dias 1 Hora

Procedimentos

Procedimento: 0408050500
Convênio: 001
Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
SUS - SIH
BLOQUEIO RAQUI

CIRURGIA
POTENCIALMENTE CONTAMINADA

Equipe Médica

ANESTESISTA
CIRURGIÃO
AUXILIAR

6171 ALBERTO MOUZINHO NUNES SOARES
6011 FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA
12196 THIAGO MONT'ALVERNE LOPES PARENTE

Descrição

Descrição Cirúrgica:

POSICIONAMENTO DO PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL
ESQUÊMA COM FAIXA DE SMACH NO MEMBRO INFERIOR
ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIA COM CAMPOS CIRÚRGICOS PRIMÁRIOS
FIXAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
INCISÃO ANTERO-LATERAL CENTRADA NO FOCO DA FRATURA
DIERESE POR PLANOS ATÉ VISUALIZAÇÃO DA FRATURA
REDUÇÃO ANATÔMICA DA FRATURA DA TIBIA
FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO P/ TIBIA
RETIRADA DA FAIXA DE SMARCH
HEMOSTASIA RIGOROSA E DEFINITIVA
SUTURA MINIMA DA PELE
CURATIVOS ACOLCHOADO

OBSERVAÇÕES:

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Francisco das Chagas Pereira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CPF: 330.649.113-68 - CRM: 6011

DR(A): FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA
CRM: 6011

Dr. Thiago Mont'Alverne L. Lopes
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 12196 - CPF: 841.343.093-97

100 Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COMO ORIGINAL
Márcia Araújo
COORDENADORA

Patron's

1	2	3	4
---	---	---	---

Did you

--	--	--	--	--

U.S.	DESL	CON

RESPIRADOR	DESL
------------	------

001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	011	012	013	014	015	016	017	018	019	020	021	022	023	024	025	026	027	028	029	030	031	032	033	034	035	036	037	038	039	040	041	042	043	044	045	046	047	048	049	050	051	052	053	054	055	056	057	058	059	060	061	062	063	064	065	066	067	068	069	070	071	072	073	074	075	076	077	078	079	080	081	082	083	084	085	086	087	088	089	090	091	092	093	094	095	096	097	098	099
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

UG	DESL	CO
----	------	----

GLICEMIA				
----------	--	--	--	--

VALORI	HOPRA	VA
--------	-------	----

	VALOR	HORA	VA
--	-------	------	----

	VALOR	HORA	VI
--	-------	------	----

OMBAS DE INFUSÃO	LIGADO
------------------	--------

[illegible]

23	
24	

281 - CRIMINAL COLLAGE - (RM)

1870

PLANO TERAPEUTICO

[illegible]

CONFERENCE MO ORIGINAL
Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
MAY 19 1964
MAY 19 1964



PLANO TERAPEUTICO



Nome:	Clinica:	Enf.:	Mat.:	Reg.:	Peso:	Altura:
Data: 1 / 1	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM	SINAIS VITAIS		
			8:40h - paciente em repouso, bem-estar, sem queixas.	HORA	TEMP	PA
			08:50 Realizado na S. Ka	P	FR	
			quem para idor contu			
			tridada de coo balamin			
			do Ac Vane			
			11:00 Paciente com	USO O ₂ e AR COMP.		
			brunha. Não há	LIG.	DESL	CONT.
			medicacão. Com			
			medicacão medice	O ₂		
			absolutamente aus	AR		
			algas do cateter	AR		
			resmo tubercul	RESPIRADOR		
			de diuio apai	LIG	DESL	
			do medice au	LIG	DESL	
			manu 600 ml	Continuo		
			duela de gacade	LIG	DESL	CONT.
			(Margida F. Oliveira)	Monitor	LIG	DESL
			CONF. DE ENFERMAGEM	Oxímetro	LIG	DESL
			CORENICE 418.224	GLICEMIA		
			14:35 - Paciente - 2 cel	HORA	VALOR	VALOR
			mo, coardado, curado	HORA	HORA	VALOR
			esphero, apuracac	HORA	VALOR	VALOR
			uio com guador ex	HORA	VALOR	VALOR
			temo, culata alga no	BOMBAS DE INFUSÃO		
			local, SE tubercul	MEDICACAO	LIGADO	DESLIG
			duo, curado			
			de E. curado. Outa			
			Comuniz. ingus			
			astu. ingus			
			monu. ingus			
				ECG 48		
				Bain X 30		

Ratio X às

04h
 05h
 06h
 07h
 08h
 09h
 10h
 11h
 12h
 13h
 14h
 15h
 16h
 17h
 18h
 19h
 20h
 21h
 22h
 23h
 24h

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
 Sistema de gerenciamento da Unidade
 de Preservação e Evolução

OK

Página: 1/1
 Artista: PMS/DAGS
 Data: 18/03/2011



Registro: 056072 Data: 19/01/2011 20:50
 Assunto: CENSO
 Identificação: 0001347 Dt. Nasc: 11/05/1976 (34) (m 9f)
 Condição: 34 - SIM
 Paciente: 000000 - FRANCISCO VALTER RUIZ
 Sexo: 2 - ALUNA Sub. Condição:
 Internação: 16/01/2011 21:15 3 dias(s) 01
 Médico: AGRUP. DE ENFERM. MARTINS Serviço: CIRURGIA GERAL
 Med. Int.: DR. TRANSMUTANTE - R. JAVIER Leito: 1330 - D. S. G. J. JAVIER Cobertura: (OBSERVAÇÃO) ABERTO
 Cid.: 1987 ALCÓOES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO, NÃO ESPECIFICADOS Cid.: 1/
 Diagnóstico:
 Classificação de risco:

RASCUNHO RASCUNHO RASCUNHO RASCUNHO RASCUNHO RASCUNHO RASCUNHO RASCUNHO RASCUNHO RASCUNHO

DATA	Qtd Unidade	SH	Adl	Frequência	Data	Horários
1. BETA LURE	1					
HIGIENIZAÇÃO UNIDADE	Qtd Unidade	SH	Adl	Frequência	Data	Horários
2. BORO HIGIENIZADOR A SE. 500ML. FRASCO	4 FRASCO	EV		1 DIA	[20/01]	09
HIGIENIZANTES ORCAMENTOS	Qtd Unidade	SH	Adl	Frequência	Data	Horários
3. ALCOOL 70% 500ML 100 AMPOLA	1 AMPOLA	EV		06:00 HRS	[20/01]	09
4. ETATO. 2000 FRASCO AMPOLA	1 FRASCO AMP	EV		12:12 HRS	[20/01]	06
5. BORO. 1000ML 100 AMPOLA	1 AMPOLA	S	GR	06:00 HRS		
ORC.: ALCOOL 0,6 SE.						
PARAFARM	Qtd Unidade	SH	Adl	Frequência	Data	Horários
6. SERINGA DESCARTAVEL 0,5 X 4,5	4 UNO					
7. SERINGA DESCARTAVEL 1,5 X 4,5	4 UNO					
8. SERINGA DESCARTAVEL 10ML LUBR LOCK	9 UNO					
9. SERINGA DESCARTAVEL 40X12	9 UNIDADE					
PARAFARMACIA	Qtd Unidade	SH	Adl	Frequência	Data	Horários
10. ETATO. 1000 ML FRASCO AMPOLA	1 FRASCO AMP	EV		06:00 HRS	[17/01]	09
ORCUTIVATIVA					[20/01]	16

Dr. Audy R. de Oliveira
 CÍRURGIA
 CPF 370.742.887-72 CRM-2411

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
 CONFERE COPIA ORIGINAL
 Marilene Araújo
 Coordenadora

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL - RESPEITO, AMOR E DEDICAÇÃO

SINAIS VITAIS

HOSPITAL DE SORVAL
Unidade de Gerenciamento da Saúde
Prescritor / Evidências

Volume: 1/1
Estado: PARANÁ
Data: 19/01/2011 22:53



Paciente: 050353 Data: 20/01/2011 22:53
Idade: 36 anos
Sexo: M Masc: 11/05/1976 (34a De 100)
Endereço: 000 - SORVAL
Profissão: 050009 - FARMACIA VALER MOREIRA
Altura: Sup. Corporal:
Peso: 160/1347 11/05/2011 22:53 4 (Masculino) int
Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS MOREIRA
Unid. Int.: UT ORTOPEDIA - S. JOAQUIM Serviço: TRAUMATO-ORTOPEDIA
Cidade: 1989 AFECCOES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTANEO, NAO ESPECIFICADAS Leito: 1250 - C.S. SMO JOAQUIM Coberturas: OBSERVACAO ABERTA
Prontuário: 1989 AFECCOES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTANEO, NAO ESPECIFICADOS Ciclo: 1/
Classificação de Risco:

RASCUNHO RASCUNHO RASCUNHO RASCUNHO RASCUNHO					
DIETA					
1 DIETA LIGER	Qtd Unidade	SH	Anl	Frequencia	Data Horarios
	1				
HYDRATACAO VENOSA					
2 SORO CLORURO DE SODIO 500ML FRASCO	Qtd Unidade	SH	Anl	Frequencia	Data Horarios
	4 FRASCO	EV		LIGER	[21/01] . 09
TRATAMENTO INJETAVEL					
3 DIFTERIA SORUM 2ML AMPOLA	Qtd Unidade	SH	Anl	Frequencia	Data Horarios
	1 AMPOLA	EV		0600 HORA	[21/01] . 00 . 06 . 12
					18
4 TETANIL 2000 FRASCO AMPOLA	1 FRASCO AMP	EV		1200 HORA	[21/01] . 06 . 18
5 DIFTERIA SORUM 2ML AMPOLA	1 AMPOLA	S	SR	0600 HORA	
Obs.: APPLICAR 0.6 SC.					
PATROLA					
6 BORDA DESGASTADA 01ML S/ AQUELA	Qtd Unidade	SH	Anl	Frequencia	Data Horarios
	4 UNO				
7 AQUELA DESGASTADA 13 X 4,5	4 UNO				
8 BORDA DESGASTADA 10ML LIGER LIGER	9 UNO				
9 AQUELA DESGASTADA 40X12	9 UNIDADE				
ANESTESICOALGIA					
10 CERATOLINA 10 FRASCO AMPOLA	Qtd Unidade	SH	Anl	Frequencia	Data Horarios
	1 FRASCO AMP	EV		0800 HORA	[21/01] . 06 . 14 . 22
Justificativa prescrita					

Alto possivel

Francisco das Chagas Pereira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CPF: 300.849.113-68 - CRM: 60171
FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA
CRM: 60171

SECRETARIA DE SAÚDE
CONFERE COM O ORIGINAL
Mário Araújo
COORDENADOR

PLANO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM

[illegible]



EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA



PROFISSIONAL:

NOME: Francisco Valters Nóbrega

Nº PRONTUÁRIO 295299

SETOR: S. Siquiera

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA	
16/01/11	1º Exame físico
17/01/11	1º Exame físico sem queixas suspeito de lesão na articulação gleno humeral do membro superior
18/01/11	1º Exame físico controle gleno humeral
19/01/11	1º Exame físico controle gleno humeral
20/01/11	Alta possível

Dr. Francisco Valters Nóbrega
CRM: 6011

Francisco das Chagas Pereira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CPF: 330.649.113-68 - CRM: 6011

Francisco das Chagas Pereira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CPF: 330.649.113-68 - CRM: 6011

Francisco das Chagas Pereira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CPF: 330.649.113-68 - CRM: 6011

Francisco das Chagas Pereira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CPF: 330.649.113-68 - CRM: 6011



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA



ATEND.: 2661347 DT. ATEND.: 16/1/2011 - 22:16
MATR.: 295899 NASCIMENTO.: 11/5/1976
NOME...: FRANCISCO VALTER ROCHA
MAE....: MARIA DAS GRACAS ROCHA
CPF....: 78237408349 CMS: SUSFACIL:
ENDER.: SÍTIO CARRAPATEIRAS 0
BAIRRO: - ACARAU

-CE- CEP: 62500000



QP:	dor na perna direita	
HDA:	Paciente vítima de queda de moto, com lesão	
	A	perna
	B	lesão
	C	lesão
	D	lesão
	E	lesão perna D
EXAME FÍSICO:		
DIAGNÓSTICO INICIAL:	Fratura exposta perna direita	
CONDUTA:	Internato	
DIAGNÓSTICO FINAL:	FRATURA EXP. TÍBIA ①	
DATA:	16.01.11	
Hora:		
Ass./CRM:		

CONFERE ORIGINAL
Márcia de Araújo
COORDENADORA

Dr. André
COORDENADOR