



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007213128 - 9 DATA DE EXPIÇÃO 15/10/2008

NOME
JOSINEUDO DE SOUSA ARAUJO

FILIAÇÃO
JOÃO LIMA DE ARAUJO
LUZIA LUZIRENE DE SOUSA ARAUJO

NATURALIDADE RUSSAS - CE DATA DE NASCIMENTO 21/12/1980

DOC ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SÃO JOÃO DE DEUS TERMO: 2144
FOLHA: 36V LIVRO: A3 RUSSAS - CE
CPF 921.079.073-15 RG: ANT: 3379523-99 P.: 122

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura
JOSINEUDO DE SOUSA ARAUJO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 08/05/00

DADOS DO CLIENTE

Nome: EDNARA LARA MENDES PAULINO
End. Leitura: RU DOR JOSE HELIO DE OLIVEIRA, 553, PLANALTO DA CATU
Cidade: RUSSAS **CEP:** 62900-000
End. Entrega:
Cidade:
Local: 752 **Sector:** 001 **Quadra:** 0041 **Lote:** 0082 **Comp:** 0000
Subsector: 00 **Subquadra:** 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 **Comercial:** 000 **Industrial:** 000 **Pública:** 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral(m³)
ÁGUA	R11F033596	757	778	21	5

DATAS

Leitura Atual: 01/09/2018 **Emissão:** 01/09/2018 **Lacre Água:** 3102346
Leitura Anterior: 01/08/2018 **Próxima Leitura:** 01/10/2018 **Lacre Esgoto:**

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 07/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	0-48	0-48	0-10	0-48	0-48
Analisadas	0-48	0-48	0-48	0-48	0-48
Em conformidade	0-48	0-32	0-25	0-48	0-48

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Constatamos debito de R\$ 49,29. Caso pago, desconsiderar.
 DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA
 JUROS DE 0,033% AO DIA
 MULTA DE 2%
 PARCELAMENTO DE DEB 3/6

Valor (R\$)

75,51
 0,33
 0,87
 18,89

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
FEV/18	11	0
MAR/18	5	0
ABR/18	6	0
MAI/18	9	0
JUN/18	0	0
AGO/18	9	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,91
COFINS	4,57

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	101,36
VALOR DO SUBSÍDIO	5,76
VALOR TOTAL A PAGAR	95,60

MÊS/ANO

09/2018

VENCIMENTO

01/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

95,60

ONDE PAGAR SUA FATURA: I: 352967053812107 L: 0438 H: 06:52:29 R: 032 P: 001

Bancos: Bradesco, BNB, 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.

Central de Atendimento
Cagece
 0800 275 0195

Cagece
 MOBILE

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

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da 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 283 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.

consumidor.gov.br
 É seu. É fácil. Período.

155
 Ouvidoria Geral do Estado

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 096258020 **Código de Responsável:** 352967053812107 - 0438 **Mês/Ano:** 09/2018
Local: 752 **Sector:** 001 **Quadra:** 0041 **Lote:** 0082 **Comp:** 0000
Subsector: 00 **Subquadra:** 00
Cidade: RUSSAS **Vencimento:** 01/10/2018 **Total (R\$):** 95,60

82680000000 0 95600009900 5 09625802001 3 03000822015 1



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

JOSINEUDO DE SOUSA ARAÚJO, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade nº 20072131289 SSP/CE e inscrito no CPF sob o nº 921.079.073-15 SSP/CE, residente e domiciliado na Rua Droutor Jose Helio de Oliveira, Nº 553, Planalto da Calumbela, Russas/CE, CEP: 62.900-000.

OUTORGADOS:

FAGNER XAVIER GOMES, casado, inscrito na OAB – CE sob o nº 30.338, residente na Rua Ocion Lopes da Silveira, 686 – Bairro Várzea Alegre, CEP: 62.900-000, Russas-CE, onde recebe intimações.

PODERES:

Os das cláusulas "AD JUDITIA ET EXTRA" ao qual confere amplos poderes, por prazo indeterminado, para, de acordo com o Art. 105 do Código de Processo Civil, atuar judicial ou administrativamente praticando todos os atos necessários à defesa do outorgante além de poderes inerentes ao mandato, podendo propor e contestar ações, receber citações, intimações e notificações, confessar, reconhecer a procedência do pedido, recorrer, impugnar, concordar, discordar, transigir, desistir do direito em que se funda a ação, receber e dar quitação, declarar, fazer acordos, negociar, assinar, firmar compromissos, levantar valores mediante alvarás judiciais e/ou requisitórios de pequeno valor (RPV's), enfim, praticar todos os demais atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato, podendo substabelecer no todo ou em parte, com ou sem reserva os poderes ora conferidos, e ainda os poderes específicos de promover ações judiciais em face da União Federal (Fazenda Nacional) para ação de restituição do imposto de renda cobrado sobre o saque ou benefício de aposentadoria privada fechada.

Russas, 14 de agosto de 2018.


JOSINEUDO DE SOUSA ARAÚJO
RG: 20072131289

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENTE

JOSINEUDO DE SOUSA ARAÚJO, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade nº 20072131289 SSP/CE e inscrito no CPF sob o nº 921.079.073-15 SSP/CE, residente e domiciliado na Rua Droutor Jose Helio de Oliveira, Nº 553, Planalto da Catumbela, Russas/CE, CEP: 62.900-000.

DECLARO para os devidos fins legais que se fizerem necessários que não tenho condições financeiras, não podendo arcar com o ônus processual em face da lei Nº. 1060/50 e no artigo 5º, inciso LXXIV da Constituição Federal, requerendo por fim o benefício da gratuidade judiciária.

Russas, 14 de agosto de 2018.


JOSINEUDO DE SOUSA ARAUJO
RG: 20072131289

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FAGNER XAVIER GOMES e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 01/11/2018 às 14:38, sob o número 0175556470188060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0175556-44.2018.8.06.0001 e código 3F-868AF.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012965057775
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTRC EXERCÍCIO
01 885774191 0000000000 2017

NOME
MARIA JOSINEIDE DE SOUSA ARAUJO

RUSSAS/CE

CPF/CNPJ PLACA
60032924313 HXG7224

PLACA ANT/UF CHASSI
//CE 9C2JA04206R849614

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PES/MOTONETA/NAO APLIC. * GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD
HONDA/BIZ 125 ES 2006 2006

CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/0CV/124CC PARTIC PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC/COTAS
1: *****
2: *****
3: *****
FAIXA LPVA PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
180.65 0.70 185.50 19/05/2017

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
RUSSAS 31/05/2017

Assinatura: Igor Ponte
DeTRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012965057775 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 31/05/2017

VIA CPF / CNPJ PLACA
01 60032924313 HXG7224

RENAVAM MARCA / MODELO
885774191 HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB CAT. TARIF Nº CHASSI
2006 09 9C2JA04206R849614

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
81.29 9.03 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
4.15 0.70 185.50

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 19/05/2017

DESPACHANTE
LOTE/DOC: 138107/13 LACRE
MOTOR: JA04E26849614
CNPJ 03.245.608/0001-04
www.seguroalider.com.br

JUL-2016



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** prestou atendimento ao Sr. **JOSINEUDO DE SOUSA ARAÚJO**, portador do RG 20072131289 inscrito no CPF 921.079.073-15, no dia 25/12/2017, às 19h00, no município de Russas/CE, na Av. Irmã Maria das Graças, vítima de queda de moto, sendo encaminhado para a **UPA de Russas**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES**, **ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 16 de Fevereiro de 2018


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - Ce
Fone: (85) 3433 7434

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 322 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **24/01/2018 11:25:53**
 Data / Hora da Ocorrência: **25/12/2017 21:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA IRMÃ MARIA DA GRAÇA**
 Complemento:
 Bairro:
 Município: **RUSSAS/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSINEUDO DE SOUSA ARAUJO**
 Nascimento: **21/12/1980** CPF:
 CARTEIRA DE RESERVISTA: Orgão Emissor: **SSP** UF:
6924552
 Filiação: **LUZIA LUZIRENE DE SOUSA ARAUJO**
JOAO LIMA DE ARAUJO
 Endereço: **RUA PADRE MARCONDES, 647**
 Bairro: **PLANALTO BELA VISTA**
 Município: **RUSSAS/CE** CEP: **62.900-000**
 País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXG7224** Uf: **CE** Município: **RUSSAS** Chassi:
9C2JA04206R849614 Renavam: **885774191** Tipo do Veículo:
MOTONETA Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 125 ES** Ano Fabricação: **2006**
 Ano Modelo: **2006** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário:
MARIA JOSINEIDE DE SOUSA ARAUJO Situação: **NÃO INFORMADO**
 Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Narra a vítima que vinha em sua motocicleta momento em que avistou um cachorro na pista, que tentou desviar, mas não conseguiu vindo a colidir no canteiro da pista; Que veio a cair ao chão e sofreu na queda uma fratura no punho esquerdo; Que foi socorrido por populares e levado a UPA da cidade de Russas; Que é devidamente habilitado na categoria AB; Que teve como testemunhas as pessoas de **IVANILDO DE SOUSA** e **MARIA CELIA CAVALCANTE OLIVEIRA**. NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

SAMUEL RODRIGUES CAMURÇA - MAT.: 300081-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

BRUNO SILVA - MAT.: 30084616

DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

Pág. 1 de 1

Impressa em: 24/01/2018 11:32:21

AMARELO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - RUSSAS CE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

1700237161	25/12/2017 19:27:41	FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA	NOTURNO	26
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
JOSINEUDO DESOUSA ARAÚJO		21/12/1980	37 A 0 M 4 D			00068525
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	20072131289	SSPCE	16/10/2015	M		PARDA
Mãe	LUIZIA LUZIRENE DE SOUSA ARAÚJO		Pai	JÃO LIMA DE ARAÚJO		
Endereço	RUA - RUSSÁS - S/N - CENTRO - RUSSAS - CE					Ocupação
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
AMARELO	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
CONSULTA	URGÊNCIA		PSF - PSF - DOM			
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTANEA		DEUZIMAR.UPA			
Queixa Principal		☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue				
Pct frays pelo soro, com história de acidente de trânsito, moto, colidido em canteiro central. Refere algia em MIE + algia em cervical. Neuq HAS + PM + alguns medicações.						
Anamnese de Enfermagem		Admitido, consciente, em mesa e mobilizado completo.				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 19:27:41)		GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				
CUREN - CE 455404						
— Acidente Automotivo						
— dor em lombar						
Hipótese Diagnóstica						
Dor em lombar						
SADT - Exames Complementares						
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:						
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
1) Proscrito por...			20/15			
2) CAPTOPRIL 50mg SC.			(300)		20/15	
3) Diazepam 5mg + AD 20.						
P. A: 150 x 90 mmHg Hora: 21:04 D. A: 114. Hora: 21:04 P. A: 130 x 80 mmHg Hora: 22:23 D. A: 120 x 90 mmHg Hora: 23:30						
Condução			☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para:			
			☐ Ambulatório ☒ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta: 25/12/17			
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica						
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: aline.mf Data Hora: 25/12/2017 19:33:24						
22:06 - Pct apresenta quadro de hemorragia, avaliado por médico						

HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
Rua Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
CNPJ 07.774.000-00
CONFERE COPIA
27/12/2017 08:18:13
Arquivo



Guia de Atendimento 03
HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará



SUS - SUS

Profissional: MARCELO
Setor: TRAUMA/ORTOPEDIA

GUIA DE ATENDIMENTO

Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA
Consulta: URGÊNCIA

Turno: DIURNO

27/12/2017 08:18:13

7

Paciente: 00060471 - JOSINEUDO DE SOUSA ARAUJO

Sexo: M DN: 21/12/1980 - 37 A 0 M 6 D Est. Civil: Solteiro(a)

Endereço: RUA - PADRE MARCONDES - 647 - PLANALTO DA BELA VISTA - RUSSAS - CE - 62900000 - PROX AO

CNS: 898000564562701 CPF: 921.079.073-15 Identidad 20072131289 - SSPCE

Fone: (88) 98864-3254

Nome: PEDREIRO

Raça/Cor: PARDA -

Nº da Carteira

Validade:

Autorização:

Mãe: LUZIA LUZIRENE SOUSA ARAUJO

Pai: JOAO LIMA DE ARAUJO

SisPrenatal:

Anotações de Outros Profissionais

Peso: KG. Temp: °C. P. A. mmHg D. X.

Classificação de Risco: ☐ VERMELHO

☐ LARANJA

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Anotações Médicas

Condução

ANTONIO PEDRO DOS SANTOS ALBUQUERQUE
CBBR 010737
Radiologia

Diagnóstico:

Assinatura e Carimbo

Atesto a realização do Atendimento de acordo com os dados acima

Assinatura do Paciente ou Responsável

Atendimento: 1700228308

Registrado por: maria.aubetiza



FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

Município: **RUSSAS-CE**

Nome: OSINEUDO DE SOUSA ARAUJO Prontuário Nº 00068525
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 21/12/80 Ocupação: _____
Endereço: _____ Fone: () _____

Motivo do Encaminhamento: PACIENTE COM HISTÓRIA ACIDENTE DE VEÍCULO ONTEM À NOITE. EVOLUIU COM DOR E EDEMA EM PUNHO ESQUERDO.
Resultado de Exames: _____

Impressão Diagnóstica: TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO

Dra. Kézia de O. Soares
Médica
Assinatura do Médico/Carimbo

CLINICA
Função

26/12/17
Data

Hora

Unidade de Referência: HCSR
Procedimento: _____

Profissional: TRACIMEDICISTA

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado do (s) Exame (s): _____

Diagnóstico principal: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Consulta para Seguimento: _____

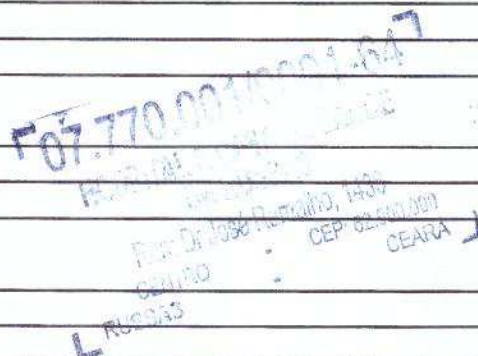
O problema justificou referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincidiu com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Médico/Carimbo

Função

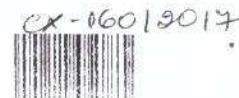
Data

Hora





HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará



1700228342 27/12/2017 11:05:14 GUIA DE ADMISSÃO () GUIA DE ATENDIMENTO () TRAUMA/CIRURGICO-01.020.002

Paciente: 00060471 - JOSINEUDO DE SOUSA ARAUJO Nascimento: 21/12/1980 Id: 37 A 0 M 6 D CNS: 898000564562701 CPF: 921.079.073-15

Documento: Identidade - 20072131289 - SSPCE - 15/10/2008 Sexo: M Estado Civil: Solteiro(a) Raça/Cor: Parda - Escolaridade: Ocupação: PEDREIRO

Endereço: RUA - PADRE MARCONDES - 647 - PLANALTO DA BELA VISTA - RUSSAS - CE CEP: 62.900-000 Complemento: PROX AO DNIT

Naturalidade: RUSSAS - CE Contatos: (88) 99664-3254

Mãe: LUZIA LUZIRENE SOUSA ARAUJO Pai: JOAO LIMA DE ARAUJO SisPreNatal:

Plano - Convênio: SUS - SUS Cadeira: Validade: Autorização:

Caráter de Atendimento: Urgência: CID Principal: Procedência: Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA Profissional Solicitante: MARCELO LOPES MAIA

Perm. Máxima (dias):

ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer () Exames Laboratoriais () RX () Ultrassonografia () Prótese () Mudança de Procedimento ()

Convênio Autorizado Até: Prorrogado Até:

Outros () Especificar:

Data da Saída: 31/12/2017 Motivo: () Curado () A pedido () Evasão () Transferido () ybito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Fratura de fêmur L-2m

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

OPERAÇÃO

PRINCIPAL:

TTM

SECUNDARIA:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

que 7 fêmur

de fêmur L-2m

Médico Responsável

Josineudo de Sousa Araújo
Paciente ou Responsável

Diretor Responsável

Guia emitida por: maria.aubetiza

01-3

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS		2 - CNES 232800-3
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO RECIPIENTE HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS		4 - CNES 232800-3
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE JOSINEUDO DE SOUSA ARAUJO		
6 - Nº DO PRONTUÁRIO 00060471		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) B98000564562701	8 - DATA DE NASCIMENTO 21/12/1980	9 - SEXO 1 - Masculino
10 - RAÇA / COR Parda		10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE LUZIA LUZIRENE SOUSA ARAUJO		12 - TELEFONE DE CONTATO (88) 99664-3254
13 - NOME DO RESPONSÁVEL JOSINEUDO DE SOUSA ARAUJO		14 - TELEFONE DE CONTATO (88) 99664-3254
15 - ENDEREÇO RUA PADRE MARCONDES - 647 - PROX AO DNIT - PLANALTO DA BELA VISTA		
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA RUSSAS		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO 231180
		18 - UF CE
		19 - CEP 62.900-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura exposta pulso (E)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRIMÁRIO

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura exposta

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DO DOCUMENTO

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

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

36 - TRAUMATOLÓGICA

37 - URGÊNCIA

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

39 - MARCELO LOPES MAIA

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - 27/12/2017

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

42 - CNPJ DA SEGURADORA

43 - Nº DO BÔNUS

44 - Nº DO BÔNUS

45 - CNPJ DA EMPRESA

46 - CNPJ DA EMPRESA

47 - CNPJ DA EMPRESA

48 - CNPJ DA EMPRESA

49 - CNPJ DA EMPRESA

50 - CNPJ DA EMPRESA

51 - CNPJ DA EMPRESA

52 - CNPJ DA EMPRESA

53 - CNPJ DA EMPRESA

54 - CNPJ DA EMPRESA

55 - CNPJ DA EMPRESA

56 - CNPJ DA EMPRESA

57 - CNPJ DA EMPRESA

58 - CNPJ DA EMPRESA

59 - CNPJ DA EMPRESA

60 - CNPJ DA EMPRESA

61 - CNPJ DA EMPRESA

62 - CNPJ DA EMPRESA

63 - CNPJ DA EMPRESA

64 - CNPJ DA EMPRESA

65 - CNPJ DA EMPRESA

66 - CNPJ DA EMPRESA

67 - CNPJ DA EMPRESA

68 - CNPJ DA EMPRESA

69 - CNPJ DA EMPRESA

70 - CNPJ DA EMPRESA

71 - CNPJ DA EMPRESA

72 - CNPJ DA EMPRESA

73 - CNPJ DA EMPRESA

74 - CNPJ DA EMPRESA

75 - CNPJ DA EMPRESA

76 - CNPJ DA EMPRESA

77 - CNPJ DA EMPRESA

78 - CNPJ DA EMPRESA

79 - CNPJ DA EMPRESA

80 - CNPJ DA EMPRESA

81 - CNPJ DA EMPRESA

82 - CNPJ DA EMPRESA

83 - CNPJ DA EMPRESA

84 - CNPJ DA EMPRESA

85 - CNPJ DA EMPRESA

86 - CNPJ DA EMPRESA

87 - CNPJ DA EMPRESA

88 - CNPJ DA EMPRESA

89 - CNPJ DA EMPRESA

90 - CNPJ DA EMPRESA

91 - CNPJ DA EMPRESA

92 - CNPJ DA EMPRESA

93 - CNPJ DA EMPRESA

94 - CNPJ DA EMPRESA

95 - CNPJ DA EMPRESA

96 - CNPJ DA EMPRESA

97 - CNPJ DA EMPRESA

98 - CNPJ DA EMPRESA

99 - CNPJ DA EMPRESA

100 - CNPJ DA EMPRESA

AUTORIZAÇÃO

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

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

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

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

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

55 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

56 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

57 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

58 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

59 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

60 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

61 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

62 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

63 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

64 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

65 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

66 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

67 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

68 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

69 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

70 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

71 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

72 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

73 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

74 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

75 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

76 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

77 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

78 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

79 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

80 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

81 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

82 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

83 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

84 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

85 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

86 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

87 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

88 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

89 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

90 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

91 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

92 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

93 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

94 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

95 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

96 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

97 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

98 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

99 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

100 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Carlos Roberto Rodrigues Venancio
 Médico Auditor CRM 9671
 Secretaria Municipal de Saúde de Russas

03/01/17



**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

BOLETIM DE OPERAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Josineide de Sousa Azeite

DATA: 30/12 /2017

LEITO: 213

DIAGNOSTICO CLÍNICO:

Fratura exposta
de fêmur

DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:

CONDIÇÕES DO PACIENTE

TEMPO	PULSO	RESP.	P.A.	GERAIS

ANESTESIA:

Bloqueio Supraclavicular + Sedação

OPERAÇÃO:

OTL

CLASSIFICAÇÃO:

INÍCIO: 15:25hrs FIM: 16:00hrs

ACHADOS (DESCREVER OS ÓRGÃOS EXPLORADOS E REGISTRE OS OS ACHADOS PATOLÓGICOS)

Fratura

de fêmur

DR. CLAUDIO GUERASIO
CRM: 4078

O QUE FOI FEITO:

Realizada
otl
de fêmur
com
placa
e parafusos
internos

DR. CLAUDIO GUERASIO
CRM: 4078

07770.001/0001-64
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
RUA DR. JOSE RAMALHO, 1436
CENTRO
RUSSAS - CE
CEP: 62.300-000

CONTAGEM COMPRESSAS:

Anestesista

Operador

Auxiliar

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

www.hcsrussas.com.br



HCSR

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

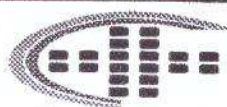
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Josilene de Sousa Araújo

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

DATA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
		Fratura exposta e sem cura? Apesar de... Apesar de...
28/12/17		Apesar de... Dr. Victor Pontes Paranhos CRM: 10.000
29/12/17		Apesar de... Dr. Victor Pontes Paranhos CRM: 10.000
30/12/17		Apesar de... Dr. Victor Pontes Paranhos CRM: 10.000
31/12/17		Apesar de... Dr. Victor Pontes Paranhos CRM: 10.000

13/10/18



HCSR
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

RESUMO DE ALTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Josineide de Sousa Araújo

ENFERMARIA: 21 LEITO: 03 PRONTUÁRIO: _____

RESUMO CLÍNICO:

Ende sapeu 6º dia

EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

TERAPÊUTICA UTILIZADA: Miner com Piquis

ADMISSÃO: 27/12/2017 ALTA: 14/12 DIAS INTERN.: 1

CONDIÇÕES DE ALTA:

MOTIVO: CURADO (), MELHORADO (☒), APEDIDO (), EVASÃO (), TRANSFERIDO (), ÓBITO ()
INALTERADO (), ADMINISTRATIVO (☒)

ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO:

DIAGNÓSTICO FINAL: Ditendo 130718

OBSERVAÇÕES: 7 33

[Assinatura]
MÉDICO RESPONSÁVEL



HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Dr. Jose Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará

EX-62100018



1800251201 23/06/2018 09:50:38 GUIA DE ADMISSÃO () GUIA DE ATENDIMENTO () TRAUMA/CIRURGICO-01.004.001

Paciente 00060471 - JOSINEUDO DE SOUSA ARAUJO Nascimento 21/12/1980 Id: 37 A 6 M 2 D CNS 898000564562701 CPF 921.079.073-15

Identidade - 20072131289 - SSPCE - 15/10/2008 M Solteiro(a) Parda- CEP 62.900-000 Complemento PROX AO DNIT

Endereço RUA PADRE MARCONDES - 647 - PLANALTO DA BELA VISTA - RUSSAS - CE CEP 62.900-000 Complemento PROX AO DNIT

Nome Luzia Luzirene Sousa Araujo (88) 99664-3254 Par SisPreNatal

Plano - Convênio SUS - SUS Validade Autorização

Caráter de Atendimento Eletivo Procedência Especialidade Trauma/ORTOPEDIA Profissional Solicitante Claudio Jose Fernandes Eufre

Alta Principal Procedimento Solicitado

ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer () Exames Laboratoriais () RX () Ultrassonografia () Prótese () Mudança de Procedimento

Convênio Autorizado Até: / / Prorrogado Até: / /

Outros () Especificar:

Data da Saída 24/06/18 Motivo () Curado () A pedido () Evasão () Transferido () ybito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

Fratura humero

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

OPERAÇÃO

PRINCIPAL:

SECUNDARIA:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

Fratura humero

Médico Responsável

maria elio c. oliveira

Paciente ou Responsável

Diretor Responsável

Guia emitida por: maria.aubetiza

23/06/18

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HCSR		2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE Jo Simão de Sousa Araújo		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 898 000 56 4562 7011		8 - DATA DE NASCIMENTO 21/12/1980
9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Jo Simão de Sousa Araújo
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua - Padre Manoel		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 889 664 3254
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Lençóis		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP CE 62900000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Dor no abdômen e febre		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TID Linney		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Bx		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL 21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS Fome e dor 27.10		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Bx		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408060352
26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO () CLÍNICA () AMBULATORIAL		28 - DOCUMENTO 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE () CNS () CPF
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE 39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR Carlos Roberto Rodrigues		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR () CNS () CPF		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 29/06/18
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Médico Auditor CRM 9871 Port. Nº 0033/2018 SEMUS/RUSSAS		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



HCSR
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

BOLETIM DE OPERAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Isidoro de Sousa Araújo

DATA: 23/ Junho 2018

LEITO: 5-4

DIAGNOSTICO CLÍNICO:

Fratura simples

DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:

CONDIÇÕES DO PACIENTE

TEMPO	PULSO	RESP.	P.A.	GERAIS

ANESTESIA:

OPERAÇÃO:

Redução

CLASSIFICAÇÃO:

INÍCIO: 17:35 FIM: 17:45

ACHADOS (DESCREVER OS ORGÃOS EXPLORADOS E REGISTRE OS OS ACHADOS PATOLÓGICOS)

Fratura simples

O QUE FOI FEITO:

curar
aplicar
placa
fixar

07.770.001/0001-64
RUA DR. JOSE RAMALHO 1436
CENTRO
RUSSAS
CEP: 62.800.000
CEARA

CONTAGEM COMPRESSAS:

Operador

Auxiliar

Anestesista

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

www.hcsrussas.com.br

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FAGNER XAVIER GOMES e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 01/11/2018 às 14:38, sob o número 01755564420188060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0175556-44.2018.8.06.0001 e código 3F86B5.



**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Isidoro de Sousa Araújo

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

DATA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
23/6/02		Amo = F-105 CFP Pel-receba
27/01-		Amo 18/02 S. S. S. S. S. RECEBUELA MUNDI US\$ 100.000,00 R\$ 770.000,00 FONTE: Dr. João Paulo, 1430 CENTRO RUSSAS CEP: 62.200-000 CEARA

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

www.hcsrussas.com.br



HCSR
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

RESUMO DE ALTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Bernardo de Sousa Araújo

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ PRONTUÁRIO: _____

RESUMO CLÍNICO:

Fratura fechada

EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

Debrid Gy

TERAPÊUTICA UTILIZADA:

ADMISSÃO: 23/05/18 ALTA: 10/10 DIAS INTERN.: 1/1

CONDIÇÕES DE ALTA:

MOTIVO: CURADO (), MELHORADO (✓), APEDIDO (), EVASÃO (), TRANSFERIDO (), ÓBITO ()
INALTERADO (), ADMINISTRATIVO (✓)

ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO:

DIAGNÓSTICO FINAL:

Fratura de fêmur

OBSERVAÇÕES:

DR. CLAUDIO ELIAS
ORTOPEDIA - RUA DR. JOSE RAMALHO
CRP-CE 1078

MÉDICO RESPONSÁVEL

RECEITUÁRIO

Paciente:

Leominster 22 June 1952

Endereço:

50 225

8) $\frac{d}{dx} \left(x^2 + 2x - 3 \right)$

2) Muscular bone ice
bone - bone

Victor Raimier Vieira
MÉDICO
CREMEC 15600

25, 12, 12

Data

PROFISSIONAL – CONSELHO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

IDENTIDADE: _____ ORGÃO EMISSOR: _____

CIDADE: _____ UF: _____

TELEPHONE: _____

SUA PARTICIPAÇÃO É FUNDAMENTAL NA LUTA CONTRA A DENGUE!



CNPJ: 07.770.001/0001-64

RECEITUÁRIO

Nome: Princessa Love
End.: M. Rosa C

7 CEFALEXIM 500 20
100 g/l

4 Voltaren 50 —
7 10 814

= medicamento
= antibiótico 13-01-18
em 36

Data: 13/01/18
DR. CLAUDIO TEIXEIRA Médico - CRM

Rua Dr. José Ramalho, 1436, Centro - CEP: 62.900-000 - Russas/CE
Fone: (88) 3411.0147 - Fax: (88) 3411.6611



CNPJ: 07.770.001/0001-64

RECEITUÁRIO

Nome: Princessa Love
End.:

7 3051 a Finestra
e Omnia

= medicamento

Data: 13/01/18

Médico - CRM

Rua Dr. José Ramalho, 1436, Centro - CEP: 62.900-000 - Russas/CE
Fone: (88) 3411.0147 - Fax: (88) 3411.6611

fls. 32



CNPJ: 07.770.001/0001-64

RECEITUÁRIO

Nome: _____

End.: _____

24/08/18
Ret
9/5a7
1
DR. CLÁUDIO EUFRÁSIO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-CE: 4078
Ret Fj

Data: ____/____/____

Médico - CRM

Rua Dr. José Ramalho, 1436, Centro - CEP: 62.900-000 - Russas/CE
Fone: (88) 3411.0147 - Fax: (88) 3411.6611



CNPJ: 07.770.001/0001-64

RECEITUÁRIO

Nome: Primer Jones

End.: _____

5
T/ MELDOR + J
1800 12/11

23618

Data: ____/____/____

Médico - CRM

Rua Dr. José Ramalho, 1436, Centro - CEP: 62.900-000 - Russas/CE
Fone: (88) 3411.0147 - Fax: (88) 3411.6611



CNPJ: 07.770.001/0001-64

RECEITUÁRIO

Nome: ATESTAN MÓDULO

End.: _____

ATESTAN MÓDULO
Joimend Loure
Anexo 4 Fratura
em Cuneiforme
da 1ª falange
do dedo médio
da mão direita
e lesão de 2ª e 3ª

Data: 10/03/12

DR. CLÁUDIO EUFRÁSIO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 4078

Médico - CRM

Rua Dr. José Ramalho, 1436, Centro - CEP: 62.900-000 - Russas/CE
Fone: (88) 3411.0147 - Fax: (88) 3411.6611



CNPJ: 07.770.001/0001-64

RECEITUÁRIO

Nome: Joimend Loure

End.: _____

1º Dº da Cuneiforme

2º Dº da Cuneiforme

Reitoria
Data: 10/03/12

Médico - CRM

Rua Dr. José Ramalho, 1436, Centro - CEP: 62.900-000 - Russas/CE
Fone: (88) 3411.0147 - Fax: (88) 3411.6611



Empresa: Luciana
Fone: 96643254

ATESTADO

Atesto que, Josimundo de Sousa

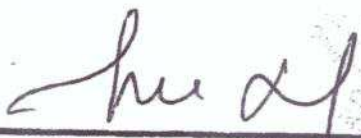
Arango

está impossibilitado(a) de trabalhar, por

Doença (15)

dias, a partir desta data 27/12/14, por

Fratura escapula (C)


MÉDICO - CRM
www.hcsrussas.com.br

Empresa, Juiz de Paz

Telefone 96643254

fls. 36



ATESTADO

Atesto que,

Fagner Xavier Gomes

Aray

está impossibilitado(a) de trabalhar, por

90 (noventa)

dias, a partir desta data 13/04/18, por

fratura ossa crânio e

420 5545

DR. CLAUDIO DE ASSIS
MÉDICO - CRM
RUBRICADO

MÉDICO - CRM

www.hcsrussas.com.br

16:173



ATESTADO

Atesto que,

João Carlos da Silva
Arany

está impossibilitado(a) de trabalhar, por

120

dias, a partir desta data 10/07/13, por

Fratura em cage e

C12 STV

DR. CLAUDIO EUFRÁSIO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-CE: 4078

MÉDICO - CRM

www.hcsrussas.com.br



ATESTADO

Atesto que, João Carlos de Azevedo

está impossibilitado(a) de trabalhar, por

120 (cento e vinte)

dias, a partir desta data 09/06/18, por

Fraqueza Ortoedra e

42-5515

DR. CLAUDIO GOMES
CRM: 09-615
MEDICO - CRM
www.hcsrussas.com.br