



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Francisco Vinícius da Silva Paula</u>		Data Nasç: _____
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>autônomo</u>	Nacionalidade: <u>brasileiro</u>
RG: <u>2003005149024</u>	CPF: <u>017.930.963-33</u>	
Endereço: <u>Av. PRS Juscelino Kubitschek S/Nº</u>		
Cidade: <u>Penteado-ce</u>	CEP: <u>62.640.000</u>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convênio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover, acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiência e perícias médicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 01 de abril de 2019.

X Francisco Vinícius da Silva Paula
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, Francisco Evandro da Silva Paulo, residente e domiciliado na Rua: PRS Juscelino Kubstienek, nº 511º, bairro: -, na cidade de PonteCrista, portador(a) do RG nº 200300549024, inscrito(a) no CPF nº 017.930.963-33 estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza 01 de abril de 20 19

X Francisco Evandro da Silva Paulo

DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu Francisco Evandro da Silva Paula, brasileiro(a), solteiro(a), autônomo, portador(a) de cédula de identidade nº. 2003005149024, inscrito(a) no CPF sob o nº 017.930.963-33, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Rua: PR5 Juvalino Kubicki nº 511º, Bairro _____, CEP: _____ /CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 05 de Abril de 2019.

X Francisco Evandro da Silva Paula

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____, Sr(a) Emmeisco Vinuldo da Silva Rudes (a) apresenta, _____ Declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ou criminal.

Fortaleza, 05 de abril de 2019.

X Emmeisco Vinuldo da Silva Rudes

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CNPJ:

ASSINATURA:

2. NOME:

CNPJ:

ASSINATURA:



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE



Impresso nº 2018161358

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº 525 - 1724 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **18/10/2018 08:48:11**
 Data / Hora da Ocorrência: **27/06/2018 11:20:00**
 Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE-156 PRÓXIMO A LOC. DE PECÉM**
 Complemento:
 Bairro: **ZONA RURAL** Município: **SAO GONCALO DO AMARANTE/CE**
 Ponto de Referência:
NI

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO ERINALDO DA SILVA PAULA**
 Nascimento: **09/12/1985** CPF:
 RG: **2003005149024** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA IRISMAR DA SILVA PAULA**
FRANCISCO PAULA DE ABREU
 Endereço: **RUA ALAN PINHO**
 Bairro: **NOVA JERUSALÉM**
 Município: **PENTECOSTE/CE** CEP: **62.640-000**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99247-0411**

Histórico

DECLARA A VÍTIMA QUE NA DATA, LOCAL E HORÁRIO SUPRA ESPECIFICADO, QUANDO DESLOCAVA-SE DA REFERIDA LOCALIDADE COM DESTINO A ESTA CIDADE DE PENTECOSTE-CE., NA CONDUÇÃO DE SUA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 150 TITAN K CHASSI 9C2KC08105R841218, PLACA HVG-5982-PENTECOSTE-CE., COR PRETA DE SUA LEGÍTIMA PROPRIEDADE, QUANDO NAQUELA OCASIÃO, NUM DETERMINADO TRECHO DA REFERIDA RODOVIA, O PNEU DIANTEIRA DO REFERIDO VEÍCULO ESVAZIOU E DEVIDO A ESSE INCIDENTE, PERDEU O EQUILÍBRIO DO VEÍCULO VINDO A CHOCAR-SE CONTRA UM POSTO SOFRENDO LESÕES NA SUA PERNA DIREITA, QUE FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU E CONDUZIDO PARA A UPA24H DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE-CE., ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS FICANDO DOIS DIAS EM OBSERVAÇÃO, QUANDO APÓS ESSE PERÍODO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE CAUCAIA-CE., DR. ABELARDO GADELHA DA ROCHA, ONDE FICOU INTERNADO PELO PERÍODO DE 17 DIAS, ONDE SE SUBMETEU A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO E LOGO APÓS ESSE INTERSTÍCIO TEMPORAL RECEBEU ALTA HOSPITALAR, TENDO AINDA A ESCLARECER À VÍTIMA QUE AINDA SE ENCONTRA IMPOSSIBILITADO DE EXECUTAR SUAS ATIVIDADES LABORAIS, QUE SERVIRAM COMO TESTEMUNHAS DO FATO AS PESSOAS DE NOMES MARIA DE LOURDES DA SILVA, RESIDENTE NA AVENIDA PRESIDENTE JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - SÃO PEDRO - PENTECOSTE-CE., E MARIA RINACLECIA DE ALMEIDA COSTA, RESIDENTE NA RUA MARIA DE FÁTIMA LOURENÇO DA SILVA, 18 - NOVA JERUSALÉM - PENTECOSTE-CE. E NADA MAIS DISSE.

certifico que a presente cópia
 Confere com o original que foi
 representado. Dou, fe
 Pentecoste - CE 21/10/18

Francisca Leonida Duarte da Silva



DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE

Gerado em 18/10/2018 03:43:58

Pág. 1 de 2

Impresso em 18/10/2018 09:43:58

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/04/2019 às 10:48, sob o número 01221949320198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0122194-93.2019.8.06.0001 e código 46589B7.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1351753380	NOME FRANCISCO ERINALDO DA SILVA PAULA		
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE 2003005149024 SSP CE		
	CPF 017.930.963-33		
	DATA NASCIMENTO 09/12/1985		
	RELACÃO FRANCISCO PAULA DE ABREU MARIA IRISMAR DA SILVA PAULA		
PERMISSÃO AB		ACC AB	
Nº REGISTRO 06476099833		VALIDADE 07/07/2020	
		1ª HABILITAÇÃO 28/09/2015	
OBSERVAÇÕES A :			
<i>Francisco Erinaldo da Silva Paula</i>			
ASSINATURA DO PORTADOR			
LOCAL FORTALEZA, CE		DATA EMISSÃO 28/09/2016	
<i>Igor Vasconcelos Ponte</i> IGOR VASCONCELOS PONTE		48508838776 CE155634704	
ASSINATURA DO CANCELADOR			
DET. TRAN. CE - CEARÁ			

Nº DO CLIENTE

5948685

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

ene

fls. 21

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

557290475

Rota 07 34060 01 027000 - 7

Data de Emissão 10/01/2019

Nome FRANCISCA SANDRA SANTOS LIMA

End. Postal AV PRS JUSCELINO KUBICHEK 01-00
SAO PEDRO - PENTECOSTE - 62640000

Medidor 1037073

Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 018069283-61

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Jan/2019
Data de Apresentação 10/01/2019
Previsão Próxima Letura 11/02/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto APUÍARES
Mês Nov/2018 ELSD 9,20

ICMS

Base de Cálculo (R\$) ISENTO
Alíquota
Valor do Imposto

Padrão Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC	5,19	13,38	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,94			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

315F.5237.B5F8.24E1.08C2.78AD.40C9.7D0E

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
7866	7829	1,00	31	0,00	31	0,17454 0,23922	5,33 0,30

10/01/19	12/12/18	29 DIAS	31	5,53
VALOR CONSUMO DO MES				5,53
MULTA MORATORIA REF 12/2018				0,32
JUROS DO MES				0,21
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL				3,69
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA				0,50
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO				-10,25

VENCIMENTO

17/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	2,06
Transmissão	0,31
Distribuição	1,64
Encargos Setoriais	0,44
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	0,78
TOTAL	6,83

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

121	31	68	54	52	138	189	115	155	175	174	163	148
-----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
12,10	0,00	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Prévio Aviso

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prezado Cliente, consta(m) em nossos controles conta(s) em atraso. Segue o detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CREDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Consta desta fatura R\$ 0,78 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,91% e COFINS: 4,17% (Art. 9 Res. 100/2000 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.639/03)

Bandeira verde em Jan-19, sem acréscimo no valor da energia a ser repassado para o consumidor. Informações: www.aneel.gov.br

DÉBITOS ANTERIORES

Mes/Ano Valor R\$

12/2018 23,09

Total 23,09

Nº do Cliente: 5948685

Referência:

Jan/2019

Data de Emissão:

10/01/2019

Total a Pagar (R\$):

0,00

Nº da Nota Fiscal:

557290475

Nº de Controle:

0005948685 00059 39652 00

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.

GOVERNO DE
SÃO GONÇALO
DO AMARANTE
FAZENDO MAIS E MELHOR

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
**GOVERNO MUNICIPAL DE
SÃO GONÇALO DO AMARANTE**
Secretaria da Saúde

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 28.06.18	Horário: 09:53	Paciente Chegou: ☐ Meios próprios ☐ Ambulância	Nº do Prontuário: 2191
Paciente: Francisco Ernaldo da Silva Paula			
Nome da Mãe: Maria Trismar da Silva Paula			
Idade: 32a	Sexo: m	Data de Nascimento: 09.12.85	Identidade: 2003005149024
Escolaridade: Judu	Nº do Cartão do SUS:	Telefone p/ Contato: 99402 4597	Profissão:
Endereço: R. Muniz Primentel - SN			
Bairro: Centro	Cidade: S614	Estado:	Recepcionista: Keli
Assinatura do Paciente ou Responsável: <i>[assinatura]</i>			
Classificação: <i>[assinatura]</i>	Horário: 08:00	Clínica ☒	Pediatria ☐
Queixa Principal: <i>[assinatura]</i>			
PA: X mm/Hg	T: °C	Glicemia: mg/dl	P: Kg
Enfermeiro (a): <i>[assinatura]</i>	Pulso: bpm	SatO2	Técnico de Enfermagem: <i>[assinatura]</i>
PROCEDIMENTOS E EXAMES			
03.01.01.007-2 COREN: 227.488		OUTROS	
TIPOS DE ATENDIMENTO		Consulta Médica de Atenção Especializada	
História Clínica: <i>[assinatura]</i>			
Diagnóstico: <i>[assinatura]</i>			
Exames Solicitados			
1)	2)	3)	4)
Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:			
DESTINO DO PACIENTE			
☐ Alta	☐ Medicação	☐ Nebulização	☒ Observação Adulto
			☐ Observação Pediátrica

Horário: 08:00
PA: 157x101
T: 35
FC: 75

SINAIS VITAIS

Horário: 08:00
Sp. O2: 98%
Dx:
FR:

DATA: 29/06/2018

PRESCRIÇÃO MÉDICA

- 1) 11.000 gen 1
- 2) 500 0.
- 3) AUP
- 4) Dipirona 375mg q 6h sc
- 5) Anest. / Sarg. + 10ml SF 6v
- 6) 12112h se dar no ceto com item 3
- 7) Rantelna 2:18 45 Ev. 12112h
- 8) Ant. Transferrina
- 9) Hipon SC 5000ui

Matheus T. Fernandes Vieira
Médico
CREMEC 15005

HORÁRIOS

- 1) 08:00
- 2) 08:00
- 3) 10:50
- 4) 14:50
- 5) 10:40

OBSERVAÇÃO

Pete q
ferido
M H A G R
e a n c i
o s 10/3
Isabel Lima Oliveira
Tec. em Enfermagem do T. 1
CNPJ 368188

EVOLUÇÃO

cheu, acompanhado do perf. Abulardo
gatilho fora do ambiente com atafidite

Assinatura

☐ Alta Medicação

☐ Alta Nebulização

ALTA DO PACIENTE

☒ Transferência/Local: Voz. AB.

☐ Alta Observação Adulto

☐ Alta Observação Pediátrica

Motivo do Óbito:

GATILHO

☐ Óbito

Hora Saída: 10:32

Data Saída: 29.06.18

SINAIS VITAIS									
Horário:	08:00	11:00	15:00	18:00	Horário:	08:00	11:00	15:00	18:00
P.A.:	140/95	-	120/80	160/100	Sp. O2:	97%	-	99%	98%
T.:	-	-	-	-	Dx.:	-	-	-	-
F.C.:	78	-	93 bpm	70 bpm	FR.:	-	-	-	-
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS				OBSERVAÇÃO
	1) SFO, 31.50ml e 2) Drona 2l + 100ml 6/6h 3) Propofol 01mg + 100ml SF 0.8% se dar intravenoso 4) HNF 5000 UI SC 12/12h 5) Rantidina 0100 + 100ml EV 12/12h Dr. João Paulo Pinheiro de Mello MÉDICO CREMEC 15434				1) 500. (9.00) 2) 08/50 (17.50) 3) 5/11 + 13/35 4) 08/45 20/45 5) 10/40 32/40 2. 18/41				Pcte. evolui com der. em regim calórico. sup em med. medicada realizada com me. parciais me dica. Segue im itamada Natia Iolane Duarte Téc. Enfermagem COREN 883512
	6) Diazepam 10mg IV, água, na agitação 7) Ionta oral 100ml 8) Tramadol 50mg 0.2mg + 100ml SF 97% 22/50 Dr. Paulo Victor Pontes Araújo Médico CREMEC 17535				22/45				
	9) Plasil 200ml + 100ml LA D, EV Dr. Paulo Victor Pontes Araújo Médico CREMEC 17535				22/45				
DATA	EVOLUÇÃO								
28/06/18	Paciente 82 anos, queda de moto, evoluindo com fratura no M.F.D. Aguardando transferência para as unidades da enfermagem								
Alta do Paciente ☐ Alta Medicação ☐ Alta Nebulização ☐ Alta Observação Adulto ☐ Alta Observação Pediátrica ☐ Transferência Local ☐ Óbito ☐ Hora Saída: ☐ Data Saída:									



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
GOVERNO MUNICIPAL DE
SÃO GONÇALO DO AMARANTE
Secretaria da Saúde



FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 29.06.18	Horário: 07:37	Paciente Chegou: ☐ Meios próprios ☐ Ambulância	Nº do Prontuário: 2264
Paciente: Francisco Ernaldo da Silva Paula			
Nome da Mãe: Maria Irismar da Silva Paula			
Idade: 32a	Sexo: M	Data de Nascimento: 09-12-1985	Identidade: 200300544924
Escolaridade: Médio	Nº do Cartão do SUS: —		Telefone p/ Contato: 4.4902-4527
Profissão: —			
Endereço: Rua Menezes Pimentel, 514			
Bairro: Centro	Cidade: São	Estado: CE	Recepcionista: Silmara
Assinatura do Paciente ou Responsável: + Francisco Ernaldo da Silva Paula			
Classificação: []	Horário: 10:26	Clinica ☒	Pediatria ☐
Queixa Principal:			
PA: X mmHg	T: °C	Glicemia: mg/dl	P: Kg
Enfermeiro (a): Jorge 364180.		Pulso: bpm	SatO2
Técnico de Enfermagem: +			
PROCEDIMENTOS		OUTROS	
03.01.01.007-2		TIPOS DE ATENDIMENTO	
		Consulta Médica de Atenção Especializada	
História Clínica: Paciente Ex-fibrose (3.9.19) estável, com ec.			
Conhecido - Agit. Transfusão			
Cor: normal			
Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:			
DESTINO DO PACIENTE			
☐ Alta	☐ Medicação	☐ Nebulização	☐ Observação Adulto
			☐ Observação Pediatria



UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
GOVERNO MUNICIPAL DE
SÃO GONÇALO DO AMARANTE
Secretaria da Saúde



FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 27.06.18	Horário: 11:20	Paciente Chegou: ☐ Meios próprios ☐ Ambulância	Nº do Prontuário: 2128
Paciente: Francisco Finaldo da Silva Paulo			
Nome da Mãe: Maria Inês da Silva Paulo			
Idade: 32	Sexo: M	Data de Nascimento: 09.12.85	Identidade: 240305142024
Escolaridade: Médio	Nº do Cartão do SUS:		Telefone p/ Contato: 94024591
Endereço:		Profissão:	
Bairro: Centro	Cidade: S. G. A.	Estado: CE	Recepcionista: [assinatura]
Assinatura do Paciente ou Responsável: [assinatura]			
Classificação: Verde	Horário: 11:20	Clinica ☒	Pediatria ☐
Queixa Principal: Satura no MED			
PA: 133 x 58 mm/Hg	T: °C	Glicemia: mg/dl	P: Kg Pulso: 70 bpm SatO2: 99
Enfermeiro (a): [assinatura] 364160		Técnico de Enfermagem:	
PROCEDIMENTOS		OUTROS	
03.01.01.007-2		TIPOS DE ATENDIMENTO	
		Consulta Médica de Atenção Especializada	
História Clínica:			
AQUDA DE MOTO			
CID: 1 SOLICITO			
Diagnóstico:			
Exames Solicitados			
1) 2) 3)			
Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:			
DESTINO DO PACIENTE			
☐ Alta	☐ Medicação	☐ Nebulização	☐ Observação Adulto
☐ Observação Pediatria			

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Sr. **Francisco Erinaldo da Silva Paula**, vítima de acidente de trânsito na CE 156 km 04, na localidade de Parada, em São Gonçalo do Amarante no dia 27/06/2018 por volta das 10h00min. onde o mesmo foi removido na ambulância do município de São Gonçalo do Amarante, para Unidade de Pronto Atendimento do Pécem para o primeiro atendimento.

São Gonçalo do Amarante, 23 de Novembro de 2018.



Pedro Luã da Silva Oliveira
Coordenador de Regulação/Transportes
SESA SGA



Tyago de Moraes Nascimento
Operador da Central de Regulação/Transportes
HGLAS SESA SGA



RESUMO DE ALTA

NOME DO PACIENTE: Francisco Francisco do Silva Paulo

IDADE: 32 ENDEREÇO: Pimenta STW BAIRRO: _____

DATA ADMISSÃO: 29/06/18 DATA ALTA: 16/07/18

DIAGNÓSTICO INICIAL: Furunculose do Pele - Furunculose do Pele

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Realizou cirurgia de osteossíntese do Pele com Dr. José Afonso em 04/07/18 e osteossíntese do Pele em 11/07/18.

- Cirurgias 04/07 e 11/07/18

- Internamento 21/06/18 às 7h (K)

- Retorno 31/07/18 às 11h

Diagnóstico Final: Furunculose do Pele - Furunculose do Pele

ORIENTAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

Analítico
Completado
NAS Rota

PACIENTE DEVERÁ RETORNAR PARA SEGUIMENTO NO:

() UBS PRÓXIMO DE SUA CASA

DATA: _____

(K) AMBULATORIO ESPECIALIZADO DE: Traumatologia
Dr. José Afonso - 25/07 - 12h

Dr. Bruno B. Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 6220 TEOT 11433

ASSINATURA E CARIMBO PROFISSIONAL



**Prefeitura de
Pentecoste**
Pentecoste de novo jeito

FICHA DE REFERÊNCIA

fls. 29

- 1 - Preencher com letra legível;
- 2 - Preencher esta ficha em três vias;
- 3 - Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar a 2ª via ao usuário, orientando-o para retornar com a primeira via à unidade de origem.

Unidade de Origem: UBS São Pedro

CEP: 62640-000

Distrito Sanitário: _____

Município: **PENTECOSTE**

Nome	Francisco Erinaldo da Silva Paula			Telefone	(85) 99247-0411			
Sexo	M	X	F	Data Nascimento	09/12/1985	RG	CNS	898003038220487
Mãe				Pai				
End	Nova Jerusalém			RLP				
Agente de Saúde	Conceição			Nº Solicitado	Bairro: São Pedro			

Histórico do Paciente

Paciente, 32 anos, sofreu acidente automobilístico em 27/06/2018, vindo a ter fraturas de tibia direita e de pé direito. Admitido em 29/06/2018 e tratado cirurgicamente em 04/07 e 11/07/2018 no Hospital Municipal de Caucaia, tendo tido alta em 16/07/2018. Paciente iniciou fisioterapia e necessita dar continuidade ao tratamento fisioterápico. Encaminhado à fisioterapia motora: realizar 30 sessões.

Exames Solicitados e Resultados

Medicamentos Utilizados

Impressão Diagnóstica: **Fratura de tibia direita e pé direito**


Rômulo F. Lobo Filho
MÉDICO
CREMEC 10.526

Assinatura e carimbo do médico

07 / 11 / 2018

Data

Encaminhamento para atendimento:	Ambulatorial	Hospitalar	Auxílio Diagnóstico
Procedimento:	Fisioterapia Motora (30 sessões)	Profissional:	Fisioterapeuta
Unidade de Referência:	Data:	Hora:	

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____ Prontuário N° _____ Alta: ____ / ____ / ____
Município: _____

Resumo Clínico/ Cirúrgico: _____

Resultado dos Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____ CID: _____

Secundário 1: _____ CID: _____

Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de Conduta para Segmento: _____

O problema justificou a referência? Sim () Não (); O motivo da referência é compatível com o diagnóstico? Sim () Não ()



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE

Impresso nº 2018161358



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 525 - 1724 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.: _____

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisca Leonida Duarte da Silva Paulo

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

VÍCTOR BARBOSA PIONA - MAT.: 30123573



Certifico que a presente cópia
Confere com o original que foi
representado. Dou. fe
Pentecoste - CE 21/01/19

(Signature)

Francisca Leonida Duarte da Silva
Escrevente

SINISTRO 3190190432 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO ERINALDO DA SILVA PAULA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE COR. SEGUROS EIRELI

BENEFICIÁRIO FRANCISCO ERINALDO DA SILVA PAULA

CPF/CNPJ: 01793096333

Posição em 29-03-2019 11:14:08

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
25/03/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50