



Serviços de seguros

SEBASTIAO MOURA DAS CHAGAS - MTVA DOUGLAS | [alterar senha](#) | [institucional](#) | [sair](#)CADASTRO
DE PROCESSOVISUALIZAR
PROCESSOCADASTROS
GERAISARQUIVO
MORTO

VISUALIZAR PROCESSO

Processo da: <MATRIZ - CURITIBA>

Voltar

PROCESSO

Número do Sinistro 2013/783833 (TOTAL)

Vítima	ANTONIO FREITAS EUFRAZIO	Filial	MATRIZ - CURITIBA
Data Cadastro	29/11/2013	Garantia	INVALIDEZ
Data Sinistro	28/04/2013	Data Recepção	29/11/2013
Analista	LUCAS ITALIANO	Categoria	09 - MOTO
Seguradora	Capemisa Vida e Previdência	Situação	PAGO

CORRETORA

Nome	SEBASTIAO MOURA DAS CHAGAS - MTVA DOUGLAS	Responsável	DOUGLAS/NEILA/PRISCILA/SILVIA
------	---	-------------	-------------------------------

PROCURADOR

Nome	Email
Telefone	CPF
Celular	

ENVIO À SEGURADORA LÍDER

Data Envio	Num Carta
04/12/2013	RECALL

BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS

Data Pagto	Data Rateio	Beneficiário - CPF/CNPJ	Valor Indenização	Valor Pleitado	Diferença	Dados Bancários
03/01/2014	03/01/2014	ANTONIO FREITAS EUFRAZIO 000.237.763-23	2.531,25	0,00	2.531,25	1 237/007048 /0000084526-44/_

DOCUMENTOS

Data Solicitação	Data Recepção	Descrição
04/12/2013		SEGUE LIDER

GLOSA OU RELATÓRIO

CARTA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DA CIDADANIA
POLÍCIA CIVIL – UNIDADE POLICIAL CIVIL DE ITAPIUNA.
 CONTATO: 88 – 3431-1098 OU 85 – 9153-1493.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA – B.O.

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº B.O. 0195/2013

DATA / HORA DA COMUNICAÇÃO: 08-10.2013 - 15:25 MINUTOS..

DATA E HORA DA OCORRÊNCIA: 28/04/2013 às 15:00 HORA.

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA : Estrada da Palmatória - Itapiúna-Ceará.

PONTO DE REFERENCIA: Próximo a Casa do seu Hamilton Padeiro - Itapiúna/Ceará.

DOCUMENTO: 2001098062007 - SSP/CEARÁ.

FONE: (85) – N/I

HISTÓRICO: Diz o informante que no dia, local e horário citado, quando pilotava a motocicleta HONDA/NXR 150 BROS ESD, de cor preta, ano e modelo 2006/2007, de placa HXT/9658-CE, licenciada no nome de RAIMUNDO EUFRAZIO DE OLIVEIRA, com o chassi de Nº 9C2KD03107R007621, veio a cair da moto, quando perdeu o controle do veículo ao tentar desviar de um buraco, provocando a sua queda, tendo sido socorrido para o Hospital de Itapiúna, depois para o IJF centro em Fortaleza e posteriormente para o PSA também na Capital do nosso estado, conforme fixas de atendimento hospitalar, razão pela qual faz o presente Boletim de Ocorrência para a tomada de providências que o caso requer.

DADOS DA VITIMA:

NOME: ANTONIO FREITAS EUFRAZIO

DATA DE NASCIMENTO: 10/07/1983

NATURALIDADE: ITAPIUNA-CEARÁ.

FILIAÇÃO: RAIMUNDO EUFRAZIO DE OLIVEIRA e de IVONE FREITAS EUFRAZIO.

END: RUA JOAQUIM JOVENTINO Nº 118 DISTRITO DE PALMATORIA - ITAPIÚNA-CEARÁ.

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE IDEMBERG NOBRE DE SENA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/01/2016 às 10:52, sob o número 01063094420168060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0106309-44.2016.8.06.0001 e código IECF29C.

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO DA OCORRÊNCIA, PELA VÍTIMA
DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, SENHOR: ANTONIO FREITAS
EUFRAZIO, portador da cédula de RG Nº 2001098062009 – SSP-
CEARÁ: Antonio de Freitas eufrazio

VISTO DO CHEFE DA UPC:

Antonio de Freitas eufrazio
Det. Polícia Civil

2

Ortopedia e
Traumatologia

Mefi Clinic

MEDICINA E FISIOTERAPIA INTEGRADA

Dr. Mardônio Salmão
CRM 4411

Ortopedia
Infantil

Informação de Paciente: Eufrásio
laudo médico

Patologia
da Coluna

Paciente originário de acidente
de trânsito tendo sofrido fratura
no membro superior e inferior do

Cirurgia do
Joelho

membro superior.
cid. S52.5, S52.3

Patologias
do Esporte

Foi submetido a fratura
membro superior, medula e
fixação da fratura com placa
e parafusos.

Osteoporose

Travou com sequelas de
cirurgia, dor nos movimentos
dos membros superiores e inferiores.
Fragor com promeção, discon-
forto. Limitação de movimentos
preocupante compromete a

Aos membros superiores

Fco. Mardônio Salmão Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC/4411

[Assinatura]

29/07/2013

CRE - CENTRO DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL
Rua Monsenhor Damião, 1777 - Aldeia
Fone: (55) 3344 3307 - 3344 3308

COI - CENTRO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Rua Capoteira, 892/90 - Centro
Fone: (55) 3392 3301

Dr. Prof. Dr. da Rocha, 2092 - Itapiruna, Paraná
Fone: (55) 3177 3351



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS - PSA
 Av. Desembargador Moreira, 2283, Dionísio Torres, CEP: 60170.002.
 Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 31/10/2016 Paciente: ANTONIO FREITAS

Prescrição Médica

GUERAZIO
 Horário

Leito: 533 Prontuário: 149385

Item	Prescrição Médica	Guarazão	Horário	8h	15h	22h	6 horas	11 horas	17 horas	21 horas
------	-------------------	----------	---------	----	-----	-----	---------	----------	----------	----------

1) Dor no abdômen

Dra. Angélica Campos

Evolução de Enfermagem:

Refeição P/TD consumida
 e di: 240ml de leite

3840154
 3834h14

De acordo com o e.c.

paciente recebeu o estudo de

que o mesmo se encontra

em repouso no leito.

paciente recebeu a de alta

paciente de alta hospitalar

paciente de alta hospitalar

paciente de alta hospitalar

paciente de alta hospitalar

paciente de alta hospitalar

Dr. Valério Ribeiro
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM 4460

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIÚNA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - CEARÁ

fls. 15

1. PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS
2. AO TERMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO ENTREGAR 2 VIAS AO USUÁRIO, ORIENTANDO-O PARA RETORNAR COM A 1ª VIA À UNIDADE DE ORIGEM.

FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: _____

DISTRITO SANITÁRIO: _____ MUNICÍPIO: _____

NOME: Antônio Freitas Lourenço PRONTUÁRIO Nº: _____

SEXO: M ☒ F ☐ DATA DE NASC.: 1/1/ OCUPAÇÃO: _____

END.: Palmeiras BAIRRO: _____ FONE: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Paciente de 32.0. Sofreu acidente de moto com natureza de MSF (dorsal) e colocação de platina, sendo atendido e operado no PSA

RESULTADO DE EXAMES: _____

CONDUTA REALIZADA: _____

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Reversa de PO

Assinatura: Dra. Dennise Farias
Médica
CREMEP 14.075
ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - Nº REGISTRO medico FUNÇÃO 24.06.13 DATA 24.06.13 HORA

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL ☒ HOSPITALAR ☐ AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐

PROCEDIMENTO: Consulta (PSA) PROFISSIONAL: Ortopedista

UNIDADE REFERÊNCIA: _____ DATA: 1/1/ HORA: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

MUNICÍPIO: _____ PRONTUÁRIO Nº: _____ ALTA: 1/1/

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO: _____

RESULTADO DE EXAMES: _____

DIAGNÓSTICOS: PRINCIPAL _____ CID.: _____

SECUNDÁRIO 1 _____ CID.: _____

SECUNDÁRIO 2 _____ CID.: _____

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGMENTO: _____

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO?

SIM ☐ NÃO ☐ SIM ☐ NÃO ☐

ASSINATURA DO CONSULTANTE - Nº REGISTRO _____ FUNÇÃO _____ DATA _____

(*) Utilizar também como resumo de alta



Av. Desembargador Moreira, 2283 - CEP 60170-002 - Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 244 - 2144 Fax 224-7225
e-mail psahosp@brydenet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Atesto e declaro que ANTONIO FREITAS EUFRAZIO, deu entrada neste Hospital no dia 30/04/13, Prontuário N.º 149.385, aos cuidados médicos do DR. ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO, internado com laudo médico de FRATURA LUXAÇÃO DE GALEAZZI ESQUERDO, CID 52.0, submetido a tratamento cirúrgico, recebeu alta hospitalar dia 07/05/13. Paciente encontra-se em tratamento ambulatorial incapacitado de exercer suas atividades com previsão de 90 dias.

Fortaleza, 7 de maio de 2013.

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

JEFSON ROCHA
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

UNIDADE SOCORRO DE ACIDENTADOS
CNPJ: 07.272.297/0001-93
Jefson Rocha da Cruz
Mat.: 00.375 - Auxiliar SAME

Valterno N. Pinheiro
Ortopedia - Traumatologia
CRM 6103

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIÚNA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – CEARÁ

fls. 17

1. PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS
2. AO TERMINAR A CONSULTA OU
TRATAMENTO ENTREGAR 2 VIAS AO
USUÁRIO, ORIENTANDO-O PARA
RETORNAR COM A 1ª VIA À UNIDADE DE
ORIGEM.

FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: _____

DISTRITO SANITÁRIO: _____

MUNICÍPIO: _____

NOME: Antônio Freitas Loufós PRONTUÁRIO Nº: _____

SEXO: M ☒ F ☐ DATA DE NASC.: 1 / 1 / _____ OCUPAÇÃO: _____

END.: Palmeiras BAIRRO: _____ FONE: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Paciente de 32a sofreu acidente (
de moto, com natureza de MSE (exposta) e colocação
de platina, sendo atendido e operado no PSA

RESULTADO DE EXAMES: _____

CONDUTA REALIZADA: _____

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Revisão de PO

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - Nº REGISTRO Dr. Danilo Soares FUNÇÃO médico DATA 24.06.13 HORA _____

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL ☒ HOSPITALAR ☐ AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐

PROCEDIMENTO: Consulta (PSA) PROFISSIONAL: Ortopedista

UNIDADE REFERÊNCIA: _____ DATA: 1 / 1 / _____ HORA: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

MUNICÍPIO: _____ PRONTUÁRIO Nº: _____ ALTA: 1 / 1 / _____

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO: _____

RESULTADO DE EXAMES: _____

DIAGNÓSTICOS: PRINCIPAL _____ CID.: _____

SECUNDÁRIO 1 _____ CID.: _____

SECUNDÁRIO 2 _____ CID.: _____

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGMENTO: _____

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO?

SIM ☐ NÃO ☐

SIM ☐ NÃO ☐

ASSINATURA DO CONSULTANTE - Nº REGISTRO _____

FUNÇÃO _____

DATA _____

(*) Utilizar também como resumo de alta



Av. Desembargador Moreira, 2283 - CEP 60170-002 - Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 244 - 2144 Fax 224-7225
e-mail psahosp@haydenet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-53

Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Atesto e declaro que ANTONIO FREITAS EUFRAZIO, deu entrada neste Hospital no dia 30/04/13, Prontuário N.º 149.385, aos cuidados médicos do DR. ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO, internado com laudo médico de FRATURA LUXAÇÃO DE GALEAZZI ESQUERDO, CID 52.0, submetido a tratamento cirúrgico, recebeu alta hospitalar dia 07/05/13. Paciente encontra-se em tratamento ambulatorial incapacitado de exercer suas atividades com previsão de 90 dias.

Fortaleza, 7 de maio de 2013.

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

JEFFSON ROCHA
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Unidade Socioeducativa de Atendimento
CNPJ: 07.272.297/0001-53
Jefferson Rocha da Cruz
Mat.: 00.375 - Auxiliar SAME

Valterno Pinheiro
Ortopedia - Traumatologia
CRM 6193



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIÚNA
AV. SÃO CRISTOVÃO 215, CEP: 62.740-000
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
FICHA DE REFERÊNCIA

1. PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS
2. AO TERMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO ENTREGAR 2 VIAS AO USUÁRIO, ORIENTANDO-O PARA RETORNAR COM A 1ª VIA À UNIDADE DE ORIGEM.

UNIDADE DE ORIGEM: _____

DISTRITO SANITÁRIO: _____ MUNICÍPIO: Itapipuna

NOME: Arthur C. Furt PRONTUÁRIO Nº: _____

SEXO: M ☐ F ☐ DATA DE NASC.: ____/____/____ OCUPAÇÃO: _____

END.: _____ BAIRRO: _____ FONE: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Paciente internado no TCE,

RESULTADO DE EXAMES: Glucose 15, pH 7,00, com
frutose e ácido málico, aumento no pH e
e aumento no pH.

CONDUTA REALIZADA: Exames de urina e sangue.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: HU ideal e normal

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - Nº REGISTRO _____ FUNÇÃO _____ DATA 20/04/13 HORA 15:45

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR ☐ AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐

PROCEDIMENTO: Diagnóstico PROFISSIONAL: Tratamento

UNIDADE REFERÊNCIA: Unidade DATA: ____/____/____ HORA: ____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA: H. A. C.

MUNICÍPIO: Itapipuna PRONTUÁRIO Nº: _____ ALTA: ☐

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO: paciente com TCE

frutose e ácido málico

RESULTADO DE EXAMES: paciente com TCE

DIAGNÓSTICOS: PRINCIPAL H. A. C. CID: 12

SECUNDÁRIO 1 H. A. C. CID: 12

SECUNDÁRIO 2 H. A. C. CID: 12

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGMENTO: H. A. C.

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM ☐ NÃO ☐

O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM ☐ NÃO ☐

ASSINATURA DO CONSULTANTE - Nº REGISTRO _____ FUNÇÃO _____ DATA _____

(*) Utilizar também como resumo de alta



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS - PSA
Av. Desembargador Moreira, 2283, Dionísio Torres, CEP: 60170.002.
Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 01/05/2013	Paciente: Antonio Freitas	Enfermeiro	Leito: 517	Prontuário: 148372				
Item	Prescrição Médica	Horário	Hora	PA(mmHg)	T(°C)	FC(bpm)	FR(lpm)	Visto
1	Atq. free	SUD	8h	130x60	36,4			
2	Atq. free	SUD	15h	130x80	36,0			
3	Atq. free	SUD	22h	110x70	36,3			
4	Atq. free	SUD	6h					
5	Atq. free	SUD	11h					
6	Atq. free	SUD	17h					
7	Atq. free	SUD	21h					
8	Atq. free	SUD						
9	Atq. free	SUD						
10	Atq. free	SUD						
11	Atq. free	SUD						
12	Atq. free	SUD						
13	Atq. free	SUD						
14	Atq. free	SUD						
15	Atq. free	SUD						
16	Atq. free	SUD						
17	Atq. free	SUD						
18	Atq. free	SUD						
19	Atq. free	SUD						
20	Atq. free	SUD						
21	Atq. free	SUD						
22	Atq. free	SUD						
23	Atq. free	SUD						
24	Atq. free	SUD						
25	Atq. free	SUD						
26	Atq. free	SUD						
27	Atq. free	SUD						
28	Atq. free	SUD						
29	Atq. free	SUD						
30	Atq. free	SUD						
31	Atq. free	SUD						
32	Atq. free	SUD						
33	Atq. free	SUD						
34	Atq. free	SUD						
35	Atq. free	SUD						
36	Atq. free	SUD						
37	Atq. free	SUD						
38	Atq. free	SUD						
39	Atq. free	SUD						
40	Atq. free	SUD						
41	Atq. free	SUD						
42	Atq. free	SUD						
43	Atq. free	SUD						
44	Atq. free	SUD						
45	Atq. free	SUD						
46	Atq. free	SUD						
47	Atq. free	SUD						
48	Atq. free	SUD						
49	Atq. free	SUD						
50	Atq. free	SUD						
51	Atq. free	SUD						
52	Atq. free	SUD						
53	Atq. free	SUD						
54	Atq. free	SUD						
55	Atq. free	SUD						
56	Atq. free	SUD						
57	Atq. free	SUD						
58	Atq. free	SUD						
59	Atq. free	SUD						
60	Atq. free	SUD						
61	Atq. free	SUD						
62	Atq. free	SUD						
63	Atq. free	SUD						
64	Atq. free	SUD						
65	Atq. free	SUD						
66	Atq. free	SUD						
67	Atq. free	SUD						
68	Atq. free	SUD						
69	Atq. free	SUD						
70	Atq. free	SUD						
71	Atq. free	SUD						
72	Atq. free	SUD						
73	Atq. free	SUD						
74	Atq. free	SUD						
75	Atq. free	SUD						
76	Atq. free	SUD						
77	Atq. free	SUD						
78	Atq. free	SUD						
79	Atq. free	SUD						
80	Atq. free	SUD						
81	Atq. free	SUD						
82	Atq. free	SUD						
83	Atq. free	SUD						
84	Atq. free	SUD						
85	Atq. free	SUD						
86	Atq. free	SUD						
87	Atq. free	SUD						
88	Atq. free	SUD						
89	Atq. free	SUD						
90	Atq. free	SUD						
91	Atq. free	SUD						
92	Atq. free	SUD						
93	Atq. free	SUD						
94	Atq. free	SUD						
95	Atq. free	SUD						
96	Atq. free	SUD						
97	Atq. free	SUD						
98	Atq. free	SUD						
99	Atq. free	SUD						
100	Atq. free	SUD						



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS - PSA
Av. Desembargador Moreira, 2283, Dionísio Torres, CEP: 60170-002.
Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144

0

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 04/05/13

Paciente: Antônio Teófilo Dutra Aguiar

Prescrição Médica

Horário

Leito: 517

Prontuário: 148372

Item

8h
15h
22h
Horário
6 horas
11 horas
17 horas
21 horas

Visão

1) 3 pte por av. pre-penal
2) 55 87. 1000ml de 15 95/ -
3) 007 alo k por 1 9 50 6/1 - por
4) 1 pte por 1 000 9 - 1000ml 11 2
5) 1 pte por 02 22 + 18 22 23 22 24 22
6) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
7) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
8) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
9) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22

8h
15h
22h
Horário
6 horas
11 horas
17 horas
21 horas

8h
15h
22h
Horário
6 horas
11 horas
17 horas
21 horas

Visão

Evolução de Enfermagem:

Leito: 517

Prontuário: 148372

1) 3 pte por av. pre-penal
2) 55 87. 1000ml de 15 95/ -
3) 007 alo k por 1 9 50 6/1 - por
4) 1 pte por 1 000 9 - 1000ml 11 2
5) 1 pte por 02 22 + 18 22 23 22 24 22
6) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
7) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
8) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
9) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22

Leito: 517

Prontuário: 148372

1) 3 pte por av. pre-penal
2) 55 87. 1000ml de 15 95/ -
3) 007 alo k por 1 9 50 6/1 - por
4) 1 pte por 1 000 9 - 1000ml 11 2
5) 1 pte por 02 22 + 18 22 23 22 24 22
6) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
7) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
8) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
9) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22

Leito: 517

Prontuário: 148372

1) 3 pte por av. pre-penal
2) 55 87. 1000ml de 15 95/ -
3) 007 alo k por 1 9 50 6/1 - por
4) 1 pte por 1 000 9 - 1000ml 11 2
5) 1 pte por 02 22 + 18 22 23 22 24 22
6) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
7) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
8) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
9) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22

Leito: 517

Prontuário: 148372

1) 3 pte por av. pre-penal
2) 55 87. 1000ml de 15 95/ -
3) 007 alo k por 1 9 50 6/1 - por
4) 1 pte por 1 000 9 - 1000ml 11 2
5) 1 pte por 02 22 + 18 22 23 22 24 22
6) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
7) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
8) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
9) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22

Leito: 517

Prontuário: 148372

1) 3 pte por av. pre-penal
2) 55 87. 1000ml de 15 95/ -
3) 007 alo k por 1 9 50 6/1 - por
4) 1 pte por 1 000 9 - 1000ml 11 2
5) 1 pte por 02 22 + 18 22 23 22 24 22
6) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
7) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
8) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
9) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22

Leito: 517

Prontuário: 148372

1) 3 pte por av. pre-penal
2) 55 87. 1000ml de 15 95/ -
3) 007 alo k por 1 9 50 6/1 - por
4) 1 pte por 1 000 9 - 1000ml 11 2
5) 1 pte por 02 22 + 18 22 23 22 24 22
6) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
7) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
8) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
9) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22

Leito: 517

Prontuário: 148372

1) 3 pte por av. pre-penal
2) 55 87. 1000ml de 15 95/ -
3) 007 alo k por 1 9 50 6/1 - por
4) 1 pte por 1 000 9 - 1000ml 11 2
5) 1 pte por 02 22 + 18 22 23 22 24 22
6) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
7) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
8) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
9) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22

Leito: 517

Prontuário: 148372

1) 3 pte por av. pre-penal
2) 55 87. 1000ml de 15 95/ -
3) 007 alo k por 1 9 50 6/1 - por
4) 1 pte por 1 000 9 - 1000ml 11 2
5) 1 pte por 02 22 + 18 22 23 22 24 22
6) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
7) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
8) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
9) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22

Leito: 517

Prontuário: 148372

1) 3 pte por av. pre-penal
2) 55 87. 1000ml de 15 95/ -
3) 007 alo k por 1 9 50 6/1 - por
4) 1 pte por 1 000 9 - 1000ml 11 2
5) 1 pte por 02 22 + 18 22 23 22 24 22
6) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
7) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
8) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22
9) 1 pte por 1000 + 1000ml 21 22 23 22 24 22

Leito: 517

Prontuário: 148372

Formulário da Prescrição.doc



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS - PSA
Av. Desembargador Moreira, 2283, Dionísio Torres, CEP: 60170.002.
Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144

PREScrição Médica / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 02/05/15 Paciente: Antonio Lúcia Gouveia Leito: 517 Prontuário: 148372

Item	Prescrição Médica	Horário	Hora	PA(mmHg)	T(°C)	FC(bpm)	FR(lpm)	Visto
1. Dieta Geral		SND	8h	120x70	36,2°			10
2. Diclofenaco 50mg VO 8/8h	Ver item 8	12 22 25	15h	120x80	36,2°			
3. Dipirona 500mg VO 6/6h SN		SN	22h	120x80	37,2°			9
4. Ranitidina 150mg VO 12/12h			Horário	6 horas	11 horas	17 horas	21 horas	
5. Daltaparina Sódica 2500UI 24/24h			Glicemia					
6. SSV		Rot.	Evolução de Enfermagem:					
manhã já consciente, não tudo repouse no leito, está dieta oferecida seguiu observação								
fardo-pac. consciente, em leito, verbalizando, desempenhando, segue em observação								
noti: pt consciente, em leito, verbalizando, segue em observação								
aux. enfermagem COPEN 240.30								

Ortopedia - Traumatologia
CPR 6193

Carla de Oliveira
CPR 6155

aux. de enfermagem
COPEN 1153

aux. de enfermagem
COPEN 514.92



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS - PSA
Av. Desembargador Moreira, 2283, Dionísio Torres, CEP: 60170.002.
Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 03/08/2016 Paciente: Wagner Furtos Rufino Leito: 514 Prontuário: 148342

Item	Prescrição Médica	Módulo	Leito: 514					Prontuário: 148342
			Hora	PA(mmHg)	T(°C)	FC(bpm)	FR(lpm)	
1. Dieta Geral			8h	120x80	36,4°	-	-	
2. Diclofenaco 50mg VO 8/8h			15h	120x80	36,4°	-	-	
3. Dipirona 500mg VO 6/6h SN			22h	120x80	36,3°	-	-	
4. Ranitidina 150mg VO 12/12h			Horário	6 horas	11 horas	17 horas	21 horas	
5. Daltaparina Sódica 2500UI 24/24h			Evolução de Enfermagem:					
6. SSV								

Handwritten notes:

1. Dieta Geral: SN

2. Diclofenaco 50mg VO 8/8h: SN

3. Dipirona 500mg VO 6/6h SN: SN

4. Ranitidina 150mg VO 12/12h: SN

5. Daltaparina Sódica 2500UI 24/24h: SN

6. SSV: SN

Signature: Valério Pinheiro
Oftalmologista
CRM 8193



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS - PSA
 Av. Desembargador Moreira, 2283, Dionísio Torres, CEP: 60170.002.
 Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 04/10/17 13 Paciente: Antonio Freitas

Prescrição Médica

Enfermeiro

Leito: 517 Prontuário: 48.372

Hora	PA(mmHg)	T(°C)	FC(bpm)	FR(lpm)	Visto
8h	120x70	36,3°	-	-	kt
15h	110x70	36,5°	-	-	kt

120x80	36,2°	-	-	-	10
Horário	6 horas	11 horas	17 horas	21 horas	
Glicemia					

Evolução de Enfermagem: NT

1. Queimadura no antebraço direito.
 2. Queimadura no antebraço esquerdo.
 3. Queimadura no dorso da mão esquerda.
 4. Queimadura no dorso da mão direita.
 5. Queimadura no dorso da mão esquerda.
 6. Queimadura no dorso da mão direita.
 7. Queimadura no dorso da mão esquerda.
 8. Queimadura no dorso da mão direita.
 9. Queimadura no dorso da mão esquerda.
 10. Queimadura no dorso da mão direita.

Valdo Macedo
 Ortopedia
 Prescrição Médica

Marta Lúcia B. Silva
 Enfermeira
 COREN: 32828

pac. Orientado e consciente.
 Verbalizando o que aconteceu.
 No período da noite, seguiu
 o tratamento no leito.
 Noite: paciente consciente, orientado,
 verbalizando, com dieta oferecida, em
 repouso no leito, com fratura M.S.E.D.
 que em observação. Placa 371/935



Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 3244 – 2144 Fax 3224-7225

Paciente:	Idade
Diagnóstico:	
Evolução/Parecer	Assinatura
04/05/13. Ponto operado na 5ª perna	Dr. Carlos Macedo Ortopedia CREMEC 5342
05/05/13 Ponto em que pouco com indicação a autoproteção - 02 pontos de fixação na 5ª na 5ª perna	Dr. Carlos Macedo Ortopedia CREMEC 5342



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS - PSA
Av. Desembargador Moreira, 2283, Dionísio Torres, CEP: 60170-002.
Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Idade: 07/05/2013 Paciente: Antonio Freitas Eupácio. Leito: 514 Prontuário: 148.372

Prescrição Médica

Horário

Hora

PA(mmHg)

T(°C)

FC(bpm)

FR(lpm)

Visão

Alu

OK (OK)

Horário

6 horas

11 horas

17 horas

21 horas

Glicemia

Evolução de Enfermagem:

Alu

OK (OK)

Valterio P. Pinheiro
Ortopedia - Traumatologia
CRM 6193

*paciente consciente, acordado, tudo a seu gosto no leito aceita dieta oferecida. Se-
guir um tratamento de fisio-
terapia de alta frequência
ultrassom*

Jose. Paulo da Silva
Aux. Enfermagem
OAB N: 671046



Paciente	Antonio Freitas Eufrazio		Idade	29e
Diagnóstico:	30/4/13			
	Evolução/Parecer		Assinatura	
#	Paciente vítima de queda de moto há 02 dias. Apresentou TCE leve, entretanto, foi liberado pela neurocirurgia (TC c/ hemorragia subgaleal). Nega sangramentos ativos.			
#	Nega comorbidades ou alergias.			
#	Ex - Físico: bom estado, afébril, eupneico. - Estável hemodinamicamente - φ sangr - ativo.			
#	Cd: Internamento hosp. p/ avaliação traumatológica.			
	01/05/13 Pausa aguardando curativo			
	02/05/13 Pausa aguardando curativo			
	03/05/13 Paciente com bom estado físico. RQ mant. PA 120/80 mmHg. Estável pós-operatório.			
	03/05/13 Pausa aguardando curativo			
	Dr. Carlos Maciel Ortopedia CRM 5342			

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE IDEMBERG NOBRE DE SENA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/01/2016 às 10:52, sob o número 01063094420168060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0106309-44.2016.8.06.0001 e código IECF29C.

P



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS - PSA
Av. Desembargador Moreira, 2283, Dionísio Torres, CEP: 80170.002.
Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ata: 06/05/12	Paciente: Jhonatan Pereira	Prescrição Médica	Horário	Leito: 514	Prontuário: 48.392										
am				Hora	PA(mmHg)	T(°C)	FC(bpm)	FR(lpm)	Visto						
1	Out. pulm		SPD.	8h	120x70	36,3									
2	sem. pulmonar			15h	120x80	36,2									
3	ant. do pulm	19.00 x 16.16		18.00	120x80	37,2									
4	Pro. pulm	100 x 100 mm NF EV 12/12/12		Horário	6 horas	11 horas	17 horas	21 horas							
5	Dispersa	02 ca + 18 ca DAP EV 1/16 SP		Glicemia											
6	pro. pulm			Evolução de Enfermagem:											
7	curativo		(OK)	manhã pt consciente, orientado, repouso no leito, acita disto, aparece segue em deves, vacoe											
8	Pro. pulm		Rotina	Tudo pac. orientado, com repouso verbalizando 51.91 - leucocitos no período e re- que em observação no período											
Dr. Otoniel de Almeida CRM: 6547															
Marta Lúcia B. Silva Enfermeira CRM: 3252															
Noite - Paciente consciente, orientado, verbaliza, repouso no leito, acita, repouso verbalizando 51.91 - leucocitos no período e re- que em observação no período															
Ass. de Enfermagem Marta Lúcia B. Silva CRM: 3252															
Ass. de Enfermagem Marta Lúcia B. Silva CRM: 3252															



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



Fortaleza 2

Cod. 76863682

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde 2313100689670

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

2 - CNES:
2529149

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **P.S.A**

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **ANTONIO FREITAS EUFRAZIO**

6 - Nº PRONTUÁRIO:
109.385

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA NASCIMENTO: **10/07/1983**

9 - SEXO:
☒ Masc ☐ Fem

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE:

IVONE FREITAS EUFRAZIO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL -

12 - TELEFONE DE CONTATO:

14 - TELEFONE DE CONTATO:
8587290477

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO):

RUA JOAQUIM JOVENITA 62 - PALMATORIA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: FORTALEZA

ITAPIUNA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:

CE

19 - CEP:
60815157

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM FRATURA DE PUNHO NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO DEFINITIVO.

Eduardo
CPF: 042.859.563-48
CRM 1540

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

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

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

FRAT. PUNHO

24 - CID 10 PRINCIPAL:

S.621

25 - CID10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

TTO CIRURGICO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

0408020466

29 - CLÍNICA:

TRAUMA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

EMERGENCIA

31 - DOCUMENTO:

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

34 - DATA SOLICITAÇÃO:

30/04/2013

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - Nº DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ DA EMPRESA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

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:

() CNES () CPF

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

7

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

Medico: **Valtenno**
Leito: **517**
Assistente: **Edilma**



MINISTÉRIO DA SAÚDE - DATASUS

fig. 30

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

149.385

a 07.05

☒ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
☐ DIÁRIA DE UTI
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
☐ VACINA ANTI Rh

☐ USO DE PRÓTESE E ÓRTESE
☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
☐ USO DE OXIGENADORES
☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL

HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

CGC 07.272.297/0001-93

PACIENTE: ANTONIO FREITAS EUFRAZIO Nº AIH _____PROCEDIMENTO ANTERIOR: 0408020466 PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408020458

MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM _____ CPF _____

JUSTIFICATIVA:

Relatório de exame
para - exame de Soro.
Núcleo de exames e
0408020466 por 0408020458

DATA: 04.05.13

Dr. Carlos Macedo
Otorrinolaringologista
CREMEOC 5342

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA - CPF

HOSPITAL PSA - DATA: 30/04/2013 - HORA: 16:17
 NOME: ANTONIO FREITAS EUFRAZIO
 CONVENIO: SUS
 MEDICO: ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO
 ATEND.: 13000963 - PRONT.: 00149385



REGISTRO DE ATENDIMENTO

☐ URGÊNCIA / EMERGÊNCIA
☐ AMBULATÓRIO
☒ INTERNAÇÃO

ATENDIMENTO

Dia Mês Ano Hora
 30 04 2013 16:17
 FL

☐ 1º Atendimento
☐ Retorno

Registro Nº 13000963

Prontuário Nº 00149385

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE	PACIENTE		Procedência		Profissão		Data Nascimento		IDADE
	ANTONIO FREITAS EUFRAZIO		IJF		AGRICULTOR		10 07 1983		29 anos
	SEXO		NATURALIDADE NACIONAL		ESTADO CIVIL		ESCOLARIDADE		CPF
	1 X MASC 2 FEM		ITAPIUNA		Solteiro(a)				
	ENDEREÇO		BAIRRO		MUNICÍPIO		UF		TELEFONE
RUA JOAQUIM JOVENTINA, 62 - PALMATÓRIA		ZONA RURAL		ITAPIUNA		CE		8587290477	
Pai		Mãe							
RAIMUNDO EUFRAZIO DE OLIVEIRA		IVONE FREITAS EUFRAZIO							
ACOMPANHANTE		PARENTESCO		60.345-157		TELEFONE			

ID CV	CONVENIO	SUS	CARTÃO Nº
	SEGURADO		

INF. INTERNAÇÃO	MÉDICO SOLICITANTE	PAULO RICARDO AVILA BEZERRA	MÉDICO RESPONSÁVEL	ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO
	POSTO CLÍNICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Nº DA FOLHA	0517
	DIAGNÓSTICO			
	PROCEDIMENTO SOLICITADO			
	PERMANÊNCIA MÍNIMA			

MÉDICO SOLICITANTE	CONDIÇÕES DO PACIENTE	Queda de 15m há 02 dias. Liberdade pele Neurocirurgia. Cd: Internamento hospitalar Dr. Ricardo Ávila CREMEC 14.097
	IMAGEM LABORATÓRIO(PEDIDO DE EXAMES)	

MÉDICO RESPONSÁVEL	Realizado no ambulatório Jatin a seguir	
	DADOS DA ALTA 39017087 / 0408020458	
	CID PRIMÁRIO / CID SECUNDÁRIO	PROCEDIMENTO REALIZADO
	MOTIVO DA ALTA	DATA
	☒ MELHORADO ☐ TRATAMENTO ☐ A RELEVA ☐ A PEDIDO ☐ ÓBITO	HORA

Francisco de Paula
 ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Carlos Marcelo
 ORTOPEDIA
 CREMEC 5342

6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO



SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE - DATASUS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|---|---|
| ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | ☐ USO DE PRÓTESE E ÓRTESE |
| ☐ DIÁRIA DE UTI | ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO |
| ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE | ☐ USO DE OXIGENADORES |
| ☐ VACINA ANTI Rh | ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL |
| ☒ Permanência maior: 01 dia | |

HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

CGC 07.272.297/0001-93

PACIENTE: Antonio Freitas Eufazio Nº AIH _____

PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM _____ CPF _____

JUSTIFICATIVA:

*Post 1/2 full
cabeça e amecção
na coluna em
unip
Rabuto*

DATA: 07/05/13

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA - CPF

*Valério Pinheiro
Ortopedia - Traumatologia
CRM 6193*

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
☐ DIÁRIA DE UTI
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
☐ VACINA ANTI Rh

☒ USO DE PRÓTESE E ÓRTESE
☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
☐ USO DE OXIGENADORES
☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL

HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

CGC 07.272.297/0001-93

PACIENTE: ANTONIO FREITAS EUPRAZIO Nº AIH _____

PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM _____ CPF _____

JUSTIFICATIVA:

01 Man de 3.5 - 06 juv
 02 Vagum en 2.5

DATA: 09/05/13

Carlos Macedo
 Cirurgião
 CRM 166.884

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA - CPF

		Data: 05/04/12	
Boletim de Descrição Cirúrgica			
Diagnóstico Pré-Operatório:		Diagnóstico Pós-Operatório:	
O perçãõ/Procedimento:		Código:	
Cirurgião:		Assepsia/ antissepsia ☐	
Auxiliar 1:		Aposição de campos estéril ☐	
Auxiliar 2:		EXAMES RADIOLOGICO TRANSOPERATORIO:	
Anestesiologista:		☐ Sim ☐ Não	
☐ Profilático ☐ Limpa		EXAME HISTOPATOLOGICO:	
☐ Terapêutico ☐ Contaminada		☐ Solicitado	
☐ Pré-Operatório ☐ Infectada		☐ Não Solicitado	
☐ Transoperatório ☐ Potencialmente contaminada		☐ Enviado do Laboratório	
☐ Não		☐ Entregue à Família	
Antibióticos Utilizados:		Dreno/Localização:	

Paciente: Adriano - Pereira da Calçada
 Número: 408020458
 Assinatura do Cirurgião/CRM: Dr. Carlos Macedo
 Assinatura do Anestesiologista/CRM: Dr. Carlos Macedo

[illegible]



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS - PSA
Av. Desembargador Moreira, 2283, Dionísio Torres, CEP: 60170.002
Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144

PRESCRIÇÃO MÉDICA) EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ata: 30/04/13

Paciente:

Prescrição Médica

Programo

Leito: 577

Prontuário:

249.385

	Horário	Hora	P.A.(mmHg)	T(°C)	FC(bpm)	FR(lpm)	Visto
Dieta geral.	SND	8h					
Paracetamol 150g 1q VO 12/12h.	25	15h					
Diclofenaco 50g 1q VO 6h 8/8h e 9,5N		22h	150x80	36,3C			
Dipirona 500g 1q VO 6h 6/6h e 7,3,8,8C, 5N		Horário	6 horas	11 horas	17 horas	21 horas	
5 Linen 1ml 1q VO	Botina	Glicemia					
Dr. Ricardo 14.09/11							

Graciela Lima
Enfermeira
COREN: 258441

1800 Punkte von p1 hat.
Erreichte er da Valeriano?

note: für konstante, prioritäts
abhängige Behandlung (wegen der
Ausführbarkeit)
COSTAVAL: 20

"24 Horas de Proteção à Vida"
UNILABO-UNIDADE DE LABORATÓRIO
RUA BARÃO DO RIO BRANCO, 1816-CENTRO
(85) 3255 5013

CLIENTE: ANTONIO FREITAS EUFRASIO

IDADE : **TELEFONE :**

Dr.(a) : CARLOS EMANUEL VASCONCELOS

DATA : 30/04/2013

PEDIDO: 92014-00

Entrega: EMERGENCIA - MEDIO RISCO 3
 IMP:30/04/2013 14:49 - ORTO - SoFlL@b

PAG:1 de 1

Leito: MR3

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

	Valores encontrados		Valores de referência	
Hemácias	4,58	mm3	Homens...: 4.3 a 6.0 milhões/mm3	Mulheres: 3.5 a 5.4 milhões/mm3
Hemoglobina	14.8	g/dl	Homens...: 13.5 a 18.0 g/dl	Mulheres: 11.5 a 16.4 g/dl
Hematócrito	44	%	Homens...: 40 a 54 %	Mulheres: 36 a 47 %
C.M.	96.1	fL	76 a 100 fL	
a.C.M.	32.3	pg	25.5 a 34 pg	
C.H.C.M.	33.6	g/dl	32.0 a 36 g/dl	
R.D.W.	14.3	%	12.0 a 16 %	
H.D.W.	2,77	g/dl	2.2 a 3.2 g/dl	

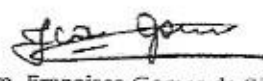
LEUCOGRAMA

Contagem Total dos Leucócitos	11.720	/mm3	Até 1 mês...: 5.000 a 20.000/mm3	
			1 a 7 anos...: 5.500 a 15.000/mm3	
			7 a 12 anos: 4.500 a 13.000/mm3	
			Adultos.....: 3.600 a 10.000/mm3	
Diferencial	%	/mm3	%	/mm3
Neutrófilos	71,8	8.414	37 a 75	1.400 a 6.500
Mielócitos	0	0	-	-
Metamielócitos	0	0	0 a 1	-
Bastões	0	0	0 a 5	-
Segmentados	71,8	8.414	37 a 75	-
Eosinófilos	1,7	199	0.5 a 11	0 a 700
Basófilos	0,7	62	0 a 3	0 a 400
Linfócitos	19,7	2.311	20 a 55	1.200 a 4.000
Monócitos	6,1	714	2.5 a 11	0 a 1.000
Plaquetas	228.000	/mm3	150.000 a 450.000 mm3	
M.P.V.	10,1	fL	7.2 a 11.1 fL	
P.C.T.	0,23	%	0.12 a 0.36 %	
P.D.W.	39,6	%	25.0 a 65.0 %	

bs: Hemácias Normocíticas e Normocromicas
 plaquetas morfológicamente normais (PMN)

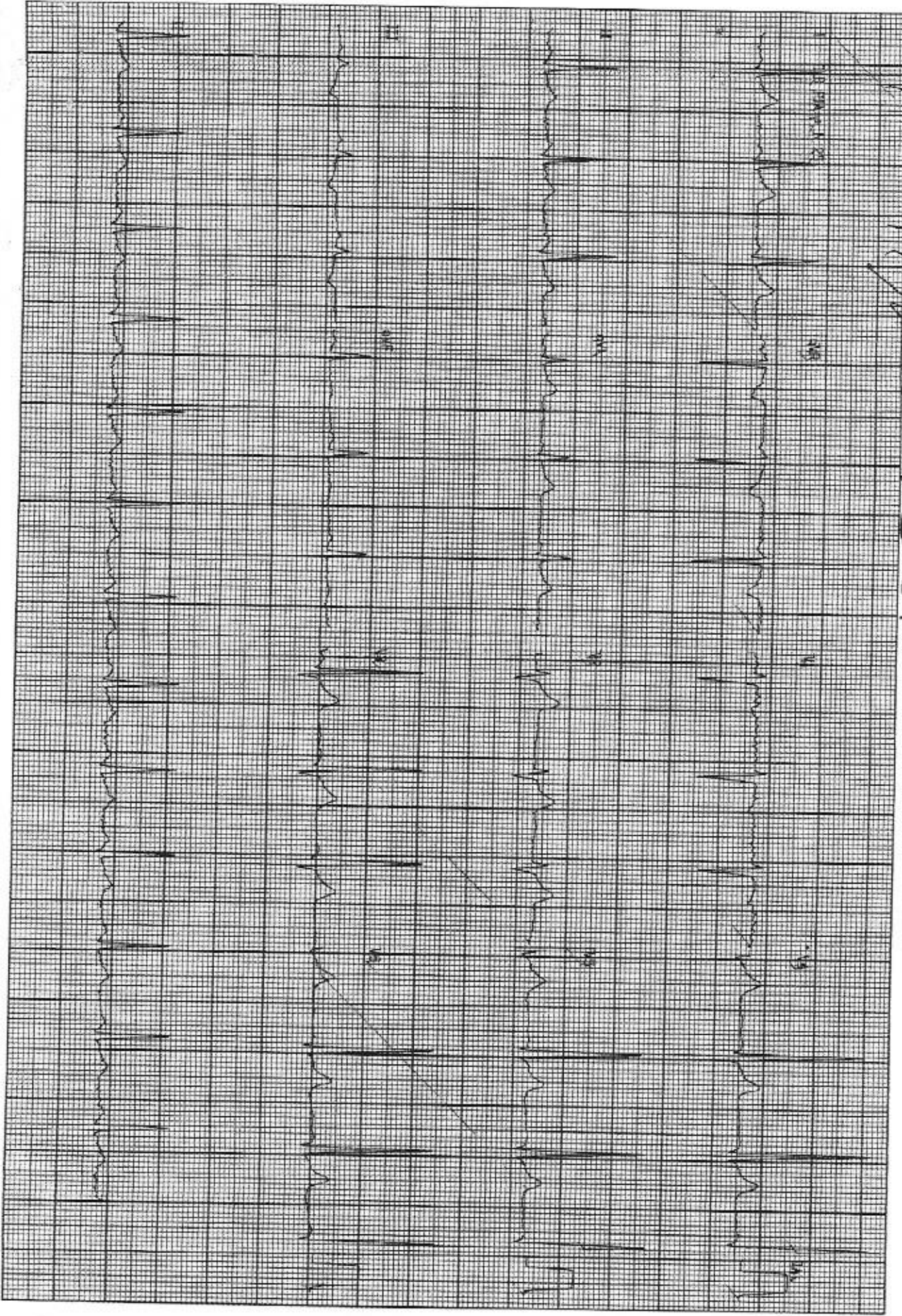
ata de Coleta:
 Método: Citometria a laser - Automatizado Advia 120, com revisão de lâmina.
 Material:

ata de Liberação: 30/04/2013 Liberado por: FRANCISCA GOMES SILVA


 Dra. Francisca Gomes da Silva
 CRF 1572

participa do PNCQ (Programa Nacional Controle Qualidade)
 este resultado pode não ser definitivo, devendo ser correlacionado com dados clínicos.
 o médico determinará se exames complementares serão necessários.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE IDEMBERG NOBRE DE SENA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/01/2016 às 10:52, sob o número 01063094420168060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0106309-44.2016.8.06.0001 e código IECF29C.



fls. 38
20/01/2016
10:52
J. I. Nobre
J. I. Nobre



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA - IJF
DEPARTAMENTO MÉDICO - DEMED
SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - SERDIMAG

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

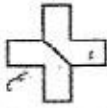
CÓDIGO 4502 TCI

☒ CRÂNIO
☐ TÓRAX
☐ ABDÔMEM

PACIENTE <i>Antonio Freitas Eufrazio</i>		IDADE	SEXO: ☐ MASC. ☐ FEM.
ENDEREÇO, N°, BAIRRO: <i>E-5</i>		CIDADE:	UF:
PROCEDÊNCIA: ☐ INTERNO ☐ EXTERNO	TIPO DE CONVÊNIO	MÉDICO SOLICITANTE	CRM:
LAUDO			
Realizados cortes axiais paralelos ao plano órbito-meatal sem administração de contraste iodado endovenoso.			
Parênquima cerebral homogêneo.			
Núcleos de base e regiões capsulares sem alterações.			
Ventrículos supratentoriais e fossa posterior de aspecto tomográfico normal.			
<i>Hemostoma subaral frível esquerdo</i>			
CONCLUSÃO: Estado tomográfico normal			
DATA: <i>28/06/13</i>	Paciente / Responsável:		Radiologista: <i>[Assinatura]</i>

Dr. ^{FCO} José Magalhães Pinto
MÉDICO RADIOLOGISTA
CREMEC - 5214

Form. TC.pmb


 MINISTÉRIO DA SAÚDE
DATASUS

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

NOME DO HOSPITAL

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS LTDA

Nº DA AIH 231310 2163130		PRONTUÁRIO 149385	
REGISTRANTE Alexa	MÉDICO DR. VALTERNO	LEITO 553	
COD. SOLICITAÇÃO 81214776	DATA DE INTERNAÇÃO 09/07/2013	DATA DA ALTA 09.07.13	
NOME DO PACIENTE Raimundo Eufrazio de Oliveira			
NOME DO PAI Raimundo Eufrazio de Oliveira			
NOME DA MÃE Juane Freitas Eufrazio			
ENDEREÇO DO PACIENTE Rua Joaquim Ferreira 62			
CNS 898603874046267	BAIRRO Zona Rural	MUNICÍPIO Itapiruna	
CEP 62740000	UF CE	DATA NASCI. 10/07/83	SEXO ☒ M ☐ F
NOME DO RESPONSÁVEL		RG/CPF/OUTROS (85) 87290477	

CPF MÉD. SOLICITANTE 28945263349	DADOS DA INTERNAÇÃO CPF DIRETOR CLÍNICO	EDVARETOS SANTOS CPF: 01663-49 CRM 1540
-------------------------------------	--	---

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor abd e intus
 no abd e intus
 Nítido intus

 Dra. Clébila Vieta
 Médica Auditora
 CREMEC 4838 CPF: 383.112.2244
 23 JUL 2013

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

☐ TRAUMATOLOGIA
☐ CLÍNICA CIRÚRGICA
☐ PEDIATRIA
☐ CLÍNICA MÉDICA
☐ OUTROS

DIAGNÓSTICO INICIAL

Intus em abd e intus R

CID

Z470

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intus e intus

C.INT.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

090806352

FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: _____

DISTRITO SANITÁRIO: _____

MUNICÍPIO: _____

NOME: Antônio Freitas Buiáso

PRONTUÁRIO Nº: _____

SEXO: M ☒ F ☐

DATA DE NASC.: ____/____/____

OCUPAÇÃO: _____

END.: Palmarão

BAIRRO: _____

FONE: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Paciente teve fratura exposta em
ulna, submetido à cirurgia no PSA 5 no começo de
maio, necessita de internação p/ retirada dos pontos

RESULTADO DE EXAMES: _____

CONDUTA REALIZADA: _____

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Cirurgia OrtopédicaDra. Dennise Farias
Médica
CREMEC 14.075médico04.07.13

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - Nº REGISTRO

FUNÇÃO

DATA

HORA

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL ☐HOSPITALAR ☒AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐PROCEDIMENTO: PS dos AcidentadosPROFISSIONAL: Traumatologista

UNIDADE REFERÊNCIA: _____

DATA: ____/____/____

HORA: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

MUNICÍPIO: _____

PRONTUÁRIO Nº: _____

ALTA: ____/____/____

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO: Aut. exp. a fratura
na ulna

RESULTADO DE EXAMES: _____

DIAGNÓSTICOS: PRINCIPAL Fratura exp. da ulna

SECUNDÁRIO 1 _____

SECUNDÁRIO 2 _____

CID: _____

CID: _____

CID: _____

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGMENTO: Fratura

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA?

SIM ☒NÃO ☐

O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO?

SIM ☒NÃO ☐

ASSINATURA DO CONSULTANTE - Nº REGISTRO

FUNÇÃO

DATA

(*) Utilizar também como resumo de alta

		Boletim de Descrição Cirúrgica		Data: <u>29/09/13</u>
Diagnóstico Pré-Operatório:			Código:	
Operação/Procedimento:			Assépsia/antissepsia ☒	
Diagnóstico Pós-Operatório:			Apesção de campos estéril ☒	
Cirurgião:			EXAMES RADIOLÓGICO TRANSOPERATORIO? ☐	
Auxiliar 1:			EXAME HISTOPATOLÓGICO:	
Auxiliar 2:			☐ Solicitado	
Anestesiologista:			☐ Não Solicitado	
☐ Profilático ☐ Limpa			☐ Enviado do Laboratório	
☐ Terapêutico ☐ Contaminada			☐ Entregue à Família	
☐ Pré-Operatório ☐ Infetada				
☐ Transoperatório ☐ Potencialmente contaminada				
☐ Não				
Antibióticos Utilizados:		Drenolocalização:		
Assinatura do cirurgião/CRM		Assinatura do cirurgião/CRM		

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE POLICIA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

ANTONIO FREITAS EUFRAZIO

10/10/1926

10/10/1926

ANTONIO FREITAS EUFRAZIO

FILIAÇÃO RAIMUNDO EUFRAZIO DE OLIVEIRA

IVONE FREITAS EUFRAZIO

NATURALIDADE ITAPIUNA-CE

DATA DO NASCIM. 10/10/1926

COG. ORIGEM ITAPIUNA-CE

1712 L. 4. 02. 11

276 PALMATEIRA/ITAPIUNA-CE

CPF

SIGNATURA DO DETENTOR

LENTA 116 DE 2003

Carteira de Identidade

Antonio de Freitas Eufrazio

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
000.237.763-23

Nome
ANTONIO FREITAS EUFRAZIO

Nascimento
10/07/1983

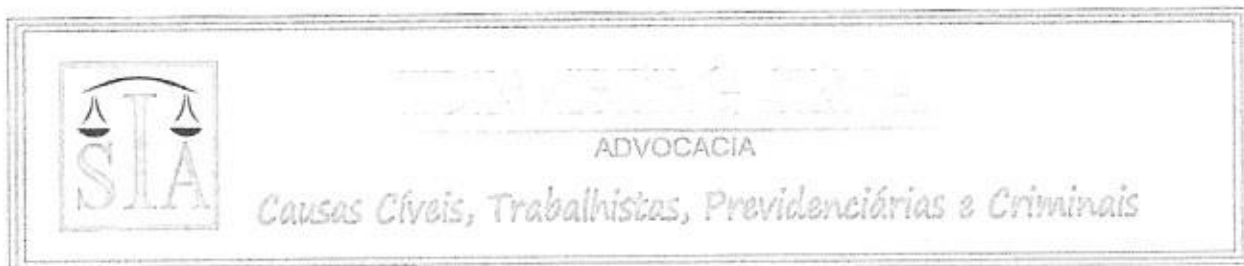
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
61E8.98EE.F91D.549E

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada no Internet, no endereço:
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
as 08:06:00 do dia 24/05/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

Nº DO CLIENTE 695271-2		coelce Rua Padre Valério, 150 - CEP 00113-040 - São Paulo, SP CNPJ 07.047.251/0001-70 CEF 06.105.948-3 A Xerox Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.424, de 25 de abril de 2002.												
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B SÉRIE B-4 IN														
Rota 10 27053 04 240000 - 2		Data de Emissão 14/03/2013												
Nome IVONE DE FREITAS EUFRASIO														
End. Postal RU JOAQUIM JOVENTINO 00118 DISTRITO PALMATÓRIA - ITAPIUNA - 62740000														
Medidor 1344310		Posto 0000 0000												
Classe RESIDENCIAL MONOFÁSICO BAIXA RENDA		Fator de Potência 0,00												
RG / CPF / CNPJ 689386403-53		CGF												
Nome do Responsável														
DATAS		INDICADORES DE CONTINUIDADE												
Vigência Anterior Mar/2013	Data da Apresentação 14/03/2013	Conjunto Mês SATURITE Jan/2013	Soma 10,42											
		DICEI = 0,00 P												
ICMS		Pacote Individual												
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Aprovação Individual											
IS(0%)														
ÁREA RESERVADA AO CONTRIBuinte FISCAL		Indicadores de Continuidade												
B7BC A0DC A96B 8529 A20A B77B 266E 135E	Mensal	Tím.	Anual											
	DIC	5,91	11,82											
	RC	3,61	7,22											
	DMIC	0,46												
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO														
Lit. Atual	Lit. Anterior	Cons.	Consumo (kWh)											
17868	17725	1,20	83											
		Coes. Ind.	0,00											
		Coes. Fix.	-3											
		Tarifa (R\$/kWh)	0,10421 0,17628											
		Valor (R\$)	3,12 9,15											
14-02-13	15-02-13	27 Dias	83											
			12,57											
DESCRIÇÃO		VALOR (R\$)												
VR. CONSUMO DO MES PREÇO NORMAL		24,67												
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA		-12,10												
MULTA MORATORIA REF 02/2013		0,34												
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL		4,76												
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA		0,36												
VENCIMENTO 01/04/2013		TOTAL A PAGAR (R\$) 18,03												
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)												
Energia	7,56													
Transmissão	0,41	81	82	101	102	83	75	76	73	75	67	75	85	74
Distribuição	3,44	RED Mar Abr Mai Jun Jul Ago Set Out Nov Dez Jan Fev Mar Abr												
Encargos Setoriais	0,00													
Tributos (PIS e COFINS) ...	0,72													
TOTAL	12,93													
Importante! CONTAS EM ATRASO		DEBITOS ANTERIORES												
AVISO DE DÉBITO VENCIDO:		Mes/Ano Valor R\$												
Informamos existir débito vencido sem acréscimos legais até este dia,		11/2012 23,52												
no valor de R\$ 50,36. Caso o débito relacionado ao lado tenha sido pago, favor desconsiderar esta aviso.		02/2013 26,04												
Conta desta fatura R\$ 0,72 referente a PIS e COFINS. Rua 9 Rua 104 2005 - JARDIM - Itapira - SP - 13.437-92 - Tel. 051 3231 021														



DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

EU, Antonio Inêz Suprazio,
 brasileiro(a), Solteiro, Autônomo, CPF 000.237.763-
23, RG 0001098062009, residente e
 domiciliado(a) R. Joaquim Joventino 118 lot. Palmatória - Itapiruna. **DECLARO,**

consoante ao artigo 1º da Lei nº 7115/83, que não possuo comprovante de endereço em meu nome e resido no endereço acima mencionado.

Declaro, outrossim, está ciente do inteiro teor da Lei nº 7.115/83, bem como que tenho pleno conhecimento de que a falsidade das declarações por mim firmadas no presente documento poderão ensejar sanções cíveis e criminais (art. 299 do CPB)

Quixadá/CE, 10 de setembro de 2015.

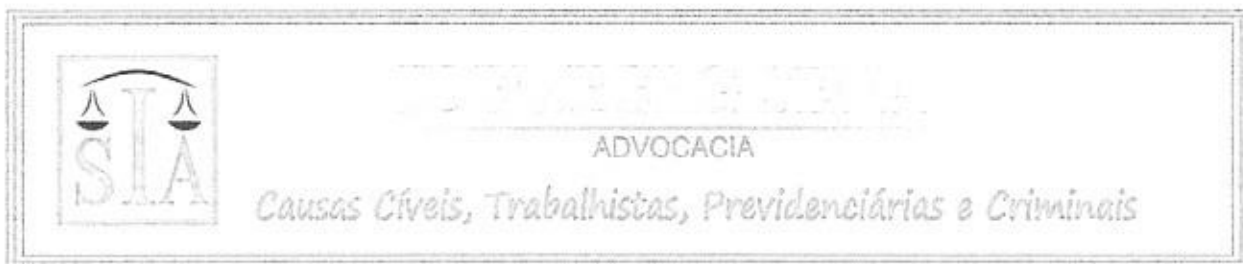
Antonio de Freitas ou Frio Jio.
 Declarante

***Art. 1º** - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Antonio Freitas Euprazio,
 brasileiro(a), Solteiro, Autônomo,
 inscrito no CPF sob nº 000.237.763-23, RG
000.1098062009, telefone Residente e
 domiciliado na R. Joaquim Juvêncio 118 101 Palmeira Hapiuna,
CEP 62-740-000

Declaro para todos os fins a que esta se destinar que fui devidamente esclarecido pelo Dr. JOSÉ IDEMBERG NOBRE DE SENA, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 14.260, com escritório profissional na Rua Benício Chagas, 274, centro, Morada Nova-CE, telefones: (88) 3422-3486/9912-8816/9200-0855, acerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente ação judicial de indenização do seguro obrigatório DPVAT, assumindo, assim, de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO o Escritório de Advocacia Idemberg Sena, representado através do advogado JOSE IDEMBERG NOBRE DE SENA, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 14.260, com escritório profissional na Rua Benício Chagas, 274, centro, Morada Nova-CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e/ou administrativa, no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processos com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

" As informações contidas no processo indenizatório DPVAT são de responsabilidades do beneficiário, sendo o mesmo informado que a comunicação de fato não ocorrido ou inexistente é crime punível na forma da lei arts. 339 e 340 do CPB."

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Quixadá/CE, 10 de setembro de 2015.

Antonio de Freitas Euprazio
 DECLARANTE



ADVOCACIA

Causas Cíveis, Trabalhistas, Previdenciárias e Criminais

PROCURAÇÃO AD-JUDÍCIA

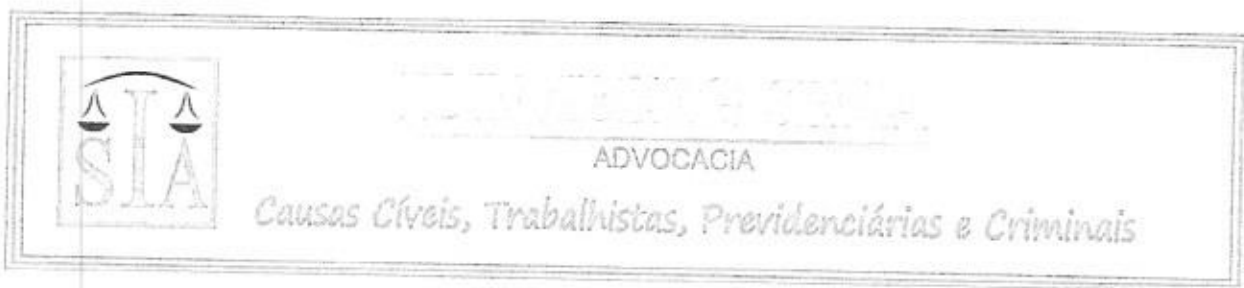
ORTORGANTE (S): Antonio Freitas Guiprazio, b
 brasileiro(a), Solteiro, Autônomo, CPF/CNPJ
000.237.763-23, RG 0001098062009, telefone
 Residente e domiciliado
 na R. Joaquim Joventino 118 Dt. Palmeira Stepuanca;

OUTORGADO: JOSÉ IDEMBERG NOBRE DE SENA, brasileiro, advogado,
 inscrito na OAB/CE sob o n° 14.260, com escritório profissional na
 Rua Benício Chagas, 274, centro, Morada Nova-CE, telefones: (88)
 3422-3486/9912-8816/9200-0855.

PODERES: Pelo presente instrumento de procuração, nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastante procurador(es) o outorgado supra qualificado a quem confia(m) amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula **ad-judícia et extra**, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(s) nas contrárias, seguindo umas e outras, até o final da decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, **dando-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, renunciar direitos e transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação**, propor Execução, requerer falência, habilitar crédito, ação ordinária, ação cautelar de atentado, procedimento sumaríssimo, ação rescisória, embargos, agravos, bem como de representar criminalmente, representando, ainda, o outorgante para o fim do disposto nos artigos n°s. 447 e 448 do Código de Processo Civil, agindo em conjunto ou separadamente, **podendo ainda substabelecer, com ou sem reservas de iguais poderes**, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do outorgante.

Quixadá/CE, 10 de setembro de 2015.

Antonio de Freitas Guiprazio
 OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Antonio Ineides Suprazio,
 brasileiro(a), Solteiro, Autônomo, CPF
000.237.763.23, RG 0001098062009, residente
 na R. Joaquim Joventino 118 DT Palmatona Hapiuna,
 DECLARO,

para os devidos fins, que sou pobre na forma da lei 1060/50, não podendo, desta forma, custear as despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de minha família, pelo que suplico a gratuidade da justiça, assumindo inteira responsabilidade, na forma da lei 7.115/83, pelas informações ora emanadas.

Quixadá/CE, 10 de setembro de 2015.

Antonio de Freitas Suprazio
 Declarante

**Tribunal de Justiça de Sergipe****CÁLCULO DE CORREÇÃO**

Utilizando INPC

Detalhamento dos Meses

Data Inicial.....: 29/12/2006

Valor Inicial.....: R\$ 13500.00

Data Final.....: 11/01/2016

Valor Corrigido.....: R\$ 23.699,65

CÁLCULO DOS JUROS

Taxa de Juros Mensal...: 0

Meses de Juros.....: 108

Valor dos Juros Mensais: R\$ 0,00

Taxa de Juros Diária...: 0,00 %

Dias de Juros.....: 12

Valor dos Juros Diários: R\$ 0,00

Valor total dos Juros: R\$ 0,00

Valor Corrigido + Juros: R\$ 23.699,65

CÁLCULO DA MULTA

Perc. de Multa: 0

Valor da Multa: R\$ 0,00

CÁLCULO DOS HONORÁRIOS

Perc. de Honorários: 0

Valor de Honorários: R\$ 0,00

TOTAL FINAL.....: R\$ 23.699,65**(VINTE E TRÊS MIL E SEISCENTOS E NOVENTA E NOVE REAIS E SESSENTA E CINCO CENTAVOS)**

- Este serviço é meramente informativo.

Imprimir

Voltar