

Boletim de ocorrência

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 432 - 2464 / 2017

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: 29/06/2017 09:36:31  
 Data / Hora da Ocorrência: 11/07/2018 19:30:00  
 Endereço da Ocorrência:  
 Complemento:  
 Bairro: **ZONA RURAL** Município: **CANINDE/CE**  
 Ponta de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **JOSE ALAJRTON SOUSA FELIPE**  
 Nascimento: 02/02/1992 CPF: 915.429.103-82 UF: **MT**  
 RG: 22004416 Órgão Emissor: SSP  
 Filiação: **FRANCISCA SOUSA FELIPE**  
**JOSE RAIMUNDO FELIPE**  
 Endereço: **RUA JUSTINO DE SOUZA, 560**  
 Bairro: **PAJUÇARA** Município: **MARACANAU/CE** CEP:  
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8532-4564**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OCC0949** UF: **CE** Município: **MARACANAU** Chassi: **9C2KC1670CR445958** Renavam: **395689538** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
 Cor: **PRETA** Proprietário: **ISAAC ABREU DE SOUSA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

Declarante compareceu a esta delegacia para comunicar que na data supra sofreu acidente automobilístico quando andava na garupa da motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESI de placa OCC-0949, a qual era conduzida por ISAAC ABREU DE SOUSA; QUE o condutor vinha guiando a moto em uma estrada de terra quando, ao realizar uma curva, a moto derrapou vindo os dois ocupantes a caírem ao solo; QUE em decorrência da queda, o declarante bateu com a cabeça no chão; QUE o condutor da motocicleta acionou a ambulância que conduziu o declarante até o hospital de Canindé, tendo sido transferido para o IJF de Fortaleza; QUE o declarante sofreu traumatismo craniano e chegou a passar cinco dias internado; QUE após isto, recebeu alta, sem indicação de fisioterapia; E não mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CANINDE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: CLAUDIO HENRIQUE DE OLIVEIRA - MAT.: 30335511

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: DANIEL ARAGÃO MOTA - MAT.: 300591-1-5

VISTO DO DELEGADO(A):

DELEGACIA REGIONAL DE CANINDE

Pág. 1 de 2  
 Impresso em: 29/06/2017 15:00:12

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FERNANDO ANTONIO RIBEIRO DE CARVALHO JUNIOR e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 11:59, sob o número 01134268120198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113426-81.2019.8.06.0001 e código 44B8665F.

**Nº DO CLIENTE**  
**8114875-5**

Para adquirir seu abastecimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Básica que sempre foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

**enel**

Componente Energética do Ceará  
Rua Pedro Valdevíno, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.225/0001-70 | CGF 06.108.848-3

---

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 480138493

Rota 03 26001 12 047300 - 2      Data de Emissão 06/06/2017

Nome **GRECIA DELFINO GERIANO**

End. Postal **RU JUSTINO DE SOUZA 00560**  
**PAJUCARA - MARACANAU - 61900000**

Medidor **2417197**      Poste 0000 0000

Classe **01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA REND**      Rendimento de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ **021786873-85**      CGF

Nome do Responsável

---

**DATAS**

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jun/2017	06/06/2017	06/07/2017

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta

Conjunto **DISTRITO INDUSTRIAL I**

Mês **Abr/2017**      EIED 6.62

**DICI = 0,00 P**

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,59	21,17	42,34	0,00	11,00	0,00
FIC	7,52	15,04	30,09	0,00	11,00	0,00
DMIC	5,68			0,00		

---

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

DATE F794, 0079, 1324, 0690, 6005, 5348, 4693

---

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Pnt.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
38727	30662	1,00	65	0,00	0,35	0,1430 / 0,21430	5,29 / 11,01
05/05/17	05/05/17		32 DIFG		65		16,50

---

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	16,50
MULTA MORATORIA REF 05/2017	0,31
JUROS DO MES	0,05
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	11,76
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,23

---

**VENCIMENTO** 13/06/2017

**TOTAL A PAGAR (R\$)** 29,85

---

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**      **RECORRIDO DE CONSUMO** (últimos 12 meses)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FERNANDO ANTONIO RIBEIRO DE CARVALHO JUNIOR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 11:59, sob o número 01134268120198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113426-81.2019.8.06.0001 e código 44B86666.

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - CE**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**  
Nº 010546306710

VIA: 01 COD RENAVAM: 00866282440 RNTIC: 000000000000 EXERCÍCIO: 2013

FIDE: ANTONIO PATIVA DU NASCIMENTO  
NOME: ANTONIO PATIVA DU NASCIMENTO  
NÍVEL RISSAS  
PLAC: HXF 2858

PLACA ANT/LUF: VEZKRCB104R072301 CHASSI: HXF 2858/LB

PAIS/MUNICÍPIO/UF: BRASIL/CE/CE  
ESPECIE TIPO: COMPLETA

HONDA/CG 150 TAN KS  
MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TAN KS  
ZP/OEV/14911C CATEGORIA: PARTEIC ANO FAB: 2004 ANO LIC: 2014  
VENCIMENTO: 14/07/2014

I	COTA ÚNICA	14
P	PARTEIC	2
V	PREMIUM	3
A	PREMIUM	3

PREMIO TARIFARIO (R\$): 14,54  
COTA ÚNICA (R\$): 14,54  
COTA ÚNICA (R\$): 14,54  
COTA ÚNICA (R\$): 14,54

PREMIUM (R\$): 1,11  
COTA ÚNICA (R\$): 1,11

PREMIUM TOTAL (R\$): 292,01  
DATA DE PAGAMENTO: 18/07/2013

CHASSI: HXF 2858/LB

PLACA: HXF 2858

DATA DE EMISSÃO: 16/07/2013

**BILHETE DE SEGURO DPVAT**

CE Nº 010546306710 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CHASSI: HXF 2858/LB

PLACA: HXF 2858

EXERCÍCIO: 2013

**BILHETE DE SEGURO DPVAT**

CE Nº 010546306710

CHASSI: HXF 2858/LB

PLACA: HXF 2858

EXERCÍCIO: 2013

**Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A**  
CNPJ: 09.248.608/0001-04 00265

LOCAL: NÍVEL RISSAS  
DATA: 28/07/2013  
Suplementar: Igor Fortes

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Isaac Abreu de Sousa  
 RG nº 20073289966 data de expedição     /    /      
 Órgão SSP portador do CPF nº 051.436.413-06 com  
 domicílio na cidade de Maracanã no Estado de  
Ceará onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua: 2, Conj. Habitacional nº 10  
 complemento      declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima Yone Alaimton Sousa Felipe o condutor era  
Isaac Abreu de Sousa

Veículo: Moto  
 Modelo: Honda/CG 150 FAN EST  
 Ano: 2001  
 Placa: QCC 0949  
 Chassi: 9C2.KC1670CR445950  
 Data do Acidente: 11/07/2016  
 Local e Data: Fortaleza 25 de julho de 2017

X Isaac abreu de souza  
 Assinatura do Declarante

X Isaac abreu de souza  
 Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO COSTA LIMA - REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DIST. PAJUÇARA  
 OFICIAL TITULAR: BEL' KARLA FROTA DA COSTA LIMA - CNPJ: 14.922.743/0001-23  
 Av. Mendel Steinbruch, N° 10467 - Pajuçara - CEP: 61.932-405 - Maracaná - CE  
 Tel: (85) 3215.3171 / 8773.1046 - E-mail: cartorio@pajuçara@gmail.com

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: ISAAC ABREU DE SOUSA, CONFERIDO ( X ) DOU FÉ. Maracanã-Ceará, 09/08/2017.

jo: Simone Teixeira dos Santos  
 Maria Simone Teixeira dos Santos

Confira os dados do ato autenticado em: <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

**José Alairton Sousa Felipe**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do CPF/MF nº 915.429.103-82, com Documento de Identidade de nº 2017162021-0, residente e domiciliado na Rua Justino de Souza, nº 560, Pajuçara, CEP: 61932-240, (Maracanaú-CE), **DECLARO**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Maracanaú, 26, de JULHO, de 2019

José Alairton Sousa Felipe

**José Alairton Sousa Felipe**

**URGÊNCIA**

Data de Emissão 11/7/2016 08:32:42

Ficha de Atendimento Ambulatorial - SHSFC

Unidade Prestadora : SANTA CASA DE CANINDE  
Convênio : SUS AMBULATORIO

SENHA  
Usuário do Cadastro  
Usuário do Atendimento

Dados do Paciente

Nome : **JOSE ALAIRTON SOUSA FELIPE** Paciente : 139535  
Nome da Mãe : FRANCISCA SOUSA FELIPE  
Sexo : MASCULINO Data Nascimento : 02/02/1982 Idade : 34 Anos / 5 Meses / 9 Dias  
Endereço : ASSENTAMENTO IPIRANGA CASA Número : 0  
Bairro : ZONA RURAL Cidade : CANINDE  
CNS : 700000278400609 CEP : 62700000 Telefone

Atendimento  
1195826

Dados do Atendimento

Prestador Médico : FRANCISCO TACITO MARTINS MENDES SOAF  
Especialidade : OFTALMOLOGIA  
Serviço : OFTALMOLOGIA

Data : 11/07/2016 Hora : 08:29:49

*Francisco Tacito Soares*  
Assinatura do Paciente ou Responsável  
RG : 22004416

Queixas : T. PA

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico : ( ) Sim ( ) Não A que?

Anamnese :

14/11/16  
498

Exame Físico :

*Centrado na prescrição física*

*Francisco Soares*  
Oftalmologista  
REDE LINA E VITREO  
CREMEC 14270

Hipótese Diagnóstica :

Cód. CID 10

0301060061

Procedimento

Imagem :

Laboratório :

Outros :

Medicação

Campanha de Vacinação

Data de Impressão: 8/7/2016 07:06:24



### Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora : SANTA CASA DE CANINDE  
 Convênio : SUS AMBULATORIO  
 Dados do Paciente

Data : 08/07/2016  
 Hora : 07:07:41

GUIA :

Usuário do Cadastro : DEIVIANEM  
 Usuário do Atendimento : STEFANNYF

Nome : JOSE ALAIRTON SOUSA FELIPE

Paciente : 139535

Atendimento  
 1195255

Nome da Mãe : FRANCISCA SOUSA FELIPE  
 Sexo : MASCULINO Data Nascimento: 2/2/1982  
 Endereço : ASSENTAMENTO IPIRANGA  
 Bairro : ZONA RURAL  
 CEP : 62700000

Idade : 34 Anos / 5 Meses / 6 Dias

Cidade : CANINDE  
 Telefone :

Número : 0

Classificação de Prioridade:

Horas: 07:03 PESO: T:

Assinatura do Paciente ou Responsável  
 RG : 22004416

Queixas: Episódios de dor no olho direito por acidente pros/rou/psf? PA 100x70

ATENDIMENTO:  OBSTÉTRICO  GINECOLÓGICO  PEDIÁTRICO  ORTOPÉDICO  CLÍNICO  CIRÚRGICO

TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL?  SIM  NÃO

CAUSAS:  ENCAMINHADO  NÃO TINHA FICHA PARA CONSULTA  NÃO TINHA MÉDICO  POSTO ESTAVA FECHADO  NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

LOCAL DO ACIDENTE:  DOMICÍLIO  VIA PÚBLICA  TRABALHO  ESCOLA  OUTROS

TIPO DE TRAUMA:  TCE  ABDOMINAL  TORÁCICO  ORTOPÉDICO  POLITRAUMA

POR QUÊ?  NÃO É EFICIENTE  É LONGE DE CASA  NUNCA TEM MÉDICO

TIPO DE ACIDENTE:

QUEDA DE ONDE?  ARMA DE FOGO  ARMA BRANCA  OUTROS:

ACIDENTE C/ OBJETOS CORTO-CONTUSOS  AFOGAMENTO  CARRO: CINTO?  SIM  NÃO  MOTO: CAPACETE?  SIM  NÃO  ATROPELAMENTO:  CARRO  MOTO  BICICLETA  OUTROS  QUEIMADURAS:  1º GRAU  2º GRAU  3º GRAU

ESPANCAMENTO:  VIOLÊNCIA SEXUAL:  POR QUEM?  PAI  PADASTRO  MÃE  DESCONHECIDO  OUTROS:

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA:

1 | EMERGÊNCIA | 10 min

2 | MUITO URGENTE | 10 min

3 | POUCO URGENTE | 60 min

4 | NÃO URGENTE | 1

Procurar unidade básica de saúde ou marcar consulta com médico assistente

Pacientes em acompanhamento ambulatorial, mas sem tratamento atual

Dores crônicas

Procedimentos como curativos, trocas de sondas, requisições de receitas médicas

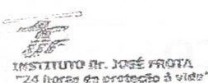
Avaliação de exames solicitados pelo médico assistente

Solicitações de declarações, atestados ou relatórios médico

*Referencia de 11-07-16*

NTI - Núcleo de Tecnologia da Informação

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FERNANDO ANTONIO RIBEIRO DE CARVALHO JUNIOR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 11:59, sob o número 01134268120198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113426-81.2019.8.06.0001 e código 44B8679.



RECEITUÁRIO

Nome: José Alencar de S. Felipe BE/Prontuário: \_\_\_\_\_

Atestado Médico:

Atesto por os devidos fins que o  
paciente supracitado esteve internado nesta  
unidade desde o dia 05/07/16 e necessita  
de 30 (trinta) dias de repouso.

Data: 05/07/16

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro, CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 009.003 Versão 1 - 01/SET/05 - Via Única - Formato A5 (148x210).

999854048  
99570237





# LAUDO MÉDICO

## RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Jose Alairton de Sousa Felipe  
 Idade: 34 anos \_\_\_\_\_ meses  
 Prontuário: 5452953 Unidade: 19 Leito: 09

### RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente, 34 anos, P, chegou ao PS vítima de acidente de trânsito com queixa de dor tendão em HTD associado à dor no pé direito, + dor abdominal + cepaléia importante.  
IX de tórax elucidativas pneumotórax à (D)  
FAST + oclares etc de crânio normal

Diagnóstico Principal: Trauma Tóraco Fechado

Diagnósticos Secundários:

Seqüelas Apresentadas: Pneumotórax

Procedimentos Cirúrgicos: ( ) Não

- 1- Cirurgia realizada: Tenotomia/descompressão do tendão de Aquiles Cirurgião: Dr. Jamil M. E. ... Data: 09/07/16  
 Tipo de anestesia/Sedação: Local
- 2- Cirurgia realizada: \_\_\_\_\_ Cirurgião: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Tipo de anestesia/Sedação: \_\_\_\_\_
- 3- Cirurgia realizada: \_\_\_\_\_ Cirurgião: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Tipo de anestesia/Sedação: \_\_\_\_\_
- 4- Cirurgia realizada: \_\_\_\_\_ Cirurgião: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Tipo de anestesia/Sedação: \_\_\_\_\_
- 5- Cirurgia realizada: \_\_\_\_\_ Cirurgião: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Tipo de anestesia/Sedação: \_\_\_\_\_
- 6- Cirurgia realizada: \_\_\_\_\_ Cirurgião: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Tipo de anestesia/Sedação: \_\_\_\_\_

Procedimentos Invasivos/Exames ( ) Sim ( ) Não

- 1- \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 2- \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FERNANDO ANTONIO RIBEIRO DE CARVALHO JUNIOR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 11:59, sob o número 01134268120198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113426-81.2019.8.06.0001 e código 44B8679.



**SOLICITAÇÃO DE EXAMES**

5452953

Nome: <u>SUZANA ALMEIDA DE SOUSA FERREIRA</u>		Nº AIH/RAE:	
Paciente Externo? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Unid. Internação/ENF/LEITO: <u>31A</u>	Idade: <u>33</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
<b>JUSTIFICATIVA</b>			
<u>Tomografia da Torção</u>			
<b>EXAMES RADIOLÓGICOS</b>			
<input type="checkbox"/> Crânio	<input type="checkbox"/> Face	<input type="checkbox"/> Coluna Cervical __AP/P	<input type="checkbox"/> Clavícula __AP
<input checked="" type="checkbox"/> Tórax __AP/P	<input type="checkbox"/> Ombro __AP/P.	<input type="checkbox"/> Braço __AP/P	<input type="checkbox"/> Antebraço __AP/P
<input type="checkbox"/> Punho __AP/P	<input type="checkbox"/> Mão __AP/OBL	<input type="checkbox"/> Bacia AP	<input type="checkbox"/> Quadril AP/AXIAL
<input type="checkbox"/> Escanometria dos MMII	<input type="checkbox"/> Perna __AP/P	<input type="checkbox"/> Joelho __AP/P	<input type="checkbox"/> Tornozelo __AP/P
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>EXAMES LABORATORIAIS</b>			
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Glicemia	<input type="checkbox"/> Uréia	<input type="checkbox"/> Creatinina
<input type="checkbox"/> Cloro	<input type="checkbox"/> Sódio	<input type="checkbox"/> Plaquetas	<input type="checkbox"/> Cálcio
<input type="checkbox"/> PTTA	<input type="checkbox"/> Lipase	<input type="checkbox"/> Amilase	<input type="checkbox"/> Colinesterase
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ULTRA-SONOGRAFIA</b>			
<input type="checkbox"/> Fast	<input type="checkbox"/> Abdome Total	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> MSD
			<input type="checkbox"/> MSE
			<input type="checkbox"/> MID
			<input type="checkbox"/> MIE
<b>OUTROS EXAMES</b>			
Assinatura e Carimbo do Solicitante:		Data: / /	Hora: h minutos

*[Handwritten signature]*  
 05/08/16

1. PREENCHER ESTA FICHA EM (TRES) VIAS  
 2. AO TERMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO ENTREGAR 2 (DUAS) VIAS AO USUARIO ORIENTANDO-O PARA RETORNAR COM 1ª VIA À UNIDADE DE ORIGEM

FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: \_\_\_\_\_  
 DISTRITO SANITÁRIO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: Canindé  
 NOME: José Alairton de Souza Felipe PRONTUÁRIO Nº: \_\_\_\_\_  
 SEXO M  F  DATA DE NASCIMENTO: 02/02/92 OCUPAÇÃO: Agricultor  
 ENDEREÇO: Assentamento Ipiranga FAIRRO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

MÓTIVO DE ENCAMINHAMENTO:  
34 anos, apresenta diminuição da visão no olho direito diminuição da audição, cefaleia frontal devido a trauma  
 RESULTADO DE EXAME(S):  
risco no crânio.

CONDUTA JÁ REALIZADA: \_\_\_\_\_  
 IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TEE  
 ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - Nº REGISTRO: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: Médico DATA: 22/07/16 HORA: 17hs

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_ AGENDAMENTO: \_\_\_\_\_  
 AMBULATORIAL  HOSPITALAR  AUXÍLIO DIAGNÓSTICO   
 PROCEDIMENTO: consulta PROFISSIONAL: Neurologista  
 UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (\*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_  
 MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO Nº: \_\_\_\_\_ ALTA: \_\_\_\_\_

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

RESUMO DO(S) EXAME(S):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 SECUNDÁRIO 1: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 SECUNDÁRIO 2: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

PROPOSTA DE CONSULTA PARA SEGUIMENTO:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM  NÃO  O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDIU COM O DIAGNÓSTICO? SIM  NÃO

ASSINATURA DO CONSULTANTE - Nº REGISTRO: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_



# HOSPITAL E MATERNADE REGIONAL SÃO FRANCISCO

A Santa Casa de Canindé

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará - CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22  
 Telefone: (085) 3343-2110 - Fax: (085) 3343-1768 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br

## SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ - FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO - 5ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE MUNICÍPIO: CAI

NOME: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO Nº \_\_\_\_\_

SEXO: M  F  DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

END.: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: *ph 07 - 0000 - 02 - 1001*  
*cham 12*

RESULTADO DO(S) EXAME(S): *otomunus - 1001*  
*1001*

CONDUTA JÁ REALIZADA: *2000*

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: *20,00 10* CID: [ ] [ ] [ ] [ ]

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - Nº REGISTRO \_\_\_\_\_ FUNÇÃO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

**AGENDAMENTO**

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL  HOSPITALAR  AULXÍLIO DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_ PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_

UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

### FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (\*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO Nº: \_\_\_\_\_ ALTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO: \_\_\_\_\_

RESULTADO DO(S) EXAME(S): \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

SECUNDÁRIO 1 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

SECUNDÁRIO 2 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

PROPOSTA DE CONSULTA PARA SEGUIMENTO: \_\_\_\_\_

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

ASSINATURA DO CONSULTANTE - Nº REGISTRO \_\_\_\_\_ FUNÇÃO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FERNANDO ANTONIO RIBEIRO DE CARVALHO JUNIOR e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 11:59, sob o número 01134268120198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113426-81.2019.8.06.0001 e código 44B8679.



LD: 14420012 2018  
218

Data da Impressão: 30/06/2016

### Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

UF Dr. 30

Unidade Prestadora: SANTA CASA DE CANINDE  
Convênio: SUS AMBULATORIO

GUIA:

#### Dados do Paciente

Nome: JOSE ALAIRTON SOUSA FELIPE

Paciente: 139535

Atendimento: 1193319

Nome da Mãe: FRANCISCA SOUSA FELIPE

Sexo: MASCULINO

Data Nascimento: 02/02/1982

Idade: 34 Anos / 4 Meses / 28 Dias

Endereço: ASSENTAMENTO IPIRANGA

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 62700000

Cidade: CANINDE

Telefone:

Número: 0

SP02 921  
FC: 20467

#### Dados do Atendimento

Prestador Médico: NOEL ENRIQUE CORDIÉS JUSTIN

Data: 30/06/2016

Hora: 21:43:07

Especialidade: CLINICO GERAL

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

*Assinatura do Paciente ou Responsável*

RG: 22004416

#### Queixas:

T 35,8°C PA: 120/80

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico: ( ) Sim ( ) Não A que?

Anamnese: TCF

500000 22 chaves 12  
500 500  
14116  
445

#### Exame Físico:

Jul. TCF com obesos  
sht

#### Hipótese Diagnóstica:

Carimbo/Assinatura Médico-CRM

Cód. COD 10

Imagem

#### Procedimento

Laboratório

Outros

#### Medicação

Carimbo/Assinatura Enfermeiro/COF



# HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL SÃO FRANCISCO

A Santa Casa de Canindé  
Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará - CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22  
Telefone: (085) 3343-2110 - Fax: (085) 3343-1768 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



## SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ - FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO Comprovação de ato declaratório: RIA REGIONAL DE SAÚDE MUNICÍPIO: CANINDÉ

NOME: FRANCISCO NASCIMENTO  
 SEXO: M  F  DATA DE NASCIMENTO: 16/04/2018 TELEFONE: 3351156/17  
 END.: BAIRRO: CIDADE: PRONTUÁRIO Nº: 16/04/2018 11:44:26



MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: *absc 12*

RESULTADO DO(S) EXAME(S): *psu 120x8*  
*PC 104*  
*ST: 56*

CONDUTA JÁ REALIZADA: *si*

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: CID: 20, 00, 11

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - Nº REGISTRO: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL  AGENDAMENTO HOSPITALAR  AUXÍLIO DIAGNÓSTICO   
 PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_ HOSPITALAR  HOSPITALAR  AUXÍLIO DIAGNÓSTICO   
 UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

### FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (\*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO Nº: \_\_\_\_\_ ALTA: \_\_\_\_\_

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO: \_\_\_\_\_

RESULTADO DO(S) EXAME(S): \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL \_\_\_\_\_ SECUNDÁRIO 1 \_\_\_\_\_ SECUNDÁRIO 2 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

PROPOSTA DE CONSULTA PARA SEGUIMENTO: \_\_\_\_\_

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

ASSINATURA DO CONSULTANTE - Nº REGISTRO: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.

Atestado médico

RGF "Ingrá"  
Estado 25/10/2017.

Ateste para as devidas fins que o paciente José Alairton Gomes Felipe, de 35 anos de idade; em DN: 02/02/1982; apresenta quadro de diminuição da acuidade visual e auditiva no lado direito, sequela de Paralisia Facial por acidente de afete ocorrida no dia 11/07/2016. Guentuse em um das faculdades mentais.

ASL-0351156/17  
francisco.nascimento  
16/04/2018 11:43:16

*[Handwritten Signature]*



Documentação médico - hospitalar

ASL-0351156/17  
francisco.nascimento  
16/04/2018 11:43:16  
21 MAR. 2018 16



# HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL SÃO FRANCISCO

A Santa Casa de Canindé

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará - CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22  
 Telefone: (085) 3343-2110 - Fax: (085) 3343-1768 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br

## SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ - FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO - 5ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE MUNICÍPIO: CAI

NOME: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO Nº \_\_\_\_\_

SEXO: M  F  DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

END.: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: *at 00 ...*

RESULTADO DO(S) EXAME(S): *obscuro 12 ...*

CONDUTA JÁ REALIZADA: *...*

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: *...* CID: [ ][ ] . [ ][ ]

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - Nº REGISTRO \_\_\_\_\_ FUNÇÃO \_\_\_\_\_ DATA: 20/06/10 HORA \_\_\_\_\_

**AGENDAMENTO**

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL  HOSPITALAR  AUXÍLIO DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_ PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_

UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

### FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (\*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO Nº: \_\_\_\_\_ ALTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO: \_\_\_\_\_

RESULTADO DO(S) EXAME(S): \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

SECUNDÁRIO 1 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

SECUNDÁRIO 2 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

PROPOSTA DE CONSULTA PARA SEGUIMENTO: \_\_\_\_\_

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

ASSINATURA DO CONSULTANTE - Nº REGISTRO \_\_\_\_\_ FUNÇÃO \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FERNANDO ANTONIO RIBEIRO DE CARVALHO JUNIOR e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 11:59, sob o número 011342668120198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113426-81.2019.8.06.0001 e código 44B867F.





LD: 144200122018  
218  
Data da Impressão: 30/06/2016  
Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência IJF Dr. JP

Unidade Prestadora: SANTA CASA DE CANINDE  
Convênio: SUS AMBULATORIO

Dados do Paciente  
Nome: JOSE ALAIRTON SOUSA FELIPE  
Nome da Mãe: FRANCISCA SOUSA FELIPE  
Sexo: MASCULINO Data Nascimento: 02/02/1982 Idade: 34 Anos / 4 Meses / 28 Dias  
Endereço: ASSENTAMENTO IPIRANGA  
Bairro: ZONA RURAL  
CEP: 62700000  
Cidade: CANINDE  
Telefone:

GUIA:  
Usuário do Cadastro: DEI  
Usuário do Atendimento: FRANK

Paciente: 139535  
Atendimento: 1193319

Dados do Atendimento  
Prestador Médico: NOEL ENRIQUE CORDIÉS JUSTIN  
Especialidade: CLINICO GERAL  
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
Data: 30/06/2016 Hora: 21:43:07  
Assinatura do Paciente ou Responsável: *Greice Ribeiro Gomes*  
RG: 22004416

Queixas:  
T 35,8°C PA: 120/80 P:

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico: ( ) Sim ( ) Não A que?

Anamnese: TCF

Exame Físico:  
Sub: TCF com obesos  
alt

Hipótese Diagnóstica:  
Carimbo/Assinatura Médico-CRM  
Cód. COD 10

Imagem:  
Laboratório:  
Outros:  
Procedimento:  
Medicação:

Carimbo/Assinatura Enfermagem/COF

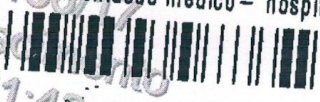
Atestado médico

PGF "Ingrá"  
Estado 25/10/2017.

Ateste para as devidas fins que o paciente José Alairton Gomes Felipe, de 35 anos de idade; com DN: 03/02/1982; apresenta quadro de diminuição da acuidade visual e de refração no lado direito, sequela de hemorragia facial por acidente de afete ocorrida no dia 11/07/2016. Concentrase em um das faculdades mentais.

ASL-0351156/17  
francisco.nascimento  
16/04/2018 11:43:16

ASL-0351156/17  
francisco.nascimento  
16/04/2018 11:43:16  
Documentação médico - hospitalar



*Handwritten signature*

ASL-0351156/17  
francisco.nascimento  
16/04/2018 11:43:16

ASL-0351156/17  
francisco.nascimento  
16/04/2018 11:43:16  
21 MAR. 2018



### HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL SÃO FRANCISCO

A Santa Casa de Canindé  
Praça Frel Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará - CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22  
Telefone: (085) 3343-2110 - Fax: (085) 3343-1768 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



#### SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ - FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO Comprovação de ato declaratório REGIONAL DE SAÚDE MUNICÍPIO: CANINDÉ

PRONTUÁRIO Nº: 0351156/17

EXCELGIOR SEGUROS

17 SET. 2017

SEGURO DPVAT

SEXO:  M  F DATA DE NASCIMENTO: 16/04/2018 BAIRRO: 11-44-26 TELEFONE: CIDADE: 11-44-26

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: atraso de parto

RESULTADO DO(S) EXAME(S): ultrassom

CONDUTA JÁ REALIZADA: psicossocial

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: gestos 30000 CID:

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - Nº REGISTRO: unme FUNÇÃO: psicólogo DATA: 20-05-18 HORA: 11:44:26

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL  HOSPITALAR  AILUXILIO DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO: psicossocial DATA: 16/04/2018 HORA: 11:44:26

#### FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (\*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO Nº: \_\_\_\_\_ ALTA: \_\_\_\_\_

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO: \_\_\_\_\_

RESULTADO DO(S) EXAME(S): \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL \_\_\_\_\_ SECUNDÁRIO 1 \_\_\_\_\_ SECUNDÁRIO 2 \_\_\_\_\_

PROPOSTA DE CONSULTA PARA SEGUIMENTO: \_\_\_\_\_

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

ASSINATURA DO CONSULTANTE - Nº REGISTRO: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FERNANDO ANTONIO RIBEIRO DE CARVALHO JUNIOR e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 11:59, sob o número 01134268120198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113426-81.2019.8.06.0001 e código 44B867F.



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



**GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 432 - 2464 / 2017**

**GUIA Nº 432 - 842 / 2017**

**CANINDE, 29 de Junho de 2017**

**Natureza do Exame: CORPO DE DELITO**

**Requisito à Perícia Forense o exame LESAO CORPORAL da pessoa abaixo qualificada:**

**Nome: JOSE ALAIRTON SOUSA FELIPE**  
**Nacionalidade: BRASIL**  
**Data de Nascimento: 02/02/1982**  
**Grau de Instrução: 1o. GRAU INCOMPLETO**  
**Filiação: JOSE RAIMUNDO FELIPE**  
**FRANCISCA SOUSA FELIPE**  
**Documento de Identificação: RG**  
**Órgão Emissor: SSP**  
**Residência: RUA JUSTINO DE SOUZA, 560, PAJUÇARA - MARACANAU/CE**  
**Local da Ocorrência: ZONA RURAL - TARGINOS CANINDE/CE**  
**Data e Hora da Ocorrência: 11/07/2016 19:30**  
**Observação: VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO (TCE)**  
**Laudo para: DELEGACIA REGIONAL DE CANINDE**

**Naturalidade: CANINDE/CE**  
**Estado Civil: SOLTEIRO(A)**  
**Profissão: AGRICULTOR**  
**Número: 22004416**  
**UF: MT**

**DELEGADO(A) DANIEL ARAGÃO MOTA - 300591-1-5**

**TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE**

Declaro que recebi da **DELEGACIA REGIONAL DE CANINDE** a Guia de número **842 / 2017** do município de **CANINDE**

Em \_\_\_\_\_

Nome/Assinatura \_\_\_\_\_

**URGENCIA**

Data de Emissão 11/7/2016 08:32:42

Ficha de Atendimento Ambulatorial - SHSFC

Unidade Prestadora : SANTA CASA DE CANINDE  
Convênio : SUS AMBULATORIO

SENHA

Usuário do Cadastro  
Usuário do Atendimento

Dados do Paciente

Nome : **JOSE ALAIRTON SOUSA FELIPE**

Paciente : 139535

Atendimento

1195826

Nome da Mãe : FRANCISCA SOUSA FELIPE

Sexo : MASCULINO

Data Nascimento: 02/02/1982

Idade: 34 Anos / 5 Meses / 9 Dias

Endereço : ASSENTAMENTO IPIRANGA

CASA

Número: 0

Bairro : ZONA RURAL

Cidade : CANINDE

CNS : 700000278400609

CEP : 62700000

Telefone

Dados do Atendimento

Prestador Médico : FRANCISCO TACITO MARTINS MENDES SOAF

Data : 11/07/2016

Hora : 08:29:49

Especialidade : OFTALMOLOGIA

Serviço : OFTALMOLOGIA

*Francisco Tacito Soares*  
Assinatura do Paciente ou Responsável

RG: 22004416

Queixas :

T

PA

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico : ( ) Sim ( ) Não A que?

Anamnese :

14/11/16  
498

Exame Físico :

*certifico na presença física*

*Francisco Soares*  
Oftalmologista  
REUMA E VITREO  
CRM-OC 14270

Hipótese Diagnóstica :

Cód. CID 10

0301060061

Procedimento

Imagem

Laboratório

Outros

Medicação

Centro de Apoio  
Administrativo

Data de Impressão: 8/7/2016 07:06:24

### Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora: SANTA CASA DE CANINDE  
Convênio: SUS AMBULATORIO

Data: 08/07/2016  
Hora: 07:07:41

GUIA:

Usuário do Cadastro: DEIVIANEM  
Usuário do Atendimento: STEFANNYF

Nome: JOSE ALAIRTON SOUSA FELIPE

Paciente: 139535

Atendimento: 1195255

Nome da Mãe: FRANCISCA SOUSA FELIPE  
Sexo: MASCULINO Data Nascimento: 2/2/1982  
Endereço: ASSENTAMENTO IPIRANGA  
Bairro: ZONA RURAL  
CEP: 62700000

Idade: 34 Anos / 5 Meses / 6 Dias

Cidade: CANINDE  
Telefone:

Número: 0

Classificação de Prioridade:

Hora: 07:03 PESO: T:

Assinatura do Paciente ou Responsável  
RG: 22004416

Queixas: Episódios de dor em olho direito episódicos

**ATENDIMENTO:**  
 OBSTÉTRICO  GINECOLÓGICO  
 PEDIÁTRICO  ORTOPÉDICO  
 CLÍNICO  CIRÚRGICO

**TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL?**  
 SIM  NÃO  
 GSU  
 OUTRAS AMBULÂNCIAS  
 CARRO PRÓPRIO

**CAUSAS:** *atrito*  SIM  NÃO  
 ENCAMINHADO  NÃO TINHA FICHA PARA CONSULTA  
 NÃO TINHA MÉDICO  
 POSTO ESTAVA FECHADO  
 NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

**PROCUROU PSF?** *sim*  SIM  NÃO

**LOCAL DO ACIDENTE:**  
 DOMICÍLIO  VIA PÚBLICA  
 TRABALHO  ESCOLA  
 OUTROS

**TIPO DE TRAUMA:**  
 TCE  ABDOMINAL  TORÁCICO  
 ORTOPÉDICO  POLITRAUMA

**TIPO DE ACIDENTE:**  
 QUEDA DE ONDE?  
 ARMA DE FOGO  ARMA BRANCA  OUTROS:

**ACIDENTE C/ OBJETOS CORTO-CONTUSOS**  AFOGAMENTO  
 CARRO: CINTO?  SIM  NÃO  MOTO: CAPACETE?  SIM  NÃO  
 ATROPELAMENTO:  CARRO  MOTO  BICICLETA  OUTROS  
 QUEIMADURAS:  1º GRAU  2º GRAU  3º GRAU

**ESPANCAMENTO:**  **VIOLÊNCIA SEXUAL:**   
**VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA:**   
 POR QUEM?  PAI  PADASTRO  MÃE  DESCONHECIDO  
 OUTROS:

**1 | EMERGÊNCIA | 0 min**

- Estado mental alterado ou em coma (Glasgow < 12)
- Desconforto respiratório grave
- Dor torácica
- Crises convulsivas
- Intoxicações exógenas
- Intoxicações de suicídio
- Reações alérgicas ou anafilaxia
- Complicações de Diabetes
- Parada cardiorrespiratória
- Hemorragias ativas
- Infecções graves
- Alterações de sinais vitais
- Pulso > 140 ou < 45
- PA diastólica > 130 mmHg
- PA sistólica > 180 mmHg
- FR > 34 ou < 10

**2 | MUITO URGENTE | 10 min**

- Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva
- Diminuição do nível de consciência
- Alteração aguda do comportamento (agitação, letargia, confusão mental)
- Convulsão nas últimas 24h com alteração do nível de consciência
- Dor torácica
- Crise asmática
- Desmaios
- Diabéticos apresentando sudorese, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia
- História recente de sangramento digestivo (melena/ hematoquezia)
- Dor abdominal intensa
- Sangramento vaginal ativo
- Náuseas, vômitos ou diarreia persistentes
- Febre alta
- Fraturas ósseas
- Intoxicações exógenas, sem alteração de sinais vitais
- Dor oncológica

**3 | POUCO URGENTE | 60 min**

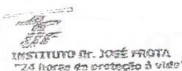
- Idade superior a 60 anos
- Gestantes
- Pacientes escitados
- Deficientes físicos e pacientes em cadeiras de rodas e acamados
- Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro clínico anterior
- Asma
- Enxaqueca
- Dor de ouvido
- Dor abdominal sem alterações de sinais vitais
- Sangramento vaginal leve
- Lombalgia interita
- Distúrbios neurovegetativos
- Abscessos e outras complicações infecciosas
- Convulsões sem alteração do nível de consciência

**4 | NÃO URGENTE |**

- Procurar unidade básica de saúde ou marcar consulta com médico assistente
- Pacientes em acompanhamento ambulatorial, mas sem tratamento atual
- Dores crônicas
- Procedimentos como curativos, trocas de sondas, requisições de receitas médicas
- Avaliação de exames solicitados pelo médico assistente
- Solicitações de declarações, atestados ou relatórios médico

*Referencia de 11-07-16*

NTI - Núcleo de Tecnologia da Informação



RECEITUÁRIO

Nome: Jose Alarcao de S. Felipe BE/Prontuário: \_\_\_\_\_

Atestado Médico:

Atesto para os devidos fins que o  
paciente separado esteve internado nesta  
unidade desde o dia 04/07/16 e necessita  
de 30 (trinta) dias de repouso.

Data: 05/09/16

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.003 Versão 1 - 01/SET/05 - Via Única - Formato A5 (148x210).

99 9854048  
990709232

LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: José Maurício de Sousa Felere
Idade: 34 anos meses
Prontuário: 5452953 Unidade: 19 Lrto: 09

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente: 34 anos, O, chegou ao PS vítima de acidente de trânsito com queixa de dor torácica em HD associado à dor no abdômen + dor abdominal + sensação imperiosa.

Não há outros antecedentes relevantes à (D)
Fazt q. oclados etc de colônias renal

Diagnóstico Principal: Trauma Torácico Fechado

Diagnósticos Secundários:

Seqüelas Apresentadas: Pneumotórax

- Procedimentos Cirúrgicos: ( ) Não
1- Cirurgia realizada: Toracostomia a/desvio em selo d'água Cirurgião: Dr. Jamil M. Cav. Data: 09/07/13
2- Cirurgia realizada: Cirurgião: Data: / /
3- Cirurgia realizada: Cirurgião: Data: / /
4- Cirurgia realizada: Cirurgião: Data: / /
5- Cirurgia realizada: Cirurgião: Data: / /
6- Cirurgia realizada: Cirurgião: Data: / /
Procedimentos Invasivos/Exames ( ) Sim ( ) Não
1- Data: / /
2- Data: / /





**SOLICITAÇÃO DE EXAMES**

Nome: <u>SUZANA ALMEIDA DE SOUSA FERREIRA</u>		Nº AIH/RAE: <u>5452953</u>	
Paciente Externo? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Unid. Internação/ENF/LEITO: <u>310</u>	Idade: <u>33</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
<b>JUSTIFICATIVA</b>			
<u>TOMOGRAFIA TORAX</u>			
<b>EXAMES RADIOLÓGICOS</b>			
<input type="checkbox"/> Crânio	<input type="checkbox"/> Face	<input type="checkbox"/> Coluna Cervical __AP/P	<input type="checkbox"/> Clavícula __AP
<input type="checkbox"/> Tórax __AP/P	<input type="checkbox"/> Ombro __AP/P.	<input type="checkbox"/> Braço __AP/P	<input type="checkbox"/> Antebraço __AP/P
<input type="checkbox"/> Punho __AP/P	<input type="checkbox"/> Mão __AP/OBL	<input type="checkbox"/> Bacia AP	<input type="checkbox"/> Quadril AP/AXIAL
<input type="checkbox"/> Escanometria dos MMII	<input type="checkbox"/> Perna __AP/P	<input type="checkbox"/> Joelho __AP/P	<input type="checkbox"/> Tornozelo __AP/P
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pé __AP/OBL
<b>EXAMES LABORATORIAIS</b>			
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Glicemia	<input type="checkbox"/> Uréia	<input type="checkbox"/> Creatinina
<input type="checkbox"/> Cloro	<input type="checkbox"/> Sódio	<input type="checkbox"/> Plaquetas	<input type="checkbox"/> Cálcio
<input type="checkbox"/> PTTA	<input type="checkbox"/> Lipase	<input type="checkbox"/> Amilase	<input type="checkbox"/> Colinesterase
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Potássio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TAP
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sumário de Urina
<b>ULTRA-SONOGRAFIA</b>			
<input type="checkbox"/> Fast	<input type="checkbox"/> Abdome Total	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> MSD
			<input type="checkbox"/> MSE
			<input type="checkbox"/> MID
			<input type="checkbox"/> MIE
<b>OUTROS EXAMES</b>			
Assinatura e Carimbo do Solicitante: _____ Data: / / Hora: h minutos			

05/08/16

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

**FICHA DE REFERÊNCIA**

UNIDADE DE ORIGEM: \_\_\_\_\_  
 DISTRITO SANITÁRIO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: Canindé  
 NOME: José Alairton de Souza Felipe PRONTUÁRIO Nº \_\_\_\_\_  
 SEXO M  F  DATA DE NASCIMENTO: 02/02/92 OCUPAÇÃO: Agricultor  
 ENDEREÇO: Assentamento Ipiranga FAIRRO: FONE: \_\_\_\_\_

MÓTIVO DE ENCAMINHAMENTO:  
34 anos, apresenta diminuição da visão no olho direito, diminuição da audição, cefaleia frontal devido a trauma no crânio.  
 RESULTADO DE EXAME(S): \_\_\_\_\_

CONDUTA JÁ REALIZADA: \_\_\_\_\_  
 IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TCE  
 ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - Nº REGISTRO: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: Médico DATA: 22/07/16 HORA: 17hs

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_ AGENDAMENTO: \_\_\_\_\_  
 PROCEDIMENTO: consulta AMBULATORIAL  HOSPITALAR  AUXÍLIO DIAGNÓSTICO   
 UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

**FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (\*)**

UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_  
 MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO Nº \_\_\_\_\_ ALTA: \_\_\_\_\_

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

RESUMO DO(S) EXAME(S):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 SECUNDÁRIO 1 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 SECUNDÁRIO 2 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

PROPOSTA DE CONSULTA PARA SEGUIMENTO:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM  NÃO  O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDIU COM O DIAGNÓSTICO? SIM  NÃO

ASSINATURA DO CONSULTANTE - Nº REGISTRO \_\_\_\_\_ FUNÇÃO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_



**PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA**

**JOSE ALAIRTON SOUSA FELIPE**, brasileiro, CPF 915.429.103-82, RG 2017162021-0 SSP-CE, com domicílio na Rua Justino de Souza, 560, Pajuçara, Maracanaú-CE, pelo presente instrumento particular de procuração nomeia e constitui seu bastante procurador o advogado **FERNANDO ANTONIO RIBEIRO DE CARVALHO JUNIOR**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-CE sob nº 39.499, com endereço profissional na Rua Menino Deus, 69, Centro, Sobral/CE, portador do seguinte endereço eletrônico: Fernando.machado321@gmail.com, a quem concede amplos e ilimitados poderes com a cláusula *ad judicium et extra* para o foro em geral para isolado ou conjuntamente onde com este se apresentar, inclusive em repartições da União, dos Estados e dos Municípios, dos Territórios, das Entidades Autárquicas etc, defender o outorgante em qualquer ação ou procedimento afim ao pedido acima mencionado em que o mesmo seja autor, réu, oponente ou de qualquer modo interessado, podendo interpor todos os recursos em direito permitidos; propor ações e delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os seus termos até final decisão; fazer composição amigável ou qualquer acordo; receber citação inicial; requerer e produzir provas; requerer justificações, alvarás; requerer falência ou concordata, firmar compromissos, passar recibos, dar quitação, assinar escrituras e retirá-las, enfim, finalmente tudo mais usar e praticar para o fiel cumprimento deste mandato; podendo, igualmente, substabelecê-lo, dando tudo por firme e valioso.

Maracanaú-CE, 26 de JULHO de 2011.

  
\_\_\_\_\_  
JOSE ALAIRTON SOUSA FELIPE



**Fernando Carvalho**  
ADVOGADO OAB N° 39.499

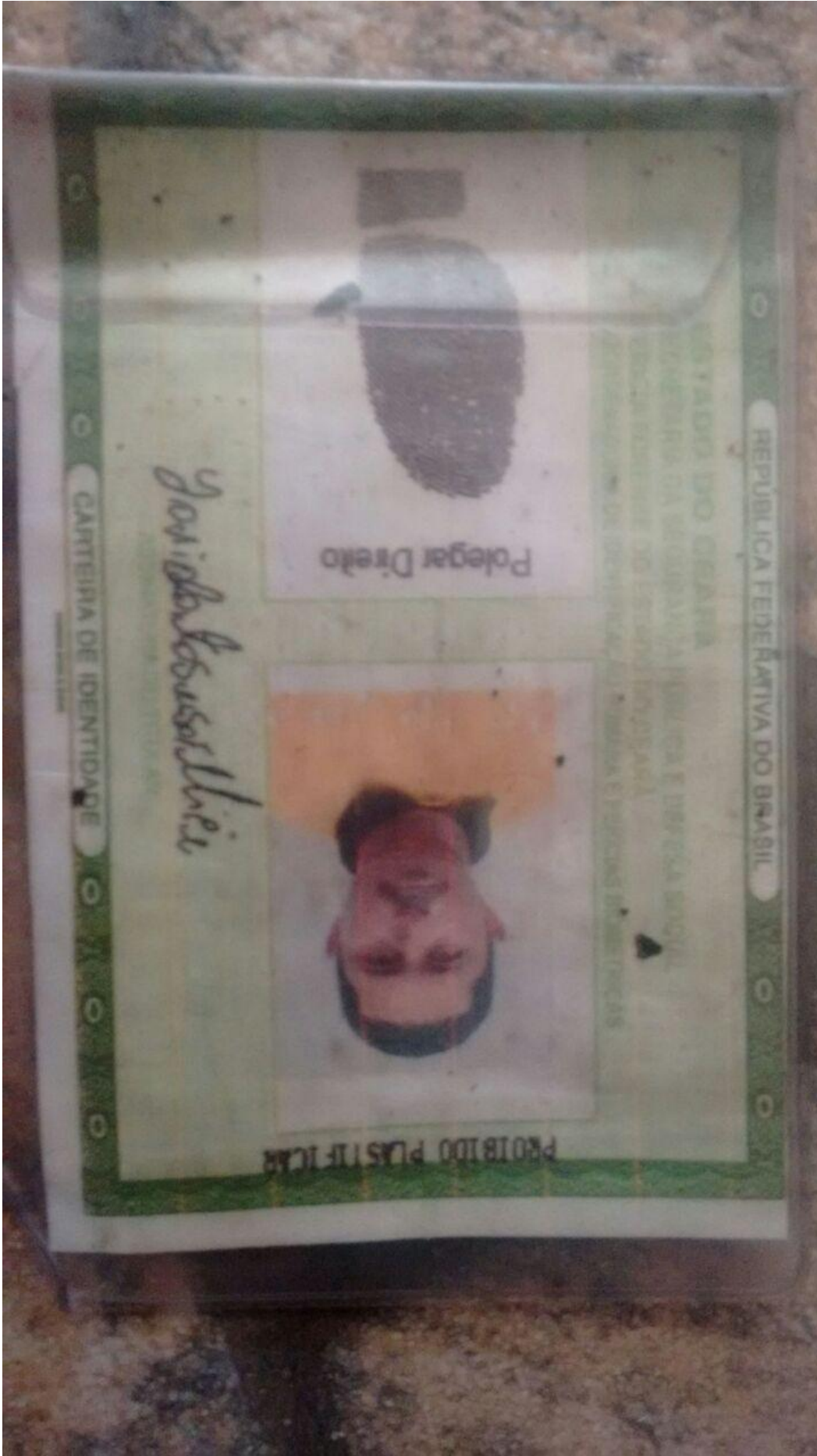
1. Já prestou serviços para a Seguradora Líder? Continua prestando serviços para a mesma? Realizou a avaliação médica a fim de pagamento do pedido administrativo da parte autora?
  
2. Houve lesão à integridade física da parte autora em virtude do acidente de trânsito. Quais as lesões remanescentes na mesma após o acidente?
  
3. Queira o Sr. Perito esclarecer se as lesões são de caráter temporário ou definitivo.
  
4. Houve perda da força, mobilidade, flexibilidade ou outra limitação em virtude da lesão sofrida no acidente? Favor especificar as mesmas.
  
5. Das lesões identificadas, quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros afetados.
  
6. De acordo com a tabela anexa da Lei 11.945/2009, qual o percentual da perda funcional da parte autora em face da (s) lesão (es) ocasionada (s) em decorrência do sinistro.

Termos em que

Pede deferimento.

Maracanaú-CE, 03, setembro de 2018.

FERNANDO ANTONIO RIBEIRO DE CARVALHO JUNIOR  
OAB/CE 39.499



VIA

REGISTRO GERAL 2017162021 - 0

DATA DE EXPEDIÇÃO 11/08/2017

NOME JOSÉ ALAIRTON SOUSA FELIPE

PEDIGÃO

JOSÉ RAIMUNDO FELIPE

FRANCISCA SOUSA FELIPE

NATURALIDADE CANINDE - CE

DATA DE NASCIMENTO 02/02/1982

D-OC ORIGEM

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 7008 FOLHA: 120

LIVRO: B-21 CANINDE - CE

915.429.103-82

P.: 8

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

FERNANDO ANTONIO RIBEIRO DE CARVALHO JUNIOR