

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2068483605 - 3 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/04/2013

NOME FRANCISCO JOSÉ DA SILVA

FILIAÇÃO FRANCISCO SEVERINO DA SILVA ELISABETH MARIA DE LIMA

NATURALIDADE JAGUARUANA - CE DATA DE NASCIMENTO 12/04/1994

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:17642 FOLHA:199 LIVRO:A/16 JAGUARUANA - CE

CPF

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/03/83

P.: 82

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
056.364.523-73

Nome
FRANCISCO JOSE DA SILVA

Nascimento
12/04/1994



Nº DO CLIENTE

5208425-6

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

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

Companhia Energética do Ceará

Rua Pedro Valdeirino, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



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

496392504

Rota 06 24040 02 058500 - 0 Data de Emissão 11/10/2017

Nome MARCELIANA SILVA CORREIA DE OLIVEIRA

End. Postal CJ HABITACIONAL NOVO TEMPO 00018

TABULEIRO - JAGUARUANA - 62823000

Medidor 8894730

Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 670268183-68

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Lettura
Out/2017	11/10/2017	11/11/2017

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARUANA

Mês Ago-2017 EUSD 08.63

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
104,12	27,00%	28,11

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

CHES.FABO.D13E.4F28.F714.B408.2049.04B2

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,55	11,16	22,22	0,42	0,00	0,00
FIC	3,36	6,72	13,44	1,00	0,00	0,00
DMIC	3,20			0,42		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
12947	12802	1,00	145	0,00	30 70 45	0,291 20 0,42 000 0,246 13	7,53 29,16 11,09
11/10/17	12/09/17		29 046		145		66,78

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	66,78
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	10,08
QUOTA PARCELAMENTO 10/10	32,88
MULTA MORATORIA REF 07/2017	1,78
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,09
JUROS DO MES	1,54
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	16,02
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,86
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 3,50)	

VENCIMENTO

20/11/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

131,03

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	22,55
Transmissão	5,53
Distribuição	15,30
Encargos Setoriais	5,30
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	33,30
TOTAL	78,72

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

164	145	158	162	186	175	206	164	154	153	162	148	165
Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
62,67	0,00	0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente,
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Prezado Cliente, constam em nossos controles contas em atraso. Devido o não pagamento do Débito, O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a emissão desta, conforme previsto na Res. AGC nº 414/10, de 15/12/10 c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CREDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DÉBITOS ANTERIORES

Mes Venc	Valor R\$
08/2017	130,45
Total	130,45

Consta desta fatura R\$ 5,19 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,90% e COFINS: 4,10%
(Part. 5 Rec. 100-2005 - INCEL - Lei nº 10.437-02 - 10.933-00)

Nº do Cliente: 5208425-6 Referência: Out/2017
Data de Emissão: 11/10/2017 Total a Pagar (R\$): 131,03
Nº da Nota Fiscal: 496392504 Nº de Controle: 0005208425 00059 39702 55

83870000001-0 31030031000-1 00052084250-2 00593970204-6



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Nome FRANCISCO JOSE DA SILVA
 Estado Civil SOLTEIRO Telefone (88)99253-1419
 RG 2008483605-3 CPF 056.364.523-73
 Endereço Completo CONJUNTO HABITACIONAL NOVO TEMPO, N° 18,
JAGUARUANA - CE

Doravante denominado CONTRATANTE, e de outro lado, FAGNER XAVIER GOMES, brasileiro, casado, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 30.339, com sede na Rua Ocione Lopes da Silveira, nº 686, bairro Várzea Alegre, CEP: 62900-000, Russas-CE, doravante denominado CONTRATADO, ajustam o seguinte:

PRIMEIRO: O CONTRATADO se obriga a prestar serviços advocatícios ao contratante na defesa aos direitos deste, no que diz respeito a promover todas as medidas judiciais cabíveis para a propositura de ação.

SEGUNDO: O CONTRATANTE se obriga a:

- 1) Fornecer 01 (uma) fotocópia da carteira de identidade e do CIC/CPF;
- 2) Fornecer cópias do comprovante de residência e demais documentos que embasem o pedido do CONTRATANTE.
- 3) Parágrafo Primeiro: O contratado não se responsabiliza pela autenticidade dos documentos apresentados.

TERCEIRO: AO CONTRATADO será devido, a título de honorários advocatícios, o valor corresponde a 30% (trinta por cento) do benefício patrimonial conseguindo com a ação contratada, verba igualmente devida no caso de desistência da ação, revogação da procuração por parte da CONTRATANTE ou acordo celebrado do processo ajuizado.

Parágrafo Primeiro: Caso haja improcedência da ação ou nenhum valor seja recebido pelo Contratante, nada será devido por esse contratado, se responsabilizando o contratante por todo e qualquer ônus sucumbencial se houver.

Parágrafo Segundo: Na hipótese de haver desistência da ação por parte do autor após o protocolo da inicial e documentos que a instrui ou faltar injustificadamente a perícia médica judicial, o autor pagará multa ao escritório correspondente a um salário mínimo vigente.

Parágrafo Terceiro: Os honorários de sucumbência são exclusivamente do advogado, não podendo ser descontados os percentuais recebidos no valor do presente contrato.

QUARTO: O CONTRATADO se compromete a prestar informações sobre o andamento da ação sempre que for solicitado pela CONTRATANTE bem como o (a) CONTRATANTE se compromete a providenciar outros documentos necessários, caso lhe seja solicitado.

QUINTO: As partes elegem o foro de Russas-CE, para dirimir as dúvidas oriundas do presente contrato.

SEXTO: O (A) CONTRATANTE se obriga a comunicar aos CONTRATADOS qualquer modificação de seu endereço.

E, por estarem assim justos e contratados, firmam o presente contrato em três vias de igual teor para a mesma finalidade, para que se produzam efeitos legais e jurídicos.

Russas-CE 29 de Dezembro de 2017

x Francisco José da Silva
 Contratante

[Assinatura]
 Contratado

Testemunhas: _____

PROCURAÇÃO AD- JUDÍCIA**OUTORGANTE:**

Fu, Francisco José da Silva, brasileiro,
solteiro, portador do RG sob o nº 2008483605-3
e inscrito no CPF sob o nº 056.364.523-73.
Residente e domiciliado no Conjunto
Habitacional Novo tempo, CEP: 62823-000,
Jaguaruana CE.

OUTORGADOS FAGNER XAVIER GOMES, casado, inscrito na OAB- CE sob o nº 30.339, residente e domiciliado na Rua Ocion Lopes da Silveira, nº 686- Bairro Várzea Alegre, CEP: 62.900-000, Russas, CE, onde mora e recebe intimações.

PODERES: todos os poderes contidos nas Clausulas "ad-judicia", para fôro em geral, para, em nome do Outorgante, em conjunto ou separadamente passa a defender seus direitos, perante qualquer juízo, instancia ou tribunal, em que o Outorgante seja autor, reclamante, interessado e requerido podendo ainda transigir, fazer acordo, firmar compromisso, contestar, recorrer, receber e dar quitação, prestar declaração, receber notificação, bem como efetivar todos os procedimentos necessários para a regularização de visto de permanência, junto a Consulados, Ministérios da Republica, Polícia Federal, podendo ainda substabelecer a presente, com ou sem reserva de iguais poderes, se lhe convier e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato.

Russas-Ce, 29 de Dezembro de 2017

Francisco José da Silva

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO

Eu FRANCISCO JOSE DA SILVA
_____, brasileiro(a), portador do RG sob o nº 2008.483.605-3,
inscrito no CPF sob o nº 056.364.523-73, residente e
domiciliado na cidade de JAGUARUANA estado do Ceará, na
rua CONJUNTO HABITACIONAL NOVO TEMPO.
_____, nº 18, declaro para os devidos fins que
posso hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com as custas
processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de
minha família, consoante o que dispõe a Lei 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Russas-Ce, 29 de Dezembro de 2017

Francisco José da Silva

Declarante



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 473 - 1275 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **28/11/2017 15:49:24**
Data / Hora da Ocorrência: **13/08/2017 19:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO JUREMA**
Complemento:
Bairro:
Ponto de Referência:

Município: **JAGUARUANA/CE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO JOSE DA SILVA**
Nascimento: **12/04/1994** CPF: **056.364.523-73**
RG: **2008483605-3** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ELISABETH MARIA DE LIMA**
FRANCISCO SEVERINO DA SILVA
Endereço: **RUA RUA DO MEIO , 18**
Bairro: **CONJUNTO NOVO TEMPO**
Município: **JAGUARUANA/CE** CEP: **62.823-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9308-8504**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMS4401** Uf: **CE** Município: **JAGUARUANA** Chassi: **9C2KC2210GR042658** Renavam: **1084137620** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 TITAN EX** Ano Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCA KELLE MICHELE DE ARAUJO** Situação: **NAO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Informa o noticiante que na data, horário e local acima conduzia uma motocicleta; QUE, estava indo para a sua casa, quando no local acima mencionado uma outra motocicleta bateu na lateral da moto em que o informante estava; QUE, no momento caiu ao chão; QUE, THOMAS DIERFERSON DE SOUSA FROTA E MARCELIANA SILVA CORREIA DE OLIVEIRA tomaram conhecimento do acidente; QUE, a ambulância local o levou ao HOSPITAL DE JAGUARUANA, e no dia seguinte foi encaminhado para o Hospital em Russas; QUE, em decorrência do acidente teve fratura exposta na perna esquerda, fratura no rosto, escoriações no joelho direito; QUE, passou procedimento cirúrgico; QUE, todo o tratamento médico que realizou foi em Hospitais Públicos, ou seja, nos Hospitais de Jaguaruana e, posteriormente, em Russas; QUE, está fazendo este Registro de acidente para requerer o SEGURO DPVAT; QUE, responsabiliza-se por todas as informações aqui prestadas.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARUANA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FERNANDA LARISSA LIMA BARROSO - MAT. 30110110

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

+ Francisco Jose da Silva

DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARUANA

Pág. 1 de 2

Impresso em: 28/11/2017 16:03:07



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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 473 - 1276 / 2017

VISTO DO DELEGADO(A) :

MICHAEL GOMES LESSA - MAT.: 30112717

Corrio a 1 Oficial
 Jaguaruana - Ceará
 Compare com o original e Dou fe
 O sistema da verdade
 O sistema da verdade
 Am. São Vicente





Hospital Maternidade Nossa Senhora da Expectação S.P.A - Serviço de Pronto Atendimento

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Acidente Automobilístico:

() SIM () NÃO

ATENDIMENTO IMEDIATO EMERGÊNCIA	VERMELHO	01 HORA URGÊNCIA	AMARELO	02 HORAS POUCA URGÊNCIA	VERDE	04 HORAS SEM URGÊNCIA	AZUL
---------------------------------------	----------	---------------------	---------	-------------------------------	-------	-----------------------------	------

Data: 13/08/17

Hora do atendimento: 13:40

Atendente: Deline

Nome: Francisco José da Silva

Idade: 26

Sexo: () F (X) M

Data de Nascimento: 12.04.94

RG/CPF/Outros

2008483605

CADSUS

7006480255-430

Filiação: Fco. Severina da Silva e Cleidith Maria da Silva

Endereço: Conjunto novo foneo

Nº

Telefone

PSF: Deline

ACS: Deline

Peso: Kg PA: 140 X 90 mmHg FC: bpm FR: irpm TEMP: °C DX: mg/dl

ATENDIMENTO E CONSULTA

- | | |
|---|---|
| ☐ Atendimento Médico em Unidade de pronto Atendimento
☒ Atendimento de urgência em atenção especializada
☐ Atendimento ortopédico com imobilização provisória
☐ Atendimento de Urgência c/ Observação ate 24H | ☐ Consulta Médica Atenção Especializada (Cardiologia, Av.Cirurgia)
☐ Consulta Médica em Atenção Básica (Pediatría)
☐ Consulta de prof. de nível sup na atenção esp (exceto médico)
☐ Atividade educativa /Orientação em grupo na atenção |
|---|---|

Data dos 1º Sintomas:

Alergias:

Anamnese de Enfermagem:

Fatores de Risco: 27/11

Enfermeiro (a):

PROCEDIMENTO

Motivo do Atendimento (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico)

Paciente sofreu acidente de moto recente com trauma contuso em MIE, reprimido dor intensa.

Hipótese Diagnóstica:

ES Fratura fechada de tíbia + fíbula @

Prescrição na Urgência

Horário

Assinatura do executor

Rx perna E AP / lateral.
 Progenid 100mg + 100ml SF 9.9% EV 20-30
 Imobilização - tala gessada (22/08/17)
 SRI - 1000ml EV

Assinatura: Leda da Silva
 Técnica em Enfermagem
 COREN-001.036.183

- | | |
|--|---|
| ☒ Aferição de Pressão Arterial
☐ Glicemia capilar Reg. pl trauma
☒ Administração de medicamentos na Atenção Especializada
☐ Inalação / Nebulização
☐ Curativo grau I c/ ou s/ debridamento
☐ Curativo grau II c/ ou s/ debridamento
☐ Retirada de pontos de cirurgias básicas
☐ Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva | ☐ Retirada de Cerúmen de conduto auditivo externo
☐ Enema
☐ Sondagem Gástrica
☐ Drenagem de abscesso
☐ Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões
☐ Exeres de tumor de pele e anexos / cisto sebáceo
☐ Retirada de corpo estranho subcutâneo
☐ Excisão e sutura de linfangioma / nevus |
|--|---|

Encaminhamento/Destino do Paciente: Alta () Hora: Internamento Hospitalar () Observação () Transferência () Óbito ()

Assinatura e Carimbo Médico CRM

Assinatura do Paciente



DECLARAÇÃO

DECLARO, para os devidos fins que, FRANCISCO JOSÉ DA SILVA, nascido (a) 12/04/1994, residente no conjunto novo tempo N°18, deu entrada nesta unidade de saúde vítima de acidente de trânsito, no dia 13/08/2017, onde foi prestado atendimento médico de urgência conforme Xerox de SPA em anexo

Atenciosamente,

Cartório de Registro
Jaguaruana - CE
Conferir com o original e Dar fe
do testemunho _____ da Verdade
Jaguaruana, ____ de ____ de ____
Assinatura _____

Jaguaruana, 28 de Agosto de 2017

12.040.122/0001-90

**Hospital Maternidade Nossa
Senhora da Expectação**

Avenida Simão de Góis, 1618
Centro – CEP: 62.823-000
Jaguaruana - CE

zup
Assinatura _____
CPF: 34.138.1388
Responsável Técnico

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FAGNER XAVIER GOMES e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 06/09/2018 às 14:46, sob o número 01614152020188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0161415-20.2018.8.06.0001 e código 3C723F4.

Hospital Maternidade Nossa Senhora da Expectação
S.P.A - Serviço de Pronto Atendimento



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Acidente Automobilístico:

() SIM () NÃO

ATENDIMENTO IMEDIATO EMERGÊNCIA	VERMELHO	01 HORA URGÊNCIA	AMARELO	02 HORAS POUCA URGÊNCIA	VERDE	04 HORAS SEM URGÊNCIA	AZUL
---------------------------------------	----------	---------------------	---------	-------------------------------	-------	-----------------------------	------

Data: 13/08/17

Hora do atendimento: 19:40

Atendente: [Assinatura]

Nome: Francisco José da Silva

Idade: 26a Sexo: () F (X) M

Data de Nascimento: 12.04.94

RG/CPF/Outros: 2008483605

CADSUS: 7006480255-430

Filiação: Fco Severina da Silva e Cleidith Maria da Silva

Endereço: Condição rua Lameira

Nº Telefone

PSF: [Assinatura]

ACS: [Assinatura]

Peso: Kg PA: 40 X 90 mmHg FC: bpm FR: irpm TEMP: °C DX: mg/dl

ATENDIMENTO E CONSULTA

- | | |
|---|---|
| () Atendimento Médico em Unidade de pronto Atendimento | () Consulta Médica Atenção Especializada (Cardiologia, Av.Cirurgica) |
| (X) Atendimento de urgência em atenção especializada | () Consulta Médica em Atenção Básica (Pediatría) |
| () Atendimento ortopédico com imobilização provisória | () Consulta de prof. de nível sup na atenção esp (exceto médico) |
| () Atendimento de Urgência c/ Observação ate 24H | (X) Atividade educativa /Orientação em grupo na atenção |

Data dos 1º Sintomas:

Alergias:

Anamnese de Enfermagem:

Fatores de Risco: 27/11

Enfermeiro (a):

PROCEDIMENTO

Motivo do Atendimento (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico)

Paciente sofreu acidente de moto recente com trauma contuso em MIE, reprimido dor intensa.

Hipótese Diagnóstica: Fratura fechada de tíbia + fíbula @

Prescrição na Urgência	Horário	Assinatura do executor
Rx perna E AP / Perfil.		[Assinatura]
Procedid 100mg + 100ml SFA 9% EV	20:30	[Assinatura]
Imobilização - tala gessada (22/11)		[Assinatura]
SRL - 1000ml EV		[Assinatura]

- | | |
|--|--|
| (X) Aferição de Pressão Arterial | () Retirada de Cerúmen de conduto auditivo externo |
| () Glicemia capilar Req. pl trauma | () Enema |
| (X) Administração de medicamentos na Atenção Especializada | () Sondagem Gástrica |
| () Inalação / Nebulização | () Drenagem de abscesso |
| () Curativo grau I c/ ou s/ debridamento | () Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões |
| () Curativo grau II c/ ou s/debridamento | () Exeres de tumor de pele e anexos / cisto sebáceo |
| () Retirada de pontos de cirurgias básicas | () Retirada de corpo estranho subcutâneo |
| () Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva | () Excisão e sutura de linfangioma / nevus |

Encaminhamento/Destino do Paciente: Alta () Hora: Internamento Hospitalar () Observação () Transferência () Óbito ()

Assinatura e Carimbo Médico

Assinatura do Paciente



SUS – Sistema Único de Saúde
Secretaria de Saúde de Jaguaruana
FICHA DE REFERÊNCIA

fls. 21

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 a Unidade de Origem.

Unidade de Origem: _____

CNES: _____

Município: **JAGUARUANA**

Nome: Francisco José do Silva

Sexo: M (☒) F () Data de Nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Tel.: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Paciente refere dor de dente no lado direito, com fratura visível no dente 46, referindo dor intensa.

RESULTADO DE EXAMES: PA: 140 x 100 mmHg, 85 bpm (15).

CONDUTA JÁ REALIZADA: 1. Abate de dente 46 com anestesia local.

APRESSÃO DIAGNÓSTICA: 1. Traumatologia.

Assinatura: Dr. Samuel B. G. Cordeiro
Carimbo: SEC 14.842

Função

Data

Horário

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: Ambulatorial () Hospitalar (☒) Auxílio Diagnóstico ()

PROCEDIMENTO: _____ PROFISSIONAL: Traumatologia

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____ DATA: ____/____/____ HORA: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNID. DE REFERÊNCIA: _____

MUNICÍPIO: _____ PRONTUÁRIO Nº: _____ ALTA: ____/____/____

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO: _____

RESULTADO DE EXAMES: _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____ CID: _____

SECUNDÁRIO 1: _____ CID: _____

SECUNDÁRIO 2: _____ CID: _____

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO: _____

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


HCSR
 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas
**SANTAS
CASAS
UNIDAS**
BOLETIM DE OPERAÇÃO
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

 NOME: Francisco José da Silva

 DATA: 19 / 08 / 20 17

 LEITO: 54
DIAGNOSTICO CLÍNICO:
Ente. Hda
DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:
CONDIÇÕES DO PACIENTE

TEMPO	PULSO	RESP.	P.A.	GERAIS

ANESTESIA:
Rouge
OPERAÇÃO:
CLASSIFICAÇÃO:

 INÍCIO: 16:50 FIM:

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

O QUE FOI FEITO:
Dueto de 12 sda Reg
Intemper + tempo
Quase Hda
Reducao + fuma
Intemper
Gr
CONTAGEM COMPRESSAS:

Operador

Auxiliar

Dr. Augusto de Almeida Neto

Anestesiologista

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

www.hcsrussas.com.br


HCSR
 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas
**SANTAS
CASAS
UNIDAS**
RESUMO DE ALTA
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

 NOME: Flávia Maria da Silva
 ENFERMARIA: 5 LEITO: 9 PRONTUÁRIO: _____

RESUMO CLÍNICO:

Ata de alta

EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:

Na

PROCEDIMENTO REALIZADO:

Orbita livre R

TERAPÊUTICA UTILIZADA:

 ADMISSÃO: 15/08/2018 ALTA: 19/08/18 DIAS INTERN.: 1
CONDIÇÕES DE ALTA:

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

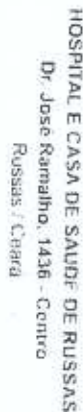
ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO:
DIAGNÓSTICO FINAL:

Ata de alta

OBSERVAÇÕES:

MÉDICO RESPONSÁVEL

Guia de Atendimento 03



GUIA DE ATENDIMENTO

CONSULTA URGÊNCIA

TIPO: DIURNO

14/08/2017 12:21:45

47

SEXO: M DN: 12/04/1994 - 23 A 4 M 2 D Fst Civil: Solteiro(a)
DO MEIO - 18 - ZONA RURAL - JAGUARIBANA - CE - 62823000 -
CNS: 700104802550190 CPF:
Ocup: ENTREGADOR Registro:
Autorização: PARD -
Pai: FRANCISCO SEVERINO DA SILVA SusPreval:
Validade:
1

Anotações de Outros Profissionais

PA

☐ LATVIANIA

□ 12 x 12

NAME _____

2

100

Conduits:

Diagnostico:

Alesto a realização do Atendimento de acordo com os dados acima

Attn: Mr. [REDACTED] 1760211707

Regulation = 0.000

RAFAFI

Dr. Vatterlo Finlayson
Hauptstadt, 1914. Grappler
C. 1914

Vădina, R. & Cărbunaru, C.

Tilman

67-10000-170
Jm

HOSPITAL CONCEIÇÃO DE SÃO DOMINGOS
RUA DR. JOSE DE ALMEIDA, 1400
SÃO DOMINGOS, 12000-000
12/2012
SILVA

SUS – Sistema Único de Saúde
Secretaria de Saúde de Jaguaruana

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 a Unidade de Origem.

Unidade de Origem: _____

CNES: _____

Município: **JAGUARUANA**

Nome: Francisco José da Silva

Sexo: M (X) F () Data de Nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Tel.: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Paciente sofreu acidente de moto recente com trauma contuso no perna E referendo dor intensa.

RESULTADO DE EXAMES: PA: 140 x 90 mmHg, Glasgow (15).

CONDUTA JÁ REALIZADA: Imobilização + Analgesia.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Fratura fechada de Tibia + Fíbula E.

Dr. Samuel B. G. Carvalho
Médico
CRM 14.812

Médico

13/08/17

Horário

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: Ambulatorial () Hospitalar (X) Auxílio Diagnóstico ()

PROCEDIMENTO: _____ PROFISSIONAL: Ortopedia

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____ DATA: ____/____/____ HORA: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNID. DE REFERÊNCIA: _____

MUNICÍPIO: _____ PRONTUÁRIO Nº: _____ ALTA: ____/____/____

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO: _____

RESULTADO DE EXAMES: _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____ CID: _____

SECUNDÁRIO 1: _____ CID: _____

SECUNDÁRIO 2: _____ CID: _____

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO: _____

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

507.770 01/10/2001-047
RECEBIDO
CENTRO
L. ROSSAS
CEP: 02.900-000
CEARA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

3 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
3.1 - NOME DO PACIENTE
FRANCISCO JOSE DA SILVA
3.2 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
700104802550190
3.3 - NOME DO PACIENTE
ELISABETH MARIA DE LIMA
3.4 - NOME DO RESPONSÁVEL
FRANCISCO JOSE DA SILVA
3.5 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
CONJUNTO: NOVO TEMPO RUA DO MEIO - 18 - BAIRRO TABULEIRO - ZONA RURAL
3.6 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
JAGUARUANA

4 - DATA DE NASCIMENTO
12/04/1994
5 - SEXO
Masculino
6 - ESTADO CIVIL
Pardo
7 - TELEFONE
(88) 99308-8504
(88) 99308-8504

8 - DATA DE RECEBIMENTO DO LAUDO
23/07/2017
9 - CÉDULA DE REGISTRO
CE 62 823 000

10 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
At. Inter e pichete, melho de ferulada e M.R. Necessidade de Qup

11 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Em Análise

12 - PROCEDIMENTO SOLICITADO
Inter de pichete E 5802

13 - CARACTERIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO
TRAUMATOLOGICA URGÊNCIA
14 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINANTE)
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO
15 - DATA DE SOLICITAÇÃO
14/08/2017

16 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)
36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO
37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
39 - ☐ OUTRO (ESPECIFICAR)
40 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO
41 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
42 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
43 - ☐ OUTRO (ESPECIFICAR)

17 - AUTORIZAÇÃO
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
45 - ASSINATURA
46 - DATA
47 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
48 - DATA

18 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
19 - DATA

20 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
21 - DATA

22 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
23 - DATA

24 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
25 - DATA

26 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
27 - DATA

28 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
29 - DATA

30 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
31 - DATA

32 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
33 - DATA

34 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
35 - DATA

36 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
37 - DATA

38 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
39 - DATA

39 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
40 - DATA

40 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
41 - DATA

41 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
42 - DATA

42 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
43 - DATA

43 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
44 - DATA

44 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
45 - DATA

45 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
46 - DATA

46 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
47 - DATA

47 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
48 - DATA

48 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
49 - DATA

49 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
50 - DATA

50 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
51 - DATA

51 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
52 - DATA

52 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
53 - DATA

53 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
54 - DATA

54 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
55 - DATA

55 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
56 - DATA

56 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
57 - DATA

57 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
58 - DATA

58 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
59 - DATA

59 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
60 - DATA

60 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
61 - DATA

61 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
62 - DATA

62 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
63 - DATA

63 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
64 - DATA

64 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
65 - DATA

65 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
66 - DATA

66 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
67 - DATA

67 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
68 - DATA

68 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
69 - DATA

69 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
70 - DATA

70 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
71 - DATA

71 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
72 - DATA

72 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
73 - DATA

73 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
74 - DATA

74 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
75 - DATA

75 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
76 - DATA

76 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
77 - DATA

77 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
78 - DATA

78 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
79 - DATA

79 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
80 - DATA

80 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
81 - DATA

81 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
82 - DATA

82 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
83 - DATA

83 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
84 - DATA

84 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
85 - DATA

85 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
86 - DATA

86 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
87 - DATA

87 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
88 - DATA

88 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
89 - DATA

89 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
90 - DATA

90 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
91 - DATA

91 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
92 - DATA

92 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
93 - DATA

93 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
94 - DATA

94 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
95 - DATA

95 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
96 - DATA

96 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
97 - DATA

97 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
98 - DATA

98 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
99 - DATA

99 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
100 - DATA

100 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
101 - DATA

101 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
102 - DATA

102 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
103 - DATA

103 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
104 - DATA

104 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
105 - DATA

105 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
106 - DATA

106 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
107 - DATA

107 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
108 - DATA

108 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
109 - DATA

109 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
110 - DATA

110 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
111 - DATA

111 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
112 - DATA

112 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
113 - DATA

113 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
114 - DATA

114 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
115 - DATA

115 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
116 - DATA

116 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
117 - DATA

117 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
118 - DATA

118 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
119 - DATA

119 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
120 - DATA

120 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
121 - DATA

121 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
122 - DATA

122 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
123 - DATA

123 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
124 - DATA

124 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
125 - DATA

125 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
126 - DATA

126 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
127 - DATA

127 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
128 - DATA

128 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
129 - DATA

129 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
130 - DATA

130 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
131 - DATA

131 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
132 - DATA

132 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
133 - DATA

133 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
134 - DATA

134 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
135 - DATA

135 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
136 - DATA

136 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
137 - DATA

137 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
138 - DATA

138 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
139 - DATA

139 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
140 - DATA

140 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
141 - DATA

141 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
142 - DATA

142 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
143 - DATA

143 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
144 - DATA

144 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
145 - DATA

145 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
146 - DATA

146 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
147 - DATA

147 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
148 - DATA

148 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
149 - DATA

149 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
150 - DATA

150 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
151 - DATA

151 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
152 - DATA

152 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
153 - DATA

153 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
154 - DATA

154 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
155 - DATA

155 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
156 - DATA

156 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
157 - DATA

157 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
158 - DATA

158 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
159 - DATA

159 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
160 - DATA

160 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
161 - DATA

161 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
162 - DATA

162 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
163 - DATA

163 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
164 - DATA

164 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
165 - DATA

165 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
166 - DATA

166 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
167 - DATA

167 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
168 - DATA

168 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
169 - DATA

169 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
170 - DATA

170 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
171 - DATA

171 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
172 - DATA

172 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
173 - DATA

173 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
174 - DATA

174 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
175 - DATA

1



CNPJ: 07.770.001/0001-64

RECEITUÁRIO

Nome: Francisco José da Silva

End.: largo médico

Ateto foi o paciente
eixo foi submetido
a cirurgia por

Futuro a
que do punho
Esquerda.

Data: ____/____/____

Médico - CRM

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

Fuili 1/ fuip
de dos e lútp
tão pmonal.

Futro-e
e ptp
deputado

23
/ 24
/ 18



Valterio Pinheiro
Traumatologista
CRM-CE 6193