

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Antonio Silva Pereira</u>	Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>		
Estado Civil:	Profissão: <u>Aquileto</u>	Carteira de Identidade: <u>3517156-2000</u>	
CPF nº: <u>473.193.133-91</u>	Residência: <u>Rua Chiquinho Aparecido, nº 2262</u>		
Bairro: <u>Canindé</u>	Cidade: <u>Canindé</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>62.700-000</u>

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº M8.119.595 SSP/MG e CPF nº 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza – CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3231-6493.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicia et extra*", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, em caso de julgada procedente a Ação e os recursos cabíveis**, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover, acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiências** em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 26 de Julho de 2017.

Antonio Silva Pereira
Outorgante

DECLARAÇÃO

DECLARAÇÃO

Eu, Antonio Silva Pereira, brasileiro Agriculter, portador da Carteira de Identidade/RG nº 3577156-2000 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 473.193.133-91, residente e domiciliado na cidade de Caninde, estado de Ceará, na Rua Chiquinho Aparecido, nº 2262, Canindezinho, declaro para os devidos fins que possuo 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 nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 26 de Julho de 2017.

Antonio Silva Pereira
Declarante

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, Antonio Silva Pereira
 _____, BRASILEIRO(A), _____ (ESTADO _____ CIVIL),
 _____ (PROFISSÃO), PORTADOR DO RG Nº 3517156-2000,
 INSCRITO NO CPF SOB O Nº 473.193.133-91, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NO
 ENDEREÇO Rua Chiquinho Aparecido, 2262

_____, DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI
 DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELO DR. RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI,
 BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº
 18.044 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 MONTI ADVOGADOS, REPRESENTADO
 ATRAVÉS DO ADVOGADO RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, BRASILEIRO,
 SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 18.044, COM SEDE
 A RUA DO ROSÁRIO - Nº 77 - 6º ANDAR - SALA 604 - BAIRRO CENTRO - CEP. 60.055-090 -
 FORTALEZA/CE, DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL,
CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE TANGE
A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO 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
 RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A
 COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA
 FORMA DA LEI [ART. 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.

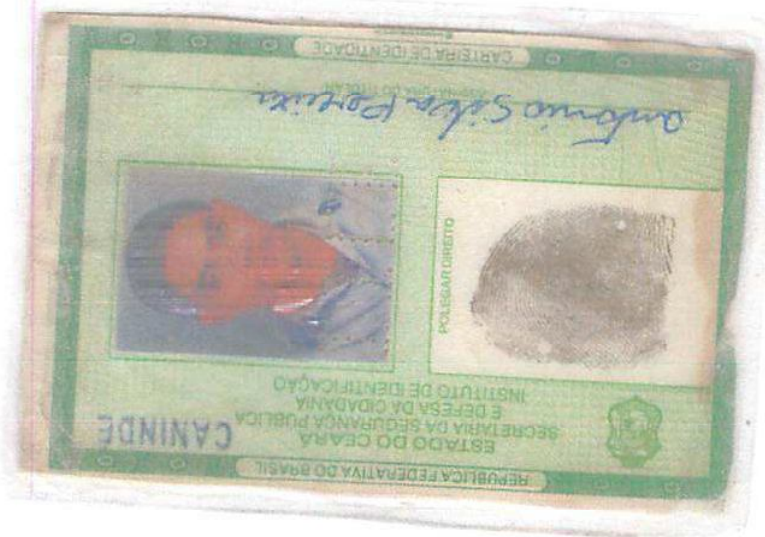
FORTALEZA 26 DE Julho DE 2017.

→ Antonio Silva Pereira

 DECLARANTE

TESTEMUNHA
 CPF: _____

TESTEMUNHA
 CPF: _____





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 432 1837 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 12/05/2017 11:09:52
Data / Hora da Ocorrência: 13/10/2016 05:30:00
Endereço da Ocorrência: RUA JOAO RASTOS
Complemento:
Bairro: ALTO GUARAMIRANGA Município: CANINDE/CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ANTONIO SILVA PEREIRA
Nascimento: 05/08/1965 CPF:
RG: 35171562000 Órgão Emissor: SSP UF:
Filiação: FRANCISCA MARIA DA SILVA
FRANCISCO PEREIRA
Endereço: RUA CHIQUINHO APARECIDO, 2262
Bairro: CANINDEZINHO CPF:
Município: CANINDE/CE
País: BRASIL Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OSU6693 UF: CE Município: CANINDE Chassi:
9C2JC4110DR741958 Renavam: 550961054 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Ano
Fabricação: 2013 Ano Modelo: 2013 Combustível: GASOLINA Cor:
VERMELHA Proprietário: EDSON MARCELINO PINHO BRAGA, SO. NAO
INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Informa o declarante que vinha como carona da moto HONDA CG 125 FAN KS, ano 2013, cor vermelha, placa OSU 6693, a qual era dirigida por EDSON MARCELINO PINHO, proprietário da moto; QUE no local supra, ao fazer uma curva, um carro avançou a preferencial e acabou batendo na moto onde estava o declarante; QUE o motorista do carro não prestou socorro e fugiu do local; QUE o declarante sofreu uma fratura na face, sendo atendimento na emergência da UPA de Canindé; QUE no mesmo dia o declarante foi transferido para a Santa Casa de Canindé e posteriormente ao Instituto de José Frota (IJF); QUE o declarante passou por procedimento cirúrgico e após alta médica realizou atendimento fisioterapêutico; QUE foram realizadas cerca de 10 sessões de fisioterapia para que o declarante voltasse aos movimentos normais de mandíbula, e nada mais disse.//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CANINDE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

CAMILA MOTA JOSINO - MAT.: 30091914

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antonio da Silva Pereira

VISTO DO DELEGADO(A):

PO Manoel C. Barreto

DELEGACIA REGIONAL DE CANINDE

[illegible]



Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Nome:

ANTONIO SILVA PEREIRA

Atendimento

121790

Data

Prescrição Médica:

Horário Medicamentos

Teste Mandato

Dr. Aurélio Parente
ORÇEN - TRAUMATOLOGIA
CBO 361-07-01-01-01-01

Data

Anamnese / Evolução / Exame Físico

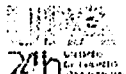
Assinatura

13.00. Paciente. Fratura de mandíbula
solicitado transferência pl. unidade
terciária, enviado na CRL,
aguardo regulares

Disperado vaga para TUE autori-
zado pelo Dr. Gervasio Solicita-
do GBU, porém o mesmo encon-
tra-se em transferência.

Mayara dos Santos Sousa
Enfermeira
CBO 361-07-01-01-01-01

Dr. Aurélio Parente
CBO 361-07-01-01-01-01



FICHA DE ANAMNESE DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA



Unidade Prestadora: Upa 24hs

Data: 13 / 10 / 16

ATENDIMENTO.: Nº. 36

DADOS DO PACIENTES

Nome: Antônio Silva Pereira CNS.: 705 0090 67716656

Sexo: M Data de Nascimento: 05/08/65 Idade: 51 anos

Nome da Mãe: Francisca Lf de Silva

Endereço: R. Silva Esperança 130

Bairro: Canindé Novo Cidade: Camunda

Cep: 62.700-00 Telefone:

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE: HORA: 06:58

S: P: PESO: T: PA:

Assinatura do Paciente / Responsável: Angelina Sousa dos Santos

QUEIXAS: Pti vitória eu quando de Motocicleta e apresento

ATENDIMENTO:
PEDIÁTRICO
CLÍNICO

TRANSFERIDOS DE OUTRO HOSPITAL:
SIM NÃO
GSU MEIOS PRÓPRIOS
SAMU

PROCUROU O PSF:

CAUSAS: SIM
ENCAMINHADO
NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
NÃO TINHA MÉDICO
POSTO ESTAVA FECHADO
NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

PORQUE: NÃO
NÃO É EFICIENTE
É LONGE DE CASA
NÃO HAVIA MÉDICO

OUTRAS CAUSAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA)
0 MIN

Politraumatismo/TCE;
Queimaduras grandes;
Coma ou alteração de consciência;
Lesão da coluna vertebral;
Desconforto respiratório grave;
Dor no peito + falta de ar + cianose;
Vômito + perda da consciência ou dor torácica por + 30 min;
Perfuração no peito, abdômen ou cabeça;
Crise Convulsiva;
Intoxicação exógenas ou tentativas de suicídio;
Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar;
Hipér ou hipoglicemias (diagnosticadas);
Parada Cardiorrespiratória;
Alterações de SSVV + sintomas (diagnosticadas);
Hemorragias não controláveis;
Fraturas Ferimentos

URGÊNCIA MAIOR (AMARELO)
60 MIN

Cefaléia súbita ou rapidamente progressiva;
Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental, desmaios;
História de convulsão;
Dor torácica intensa;
Crise asmática ou desconforto respiratório;
Diabético + sudorese, alterações de estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia;
Alteração de sinais vitais em pacientes sintomáticos;
História recente de melena ou hematêmese ou enterorriga;
Epistaxe;
Dor forte de qualquer natureza;
Sangramento vaginal com dor abdominal;
Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave;
Febre alta (39/40°)
Luxações, entorces + dor intensa;
Acidente por animais

URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MIN

Idade superior a 60 anos;
Pacientes escoltados;
Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação;
Asma fora de crise
Enxaqueca
Dor de ouvido moderada a grave;
Dor abdominal sem alterações de sinais vitais;
Sangramentos vaginal sem dor abdominal;
Vômito e diarreia sem sinais de desidratação;
Abscessos;
Distúrbios neurovegetativos;
Lombalgia intensa;
Intercorrência ortopédicas
Gastroenterite;

NÃO URGENTE (AZUL)
240 MIN

Queixas sem alterações agudas;
Procedimentos como curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos;
Demais situações não enquadradas anteriormente;
Uso de Benzilpenicilina.
PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE/ MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.



FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: _____

DISTRITO SANITÁRIO: _____

MUNICÍPIO: _____

NOME: Antonio Silva - Presen

PRONTUÁRIO Nº _____

SEXO: M ☐ F ☐ DATA DE NASCIMENTO 1 / 1 /

Ocupação: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

FONE: _____

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: Procurse o nome do acidente com
problemas no sistema de mandíbula

RESULTADO DE EXAME(S): _____

CONDUTA JÁ REALIZADA: Ation Laver Filha

Médico

CRMES 14060

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: _____

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - Nº REGISTRO _____

FUNÇÃO _____

ENCAMINHAMENTO

DATA 23/10/16

HORA 09:00

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: _____

AMBULATORIAL ☐

HOSPITALAR ☐

AUXÍLIO DIANÓSTICO ☐

PROCEDIMENTO: Audiologia fonoaudiologia

PROFISSIONAL

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

DATA: 1 / 1 /

HORA: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

MUNICÍPIO: _____

PRONTUÁRIO Nº _____

ALTA: 1 / 1

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO: _____

RESUMO DO(S) EXAME(S): _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL _____

SECUNDÁRIO 1 _____

SECUNDÁRIO 2 _____

CID: _____

CID: _____

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 _____



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: CANINDÉ

NOME: Antônio Silva Pereira PRONTUÁRIO Nº _____

SEXO: M ☐ F ☐ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ TELEFONE: _____

END: _____ BAIRRO: _____ CIDADE: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

Acum. de dor no fêmur e oche-pe com dor
edem e dificuldade de loc.

RESULTADO DO(S) EXAME(S):

CONDUTA JÁ REALIZADA:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

fractura de mandíbula

CID: [] [] [] []

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - Nº REGISTRO

FUNÇÃO

13.06.16

DATA

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

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



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 20/03/2017 7:58:17

Por: JOSE URBANO DA MOTA COELHO

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 13/10/2016 15:12:28	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 705005067716656	NOME: ANTONIO SILVA PEREIRA			Registro: 5472041	
CPF:	RG:	D. NASC: 05/08/1965	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Negra
NOME DA MÃE: FRANCISCA MARIA DA SILVA			NOME DO PAI: FRANCISCO PEREIRA		
TIPO DE LOGRADOURO: Distrito	ENDEREÇO DO PACIENTE: UBIRASU		Nº:	BAIRRO: VAZANTE DO CURU	
COMPLEMENTO: JONAS	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: CANINDE	UF: CE	CEP: 62700000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: ANTONIA APARECIDA PINTO DELEFINO		PARENTESCO: esposa		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete					
QUEIXAS: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO O MESMO NEGA DESMAIO APRESENTANDO TRAUMA DE FACE REFERINDO DOR, CONSCIENTE, ORIENTADO					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese					
Exame Físico:					
Conduta					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO :5472041

NOME: ANTONIO SILVA PEREIRA

DATA DE NASCIMENTO:05/08/1965

PAI: FRANCISCO PEREIRA

MÃE:FRANCISCA MARIA DA SILVA

DATA DE ATENDIMENTO:10/10/2016

DATA DE SAÍDA:29/10/2016

MOTIVO: O PACIENTE ANTONIO SILVA PEREIRA, 51 ANOS, DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA DO IJF, EM 10/10/2016, PROCEDENTE DA SANTA CASA DE CANINDÉ, COM TRAUMA DE FACE, DECORRENTE DE ACIDENTE DE MOTO.

NO MOMENTO DA ADMISSÃO ENCONTRAVA-SE ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO E EUPNEICO, PERMANECEU INTERNADO, AGUARDANDO CIRURGIA.

EM 27/10/2016, FOI SUBMETIDO A OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE MANDÍBULA, EM 27/10/2016.

EVOLUIU ESTÁVEL, PERMANECEU INTERNADO, ATÉ O DIA 29/10/2016, QUANDO SAIU DE ALTA HOSPITALAR.

LAUDO DIGITADO EM 21/02/2017 9JOÃO ANANIAS/C)"

MÉDICO
CREMEC 3636

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE/NUAME/IJF

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Antonio Silva Pereira

Idade: _____ anos _____ meses

Prontuário: 5472041 unidade: _____ Leito: _____

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente em pós-operatório de osteossíntese de fratura de mandíbula. Evolui consciente, orientado, afebril e eupnéico. Ao exame apresenta edema compatível com procedimento cirúrgico, abertura bucal satisfatória, sem sinais clínicos de infecção e sem deiscência de sutura.

Diagnóstico Principal: Fratura de mandíbula

Diagnósticos Secundários: Não

Sequelas apresentadas: Não

Procedimentos Cirúrgicos:

1- Cirurgia realizada: Osteossíntese de fratura de mandíbula
Tipo de anestesia/Sedação: geral

Cirurgião: Dr. José Maria
Data: 27/10/16

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado (x) Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência (x) Atendimento domiciliar () Transferência para: _____

Retornar: (x) Ambulatório em: 07/11/16 Dr. José Maria

Observações: _____

Data: 29/10/2016


Médico

CRM/Carimbo



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Antonio Silva Pereira

Idade: _____ anos _____ meses

Prontuário: 5472041 unidade: _____ Leito: _____

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente em pós-operatório de osteossíntese de fratura de mandíbula. Evolui consciente, orientado, afebril e eupnéico. Ao exame apresenta edema compatível com procedimento cirúrgico, abertura bucal satisfatória, sem sinais clínicos de infecção e sem deiscência de sutura.

Diagnóstico Principal: Fratura de mandíbula

Diagnósticos Secundários: Não

Sequelas apresentadas: Não

Procedimentos Cirúrgicos:

1- Cirurgia realizada: Osteossíntese de fratura de mandíbula
Tipo de anestesia/Sedação: geral

Cirurgião: Dr. José Maria
Data: 27/10/16

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado (x) Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência (x) Atendimento domiciliar () Transferência para: _____

Retornar: (x) Ambulatório em: 07/11/16 Dr. José Maria

Observações: _____

Data: 29/10/2016


Médico

CRM/Carimbo

Dr. José Carlos Martins Filho

Ortopedia - Traumatologia

Receituário

Antônio Silva Pereira

Paciente sofreu trauma de face, com fratura de mandíbula. Submeteu-se a cirurgia osteossintética em mandíbula. Sequelas de dor crônica, diminuição funcional da mastigação, cefaleia e neuropatia do Trigemino, deformidade do maxilar inferior.

CD 10: S02.6

Dr. José Carlos Martins
CRM: 6076
R. Silva Pereira

Antônio Silva Pereira

Paciente

Assinatura e Carimbo do Profissional
CREMEC 6076

fls. 29

20/07/2017

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

fls. 30

SINISTRO 3170322288 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO SILVA PEREIRA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO SEGURADORA LIDER DPVAT -
REGULAÇÃO

BENEFICIÁRIO ANTONIO SILVA PEREIRA

CPF/CNPJ: 47319313391

Posição em 20-07-2017 08:28:10

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 3.375,00

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
21/07/2017	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO



Esta é a segunda via de
OUT/2017

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
1429389 DV **7**

VENCIMENTO
05/11/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
56,08

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **496118549**

Companhia Energética do Ceará

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

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

DADOS DO CLIENTE

Rota 04 036000 10 0105000 Medidor Poste
Nome FRANCISCA MARIA SILVA VERAS 7781925 0000 A75N
Endereço Postal

End. da Unidade RU CHIQUINHO APARECIDO 02262 CANINDEZINHO CANINDE
Consumidora 62700000

RG / CPF / CNPJ 689.626.303-20 CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado
14421 14358 1 63 0 63

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA
CONSUMO 63 0,73263 46,15

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação 09/10/2017
Prev. Próxima
Leitura 09/11/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

4E35.E96C.D87B.F388.0F18.3A17.AF87.A87A

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto
46,15 27% 12,46

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 15,59
TRANSMISSÃO 1,56
DISTRIBUIÇÃO 10,58
ENCARGOS SETORIAIS 3,66
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 14,76

OUTROS PAGAMENTOS

DOACAO APAE - TEL 0800-095-0703

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,26)

3,00
6,93

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)
0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

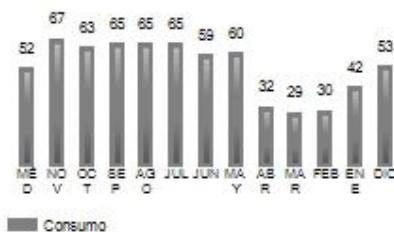
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 14,63

Conjunto CANINDE

Mês AGO/ 2017

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,79	11,58	23,16	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,36	6,72	13,45	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,37			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **1429389-7** Nº da Nota Fiscal: **496118549** Total a Pagar (R\$): **56,08**
Data de Emissão: **14/11/2017** Referência: **OUT/2017** Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER