

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

Márcio Gomes Leite

VIA ORAL

1- CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMPS.

Tomar 1 cp de 6/6 horas – 07 DIAS

2- CETOPROFENO 100 MG ----- 01 CX

Tomar 01 cp por dia durante 07 DIAS

3 – DIPIRONA 500 MG ----- 01 CX

Tomar 02 comprimidos até de 6/6 hs – em caso de dor

4 – OMEPRAZOL 20 MG ----- 01 CX

Tomar 01 comprimido em jejum por 07 dias

Luciene
TREGUE
Foliclinica
Unica - TRJ

JUAZEIRO DO NORTE/CE, 31 DE 07 DE 2016

MÉDICO

[Handwritten signature]

CNPJ/MF – 05.268.526/0002-51

Rua Catulo da Paixão Cearense, s/n - Triângulo – CEP 63.041-162 – Juazeiro do Norte – CE - Telefone: (88) 3566-3600
Hospital mantido com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



Requerimento de Solicitação de Boletim de Atendimento

A Diretora da Unidade de Pronto Atendimento (UPA limoeiro)

Ilma. Sra. Rosimeire Sousa Costa

Eu, Marcio Duarte Costa
 Estado Civil Solteiro, RG: 200.2064072793.
 CPF. 024.898.473-09, domiciliado na cidade de Juazeiro do Norte.
 Rua: Ver. por xaxa de Oliveira, N° 469. Bairro: Parque.
 conforme documento em anexo venho, respeitosamente, requerer a vossa senhoria de acordo com a lei Federal N° 9.051, de 18 de maio de 1995, que me forneça a cópia do boletim Médico, referente ao período de ____/____/20__ a ____/____/20__, período este que recebi atendimento médico neste hospital. A cópia do boletim de atendimento do seguro DPVAT a que tenho direito.

Nestes termos peço,

Juazeiro do Norte – CE _____ de 20__.

Marcio Duarte Costa
 Assinatura do Paciente



RECEITUÁRIO

AO MRIC - Emergência

Encaminho o Sr. Marcelo
 Duarte Leite, 29 anos, vítima
 de trauma em joelho direito
 com fratura de patela há
 2 dias. evoluindo com ede-
 ma importante + calor + rubor.
 Pulso pedioso (+).

HD: síndrome compartimental
 celulite

Solicitado, se possível,
 aquecimento
 quente \

Dra. Hianny Apolinário
 MÉDICA
 CRM-CE 15.794

DATA 22/07/16

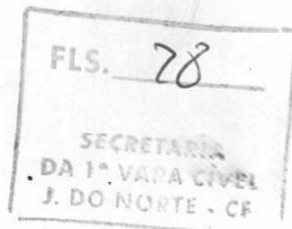
Carimbo e Assinatura do Médico CRM





Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SUS / CE
JUAZEIRO DO NORTE - CE

fls. 28



RECEITUÁRIO

Manoel DUARTE LEITE

Urologia

o FELDERE SL _____ dia
como diag. se observa por
10 dias

21072016.

Lucena
TRAUMATOLOGIA
21/07/2016



Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SUS / CE
JUAZEIRO DO NORTE - CE

RECEITUÁRIO

Doença

Morreu durante o exame

30/04/20

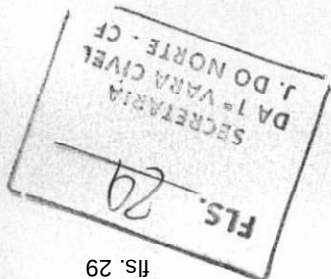
para transplante

HTA

20/04/16

Dra. Hianny Apolinário
MÉDICA
CRM-CE 15794

[Handwritten signature]





Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SUS / CE
JUAZEIRO DO NORTE - CE



RECEITUÁRIO

Manoel Duarte Leite

Souredo:

Automação PI no armário.

PORTE 04

Int. Botelão e com o MECO-
NISMO EXTENSOR

21072016

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 12629 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora de Comunicação: 15/08/2016 14:58:49

Data / Hora da Ocorrência: 20/07/2016 17:24:00

Endereço da Ocorrência: AVENIDA AILTON GOMES

Complemento:

Bairro:

Ponto de Referência:

Dados do(s) Vítima(s)

Nome: MARCIO DUARTE LEITE

Nascimento: 21/09/1986 CPF: 024.898.473-09

RG: 2002014022793 Orgão Emissor: SSP

Filiação: MARIA GONÇALVES DUARTE LEITE

MARCELO PASSOS LEITE

Endereço: RUA VER JOSE XAVIER DE OLIVEIRA, 353

Bairro: PIRAJÁ

Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE

País: BRASIL

Telefone: (88) 8801-3933

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: ORW3538 UF: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE Chassi:

REGISTRO: 0000028773 Registro: 997587008 Tipo de Veículo: MOTONETA Marca /

Modelo: YAMAHA/115 CRYPTON ED Ano Fabricação: 2014 Ano Modelo: 2014

Combustível: GASOLINA Cor: AZUL Proprietário: FRANCISCO SEVERINO DE SOUZA

Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLÍSSAO

Histórico

ADVERTIDA DAS PENAS COMINADAS AO CRIME DE FALSO TESTEMUNHO, NESTA 20ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL DE JUAZEIRO DO NORTE/CE, MUNIDA DE CÓPIA DOS SEGUINTES DOCUMENTOS: BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO DO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI- PRONTUÁRIO Nº17097, RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E CRLV DO VEÍCULO ABAIXO DESCRITO E DECLAROU O SEGUINTE: NO DIA 20/07/2016 POR VOLTA DAS 17:00HORAS A VITIMA na avenida AILTON GOMES, PROXIMO AO COLEGIO RATIS BARBOSA, NESTA CIDADE DE JUAZEIRO DO NORTE/CE, PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA/ORW3538, QUANDO INESPERADAMENTE UM VEICULO VEIO A BATER NA MOTOCICLETA QUAL O DECLARANTE TRAFEGAVA E COLIDIU CONTRA SUA MOTOCICLETA, SENDO A VITIMA SOCORRIDA POR UMA AMBULANCIA DO SAMU E ENCAMINHADA AO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI. E NADA MAIS DISSE, DANDO-SE POR ENCERRADO O PRESENTE BO.//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARIA ROBERTI MESQUITA BANDEIRA - MAT.: 015698-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

MARCELO DUARTE LEITE

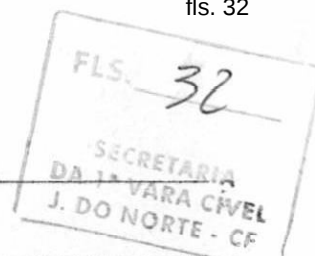
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Pág. 1 de 2

Impresso em: 15/08/2016 15:07:39



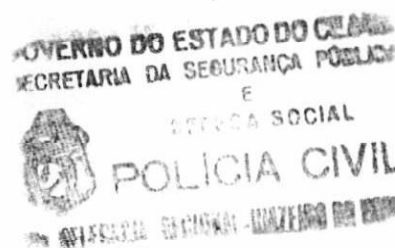
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 12629 / 2016

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUIS JOSE TENÓRIO DE BRITTO - MAT.: 126893-1-4



INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: MARCIO DUARTE LEITE Prontuário: 115241 Admissão: 22/07/2016
Data Nasc.: 21/09/1986 Idade: 29 ano(s) 10 mes(es) e 2 dia(s) Telefone: 88013933
Mãe: MARIA GONCALVES DUARTE
Sexo: Masculino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: PIRAJA
Endereço: RUA VEREADOR JOSE XAVIER DE OLIVEIRA 353

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

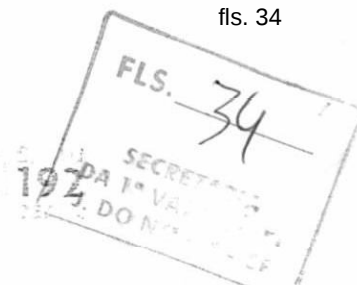
Risco: LARANJA Classificador: CIRLANY FRANCISCA MESQUITA ALMEIDA Horário: 20:07
Queixa: pte encaminhado da upa. sofreu trauma em joelho esquerdo há 3 dias (acidente de moto). apresenta edema+rubor+calor em local afetado
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: DOR INTENSA
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 8 Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Mó: SAMIR SAMAN FILHO CRM: 16346 Nº 333458 P.A.:
Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA PERNA
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PTE REFERE ACIDENTE DE MOTO HA 2 DIAS. VEM ENCAMINHADO DA UPA DEVIDO EDEMA E HEMATOMA EM MID. NEGA ALERGIAS.
EF
EDEMA INTRA E EXTRA-ARTICULAR NO JOELHO DIR
HEMATOMA COM AUMENTO DE CALOR LOCAL NO JOELHO
SEM SINAIS DE SD COMPARTIMENTAL
SEM DOR A PALPAÇÃO DEMAIS ESTRUTURAS OSSEAS (COLUNA VERTEBRAL, MMSS, BACIA E MIE)
PERFUSÃO DISTAL OK
HISTÓRIA (PTE TROUXE): FRATURA POLO INFERIOR DA PATELA COM DESVIO
CD: PUNÇÃO ARTICULAR (RETIRADO +- 25ML INTRA-ARTICULAR E +- 75ML EXTRA)
ANÁLISE
TALA
OBSERVAÇÃO DEVIDO AO CALOR LOCAL

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
22/07/2016 20:07:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	DOR INTENSA	LARANJA	CIRLANY FRANCISCA MESQUITA ALMEIDA



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e a requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **MARCIO DUARTE LEITE**, portador do RG Nº 2002014022793 e inscrito no CPF sob o Nº 024.898.473-09, no dia 20/07/2016 às 17h24min, no município de JUAZEIRO DO NORTE - CE, na Av. Aílton Gomes. Paciente vítima de colisão moto com moto, onde o mesmo foi encaminhado para a **UPA de Juazeiro do Norte**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 12 de agosto de 2016

Atenciosamente,


MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ



SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax:3260 2061

E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br

Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br, Fone : (85) 3260-3797

RECEITUÁRIO

DEOLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins
 que o Sr. Marcio Duarte Leite
 deu entrada nesta unidade apre-
 sentando edema importante em M.D.
 vítima de trauma há 2 dias;
 pulso reduzido e popliteo +. Realiza-
 Raio X que evidenciou fratura de
 fíbula.

HD: Fratura pateta
 síndrome compartimental

Enc ao HRE para avaliação
 no traumatologia.

J. Norte 22-07-2016

Dra. Hianny Apolinario
 Médica

CRM-CE 15.794

DATA ____/____/____

Carimbo e Assinatura do Médico CRM

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

15/08/16
9h

SECRETARIA
DA 1ª VARA
DO NORTE

SERVIÇO DE ORTOPEDIA DO HRC SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIAS PARA RETORNO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSO

P-115241

PARA:

Márcio Osmar Leite

EXAME (S):

RX JOELHO (O) AP/PROXIC

PS: REALIZAR EXAME, ANTES DO RETORNO AMBULATORIAL AGENDADO.

Juazeiro do Norte – CE, 31 de JULHO de 2016.

Médico

Dr. Marcelo Nogueira Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16.743 CRM-PB 23.778

CNPJ/MF – 05.268.526/0002-51

Rua Catulo da Paixão Cearense, s/n - Triângulo – CEP 63.041-162 – Juazeiro do Norte – CE - Telefone: (88) 3566-3600
Hospital mantido com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA BANHOS ROQUE, liberado nos autos em 07/06/2018 às 21:44. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.jfcs.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0049339-45, 2017.8.06.0112 e código 37D1A39.

902
Retorno: 04/04/17
16:00 hs

Retorno: 25/10/16 16:00 hs
Retorno: 24/10/16 15:00 hs

Hospital mantido com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

CRM: 10498 E.O.: 13030

Cirurgião Joelão

Dr. Thiago Leal

Ortopedia e Traumatologia

Horário: () Seg () Ter () Qua () Qui () Sex () Sáb () Dom

Especialidade: ()

Médico: ()

Paciente: ()

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

Retorno: 27/12/16 16:00 hs

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

Paciente: Wílson Junior Leal

Dr. Thiago Leal

Ortopedia e Traumatologia

Horário: 16:00

data: 29/11/16

() Seg () Ter () Qua () Qui () Sex () Sáb () Dom

Rua Celso da Paixão Carneiro, S/N Triângulo - CEP 63041-162, Juazeiro do Norte - CE - Telefone: (88) 3571-5083

Hospital mantido com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

Hospital mantido com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

CRM: 10498 E.O.: 13030

Cirurgião Joelão

Dr. Thiago Leal

Ortopedia e Traumatologia

Horário: () Seg () Ter () Qua () Qui () Sex () Sáb () Dom

Especialidade: ()

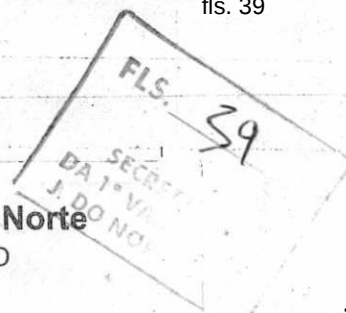
Médico: ()

Paciente: ()

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SUS / CE
JUAZEIRO DO NORTE - CE

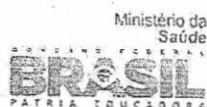


RECEITUÁRIO

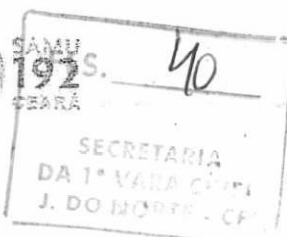
Declaro por os devidos fins que o
Srº Marcio Duarte Leite, Residente
à Rua José Xavier de Oliveira, nº 353
no Bairro Pirajá é cadastrado
no PSF 42.

Alexandre Claus
Alexandre Claus de André
Enfermeira
COREN-CE 134423

24/07/16.



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

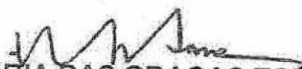


CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e a requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **MARCIO DUARTE LEITE**, portador do RG Nº 2002014022793 e inscrito no CPF sob o Nº 024.898.473-09, no dia 20/07/2016 às 17h24min, no município de JUAZEIRO DO NORTE - CE, na Av. Aílton Gomes. Paciente vítima de colisão moto com moto, onde o mesmo foi encaminhado para a **UPA de Juazeiro do Norte**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 12 de agosto de 2016

Atenciosamente,


MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ



SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax: 3260 2061

E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br

Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br, Fone : (85) 3260-3797

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CF

SINISTRO 3160538626 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARCIO DUARTE LEITE

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO SEGURADORA LÍDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO MARCIO DUARTE LEITE

CPF/CNPJ: 02489847309

Posição em 06-04-2017 15:17:55

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

19/01/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00
------------	--------------	----------	--------------



Seguradora Líder - DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2016

Carta nº: 9689397

A/C: MARCIO DUARTE LEITE

Sinistro: 3160538626 ASL-1043877/16
Vítima: MARCIO DUARTE LEITE
Data Acidente: 20/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

024 898 473 09