



(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

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.

SINISTRO 3180002189 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** AQUOR CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME**BENEFICIÁRIO** FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE**CPF/CNPJ:** 02752251351**Posição em 23-01-2018 09:28:47**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
22/01/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
05/01/2018	Interrupção de Prazo	
30/12/2017	Aviso de Sinistro	

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

ASSINE NOSSA NEWSLETTER

AC ▼

(<https://novosite.seguradoralider.com.br>)

(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?cpfConsultaPedido=02752251351&sinistroConsultaPedi...>)
trk=tyah&trkInfo=clickedVertical:company%2cclickedEntityId:10845224%2cidx:2-1-2%2ctarId:1467409339633%2ctas:Seguradora%20%C3%ADder)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Autoatendimento (/Seguro-DPVAT/autoatendimento)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › SAC DPVAT (/Contato/Sac-DPVAT)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Denúncia de Fraudes (/Contato/Denuncia-de-Fraudes)

Assine nossa Newsletter

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Nome: <i>Francisco Lucenildo de O. Coudeleste</i>		Nacionalidade: Brasileira
CPF: <i>027.522.513-51</i>	RG: <i>2004032056137</i>	Profissão: ☒ Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: <i>Rua Luiz Apomo do Silve</i>		Nº <i>1535</i>
Bairro: <i>Sto. Erodente</i>	Cidade: <i>Itapipava</i>	Estado Civil: ☒ Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
CEP: <i>62.940-000</i>	Telefone:	

OUTORGADO:

RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 017.809.013-13, inscrito na OAB/CE 23.814 e **FILipe BEZERRA CATUNDA CAMPELO**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 044.264.803-02, portador da OAB/CE 27.565, ambos Representantes da Sociedade **SAMPAIO E CATUNDA ADVOGADOS ASSOCIADOS, OAB/CE 1736**, com sede na Rua Raul Nogueira, 131, Centro, Morada Nova – CE têm entre si, justos e contratados, o que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o Outorgante nomeia, constitui e habilita o (s) Outorgado (s) a praticar (em) todos os atos do processo, conforme disposto na primeira parte do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

CLÁUSULA ESPECÍFICA:

Por esta cláusula específica, O Outorgante habilita o (s) Outorgado (s) a transigir (em), desistir (em), renunciar (em) ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar (em) compromisso, receber (em) e dar (em) quitação no presente feito, realizarem levantamentos e saques de Alvará Judicial, conforme parte final do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

Itapipava (CE), *23* de *fevereiro* de 20 *18*.
Francisco Lucenildo de O. Coudeleste
 Outorgante

* Art. 105. A procuração geral para o foro, outorgada por instrumento público ou particular assinado pela parte, habilita o advogado a praticar todos os atos do processo, exceto receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, que devem constar de cláusula específica.

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA E DE RESPONSABILIDADE

Nome: <u>Francisco Lucenildo de O. Carnevalante</u>		Nacionalidade: Brasileira
CPF: <u>027.522.513-51</u>	RG: <u>2004032056137</u>	Profissão: ☒ Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: <u>Rua Luiz Afonso da Silva</u>		Nº <u>1535</u>
Bairro: <u>Alto Litorâneo</u>	Cidade:	Estado Civil: ☒ Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
CEP:	Estado: CE	
Telefone:		

Declaro para os devidos fins que posso hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com às 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.

Declaro ainda, para todos os fins a que esta se destinar, que fui devidamente esclarecido pelos Advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia", acerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente ação judicial, assumindo, assim, de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste, isentando expressamente os advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia" de qualquer ato inverídico ou omissivo que possa interferir no resultado deste procedimento.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

m. novo (CE), 23 de junho de 20 18.

Francisco Lucenildo de O. Carnevalante
DECLARANTE

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

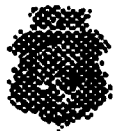
Nome: Francisco Lucenildo de O. Cavalcante		Nacionalidade: Brasileira
CPF: 027.522.513-51	RG: 2004032056137	Profissão: ☒ Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: Rua Luiz Afonso da Silva		Nº 1535
Bairro: Alto Triadentes	Cidade: M. Nova	Estado Civil: ☒ Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
CEP: 62.940-000	Estado: CE	
Telefone:		

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

DECLARO também ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

M. Nova (CE), 23 de janeiro de 2018.

Francisco Lucenildo de O. Cavalcante
DECLARANTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 504 - 2055 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/10/2017 10:40:39**
Data / Hora da Ocorrência: **22/04/2017 10:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO VARZANTES- CE 265**
Complemento:
Bairro: **Município: MORADA NOVA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE**
Nascimento: **15/04/1987** CPF:
RG: **2004032056137** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA DA CONCEIÇÃO CAVALCANTE**
NC
Endereço: **RODOVIA LUIZ AFONSO DA SILVA, 1535**
Bairro: **ALTO TIRADENTES**
Município: **MORADA NOVA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9858-3583**

Histórico

Declara o noticiante que no dia hora e local supracitados acima foi vítima de um acidente de trânsito; QUE seguia como passageiro (guarupeiro) na MOTO PLACA HYI-9015, RENAVAL 939635968, CHASSI 9C6KE091080043641 DE PROPRIEDADE DE FRANCISCO MARCIO MACAHADO-CPF 00519015363; QUE na ocasião seguia na citada CE, quando o condutor tentou desviar de um animal (cachorro), perdendo o equilíbrio restando-lhe por cair; QUE foi socorrido por populares para o HOSPITAL SÃO LUCAS, apresentando FRATURA EXPOSTA EM PÉ ESQUERDO, tendo como testemunhas; FRANCISCO MARCIO MACHADO SOARES E FRANCISCO GILVAN DA SILVA COSTA (Documentos apresentados e anexos); QUE a motocicleta era conduzida por FRANCISCO MARCIO MACHADO SOARES- CNH 04234472260, o qual não sofreu lesões, somente teve participação como condutor do veículo, estando aqui presente, atestando serem verdadeiras as informações; QUE o Noticiante manifesta desejo de receber o SEGURO DPVAT. E nada mais disse.//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUCIANO BARRETO COUTINHO BENEVIDES - MAT.: 133843-1-2



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Delegacia de Polícia
de Morada Nova - Ceará
SSP Cartório

POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

CERTIDÃO

CERTIFICO para os devidos fins que: conforme cópia de documento em anexo, o nome do condutor do veículo no **Boletim de Ocorrência nº 504-2055/2017, datado no dia 18/10/2017 as 10:40hs** 'sr FRANCISCO MARCIO MACHADO SOARES- RG 20010320518-90, CPF 005.190.153-63- QUE a citada MOTO PLACA HYI-9015, era conduzida por FRANCISCO MARCIO MACHADO SOARES- CNH 04234472260- mOrada Nova/CE, 14 de Novembro de 2017.

Sandra Helena Girão
IPC de Polícia
Mat. 300366-1-1

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS-SANTA CASA DE MORADA NOVA AV. MANOEL CASTRO, 237 - CENTRO MORADA NOVA -CE - CEP: 62940-000			
PRONTUÁRIO DE EMERGÊNCIA		Nº: 33	
PACIENTE: F. Lucas do Carmo		SEXO: (M) (F)	
ENDEREÇO: Cidade Alta		BAIRRO:	
RUBRICA DO FUNCIONÁRIO		DATA: 1/1	
ACIDENTE:	☒ MOTO	☐ CARRO	☐ QUEDA
☐ OUTROS			
TEMP:	PA:	PESO:	
QUEIXA PRINCIPAL:			
HDA: vítima de acidente de trânsito com fraturas expostas no M 6			
EXAME FÍSICO			
DIAGNÓSTICO INICIAL			

CONDUTA:		
DATA: 22/04/17	ASSINATURA MÉDICO	DR. Paulo Sérgio R. de Almeida Médico CRM 11.245 *
ASSINATURA PACIENTE		CRIMBO/CRM DIGITAL

07.677.263/0001-89

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
 SANTA CASA DE M NOVA

AV MANOEL CASTRO 23
 CENTRO CEP 62 940 000

MORADA NOVA CE

Declaração Do Proprietário Do Veículo

EU, Francisco Márcio Machado Soares
 RG nº 2003032051890 data de expedição 20/08/2014
 Órgão SSP, portador do CPF: nº 005.190.153-63, com domicílio na
 cidade de Morada Nova, no Estado de Ceará, onde resido na
 (Rua/Avenida/ Estrada) Ruiz Afonso da Silva, nº 1535
 complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo
 abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Francisco Benedito de Oliveira Cavalcante
 cujo o condutor era Francisco Márcio Soares.

Veículo: Moto

Ano: 2007/2008

Modelo: Yamaha 198 125E

Placa: HYI 5015

Chassi: 9CG KE091080048641

Data do acidente: 22.04.2017

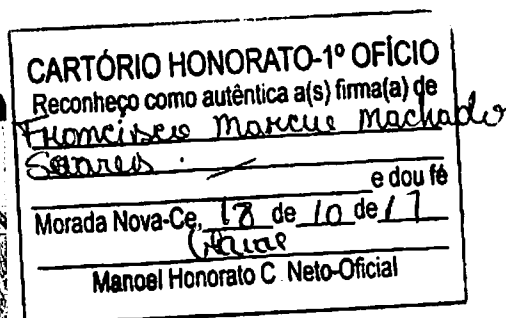
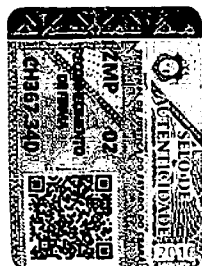
Local e data: Morada Nova

x FRANCISCO MARCIO MACHADO SOARES

Assinatura do Declarante (reconhecer firma por autenticidade)

x FRANCISCO MARCIO MACHADO SOARES

Assinatura do condutor com firma reconhecida por autenticidade
 (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



07.677.263/0001-89

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE MORADA NOVA

AV MANOEL CASTRO 21
CENTRO CEP 62.940-000

MORADA NOVA CE

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE MORADA NOVA
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

PACIENTE: Fco. Leonardo de Oliveira Cavalcante DN: 15/04/1972
ENDEREÇO: Luiz Afonso da Silva 1535
DIA: 22/04/2017 HORA: 10:00h
LOCAL DA OCORRÊNCIA: _____

DESCRIÇÃO DA LESÃO E DO PROCEDIMENTO ADOTADO:

Política, aus. encontrada na emergência
apresentando fratura exposta no 1º e 2º
do 2º e 3º + Garfo quebrado e transferido
para curador, o mesmo informando que
foi vítima de acidente com moto.

PLANTONISTA: Dr. Paulo Sérgio TÉC. ENF: _____

Fco. José da Silva
Téc de Enfermagem
COREN-CE 221550

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS

22/04/2017



HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
RUA DE JACQUES KILIAN, 1436
CENTRO - RUSSAS - CEARÁ
30/10/2017 00:17

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará

Intervista



1700196397

36

SUS - SUS

GUIA DE ATENDIMENTO

22/04/2017 13:30:57

Profissional: DR CLAUDIO EUFRASIO
Setor: EMERGENCIA

Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA
Consulta: URGÊNCIA

Turno: DIURNO

Paciente: 00067660 - FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE Sexo: M DN: 15/04/1987 - 30 A 0 M 7 D Est. Civil: Solteiro(a)
Endereço: RUA - LUIZ AFONSO DA SILVA - 1535 - CENTRO - MORADA NOVA - CE - 62940000 -
Fone (88) 99622-0203 CNS: 162481953590007 CPF: Identidade 2004032056137 - SSP
Naturalidade: MORADA NOVA - CE Ocup.: GARI Raça/Cor: PARÇA -
Nº da Carteira Validade: Autorização: SisPreNatal:
Mãe MARIA DA CONCEICAO CAVALCANTE Pai:

Anotações de Outros Profissionais

Peso _____ KG. Temp.: _____ °C. P. A. _____ mmHg D. X.: _____
Classificação de Risco: ☐ VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☒ VERDE ☐ AZUL

Anotações Médicas

Conduta:

Diagnóstico:

Atesto a realização do Atendimento de acordo com os dados acima

Assinatura do Paciente ou Responsável

DR. CLAUDIO EUFRASIO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM: 4078

Atendimento: 1700196397

Registrado por: MARCOS IVO



FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE MORADA NOVA
SUS-SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

GUIA DE REFERÊNCIA

fls. 22

FICHA DE REFERENCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

F.S.H.

MUNICÍPIO:

Morada Nova

NOME:

F. Primi LUCIANA R. C. C. C.

SEXO: M () F ()

DATA DO NASCIMENTO:

05/04/87

Ocupação:

ENDEREÇO:

Alto Timbete

BAIRRO:

FONE:

0486 7013

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

Prontuário exposto em sala de espera

RESULTADO DE EXAMES:

507.7705

CONDUTA REALIZADA:

Imunização - RUSSAS - 05/04/87

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Dr. Paulo Sérgio de Almeida
Médico
CREMEC Nº REGISTRO

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO:

medico
FUNÇÃO

22/04/12
DATA

12:40
HORA

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

KICSR

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

MUNICÍPIO:

PRONTUÁRIO:

ALTA

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

CID:

P

SECUNDÁRIO 1:

CID:

SECUNDÁRIO 2:

CID:

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO:

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

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO- Nº REGISTRO

FUNÇÃO

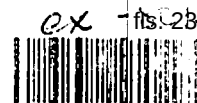
DATA

HORA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/01/2018 às 09:13, sob o número 0104686712018. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 010468671.2018.8.06.0001 e código 32CDD95.



HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará



1700196399		22/04/2017 13:49:09		GUIA DE ADMISSÃO ()		GUIA DE ATENDIMENTO ()		TRAUMA/CIRURGICO-02.006.001	
Paciente				Nascimento		CNS		CPF	
00067060 - FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE				15/04/1987 Id: 30 A 0 M 7 D		162481953590007		027.522.513-51	
Documento		Sexo		Estado Civil		Ração/Cor		Escolaridade	
Identidade - 2004032056137 - SSP CE - 03/08/2004 M		Solteiro(a)		Parda -				Ocupação	
Endereço				CEP		Complemento		GARI	
RUA - LUIZ AFONSO DA SILVA - 1535 - CENTRO - MORADA NOVA - CE				62.940-000		PX			
Naturalidade				Contatos					
MORADA NOVA - CE				(88) 99622-0203					
Mãe				Pai				SisPreNatal	
MARIA DA CONCEICAO CAVALCANTE									
Plano - Convênio		Cartera		Validade		Autorização			
SUS - SUS									
Caráter de Atendimento		Procedência		Especialidade		Profissional Solicitante			
Urgência				TRAUMA/ORTOPEDIA		CLAUDIO JOSE FERNANDES LUIZ			
CID Principal		Procedimento Solicitado				Paciente			

ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer () Exames Laboratoriais () RX () Ultrassonografia () Prótese () Mudança de Procedimento ()
 Convênio Autorizado Até: / / Prorrogado Até: / /
 Outros () Especificar: _____
 Data da Saída: 26/04/17 Motivo: () Curado () A pedido () Evasão () Transferido () Jybito

DIAGNOSTICO PROVISÓRIO:

fratura no joelho

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

OPERAÇÃO

PRINCIPAL:

SECUNDARIA:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

*fratura no joelho
 com fratura da tíbia e fêmur
 no joelho*

DR. CLAUDIO EUFRÁSIO
 ORTOPEDA-TRAUMATOLOGIA
 CRM: 4078

Médico Responsável

Francisco Lucenildo de Oliveira Cavalcante
 Paciente ou Responsável

Diretor Responsável

Guia emitida por: maria.aubetiza

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde
 NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS** 2 - CNES: **232800-3**
 NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS** 4 - CNES: **232800-3**

Identificação do Paciente
 5 - NOME DO PACIENTE: **FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE** 6 - Nº DO PRONOME: **00067660**
 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **162481953590007** 8 - DATA DE NASCIMENTO: **15/04/1967** 9 - SEXO: **1 - Masculino** 10 - RAÇA/COR: **Parda**
 11 - NOME DA MÃE: **MARIA DA CONCEICAO CAVALCANTE** 12 - TELEFONE DE CONTATO: **(88) 99622-0203**
 13 - NOME DO RESPONSÁVEL: **FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE** 14 - TELEFONE DE CONTATO: **(88) 99622-0203**
 15 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO): **RUA: LUIZ AFONSO DA SILVA - 1535 - PX - CENTRO**
 16 - MUNICÍPIO/UF DE RESIDÊNCIA: **MORADA NOVA** 17 - CÓDIGO DE MUNICÍPIO/UF: **230870 CE 62.940-000**

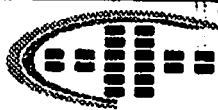
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
Prontidão de e mto
gustave freira
 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
TD comy:
 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS E DE RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS:
TD
 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:
Prontidão de e mto
 24 - CID 10 PRINCIPAL:
59.43
 25 - CID 10 SECUNDÁRIO:
10.23
 26 - CID 10 TERCÁRIO:
10.23

PROCEDIMENTO SOLICITADO
 27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:
TD comy
 28 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO:
0308010019
 29 - CLÍNICA: **TRAUMATOLOGIA** 30 - CATEGORIA: **URDE - CLAUDIO EUFRASIO** 31 - DOCUMENTO: **CRM: 4978**
 32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS - CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **201591461720008**
 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE - ASSISTENTE: **CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO**
 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **22/04/2017**
 35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL:

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)
 36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO 39 - CATEGORIA SEGURADORA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 40 - Nº DO DOCUMENTO: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 41 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 42 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 43 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 44 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 45 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 46 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 47 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 48 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 49 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 50 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 51 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 52 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 53 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 54 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 55 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 56 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 57 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 58 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 59 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 60 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 61 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 62 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 63 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 64 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 65 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 66 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 67 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 68 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 69 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 70 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 71 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 72 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 73 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 74 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 75 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 76 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 77 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 78 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 79 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 80 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 81 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 82 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 83 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 84 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 85 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 86 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 87 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 88 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 89 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 90 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 91 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 92 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 93 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 94 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 95 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 96 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 97 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 98 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 99 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**
 100 - CATEGORIA EMPRESA: **39 - CATEGORIA SEGURADORA**

AUTORIZAÇÃO
 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **Dr. Claudio Eufasio**
 47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS - CPE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **201591461720008**
 48 - DOCUMENTO: **CRM: 4978**
 49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS - CPE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **201591461720008**
 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **22/04/2017**
 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 54 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 55 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 56 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 57 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 58 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 59 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 60 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 61 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 62 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 63 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 64 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 65 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 66 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 67 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 68 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 69 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 70 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 71 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 72 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 73 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 74 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 75 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 76 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 77 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 78 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 79 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 80 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 81 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 82 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 83 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 84 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 85 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 86 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 87 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 88 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 89 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 90 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 91 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 92 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 93 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 94 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 95 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 96 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 97 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 98 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**
 100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 16033 DE FÍSICA**

01046867120188060001
 Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0104686-71.2018.8.06.0001 e código 32CDD95.



HCSR

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Francisco Lucenildo de Oliveira e Silva

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

07.770.001/0001-64
 CENTRO DE RUSSAS

DATA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
12/04/12		Dr. Claudio Eufrazio Ortopedia - Traumatologia CRM: 4078
13/05/12		Dr. Claudio Eufrazio Ortopedia - Traumatologia CRM: 4078
25/04/12		Dr. Claudio Eufrazio Ortopedia - Traumatologia CRM: 4078
26/04/12		Dr. Claudio Eufrazio Ortopedia - Traumatologia CRM: 4078



HCSR

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Fco. Leonardo de A. Cardelente

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

DATA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
25.09		Apresentar convulsões no centro cúrnico. relato EEO
		Alte hosp + Ce
		R07.779.16-10001-847
		CENTRO DE PESQUISAS RUSSEAS



SANTAS CASAS UNIDAS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Francisco Lucchillo de O eunleant

ENFERMARIA: 4 LEITO: 2 PRONTUÁRIO: _____

RESUMO CLÍNICO:

Directs order

EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:

LIADOS: see to EEB

PROCEDIMIENTO REALIZADO:

net - k do

TERAPÊUTICA UTILIZADA:

Propend 1v

ADMISSÃO: 22/04/17 ALTA: 26/04/17 DIAS INTERN.: 1/1

CONDIÇÕES DE ALTA:

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

ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO:

DIAGNÓSTICO FINAL:

beachte das Produkt

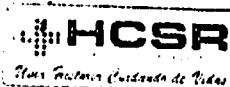
OBSERVAÇÕES:

Dra. Zimar de Oliveira Macedo

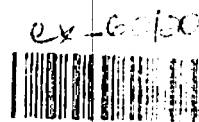
MEDICA CLINICA

DEM 3296

MÉDICO RESPONSÁVEL



HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará



1700201118 25/05/2017 08:37:08 GUIA DE ADMISSÃO () GUIA DE ATENDIMENTO () TRAUMA/CIRURGICO-01.001.001

Paciente
00067660 - FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE
Documento
Identidade - 2004032056137 - SSP CE - 03/06/2004 M Solteiro(a) Parda -
Endereço
RUA - LUIZ AFONSO DA SILVA - 1535 - CENTRO - MORADA NOVA - CE
Naturalidade
MORADA NOVA - CE
Mãe
MARIA DA CONCEICAO CAVALCANTE
Plano - Convênio
SUS - SUS
Caráter de Atendimento
Urgência
CID Principal
Nascimento
15/04/1987 Id: 30 A 1 M 10 D 162481953590007
Sexo
Estado Civil
Raça/Cor
Parda -
CNS
CPF
027.522.513-51
Escolaridade
Ocupação
GARI
CLP
62.940-000
Complemento
PROX A POUSSADA
Contatos
(88) 99622-0203
Pai
Especialidade
TRAUMA/ORTOPEDIA
Profissional Solicitante
VICTOR PONTES PARAHYBA
Pessoa Matriculada

ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer () Exames Laboratoriais () RX () Ultrassonografia () Prótese () Mudança de Procedimento
Convênio: Autorizado Até: / / Prorrogado Até: / /
Outros () Especificar:
Data da Saída: 27/05/17 Motivo: () Curado () A pedido () Evasão () Transferido () ybito

DIAGNOSTICO PROVISÓRIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

07.774.00001-67
HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
CENTRO
RUSSAS

OPERAÇÃO

PRINCIPAL

SECUNDÁRIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

Fr do per

Médico Responsável

Francisco Lucenildo de Oliveira Cavalcante
Paciente ou Responsável

Diretor Responsável

Cadastrado por: Maria Antônia

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento da Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

232800-3

232800-3

00067660

Identificação do Paciente
3 - NOME DO PACIENTE
FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
162481953590007

8 - DATA DE NASCIMENTO
15/04/1987

9 - SEXO
1 - Masculino

10 - RACIA
Parda

11 - NOME DA MÃE
MARIA DA CONCEICAO CAVALCANTE

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

13 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

RUA LUIZ AFONSO DA SILVA - 1535 - PROX A POUSADA - CENTRO

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MORADA NOVA

(88) 99622-0203

(88) 99622-0203

230870

CE

62 940-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS RELATADOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS E/OU RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

23 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

TRAUMATOLOGICA URGÊNCIA

26 - DOCUMENTO

C. N. S.

27 - Nº DO DOCUMENTO (CNS) QUE DO PROTOCOLO, SEU LANCELO, SEU LANCELO

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

VICTOR PONTES PARAHYBA

29 - DATA DA SOLICITAÇÃO
25/05/2017

30 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - PRINCÍPIO DA PREVIDÊNCIA

40 - FATOR CAUSAL

41 - FATOR CAUSAL

42 - FATOR CAUSAL

43 - FATOR CAUSAL

44 - FATOR CAUSAL

45 - FATOR CAUSAL

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR



HCSA

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

BOLETIM DE OPERAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Francisco Lucenildo de Oliveira Cavalcante

DATA: 26 / maio / 20 17

LEITO: 3 3

DIAGNOSTICO CLÍNICO:

H de p
DIAGNOSTICO C

DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:

CONDIÇÕES DO PACIENTE

TEMPO	PULSO	RESP.	P.A.	GERAIS

ANESTESIA:

Requies.

OPERAÇÃO:

770 cum K 66 p.

CLASSIFICAÇÃO:

INÍCIO: 11:30h FIM:

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

O QUE FOI FEITO:

18 Sept

~~I have done~~

3) Adição de 2.º
preço

G / 182254 66

S. Fred

1557

9. Quint

~~SSR~~

Dr. Victor Parafin
Orthopaedic & Traumatology
QRM-CE 1060

CONTAGEM COMPRESSAS:

Operador

Auxiliar

Anesthesiology



HCSR
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: F^{co} Inocêncio de O. Cavalcante

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

EVOLUÇÃO

DATA

HORÁRIO

Situação - 1º dia

26/05/17

1º dia 12 de p

25/05

Alto Hg

07.770.001/0001-64
CRM-CE 10800
Dr. Victor Parayba
Ortopedia & Traumatologia

07.770.001/0001-64
CRM-CE 10800
Dr. Victor Parayba
Ortopedia & Traumatologia

DR. CLAUDIO RUFINO
CRM-CE 10800



HCSR
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

RESUMO DE ALTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Felipe Innocencio de O. Cavalcante

ENFERMARIA: 3 LEITO: 3 PRONTUÁRIO: _____

RESUMO CLÍNICO:

Freio de E

EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

TERAPÊUTICA UTILIZADA:

TT/K

ADMISSÃO: 25/05/2017 ALTA: 26/05/17 DIAS INTERN.: 1

CONDIÇÕES DE ALTA:

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

ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO:

DIAGNÓSTICO FINAL:

Retorno 4 R. Day

OBSERVAÇÕES:

DR. CLAUDIO PEREIRA
RUBEN LIMA
CRM: 3076
MEDICO RESPONSÁVEL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

Francisco Lucenildo de Oliveira Cavalcante

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
7172.1BB8.2E07.2EC7

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 08:18:42 do dia 08/04/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2004032056137 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/04/2016

NOME FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE
FILIAÇÃO NÃO INFORMADO
MATERNA MARIA DA CONCEIÇÃO CAVALCANTE
PATRINAL MORADA NOVA - CE DATA DE NASCIMENTO 15/04/1987

DOSSIER CASAMENTO - CARTÓRIO: REGISTRO CIVIL TERMO: 3806 FOLHA: 19
LIVRO: 14 MORADA NOVA - CE
CPF 027.522.513-51

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

2 VIA P.: 156

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 027.522.513-51

Nome FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE
Nascimento 15/04/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº **012261757273**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA **01** COD. RENAVAM **939635968** R.N.T.R.C. **0000000000** EXERCÍCIO **2016**

NOME **FRANCISCO MARCIO MACHADO SOARES**
MORADA NOVA AGE

CPF/CNPJ **00519015363** PLACA **HYI5015**

PLACA ANT./UF *******/CE** CHASSI **9C6KE091080043641**

ESPECIE/TIPO **PAS/MOTOCICLO/NAO** COMBUSTÍVEL **CASOLINA**

MARCA/MODELO **YAMAHA/YBR 125E** ANO FAB. **2007** ANO MOD. **2008**

CAP/POT/CIL **2E/0CV/124CC** CATEGORIA **PARTIC** COR PREDOMINANTE **AZUL**

COTA ÚNICA **1******* VENC. COTA ÚNICA **2******* VENC./COTAS **3*******

FADIA LPVA. **1.11** PARCELAMENTO/COTAS **292.01**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) **286.75** IOF (R\$) **1.11** PRÊMIO TOTAL (R\$) **292.01** DATA DE PAGAMENTO **18/07/2016**

OBSERVAÇÕES

LOCAL **MORADA NOVA** DATA **18/07/2016**

Assinatura do Autorizador

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012261757273 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO **2016** DATA EMISSÃO **18/07/2016**

VIA **01** CPF/CNPJ **00519015363** PLACA **HYI5015**

RENAVAM **939635968** MARCA/MODELO **YAMAHA/YBR 125E**

ANO FAB. **2007** CAT. TARIF. **09** Nº CHASSI **9C6KE091080043641**

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) **29.04** DENATRAM (R\$) **14.34** CUSTO DO SEGURO (R\$) **143.38**

CUSTO DO BILHETE (R\$) **1.11** IOF (R\$) **1.11** TOTAL PRÊMIO FICOU PEL SEGURO (R\$) **292.01**

PAGAMENTO **COTA ÚNICA** DATA DE QUITAÇÃO **18/07/2016**

SEGURODPVAT
LOTE/DOC: **186016723**
MOTOR: **E381E-066397**
www.seguradoralider.com.br

POUP





Esta é a segunda via de
OUT/2017

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
2508186 DV **1**

VENCIMENTO
16/11/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **497857011**

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 13 025070 07 0138500 Medidor Poste
Nome MARIA DA CONCEICAO CAVALCANTE 1375552 0000 0
Endereço Postal

End. da Unidade RU LUIZ AFONSO DA SILVA 01535 MORADA NOVA 62940000
Consumidora

RG / CPF / CNPJ 526.433.103-06 CGF
Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
5282	5242	1	40	0	40

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA			
Consumo faixa 0-30 Kwh	30	0,18155	5,44
Consumo faixa 31-100 Kwh	10	0,31124	3,11

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
21/10/2017	21/11/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

D485.9349.4C43.0A60.A911.3028.419C.2209

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	4,04
TRANSMISSÃO	0,40
DISTRIBUIÇÃO	2,74
ENCARGOS SETORIAIS	0,95
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	1,03

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

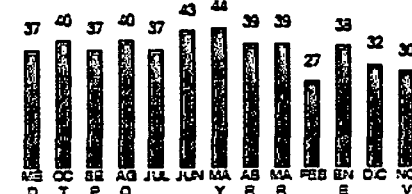
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 4,63

Conjunto MORADA NOVA

Mês AGO/ 2017

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	2,42	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE: EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
0	0	100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.
"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DÍGITO VERIFICADOR."

Consta desta fatura R\$ 1,03 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,90% e COFINS:4,10%
(Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03)

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **2508186-1** Nº da Nota Fiscal: **497857011** Total a Pagar (R\$): **0,00**
Data de Emissão: **16/11/2017** Referência: **OUT/2017** Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/01/2018 às 10:13, sob o número 01046867120188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0104686-71.2018.8.06.0001 e código 32CDD95.