



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <i>Francisco Rodrigues da Silva Junior</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: <i>Solteiro</i>	Profissão: <i>Agricultor</i>	Carteira de Identidade: <i>03999365406 de tran- ce</i>	
CPF nº: <i>016.746.113-31</i>	Residência: <i>Sítio Santo Clara, DT São Francisco</i>		
Bairro: <i>Zona Rural</i>	Cidade: <i>Auterimópolis</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>	CEP: <i>63.650.000</i>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURÃO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 103, Fátima I, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium 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, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, participante do Convenio DPVAT, 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 audiência e perícias médicas**, em nome do(a) outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

CRATEÚS - CE., 13 de Abril de 2019.

Francisco Rodrigues da Silva Junior
 (outorgante)



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2004005087850 SSP CE

CPF
016.746.113-31

DATA NASCIMENTO
03/09/1986

FILIAÇÃO
FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA
MARIA PEREIRA DA SILVA RODRIGUES

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03999365406

VALIDADE
13/11/2018

1ª HABILITAÇÃO
15/12/2006

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Assinatura do Portador
Francisco Rodrigues da Silva Junior

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
23/12/2013

Assinatura do Emissor
66004009404
CE138726426

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
883208031

PROIBIDO PLASTIFICAR
883208031



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com



DECLARAÇÃO

Declarante: <i>Francisco Rodrigues da Silva Junior</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Sítio Santa Clara, DT São Francisco</i>		Profissão: <i>Agricultor</i>
CPF nº: <i>016.746.113-31</i>	RG nº: <i>039.9936.5406 detran ce</i>	Estado Civil: <i>Solteiro</i>
Bairro: <i>Zona Rural</i>	Cidade: <i>Quiterianópolis</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>
CEP: <i>63.650-000</i>	Telefone:	

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com 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.

Crateús - ce., 13 de abril de 2019.

Francisco Rodrigues da Silva Junior
 Declarante



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com



DECLARAÇÃO

Declarante: <u>Francisco Rodrigues da Silva Júnior</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Sítio Santa Clara, pt. São Francisco</u>		Profissão: <u>Agricultor</u>
CPF nº: <u>036.746.113-31</u>	RG nº: <u>03999365406 detran-ce</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Loma Rural</u>	Cidade: <u>Quiterianosópolis</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u>63.650.000</u>	Telefone:	

DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Crateús - ce, 13 de Abril de 2019.

Francisco Rodrigues da Silva Júnior
 (declarante)



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 555221215

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.098/2000
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

DEZ/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

6833251

DV 3

VENCIMENTO

01/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

86,58

Rota 38 037042 09 037010

Medidor

Poste

Nome FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

2070723

0000 A15E

Endereço Postal

End. da Unidade

ST STA CLARA 09988 DT SAO FRANCISC QUITERIANOPOLIS

Consumidora

63650000

RG / CPF / CNPJ

765.558.363-34

CGF

Classe

B2 - 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 2648

2522

1

126

0

126

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

24/12/2018

Prev. Próxima
Leitura

24/01/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9DD3.1403.F1AC.5777.F5DF.7BED.E257.6937

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

ISENTO

Alíquota

Valor do Imposto

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

COB. SALDO FATURA ANTERIOR

42,39

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

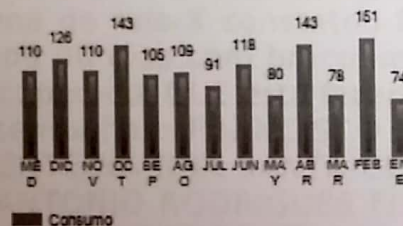
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 23,96

Conjunto PARAMBU

Mês OUT/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,87	21,74	43,49	2,28	0,00	0,00
FIC (un)	7,59	15,19	30,39	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,88			2,28		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

6833251-3

N° da Nota Fiscal: 555221215

Total a Pagar (R\$): 86,58

Data de Emissão:

24/01/2019

Referência: DEZ/2018

N° de Controle:

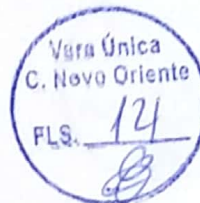
FATURA PAGA, NÃO RECEBER

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUITERIANOPOLIS



Impresso nº 201954887

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 538 - 28 / 2019

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **23/01/2019 11:35:59**Data / Hora da Ocorrência: **27/06/2018 14:00:00**Endereço da Ocorrência: **SITIO SÃO JERONIMO**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **QUITERIANOPOLIS/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR**Nascimento: **03/09/1986** CPF: **016.746.113-31**RG: **2004005087850**Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **MARIA PEREIRA DA SILVA RODRIGUES****FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA**Endereço: **SITIO SANTA CLARA, 9988**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **QUITERIANOPOLIS/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(88) 99942-4835****Histórico**

A vítima qualificada compareceu nesta Delegacia de Polícia Civil narra QUE: estava pilotando a moto HONDA/BROS NXR160 ESDD, ANO 2017 E MODELO 2018, DE PLACA POG6720/CE, DE COR VERMELHA; MOTOCICLETA ESTA DE PROPRIEDADE DE ANTONIO GOMES VIEIRA; QUE por volta das 14h00MIN do dia 27 de JUNHO de 2018, pilotava a moto acima citada na localidade de SÃO JERÔNIMO, zona rural de Quiterianópolis; QUE acionou o freio dianteiro da motocicleta; QUE caiu sobre a estrada de terra; QUE foi socorrido por familiares que estavam próximo e levado para o Hospital e Maternidade Quitéria de Lima de Quiterianópolis, local onde recebeu os primeiros socorros; QUE no dia seguinte foi transferido para o hospital de Crateús-CE onde fez exame de raio-X; QUE o exame de raio-X constatou fratura no punho esquerdo; QUE fez cirurgia e ficou 90 dias com braço imobilizado; QUE o pulso esquerdo ainda não está recuperado; QUE está fazendo seções de fisioterapia; QUE indica como testemunhas: FRANCISCO FERREIRA DANTAS, CPF: 004.201.483-29, RESIDENTE NA RUA SANTA CLARA, 570, CENTRO DE QUITERIANÓPOLIS-CE, E ANTONIO RODRIGUES FILHO, CPF: 220.697.043-00, RESIDENTE NO SÍTIO SANTA CLARA, 11111, QUITERIANÓPOLIS-CE; E NADA MAIS DISSE;

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUITERIANOPOLIS**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO JURACI ALVES DA SILVA - MAT.: 30119843****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUITERIANOPOLIS

Pág. 1 de 2

Consolidado em: 23/01/2019 11:54:53

Impresso em: 23/01/2019 11:54:53



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUITERIANOPOLIS



Impresso nº 201954887

BOLETIM DE Ocorrência Nº 538 - 28 / 2019

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANTONIO GISLEIAN GRACIANO DE LIMA - MAT.: 198333-1-3



Prefeitura de
QUITERIANÓPOLIS
FAZENDO MUITO MAIS
Secretaria de Saúde do Município

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Nº 02

Data: 27.06.18

1º IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Francisco Rodrigues da Silva Júnior
Pai: Francisco Rodrigues da Silva
Mãe: Cláudia Pereira da Silva Rodrigues
CNS: 701 10410 45314510
Est. Civil: Solteiro Sexo: M Data do Nasc. 03.09.86 Idade: 32 anos
Profissão: Agricultor RG: 2004005087850 CPF: _____
Endereço: Santa Clara Cidade: Quiterianópolis

2. Sinais e Sintomas: Acidente de trânsito com lesões no membro superior direito. Ferimentos abertos no antebraço direito.

3. Diagnóstico: _____

4. Conduta: Tratamento clínico.

Dr. Érico Passos de Lima
MÉDICO
CREMÉC 17769

Francisco Júnior
Ass. do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico



Prefeitura de
QUITERIANÓPOLIS

FAZENDO MUITO MAIS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

1 - Preencher esta ficha em 3 vias
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento
entregar 2 vias ao usuário orientando-o a
retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Vara Única
C. Novo Oriente

FLS. 17

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: Fulgencio Romão de Sales Junior

Prontuário N.º _____

Sexo: M ☒ F ☐

Data de Nasc.: ____/____/____

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento?

Doença crônica no não grave, Noção

Resultado de Exames:

Teste para Citrus do Antígeno Monoclonal; o
no teste.

Conduta já Realizada

Impressão Diagnóstica

Assinatura do Encaminhante

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento:

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☒

Procedimento: Ampliação

Profissional: Neurologista

Unidade de Referência: _____

Data ____/____/____

Hora ____:____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário N.º _____

Alta ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____

CID _____

Secundário 1 _____

CID _____

Secundário 2 _____

CID _____

Proposta de Conduta para seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - N.º Registro

Função

Data ____/____/____

(*) Utilizar também como resumo de alta

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÂOCAMILLO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Vara Única
C. Novo Oriente
FLS. 18

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

A.S.L.

9 - DES 948110713

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

A.S.L.

9 - DES 948110713

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Paciente: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR

Prontuário: 136831 Convênio: SUS

Data Nascimento: 03/09/1986

Nome da Mãe MARIA PEREIRA DA SILVA RODRIGUES

Município: QUITERIANOPOLIS-CE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE ()

ASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSA

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua do Colégio Maria José, SN Sta Tereza

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Quiterianopolis

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

CE 63650000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente em estado de
repleção anóxia e
nucleares para

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

EPE

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

S325

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0608020607

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Traumatologia

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

02/07/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Dr. Gilvan M. Marques

44 - Nº DO ORGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

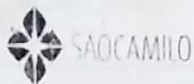
45 - Nº DOCUMENTO

Secretaria Municipal da Saúde de Crato
Departamento de Controle, Avaliação,
Regulação e Auditoria

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS



Impressão: 02/07/2018 09:06

Página 1
v2017005

Guia de atendimento - CONSULTORIOS
DADOS DO PACIENTE

Prontuário 136831	Atendimento 0003	Nome do Paciente FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR	CNS 701104045344510	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 016.746.113-31			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 03/09/1986	Local SAO MIGUEL DO TAPUIO/PI			Idade 31 Ano(s)
Pai FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA	Mãe MARIA PEREIRA DA SILVA RODRIGUES			
Endereço RUA DO COLEGIO MARIA JOSE, SN	Bairro SANTA CLARA	CEP 63650-000	Município QUITERIANOPOLIS	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjuge		Telefone 88 99449135
Responsável MARIA PEREIRA DA SILVA RODRI	CPF do Responsável	Endereço RUA DO COLEGIO MARIA JOSE, SN	Município QUITERIANOPOLIS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 02/07/2018	Hora 07:59	Convênio SUS	Matricula	CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA			CRM/UF 6945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente			Funcionário MARIA RODRIGUES MACEDO DE SOUSA	

Observação
2706/2018

Sala

Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saida	() Alta	() Internação	() Óbito
---------------------	----	-----	---------------	----------	----------------	-----------

s Vitais

Peso (kg) 66,000	Altura (cm)	T (°C) 36	P (bpm) 74	R (mpm) 20	PA (mmHg) 120 X 60
---------------------	-------------	--------------	---------------	---------------	-----------------------

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 02/07/2018 09:06

Responsável pela Classificação: ALINE SOARES ROSA

Relatório:

Paciente refere retorno traumatológico, apresenta trauma em MSE, nega alergia medicamentosa. spo2:99%

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

pro Rodrigues da Silva

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA PEREIRA DA SILVA

DADOS DO PACIENTE

Nome FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR						Prontuário/Atendimento 136831/0005	
Nascimento 03/09/1986		Local SAO MIGUEL DO TAPUIO		País Nacionalidade Brasil		Idade 31 Ano(s)	
Sexo Masculino		Raça/Cor Parda		Etnia		Religião NÃO DETERMINADA	
Documento(s) CPF: 016.746.113-31				CNS 70.1104.045.3445-10			
Endereço RUA DO COLEGIO MARIA JOSE			Nº SN SANTA CLARA		Município QUITERIANOPOLIS-CE		CEP 63650-000
Fone (88) 9944-9135		Profissão		Empresa		Fone Empresa	
Responsável MARIA PEREIRA DA SILVA RODRIGUES				CPF do Responsável		Fone Responsável	
Endereço Responsável				Cônjuge			
Mãe MARIA PEREIRA DA SILVA RODRIGUES				Pai FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 02/07/2018 11:26		Quarto/Leito 007-0001		Aposento ENFERMARIA		Clínica CIRURGICA		Setor CLINICA CIRURGICA	
Convênio SUS		Matricula		Autorização		Dias 0		Guia	
Médico JAMIL SANCHES JORQUEIRA						CRM 6945			
CID Principal				CID Complementar					
Usuário VIVIANE BARBOSA LIMA				Procedimento SUS				Sisprenatal	
Data Saída		Hora		Condição da Saída		Usuário Saída			

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

CRATEUS, 2 de julho de 2018.

Francisco Rodrigues da Silva Junior
Assinatura do paciente
Responsável pela Impressão: VIVIANE BARBOSA LIMA

Assinatura do responsável



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS



Impressão: 27/06/2018 10:24

Página 1
v2017005

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 136831	Atendimento 0001	Nome do Paciente FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR	CNS 701104045344510	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 016.746.113-31			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 03/09/1986	Local SAO MIGUEL DO TAPUIO/PI			Idade 31 Ano(s)
Pai FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA	Mãe MARIA PEREIRA DA SILVA RODRIGUES			
Endereço RUA DO COLEGIO MARIA JOSE, SN	Bairro SANTA CLARA	CEP 63650-000	Município QUITERIANOPOLIS	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjuge		Telefone 88 99449135
Responsável MARIA PEREIRA DA SILVA RODRI	CPF do Responsável	Endereço RUA DO COLEGIO MARIA JOSE, SN	Município QUITERIANOPOLIS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 27/06/2018	Hora 09:57	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA			CRM/UF 6945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente			Funcionário ANTONIA VIERA DA SILVA	

Observação
trouxo guia

Sala
Data/Hora Liberação _____ às _____ hs. Tipo de Saída
() Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg) 67,000	Altura (cm)	T (°C) 36	P (bpm) 70	R (mpm) 18	PA (mmHg) 110 X 70
---------------------	-------------	--------------	---------------	---------------	-----------------------

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 27/06/2018 10:23

Responsável pela Classificação: MARIA CARINA DANTAS

Relatório:

paciente vítima de queda de moto (sic) , apresenta fratura em MSE , há 1 dia
spo2: 98

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

*paciente com fratura
na perna E em
a perna E a
fratura da perna
feita leve*

Dr. Jamil S. Jorqueira
Traumato Ortopedia
CRM 6945

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Maria Pereira da Silva
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA PEREIRA DA SILVA

NOME: Francisco Rodrigues da Silva Júnior

PRONTUÁRIO: 136831

POSTO: C.M

LEITO: 7.1

DATA	
04.07.18 às 9:27hs	Paciente em dieta zero, com fratura em MSE, relata algia no local, calma, eufórico, normotensa, orientado, verbalizando, abdome flácido, com eliminações urinárias e intestinais presentes e normais. Aguarda procedimento cirúrgico para o tumor da tórax. Segue cuidados de enfermagem.
	Rafaela Rosa CORENVE 233.936



Paciente: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR	Prontuário: 136831
Data de Nascimento: 03/09/1986	Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DA SILVA RODRIGUES
Idade: 31 Ano(s)	Convênio: SUS
Setor: CLINICA CIRURGICA	Data da Internação: 02/07/2018
Profissional Resp.: JAMIL SANCHES JORQUEIRA	Leito: 007 - 0001
Diagnóstico Principal:	CRM: 6945
Data: 07/07/2018	Hora: 14:04

Motivo da Internação:

FRATUR DA PUNHO

Conduta / Tratamento Realizado:

OSTEOSSINTESE DO PUNHO

Exames Realizados:

RX DE CONTROLE

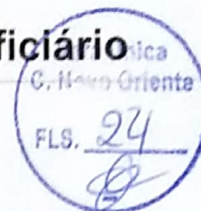
Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

Assinatura Paciente/Responsável

SINISTRO 3190065274 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Compreve

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

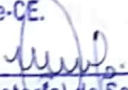
BENEFICIÁRIO FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR**CPF/CNPJ:** 01674611331**Posição em 11-04-2019 10:12:19**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
12/03/2019	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

CONCLUSÃO

Aos 06 de 05 de 2019 faço estes
autos Concluso ao MM. Juiz de Direito
Novo Oriente-CE.


Diretor(a) de Secretaria