



PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"



OUTORGANTE: RONILTO SILVA DO VALE
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão GARÇOM
n.º 0001010358047, portador da cédula de identidade Registro Geral
n.º 032.497.153-28, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o
AV MIGUEL LOPES S/N ALTO SÃO FRANCIS TRAIRI/CE
CEP 62690-000

OUTORGADOS: ADRIANO FERNANDES PINHEIRO, OAB/CE 22.161 e
NEIO LÚCIO FERRAZ PASSES, OAB/CE 30.495, ambos com endereço profissional
à Rua Padre José Romualdo, n.º 206, Traini/CE, CEP: 62.690-000.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere aos OUTORGADOS plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhes, ainda, os poderes especiais para receberem citação, confessarem, reconhecerem a procedência do pedido, transigirem, desistirem, renunciarem ao direito sobre o qual se funda a ação, receberem, dar quitação, firmarem compromisso e assinarem declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecerem esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticarem todos os atos processuais que achem oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

CLÁUSULA ESPECIAL: O(a) Outorgante, nesta oportunidade, se responsabiliza pela legalidade, idoneidade e veracidade de todos os documentos e informações que serão fornecidos aos outorgados para anexarem nas petições, objeto do presente instrumento de outorga.

Trairi/CE, 02 de ABRIL de 2019.

Ronilto Silva do Vale
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu, RONILTO SILVA DO VALE
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão GARÇOM,
001010358047, portador(a) da Cédula de Identidade n.º
032 - 497 - 153 - 88, inscrita(o) no CPF sob o n.
Rua/Avenida/Localidade) AV MIGUEL LOPES S/N - ALTO SÃO FRANCISCO
CEP: 68690 - 000

declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta
demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo,
pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos
da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da aceção.

Por ser verdade, firmo o presente.

Trairi - CE, 02 de ABRIL 2019.

Ronilto Silva do Vale

DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF



Eu, RONILTO SILVA DO VALE
brasileiro(a), SOLTEIRO
endereço AV. MIGUEL LOPES na CARSON (Rua, ALTO SÃO FRANCISCO com
Trairi/CE 62.690-000, **DECLARO** para os devidos fins e sob as penas da
lei, que sou **ISENTO de DECLARAÇÃO ANUAL DE IMPOSTO DE**
RENDA PESSOA FÍSICA.

Informo ainda que, com a edição da Instrução Normativa da RFB n.º 864 de 25 de julho de 2008, a referida "DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO" deixou de ser emitida pela RFB, conforme informação extraída do sítio da própria Receita.

A presente declaração segue em conformidade com a Lei n.º 7.115/83, que autoriza o interessado a comprovar a referida isenção mediante declaração escrita e assinada.

Portanto, afirmo que não obtive rendimentos financeiros tributáveis junto à Secretaria da Receita Federal nos últimos três anos, exercícios referentes aos anos de 2015, 2016 e 2017.

Nos referidos exercícios não obtive rendimentos provindos de trabalho assalariado, proventos de aposentadorias, pensões, aluguéis ou atividade rural, suficientes para declarar IRPF, e não me enquadro nos demais casos que obrigam a entrega da Declaração Anual de Imposto de Renda Pessoa Física.

Nesse azo, assumo a responsabilidade de informar, imediatamente à Vossa Excelência a alteração da situação narrada, apresentando a documentação comprobatória, assim que disponibilizada pela RFB.

Sob as penas da Lei, **DECLARO** que as afirmações acima são a expressão da verdade pelo que me comprometo criminalmente, sabendo que declaração falsa é crime (art. 299 do Código Penal).

Trairi/CE, 02 de ABRIL de 2018. 2019

x Ronilto Silva do Vale

DECLARANTE



DOCUMENTOS PESSOAIS

enel

Esta é a segunda via de
MAR/2019

Utilize a 1ª via para sempre
para controle das cobranças e pagamentos

6910654 **1**

DOCUMENTO
28/04/2019

VALOR A PAGAR (R\$)
0,00

ENCARGOS DA CONTA

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 568060689
Companhia Energética de Ceará
Rua Pedro Teixeira, 100 | CEP 60000-000 | Fortaleza CE
CNPJ 07304129/0001-02 | CUF 361.000.000-2

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi creditada para o cliente em 02/04/2019
em valor de R\$ 0,00



CONSUMIDOR
Rua 20 ELMERO 02 082400
Nome: MARIA ESTER PEREIRA DE SAUSA GALVÃO/19685
Endereço Postal: 60000-000

Município

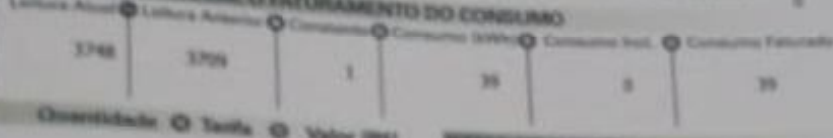
UF

End. da Unidade Consumidora: AV MIGUEL LOPES 0000 0000 ALTO SÃO FRANCIS TRAZDI
RG / CPF / CNPJ: 62090000
Classificação: 01 - 01 RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA TENSÃO

CGF

Fator de Potência: 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO



DATAS DE LEITURA

Data de Entrada/ Apresentação: 28/03/2019
Data de Saída/ Leitura: 28/04/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DME1.F219.2779.2045.0267.C334.6A32.0661

ICMS

Base de Cálculo (R\$): 0,00
Alíquota: 0,00%
Valor do Imposto: 0,00

DECOMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

VALOR PARA PAGAMENTO FUTURO
DE COTAS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA TENSÃO
VAL. SALDO FATURA ANTERIOR

-24,00
5,38
28,42

COMPILTA POR REPRESENTANTE

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Ver a legenda no verso desta conta. CM: 8,81
Composto: TRAZDI
Mês: MAR/ 2019

	Padrão Individual			Aproximação Individual		
	Mensal	Trim. (Anual)	Mensal	Trim. (Anual)	Mensal	Trim. (Anual)
INC (m)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,00	0,00
FC (m)	3,23	6,47	12,85	0,00	0,00	0,00
DMC (m)	2,94			0,00		

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compreenda suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emissões kg (CO₂) | Compensação kg (CO₂) | Compensação Ecológica (NCO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



identificação mecânica cliente

N° do Cliente: 6910654-1
Data de Emissão: 02/04/2019

N° da Nota Fiscal: 568060689
Referência: MAR/2019

Total a Pagar (R\$): 0,00
N° do Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



CONSULTA POR BENEFICIÁRIO

00000000

Seguradora Líder - CPMI - Acompanhar o Processo

SINISTRO 3190239411 - Resultado de consulta por beneficiário



VÍTIMA RONILTO SILVA DO VALE

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO RONILTO SILVA DO VALE

CPF/CNPJ: 03249715328

Posição em 05-04-2019 10:19:26

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

RESERVA DE INDENIZAÇÃO

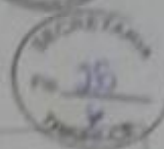


BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Impresso nº 2018210443

BOLETIM DE Ocorrência N° 561 - 1900 / 2018



Dados da Ocorrência
Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **07/11/2018 15:54:15**
Data / Hora da Ocorrência: **30/09/2018 09:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA ESTRADA DA MUNGUBA**
Complemento:
Bairro: **MUNGUBA**
Ponto de Referência: Município: **TRAIRI/CE**

Dados da(s) Vítima(s)
Nome: **RONILTO SILVA DO VALE**
Nascimento: **29/01/1988** CPF: **032.497.153-28**
RG: **2001010358047** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA ORINEIDE DO VALE**
FRANCISCO NEUTON DA SILVA
Endereço: **VILA NOVO ORIENTE, 19**
Bairro: **MUNGUBA**
Município: **TRAIRI/CE** CEP: **62.690-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99110-9758**

Dados do(s) Veículo(s)
1) Placa: **PMH0298** Uf: **CE** Município: **PARAIPABA** Chassi: **9C2HB0210FR431029** Renavam: **1033327414** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/POP100** Ano Fabricação: **2014**
Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **REJANE SILVA DO VALE** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma o declarante que no dia e hora supracitado, seguia guiando a motocicleta acima discriminada, pela estrada carroçal indo no sentido Trairi- Localidade de Munguba quando um jumento atravessou a estrada de repente; que tentou desviar do jumento, sem êxito, vindo a colidir com o jumento e cair ao solo; QUE na queda o declarante afirma ter deslocado o ombro esquerdo e varias escoriações no corpo, sendo socorrido por sua irmã, REJANE SILVA DO VALE, que vinha atrás em uma outra moto com seu pai, FRANCISCO NEUTON DA SILVA e o levou ao Hospital Municipal de Trairi/CE, conforme boletim de atendimento apresentado; QUE possui Carteira Nacional de Habilitação na categoria A, validade 03/10/2018; QUE apresentou como testemunhas as pessoas de REJANE SILVA DO VALE, filha de Francisco Newton da Silva e Maria Orineide do Vale, portadora do RG 2007478576-6 SSP-CE, CPF 063.546.253-28, residente no Vila Novo Oriente- Munguba - Trairi - CE e Francisco Neuton da Silva, filho de Francisco Sabino da Silva e Raimunda Melo da Silva, portador do RG 93013021898 SSP-CE, CPF 266.076.033-00, residente no Vila Novo Oriente- Munguba - Trairi - CE, que registra esse boletim de Ocorrência para fins de DPVAT. Nada mais disse.//

Ronilto



Impresso nº 2018210443

BOLETIM DE Ocorrência Nº 561 - 1900 / 2018

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340) do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Soraya M. Pinheiro
SORAYA MAGALHÃES PINHEIRO - MAT.: 30119797

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Renildo Silva do Vale

VISTO DO DELEGADO(A):
MICHEL ANDERSON FONSECA DE MEDEIROS - MAT.: 30119738

* FRANCISCO NEUMON

* Regane Silva do Vale



DOCUMENTAÇÃO MÉDICA



TRAIRI

PREFEITURA MUNICIPAL

2017 - 2020

Estado do Ceará
Município de Trairi
Secretaria de Saúde



FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 30/09/2018	Horário: 09:33h	Paciente chegou: ☒ Meios próprios ☐ Ambulância		
Paciente: Benildo Silva do Vale				
Nome da Mãe: Maria Oliveira do Vale				
Idade: 30a	Sexo: M	Data de Nascimento: 24/01/1978	Nº do RG: 20101035247	Telefone: -
Escolaridade:		Cartão do SUS:	Profissão:	
Endereço: Vila São José		Bairro:		
Cidade: Guaimi	Estado: CE		Atendente: médica	
PA: 1 mmHg	T: 36°C	Glicemia: mg/dl	P: Kg	Pulso: bpm SPO ₂ : %
Registro de Enfermagem:				

História Clínica:

- Lumbago de ambos L e R
- Risco-X de ambos E
- Relato ocular de lumbago de ambos L e R

Diagnóstico:

Exames Solicitados

1.	2.
3.	4.

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

MIL. LEONAR PEREIRA
MÉDICO -
CRM 10627

DESTINO DO PACIENTE		DATA DA SAÍDA	HORA DA S
☐ Alta	☐ Transferência ☐ Óbito		
Motivo do Óbito:			

Assinatura do Paciente ou Responsável

V. Maria Estelina de Sousa

Dr. Antônio Leônidas Figueira
MÉDICO
CRM: 10621



TRAIRI
PREFEITURA MUNICIPAL
2017 - 2020

Estado do Ceará
Município de Trairi
Secretaria de Saúde



FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 20/10/2018	Horário: 22:40	Paciente chegou: () Meios próprios () Ambulância		
Paciente: Romildo Silva do Vale				
Nome da Mãe: Maria Oliveira do Vale				
Idade: 30	Sexo: M	Data de Nascimento: 29/01/1988	Nº do RG	Telefone
Escolaridade:	Cartão do SUS:		Profissão:	
Endereço: Rua da Pálha		Bairro:		
Cidade: Trairi	Estado: CE		Atendente: Maria Silva	
PA: 120/80 mmHg	T: 36,5 °C	Glicemia: mg/dl	P: Kg	Pulso: bpm SPO ₂

Registro de Enfermagem:

Pt refere dor no braço esquerdo.

História Clínica:

Infarto no braço

Diagnóstico:

Exames Solicitados

1.
2.
3.

4.

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

Dr. Gilberto Inocêncio
Médico
CRM: 10621

DESTINO DO PACIENTE

DATA DA SAÍDA

HORA DA S

() Alta

() Transferência

() Óbito

Motivo do Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável

Maria Estelina de Sousa Galdino

① $\frac{1}{m} \frac{d}{dt} \left(\frac{1}{n} \right)$ 14
 ② $\frac{1}{m} \frac{d}{dt} \left(\frac{1}{n} \right)$ 14

22.54

Dr. Gilberto Vázquez
Medico
Cienfuegos

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: Hospital
 Distrito Sanitário: Distrito Município: TRAIRI
 Nome: João da Silva Prontuário nº: ...
☒ Data de Nascimento: 29/01/88 Ocupação: ...
 Endereço: ... Bairro: ... Fone: ...
 Motivo do Encaminhamento: Consulta Ginecológica
 Resultado de Exames: Infecção com os seguintes
 Medicação já Realizada: ...
 Impressão Diagnóstico: Infecção fúngica
 Assinatura do Encaminhante: Dr. Gilberto Nº Registro: ... Função: Medico Data: 2/10/12 Hora: ...

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico
 Procedimento: ...
 Unidade de referência: ... Data: 2/10/12 Hora: ...

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de referência: ... Prontuário Nº: ... Data: ...
 Município: ...
 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 diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL BENEFICENTE SÃO CARLOS - HOSPITAL MAY - SÃO VICENTE DE PAULO
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL BENEFICENTE SÃO CARLOS - HOSPITAL MAY - SÃO VICENTE DE PAULO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SECRETARIA
Fm 32
TRAIRICE

Identificação do Paciente
3 - NOME DO PACIENTE
4 - NOME DO PAI DO PACIENTE
5 - NOME DO PAI DO PAI DO PACIENTE
6 - NOME DO PAI DO PAI DO PAI DO PACIENTE

7 - ENDEREÇO DO PACIENTE
8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO
10 - RACIA/COR

11 - ENDEREÇO DO PACIENTE
12 - TELEFONE DE CONTATO
13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - ENDEREÇO DO PACIENTE
15 - TELEFONE DE CONTATO
16 - TELEFONE DE CONTATO

17 - COD. BOM. MUNICÍPIO
18 - UF
19 - CID

20 - ENDEREÇO DO PACIENTE
21 - TELEFONE DE CONTATO
22 - TELEFONE DE CONTATO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fora o plano E 11 de p...
#

Procedimento realizado pelo SUS (Sistema Único de Saúde) sem nenhum ônus para o paciente ou qualquer tipo de convênio.
HMSVP

23 - ENDEREÇO DO PACIENTE

Suplemento...

24 - ENDEREÇO DO PACIENTE

11 de p... E 11 de p... + 11 de p...

25 - ENDEREÇO DO PACIENTE

11 de p... E 11 de p... + 11 de p...

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - ENDEREÇO DO PACIENTE

0408010134

27 - ENDEREÇO DO PACIENTE

28 - ENDEREÇO DO PACIENTE

29 - ENDEREÇO DO PACIENTE

30 - ENDEREÇO DO PACIENTE

31 - ENDEREÇO DO PACIENTE

Dr. José Tieme Aguiar Neto
ORFEDIA

32 - ENDEREÇO DO PACIENTE

33 - ENDEREÇO DO PACIENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ENDEREÇO DO PACIENTE

35 - ENDEREÇO DO PACIENTE

36 - ENDEREÇO DO PACIENTE

37 - ENDEREÇO DO PACIENTE

38 - ENDEREÇO DO PACIENTE

39 - ENDEREÇO DO PACIENTE

40 - ENDEREÇO DO PACIENTE

41 - ENDEREÇO DO PACIENTE

42 - ENDEREÇO DO PACIENTE

43 - ENDEREÇO DO PACIENTE

AUTORIZAÇÃO

44 - ENDEREÇO DO PACIENTE

45 - ENDEREÇO DO PACIENTE

46 - ENDEREÇO DO PACIENTE

47 - ENDEREÇO DO PACIENTE

48 - ENDEREÇO DO PACIENTE

Dr. José Tieme Aguiar Neto
ORFEDIA

49 - ENDEREÇO DO PACIENTE

50 - ENDEREÇO DO PACIENTE

51 - ENDEREÇO DO PACIENTE

52 - ENDEREÇO DO PACIENTE

Dr. José Tieme Aguiar Neto
ORFEDIA
SMST - Itapipoca



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO
FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA



DADOS DO PACIENTE

NOME: RONATO SILVA DO VALE		Data de Nascimento: 22/05/1955	
Local: FORTALEZA	País: Brasil	Estado: CE	Cidade: Fortaleza
Profissão: PROFESSOR	Religião: Evangelista	CPF: 75.410.148.388-52	
Endereço: QUADRA 200-121000047	Bairro: MUMQUISA	Município: TRAIRÁ-CE	
Profissão: GARÇO	Emprego: TRABALHADOR	CPF: 420940-000	
Nome do Responsável: FRANCISCO NEUTON DA SILVA		CPF do Responsável: 08/09425-8773	
Assinatura do Paciente: RONATO SILVA DO VALE			
Assinatura do Responsável: FRANCISCO NEUTON DA SILVA			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Admissão: 10/10/2018 12:31	Quarto/Leto: 062-0005	Apartado: ENFERMARIA	Clínica: QUIRÚRGICA	Serviço: EMERGENCIA ADULTO
Diagnóstico: 000	Medicamento: 000	Autorização: 000	Dieta: 000	Sala: 000
Nome do Paciente: RONATO SILVA DO VALE		CPF: 75.410.148.388-52		
Assinatura do Paciente: RONATO SILVA DO VALE				
Assinatura do Responsável: FRANCISCO NEUTON DA SILVA				
Assinatura do Médico: VERA LUCIA FERREIRA ARAUJO				
Assinatura do Enfermeiro: VERA LUCIA FERREIRA ARAUJO				

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum custo para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.

HMSVP

CAPOCA, 3 de outubro de 2018.

Ronato Silva do Vale
Assinatura do responsável

Assinatura do paciente
Assinatura pela Imprensa: VERA LUCIA FERREIRA ARAUJO

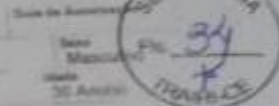


Atendimento - EMERGENCIA ADULTO

Identificador: 3000
Nome do Paciente: RONILTO SILVA DO VALE
CPF: 2061810358047
Local: FORTALEZA/CE

DADOS DO PACIENTE

CNE: 704101497368150
Estado Civil: Solteiro(a)



Francisco Neuton da Silva
Vila Novo Horizonte, S/N

Bairro: MUMQUIBA

Mãe: MARIA CRISTINA DO VALE
CEP: 62090-000
Município: TRAÍR

UF: CE Telefone: 88994206775

RONILTO SILVA DO VALE

CPF do Responsável:

Endereço: VILA NOVO HORIZONTE, S/N

Município: TRAÍR

UF: CE

Identificador: 3000
Nome: RUIZ
Cidade: SUS

DADOS DO ATENDIMENTO

Matrícula:

CE:

CRM: 3289-CE

Tipo Atendimento: CONSULTA

Parâmetro: KARLA HELYANE MESQUITA GADELHA

Form fields for patient data: Data de Nascimento, Sexo, Cor, Tipo de Sangue, etc.

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 03/10/2018 01:22

Responsável pela Classificação: ANTONIA NEYLIANE CA

História: Lesão referenciado de TRAÍR com trauma em ombro há 3 dias, apresentando luxação de ombro. Nega alergia medicamentosa

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

Dono do atendimento
K. de A. B. C.
L. de A. B. C.
(Vários exames)

Alb. C.

Dr. Antonio Pierre Aguiar Neto
CRM 3289-CE

Atendimento realizado pelo SUS
Sistema Único de Saúde sem
qualquer tipo de convênio.

HMSVP

ANTONIO PIERRE AGUIAR NETO - CRM 3289

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: RONILTO SILVA DO VALE

FOLHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA



Hospital H. H. V. P. Clínica Trauma Ext. II Sala Leito
Paciente Demétrio Edson Neto Matrícula 02.04.25

Diagnóstico Fratura de Quadril da esquerda
Moléstias Secundárias N/D
Queixa e Duração Fratura da coxa

História da Moléstia Atual Depois de

Antecedentes Individuais N/D

Antecedentes Hereditários N/D

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio

HMSVP

Hábitos N/D

Interrogatório sobre Aparelho N/D

- Alta curado ☐ Alta melhorado ☐ Alta estado inalterado ☐ Alta piorada ☐
Só p/ diagnóstico ☐ Transferido ☐ Alta a pedido ☐ Alta por abandono ☐
Alta tratam. terminado ☐

Óbito ☐
Dr. Aglaia Neto

Demétrio Edson Neto
Data

Assinatura



Dados Clínicos - Médico

TO SILVA DO VALE

Identificação

988

Idade

018

Local de Procedimento

ANTONIO PIERRE AGUIAR NETO

Sexo

30 Ano(s)

Aparente

ENFERMARIA

Nome da Mãe

MARIA CRINEIDE DO VALE

Setor

EMERGENCIA ADULTO

Especialidade

CIRURGICA

Protocolo

220825/0005

Quantidade

062/0005

CRM

3289



Exposição a outros fatores especificados - outros locais especificados

DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO CIRURGICO ANESTESIA

do Procedimento Cirurgico - Anestesia - 03/10/2018 17:20:27

ção

SAVEL, ANTONIO PIERRE AGUIAR NETO - CRM/CE 3289

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum Onus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.

HMSVP



FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____
Área de vigilância à saúde: _____
Nome: Rocilto Silva de Vile Município: _____
Sexo: M ☐ F ☐ Data de Nascimento: ____/____/____ Prontuário N°: _____
Endereço: _____ Ocupação: _____
Bairro: _____ Tel.: _____
Motivo do Encaminhamento: paciente com lesões recentes de
membr. esquerda
Resultado de Exames: _____
Condução já realizada: _____
Impressão diagnóstica: Lesões de repetição ombro (E)
Dr. Rodolfo Teixeira
Ortopedia e Traumatologia
Assinatura do Encaminhamento - N° Registro: _____ Função: _____ Data: 18.10.18 Hora: _____
Encaminhamento para atendimento: ambulatorial ☒ hospitalar ☐ auxílio diagnóstico ☐
Procedimento: _____ Profissional: especialista em ombro
Unidade de referência: HGF / HUWC Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

Unidade de referência: _____ Prontuário N°: _____
Município: _____ Data Alta: ____/____/____
Unidade de referência: _____
Resultado de Exames: _____
Diagnóstico Principal: _____ CID: _____
Secundário: _____ CID: _____
Secundário 2: _____ CID: _____
Proposta de conduta para seguimento: _____
Problema justifica a referência? sim () não ()
Motivo de referência coincide com o diagnóstico? sim () não ()
Assinatura do Encaminhamento - N° Registro: _____ Função: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____

1. Preencher esta ficha em 3 vias.
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: Hospital
Município: TRAIRI
Nome: Dr. João L. M. Prontuário nº: _____
Data de Nascimento: 29/01/22 Ocupação: _____
Bairro: _____ Fone: _____
Endereço do Encaminhamento: Consultório
Motivo da Referência: Infecção em face esquerda
Exatidão da Referência: Infecção profunda
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico
Procedimento: Exame
Unidade de referência: Dr. João L. M. Data: 2/10/22 Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de referência: _____ Prontuário Nº: _____ Data: _____
Médico Clínico/Cirurgião: _____
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 diagnóstico? Sim ☐ Não ☐
Ass. do Encaminhamento e Carimbo: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

DETRAN - CE

Nº 011793335529

2680185518

CENTRO CASO DE REGISTRO DE VEICULO

SATI

011793335529

01

1033333414

0000000000

REJANA SILVA DO VALE

RUA SAO FRANCISCO, 40000

- RUA MEIRA

62683000 - PARAIPABA/CE

04354975328

FM0228

CARRETA COMERCIAL DE MOTOS - LUGA

*****/CE

5C2H80210V881029

FAS/MOTOCICLO/NAO APLIC

GASOLINA

HONDA/POP100

2014 2015

28/CCV/50CC

PARTIC

PRATA

MOTOR: HB02E1F431029

AL.FID. ADMIN DE CONS NACIONAL HOND

A LTDA;

PARAIPABA

DATA

Assinatura



30/12/2014



DETRAN

CONTRO

TOB 842
Registral a petição n.º 10
do Juiz de Direito de Viam (RJ)
Tribunal 19/07/19

Diretor(a) de Secretaria

CONCLUSÃO

Aos 19/07/19 faço estes autos
conclusos M. M. Juiz de Direito.

Diretor(a) de Secretaria