

PROCURAÇÃO

Francisco Sérgio da Silva, brasileiro, inscri-
to no CPF N.º 035.463.103-49 e RG N.º 20030300
18892, residente e domiciliado no Sítio Inga,
Pitombeira, Zona Rural, Russas, Ceará,

_____, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constituem seus bastantes procuradores, o Dr. CARLOS EDUARDO CELEDÔNIO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o número 18.628 e WERUSKA WASNY DA SILVA CELEDÔNIO, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE 36.522, ambos escritório profissional na Rua Cândido Olímpio G. de Freitas, 1058, Centro, Limoeiro do Norte/CE; a quem confere amplos poderes, com as cláusulas Ad-judícia e Ad-Negocia, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, ou Procedimento Administrativo, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo (a) nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda poderes especiais para confessar, desistir, renunciar direitos, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do outorgado.

Limoeiro do Norte/CE, 06 de Maio de 2020.

Francisco Sérgio da Silva
Requerente

DECLARAÇÃO

Francisco Sérgio da Silva, brasileiro,
inscrito no CPF Nº 635.463.103-49 e Rb Nº 2003
030018892, residente e domiciliado no Sítio
Juga, Pitombeira, Russas - Ceará.

_____, **declaro perante a Justiça desta**
comarca, que sou pobre na forma da Lei e que não posso
pagar as custas processuais.

Limoeiro do Norte/CE, 20 de Maio de 2020.

Francisco Sérgio da Silva
Requerente

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2003030018892 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/12/2011

NOME
FRANCISCO SÉRGIO DA SILVA

FILIAÇÃO
FRANCISCO GOMES DA SILVA
MARIA DAS MERCÊ MATOS SILVA

NATURALIDADE
RUSSAS - CE

DATA DE NASCIMENTO
20/08/1977

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: VILA SERPA TERMO: 5.206 FOLHA: 215V
LIVRO: A-6 AQUIRAZ - CE

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 122

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

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

Polgar Direito

Francisco Sérgio da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
 6C30.1904.AA28.9212

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 14:48:23 do dia 30/03/2012 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 **Receita Federal**
 Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
635.463.103-49

Nome
FRANCISCO SÉRGIO DA SILVA

Nascimento
20/08/1977

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

enel

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Unificada | Nº 061605578

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135-040
CNPJ 07.047.251/0001-76 | CGF 06.106.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003

Esta é a sua conta de
03/2020

Nº DO CLIENTE
1367578

VENCIMENTO
13/05/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
73,87

DATA EMISSÃO
28/04/2020

DADOS DO CLIENTE

Nome JOSE JULIAO DA SILVA

Endereço SÍTIO INGA 00000
62900-000 RUSSAS PITOMBEIRA
Classificação Rural Residencial Rural

Modalidade Tarifária: B2 RURAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 1476202-FAE-006 - RU637R85

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

BD034.3781.4F4C.97A9.2329.3038.F8BA.809D

CPF / CNPJ

840.020.603-00

DATAS DE LEITURA

Anterior: 21/02/2020 Atual: 23/03/2020 Próx. Data Leitura: 25/03/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto Tarifário	Consumido Letura Atual	Letura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Instalação Letura Atual	Letura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Cont. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	20454.03	20303.09	149.06	0.00	0.00	0.00	1.00	149.06	149.06	0.49543	64.38

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
V - Tarifação Normal		7.90
Ativa Mensal		1.80
Consumo	149	0.43213
		64.68

CREDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto: 11/03/2020 Utilizado: 0.00 kWh A Explor: 0.00 kWh Próximo Mês: 0.00 kWh

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emissão Compensada Consciência Ecológica
kg CO₂ kg CO₂ % CO₂

Tabela	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
PSRAGEP	64,00	1,1600	0,74
COTIN	64,00	0,0000	0,00
IGMS	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Período: Band. Tarif. Verde: 22/02 - 23/03 ** CONFORME RES 800 ANEEL. VOCE DEVERA IR A UMA DE NOSSAS LOJAS COM DOCUMENTACAO NECESSARIA COMPROVAR SUA ATIVIDADE ATÉ JUNHO-2020

83840000000-6 73870031200-7 03913314807-1 00001367578-8



enel

fls. 12

Para a sua comodidade, utilize o sistema de débito automático em conta corrente.
Passo a passo para a ativação do sistema de débito automático em conta corrente. Acesse o link: <https://www.enel.com.br/debito-automatico>

JOSE JULIAO DA SILVA
SÍTIO INGA 00000
RUSSAS PITOMBEIRA
62900-000

DADOS PARA ENTREGA

RU637R85 1476202-FAE-006
1367578 23/04/2020
28/04/2020

ENEL & VOCÊ

Central de Atendimento 0800 285 0196
www.enel.com.br

OBSERVAÇÕES

De acordo com a Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003, a Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada para beneficiar os consumidores de baixa renda.

Informações sobre Legislação

Consulte o site www.enel.com.br/legislacao para obter informações sobre as normas que regem o fornecimento de energia elétrica, tarifas, produtos, serviços prestados e direitos dos consumidores. A legislação é atualizada regularmente e pode ser consultada em nosso site.

Legislação

Informações sobre as alterações na legislação tributária podem ser obtidas em todas as lojas Enel e no site www.enel.com.br.

LEGENDA DE TERMOS E ABREVIATURAS

HFP: Hora de Ponta
COTIN: Condição Tarifária
Regime Tarifário
Unidade: kWh
UFMS: Unidade de Faturamento de Energia Elétrica
DMC: Demanda Máxima Contratada em Watts

LEGENDA DOS INDICADORES DE QUALIDADE E FORNECIMENTO

Q1: Índice de Qualidade de Fornecimento de Energia Elétrica
Q2: Índice de Qualidade de Fornecimento de Energia Elétrica
Q3: Índice de Qualidade de Fornecimento de Energia Elétrica
Q4: Índice de Qualidade de Fornecimento de Energia Elétrica
Q5: Índice de Qualidade de Fornecimento de Energia Elétrica
Q6: Índice de Qualidade de Fornecimento de Energia Elétrica
Q7: Índice de Qualidade de Fornecimento de Energia Elétrica
Q8: Índice de Qualidade de Fornecimento de Energia Elétrica
Q9: Índice de Qualidade de Fornecimento de Energia Elétrica
Q10: Índice de Qualidade de Fornecimento de Energia Elétrica

INFORMAÇÕES/RECLAMAÇÕES

Nacional de Atendimento Enel
Fortaleza e Região metropolitana:
(81) 4355-4787/4908

Assessor: (81) 3346-2225
Atendimento: (81) 3346-1181
Unidade: (81) 3346-4181
Central: (81) 3346-2225
Sobral: (81) 3347-2234
Hospedagem: (81) 3347-4181

CENTRAL DE TELEATENDIMENTO

1 - Ouvidoria: (800) 280-4100, 24h úteis, das 8h às 18h, das 18h às 22h, com protocolo de atendimento imediato.
2 - Agência Reguladora de Serviços Públicos Essenciais de Energia Elétrica - AREG: (800) 222-6167. Fica sob a responsabilidade da AREG a prestação de serviços de energia elétrica.
3 - Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: (800) 303-0100, 24h úteis, com protocolo de atendimento imediato.
4 - Comissão de Regulação de Energia Elétrica - CRECEL: (800) 303-0100, 24h úteis, com protocolo de atendimento imediato.

enel

enel

Formulário de devolução da conta. Campos para: Nome, Data, Endereço, e opções para devolução (em dinheiro ou em crédito).

DEVOLUÇÃO DA CONTA. Marque com 'X' a forma de devolução desta conta.
☐ Em dinheiro
☐ Em crédito em outra conta



Impresso nº 2019246922

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 1313 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/04/2019 15:28:26**
Data / Hora da Ocorrência: **02/12/2018 23:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA SÍTIO DA INGÁ**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **RUSSAS/CE**
Ponto de Referência: **CERÂMICA DO JOCILÉ**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO SERGIO DA SILVA**
Nascimento: **20/08/1977** CPF: **635.463.103-49**
RG: **2003030018892** Orgão Emissor: UF: **CE**
Filiação: **MARIA DAS MERCÊ MATOS DA SILVA**
FRANCISCO GOMES DA SILVA
Endereço: **SÍTIO INGÁ**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **RUSSAS/CE** CEP: **62.900-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NVB6348** Uf: **CE** Município: **RUSSAS** Chassi:
9C2KD04209R505459 Renavam: **272642010** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2009** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **VALE DO JAGUARIBE LOCACAO LTDA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

Afirma a vítima que na data e horário acima citados sofreu um acidente de motocicleta quando trafegava na garupa do ciclomotor de placa NVB-6348; QUE quem conduzia a moto era a pessoa de RAIMUNDO JEFERSON DE OLIVEIRA; QUE o condutor perdeu o controle da motocicleta após o pneu passar por uma vala; QUE ambos vieram a cair ao solo; QUE o condutor teve apenas escoriações leves, enquanto que o garupeiro, ora vítima, fraturou a clavícula direita; QUE foram socorridos pelo SAMU até a UPA de Russas; QUE a vítima foi encaminhada ao IJF - Fortaleza, onde passou 03 dias internado naquele hospital; QUE a vítima também sofreu uma forte pancada na região da cabeça, ficando com problemas de audição; E NADA MAIS DISSE.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DAVI ARAÚJO DE SANTIAGO - MAT.: 300639-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :



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



Impresso nº 2019246922

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 1313 / 2019

VIVIANE FREIRE MOREIRA DE ALMEIDA - MAT.: 30123476

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - CE		Nº 8914556164	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO			
4011778637	COD. RENAVAM	8914556164	
THIA 01	272642010	00000000000	
NOME/ENDEREÇO			
VALE DO JAGUARIBE LOCACAO LTDA			
ROD BR 116 KM 162 3751A			
FREDIO CENTRO			
62900000 RUSSAS CE			
CPF/CNPJ		PLACA	
04928492000130		NVP6348	
NOME ANTERIOR			
VALE DO JAGUARIBE C N LTDA			
PLACA ANT/UF		CHASSI	
*****/CE		9C2KD04209R505459	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB - ANO MOD	
HONDA/NXR150 BROS ES		2009 2009	
CAP/POT/CIL		CATEGORIA	
2P/0CV/149CC		PARTIC	
COR PREDOMINANTE		VERMELHA	
OBSERVAÇÕES			
MOTOR: KD04E29605459			

LOCAL		DATA	
RUSSAS JOAO DE SAUSAN PUPA		30/12/2010	

LARANJA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - RUSSAS CE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
UPA 24H - RUSSAS

P: 112

DAT: 98

ERL: 18390002206

1830306989 03/12/2018 00:18:28		FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		NOTURNO		3	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
FRANCISCO SERGIO DA SILVA		20/08/1977		41 A 3 M 14 D		160339280170004		63546310349	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo	
IDENTIDADE		200303001889		ZSP CE		19/12/2011		M	
Mão		Estado Civil		Raça/Cor		Naturalidade		Nacionalidade	
MARIA DAS MERCÊ MATOS SILVA		SOLTEIRO (APARDA)		RUSSAS - CE		BRASIL		BRASIL	
Endereço		Pai		Contato		Ocupação		Sis Prenatal	
SITIO - INGA - S/N - ZONA RURAL - RUSSAS - CE		FRANCISCO GOMES DA SILVA		(88) 99461-8265		AGRICULTOR (A)			
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
LARANJA		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
CONSULTA		URGÊNCIA				PSF - PSF - ING		Peso	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por		Pressão	
PRONTO ATENDIMENTO		DEMANDA ESPONTANEA				JEFFERSON.AO		110 X 80	
Queixa Principal									
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue									
Anamnese de Enfermagem						GSC		TOTAL	
PACIENTE CONDUZIDO PELO SAMU DEU ENTRADA NESTA UNIDADE, REFERINDO QUEIXAS ACIMA, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA + HAS + DM						AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)									
Paciente trazido pelo SAMU, vítima de queda de no to, do. 112a do, nega dor, dor;									
Exame Físico									
03:30 Paciente, apresentar episódios de hematemese,									
Hipótese Diagnóstica									
SADT - Exames Complementares									
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS									
PRESCRIÇÃO						APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
① Rx. Tórax AP, bacia AP e cervical						NÃO foi possível realizar		paciente não cooperativo	
② Glicose a 50 - - 2FA, EV						00:30			
③ Plasil 2 ml + AD, EV.						00:30			
④ Rantidina - 3FA + AD, EV. (SUSPENSÃO)						00:30			
Conduta									
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelar ☐ Internação ☐ Transferência para:									
óbito									
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica									
Assinatura do Paciente ou Responsável									
Assinatura do Médico									
Carimbo									
Data e Hora da Saída/Alta									
03/12/18 às 03:58									
Impresso por: graca.os									
Data Hora: 03/12/2018 00:23:12									

POLICLÍNICA
DR. JOSÉ MARTINS DE SANTIAGO



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

F. Lima A. Lima

Atendimento Médico

Paciente portador de ACD
Acústicos neurosensoriais profundos
bilateral e leve a moderada.
Tempo de confirmação audição
aditiva.

Data: 12/04/19

Dr. Vinicius Beletor
Médico Otorrinolaringologista
CRM 11358 / RQE 6094

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante

Rua Felipe Santiago Lima 191 - Cidade Universitária - Russas/CE
CEP: 62.900-000 Fone: (88) 3411-2529 policlínica@epsrussas.com.br

COD. 02

POLICLÍNICA
DR. JOSÉ MARTINS DE SANTILAGO



FICHA DE AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA

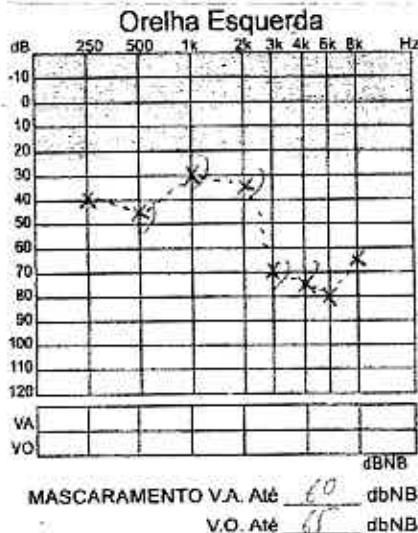
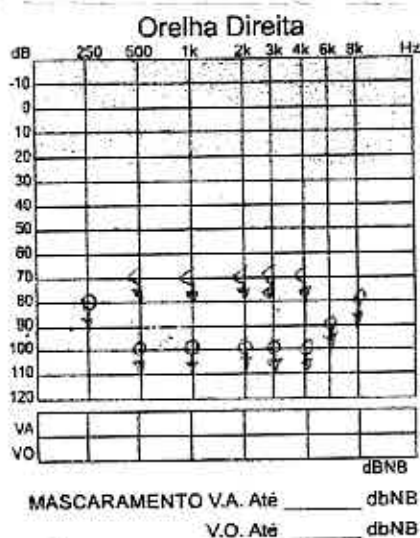
Nome Francisco Augusto da Silva
Solicitação Dr. José Carlos Pereira
Idade 51 anos Data 14-02-19

Nº DO PRONTUÁRIO: 1799844 DATA DA CALIBRAÇÃO: 11/12/12/12

AUDIÔMETRO: Itera II

IMITANCIÔMETRO: OTOFLEX 100

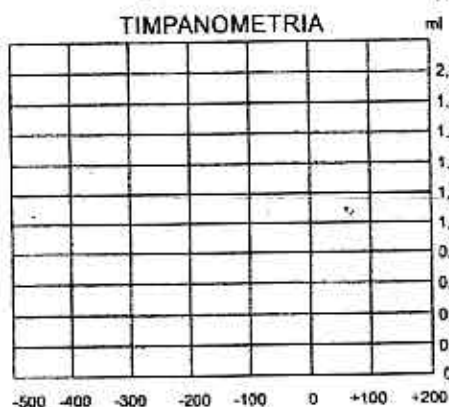
AUDIOMETRIA TONAL



Logaudiometria

LRF		LDV	
OD _____ dB	OE <u>80</u> dB		
OE <u>15</u> dB	OE _____ dB		
MASC.		MASC.	
OD _____ dB	OE _____ dB		
OE _____ dB	OE _____ dB		
IPRF			
OD <u>15</u> dB	MONO <u>16</u> %		
OE <u>15</u> dB	DISS <u>20</u> %		
MASCARAMENTO			
OD _____ dB			
OE _____ dB			

IMITANCIOMETRIA



COMPLACÊNCIA ESTÁTICA	OD	OE
Pressão		
Complac (vol. em ml)		
Posição Neutra		
+200 daPa		

REFLEXO ESTAPEDIANO () IPSI () CONTRA						
	500	1000	2000	3000	4000	Hz
OD						dB
OE						dB

CONCLUSÕES: Perda auditiva sensorial de grau leve a profunda na orelha direita e de grau leve a severa na orelha esquerda.

FONOAUDIÓLOGO
Dr. Wagner Vargas Teixeira
Fonoaudiólogo
CREA 9969 - Ce

Rua Felipe Santiago Lima 191 - Cidade Universitária - Russas/CE
CÉP: 62.900-000 Fone: (88) 3411-2529 policlínica@cpsmrussas.com.br

COB. 27



GOVERNO MUNICIPAL
RUSSAS
Nossa maior obra é cuidar das pessoas

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**Município: **RUSSAS - CE**Nome: **Franuísio Siqueira da Silva**

Prontuário Nº _____

Sexo: ☒ M ☐ F Data Nascimento: **20/03/77** Ocupação: _____

Endereço: _____ Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: **Paciente, 43 anos, vítima de acidente****motorístico, queda de altura, com 2 horas, paciente****Resultados de Exames: Realizado, paciente com alteração de****presentou episódio de vômito com sangue.****Fato SCL + Glucose a 50 - 2FA + Hb 2ml,**Impressão Diagnóstica: **TCE em membro**

Assinatura do Médico / Carimbo

Função

03,12,18

Data

Hora

Unidade de Referência: **IJE**Procedimento: **TC de crânio sem contraste** Profissional: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado do(s) Exame(s): _____

Diagnóstico Principal: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Consulta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincidiu com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Médico / Carimbo

Função

Data

Hora

**HOSPITAL FERNANDES TÁVORA****AV. FRANCISCO SÁ, 5445 – ALVARO WEYNE****POSTO 07 – ENFERMARIA****Paciente: FRANCISCO SERGIO DA SILVA**

Atesto, por solicitação verbal da parte interessada, para todos os fins e de acordo com os dados contidos em seu prontuário que o paciente supra-citado foi internado neste hospital no dia 09/12/2018, advindo do IJF, para tratamento conservador do TCE, por acidente de moto, sem capacete, com perda da consciência.

Atesto também que o mesmo foi transferido para o Serviço de Traumatologia-ortopedia, com 15 pontos na ECG

Atesto finalmente, que o mesmo recebeu alta hospitalar do ponto de vista neurológico, com orientação para procurar Ambulatório de otorrinolaringologia do IJF.

Fortaleza, 07 de janeiro de 2019

Dr. Flávio Leitão

CREMEC - 732

1. Via Branca - Unidade Executante
2. Via Amarela - Usuário

FICHA DE REFERÊNCIA EXTERNA

Unidade de Origem: Policlínica Dr. José Martins de Santiago - Russas

Distrito Sanitário: RUSSAS

Nome: FRANCISCO SÉRGIO DA SILVA

Prontuário Nº

Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 20/05/77

Ocupação

Endereço: SÍTIO INCA

Bairro: RURAL

Fone: 9919 5394

Motivo do Encaminhamento: PERDA ANTIDUM ANTIDOPAMINA

Resultado de Exames: 1D - O PROPRIO; E - O JULSON

Conduta já Realizada:

Impressão Diagnóstica: Dr. Virgílio

Assinatura do Encaminhamento - Nº Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: RECUPERAÇÃO DE ADI

Profissional:

Unidade de Referência: RUDEP

Data: 1 / 1 / 1999 Hora

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

Unidade de Referência:

Município:

Prontuário Nº

Alta

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exame:

Diagnóstico principal:

C/D

Secundário 1

C/D

Secundário 2

C/D

Proposta de Conduta Segmento:

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

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

Assinatura do Consultante - Nº do Registro

Função

Data

27/04/19 13/04/19



Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HCSK

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

FELISBIA SODRADO DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

116013319218101171011614

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/08/1977

9 - SEXO

Masc ☒ 1 Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

FELISBIA SODRADO DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

81891911953171

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SILVIA - PUGA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PULSOS

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

CE

16 - CEP

61607-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com febre e tosse com expectoração amarelada e fadiga

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTU

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

01

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Pneumonia - 2470

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Pneumonia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

11

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CSOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

11

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CARLOS EDUARDO CELEDONIO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 13/05/2020 às 16:58, sob o número 005057316202008060158. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tfce.jus.br/astadigital/pg/abrConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050573-16.2020.8.06.0158 e código 6777777B.

ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE O SR. FRANCISCO SERGIO DA SILVA COM FRATGURA EM
CLAVICULAR DIREITA ,NECESSITA DE 120 DIAS DE REPOUSO., CID= SD420

FORTALEZA/CE, 7 de Janeiro de 2019

CLAUDIO JOSE
CRM/CE 4078

DR. CLAUDIO JOSE
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM: 4078

ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE O SR. FRANCISCO SERGIO DA SILVA COM FRATGURA EM
CLAVICULAR DIREITA ,NECESSITA DE 120 DIAS DE REPOUSO., CID= SD420

FORTALEZA/CE, 7 de Janeiro de 2019

CLAUDIO JOSE
CRM/CE 4078

DR. CLAUDIO JOSE
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM: 4078

SINISTRO 3190289278 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO SERGIO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE
BENEFICIÁRIO FRANCISCO SERGIO DA SILVA

CPF/CNPJ: 63546310349

Posição em 15-06-2019 12:58:53

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

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/06/2019	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

