



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL



BOLETIM DE Ocorrência N° 666 - 944 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/11/2017 08:24:02**
Data / Hora da Ocorrência: **22/08/2017 18:45:00**
Endereço da Ocorrência: **VILA VOLTA DO RIO**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **MONSENHOR TABOSA/CE**
Ponto de Referência: **1KM DE MT**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO ANTONIO PEREIRA**
Nascimento: **02/05/1954** CPF: **318.848.731-20**
RG: **879568** Orgão Emissor: **UF:**
Filiação: **FRANCISCA RIBEIRO DA CONCEIÇÃO**
NI
Endereço: **RUA FRANCISCO SANTIAGO SILVA, 1523**
Bairro: **CENTRO**
Município: **MONSENHOR TABOSA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99872-5556**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQN3088** Uf: **CE** Município: **MONSENHOR TABOSA** Chassi:
9C2KC16209R008179 Renavam: **158978331** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 TITAN MIX ES** Ano
Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2009** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCO ANTONIO PEREIRA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa o declarante que estava dirigindo a moto acima cadastrada em direção a Monsenhor Tabosa quando se surpreendeu com uma curva aguda e estava quase batendo de frente na barreira, virando a moto de uma vez e acertando a lateral do veículo e acertando a região da perna e pé do declarante, perdendo o controle e caiu da moto; QUE passou um homem em outra moto na direção e o declarante gritou por ajuda para que chamasse a ambulância; QUE a pessoa de QUITERIA FREITAS que morava nas proximidades fez companhia ao declarante; QUE um tempo depois chegou a ambulância e colheu o declarante levando-o para o hospital de Monsenhor Tabosa, sendo depois transferido para o hospital de Sobral; QUE está com o intermediário "Carlinho dos Seguros", de Monsenhor Tabosa; E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

LOUISE VASCONCELOS SERRA - MAT.: 30114213

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

Pág. 1 de 2

Impresso em: 21/11/2017 08:58:46



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 844 / 2017

VANESSA HILUY LOBO FELICIO VASCONCELOS - MAT.: 30104218

[Handwritten signature]



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL



TERMO DE DEPOIMENTO DA TESTEMUNHA JEAN DE ALMEIDA CHAVES

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 844 / 2017

Aos 21 dia(s) do mês de Novembro de 2017, nesta cidade de Tamboril, Estado do Ceará, onde pela(s) 08:49 hora(s), presente achava-se o(a) Bel(a). **VANESSA HILUY LOBO FELICIO VASCONCELOS**, Delegado(a), comigo **LOUISE VASCONCELOS SERRA**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **JEAN DE ALMEIDA CHAVES**, nacionalidade Brasil, casado(a), 1o. grau incompleto, agricultor, filho(a) de **IVAN MARTINS CHAVES** e **ANTONIA ALMEIDA CHAVES**, nascido(a) em 10/04/1975, CPF: 009.396.033-65, RG: 240556692, residente à Vila Volta do Rio, Zona Rural - Monsenhor Tabosa/CE. Aos costumes disse nada, compromissada na forma da lei, advertida das penas cominadas do falso testemunho, inquirido(a) pela Autoridade, **DISSE: QUE, é conhecido da vítima e estava nas proximidades do local do acidente, pois mora perto; QUE foi até onde a vítima estava caída e lhe deu assistência; QUE viu a ambulância chegar no local e levar a vítima. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, LOUISE VASCONCELOS SERRA, Escrivã(o) que o digital.**

DELEGADO(A): *[Assinatura]*

DEPOENTE: *JEAN DE ALMEIDA CHAVES*

ESCRIVÃ(O): *[Assinatura]*



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL



TERMO DE DEPOIMENTO DA TESTEMUNHA QUITERIA FREITAS DE SOUSA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 844 / 2017

Aos 21 dia(s) do mês de Novembro de 2017, nesta cidade de Tamboril, Estado do Ceará, onde pela(s) 08:55 hora(s), presente achava-se o(a) Bel(a). **VANESSA HILUY LOBO FELICIO VASCONCELOS**, Delegado(a), comigo **LOUISE VASCONCELOS SERRA**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **QUITERIA FREITAS DE SOUSA**, nacionalidade Brasil, amigado(a), 1o. grau incompleto, agricultora, filho(a) de **FRANCISCO PINTO DE SOUSA** e **LUIZA FREITAS DE SOUSA**, nascido(a) em 18/10/1971, CPF: 976.936.183-68, RG: 2001098022481, residente à Vila Volta do Rio 1km de Mt. Zona Rural - Monsenhor Tabosa/CE, telefone (88) 99956-8953. Aos costumes disse nada, compromissada na forma da lei, advertida das penas cominadas do falso testemunho, inquirido(a) pela Autoridade, DISSE: QUE, conhecida da vítima de muitos anos e estava em casa quando aconteceu o acidente; QUE escutou um barulho e foi ver o que havia sido, vendo então a vítima caída no chão com o pé pendurado por um nervo; QUE pediu o telefone para uma mulher no local e ligou para a ambulância, que chegou rápido, colhendo a vítima. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **LOUISE VASCONCELOS SERRA**, Escrivã(o) que o digitei.

DELEGADO(A): *[Assinatura]*

DEPOENTE: *Quitéria Freitas de Sousa*

ESCRIVÃ(O): *[Assinatura]*

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

INTERPRINT LTDA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1403644909

NOME
FRANCISCO ANTONIO PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
879568 SSP DF

CPF
318.848.731-20

DATA NASCIMENTO
02/05/1954

FIILIAÇÃO
FRANCISCA RIBEIRO DA CONCEICAO

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05256866773

VALIDADE
27/09/2021

1ª HABILITAÇÃO
21/07/2011

OBSERVAÇÕES
A ;
EXERCE ATIV REMUNERADA;

Assinatura do Portador

Assinatura do Emissor

LOCAL
CRATEUS, CE

DATA EMISSÃO
05/10/2016

* 85140581184
CE155615610

DETRAN-CE (CEARA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1403644909

000280



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

39834417

UN-BPA - MONSENHOR TABOSA

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO ANTONIO PEREIRA
RUA FRANCISCO SANTIAGO SILVA, 1523, CENTRO
MONSENHOR TABOSA - CEP: 63.780-000

Codificação: 054.001.123.0445.0000.8

Padrão do Imóvel: REGULAR

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A09F304292	1010	1020	10	7

DATAS

Leitura atual: 09/06/2020 Emissão: 15/06/2020
Leitura anterior: 07/05/2020 Próxima leitura: 09/07/2020

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUIDA REFERENTE A: 06/2020

N. de amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes totais	Escherichia coli
Exigidas	14	14	10	14	14
Analisadas	8	8	8	8	8
Em conformidade	8	8	7	8	8

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
AGUA	28,30	Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,05	jun/19	6	0
MULTA DE 2%	0,40	jul/19	7	0
		ago/19	10	0
		set/19	11	0
		out/19	11	0
		nov/19	11	0
		dez/19	12	0
		jan/20	12	0
		fev/20	7	0
		mar/20	7	0
		abr/20	7	0
		mai/20	10	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,27
COFINS	1,37

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
Valor do Serviço	41,55
Subsídio(-)	12,80
Total de Serviço	28,75

MÊS/ANO
06/2020VENCIMENTO
09/07/2020TOTAL A PAGAR (R\$)
28,75

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agência Reguladoras.

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE. AGUA TRATADA E SAUDE.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

AVISOS

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Via do agente
arrecador**DADOS DO CLIENTE**

Inscrição: 39834417

Vencimento: 09/07/2020

Mês/ano: 06/2020

Total a pagar (R\$): 28,75

82650000000-3 28750009600-6 03983441701-4 00070722015-8



IMP_FAT_CLIENTE_202006_32.FIC_MONSENHOR_TABOSA

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Nº 2

RG:

Filiação:

HISTÓRIA ATUAL:

4. PESO: KG 5. P.A: X 6. TEMPERATURA:

7. EXAMES SOLICITADOS:

Kleber S. Cáceres Morales
MÉDICO
CRM-CE 12955

Ma. de Fátima Barros Oliveira
Ass. do Paciente ou Responsável

Ass. do Médico

DATA	PROCEDIMENTO	RUEIRICA
/ /	Exame físico + exame de urina	
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		

Kleber S. Caceres Morales
MÉDICO
CRM-CE 12959

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANA MARIA ALBUQUERQUE MACCHADO e T...
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferencia.aspx?origem=7644264

DADOS DO PACIENTE

atrícula... 915375
ciente... FRANCISCO ANTONIO PEREIRA
xo... MASCULINO
Masc... 2/5/1954
e... FRANCISCA RIBEIRO DA CONCEICAO
Civil... CASADO
dereço... RUA FRANCISCO SANTIAGO
irro... TRIZIDELA
ade... MONSENHOR TABOSA
ne... 996344838
CPF... 31884873120
idade... 63a 3m 29d
Cor... PARDA
CNS... 700104925817810
Nº... 84
CEP... 63780-000
UF... CE

DADOS DO RESPONSÁVEL

me...
dereço...
cumento...
ie...

DADOS DA INTERNAÇÃO

ndimento... 4951500
a... 30/08/2017
cedimento... 0408050578- TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR
dico... LAILA KECIA DE OLIVEIRA PONTE (RES)
dade Int... UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM
o... LEITO 13-2 -C.S. SAO JOAQUIM
venio... SUS - SIH
io... 1
leira...
Guia...

Atendente... DHONLENO.SOUSA
Hora... 00:01
Permanência... 3 Dias

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

Assinatura do Paciente ou Responsável

ras... ser. ações:

1-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
MV2000 - Sistema de Gerenciamento de Internamento
Comprovante de Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1/1
Emitido por: ROSILENE
Em: 09/09/2017

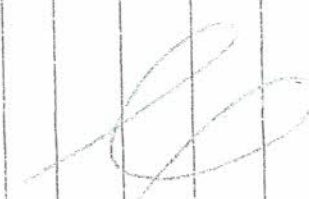
Atendimento: 4951500 Dt. Atendimento: 30/08/2017 - 00:01
Data Alta... 09/09/2017 Hora Alta: 13:00
Paciente... 915375 FRANCISCO ANTONIO PEREIRA

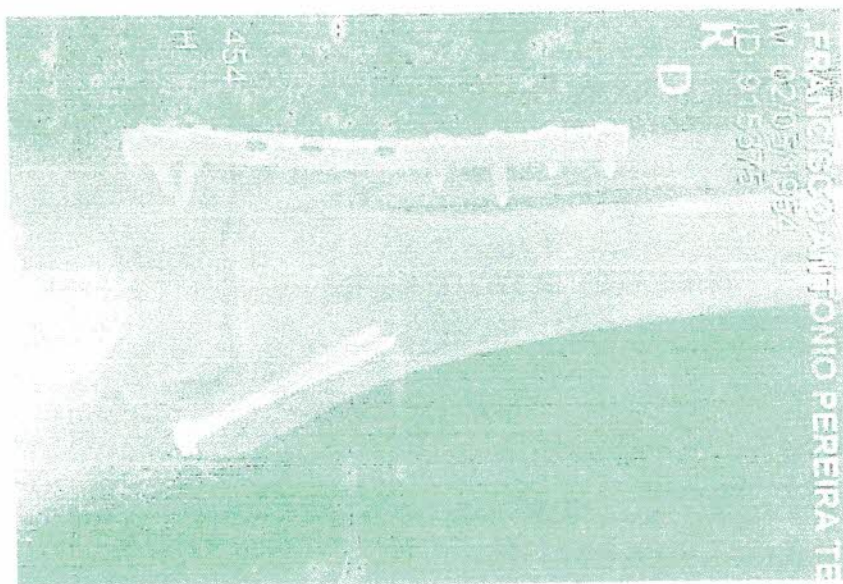
Serv. CD: 22 TRAUMATO/ORTOPEDIA Convenio: 1 SUS - SIH
Leito... 178 LEITO 13-2 -C.S. SAO J Plano... 1 SUS - SIH

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: ROSILENE
CID: S825 FRATURA DO MALEOLO MEDIAL
Motivo de Alta: 40915049 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR

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 SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE FRANCISCO ANTONIO PEREIRA 6 - Nº DO PRONTUÁRIO 4931500 7 - DATA DE NASCIMENTO 30/8/2017 8 - SEXO MASC 9 - RAÇA/COR BRANCO 10 - DDD 30 11 - TELEFONE DE CONTATO 30211111 12 - DDD 30 13 - TELEFONE DE CONTATO 30211111 14 - CID ICD-10 85.91 15 - CID ICD-9 361.91 16 - CID ICD-10 85.91 17 - CID ICD-9 361.91 18 - CID ICD-10 85.91 19 - CID ICD-9 361.91	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente, vítima de colisão moto x porte, evoluindo com fratura de maxila lateral e luxação exposta de maxila medial direita, necessitando de abordagem cirúrgica.</i> 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Risco de complicação</i> 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exame físico + Radiografia</i> 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de maxila</i>	
PROCEDIMENTO SOLICITADO 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Abordagem de fratura</i> 25 - CLÍNICA 1 26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 1 27 - DOCUMENTO 1 28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dra. Mariana 29 - DATA DA SOLICITAÇÃO 30/8/17 30 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>[Assinatura]</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) 31 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 32 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 33 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 34 - CNPJ DA SEGURADORA 35 - CNPJ EMPRESA 36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () PRESENTADO () NÃO SEGURADO 37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE 39 - CNAB EMPRESA 40 - CBO	
AUTORIZAÇÃO 41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR Cristiana 42 - Nº DO DOCUMENTO (CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 003.380.737-47 43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 30/8/17 44 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i>[Assinatura]</i> 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 01413123456789	

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANA MARIA ALBUQUERQUE MACHADO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 15/10/2020 às 15:00, sob o número 0258532-40.2020.8.06.0001 e código 77C9DD5. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0258532-40.2020.8.06.0001 e código 77C9DD5.

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE LUIS EUFRASIO FARIAS NETO EPP AV DOM JOSE TUPINAMBA DA FROTA, 661 - ALTO DO CRISTO 62020-720 SOBRAL - CE		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 900.005.664 SÉRIE 1 FOLHA 1/1		 CHAVE DE ACESSO 2317 0907 8276 6400 0178 5500 1000 0056 6412 0170 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal/ ou no site da Sefaz Autorizadora								
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 123170055551934 13/09/2017 10:59:11		CNPJ 07.827.664/0001-78								
INSCRIÇÃO ESTADUAL 06.192.431-8		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT		CNPJ 07.827.664/0001-78								
DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL ENDEREÇO RUA ANTONIO CRISOSTOMO MELO, 919 MUNICÍPIO SOBRAL UF CE		CNPJ / CPF 07.818.313/0001-09 DATA DA EMISSÃO 13/09/2017 DATA DA SAÍDA 13/09/2017 HORA DA SAÍDA 11:00:00		CEP 62010-550								
CÁLCULO DO IMPOSTO BASE CÁLC ICMS 0,00 VALOR ICMS 0,00 BASE CÁLC ICMS ST 0,00 VALOR ICMS ST 0,00 TOTAL DOS PRODUTOS 27,19		VALOR FRETE 0,00 VALOR SEGURO 0,00 VALOR DESCONTO 122,72 OUTRAS DESP 0,00 VALOR IPI 0,00 VALOR APROX TRIE 58,62 TOTAL E / NOTA 15,19		TRANSPORTE / VOLUMES TRANSPORTADOS NOME / RAZÃO SOCIAL FRETE POR CONTA 0-EMITENTE CODIGO ANTT PLACA DO VEIC UF CNPJ / CPF								
QUANTIDADE ESPECIE MARCA NUMERAÇÃO PESO BRUTO PESO LÍQUIDO		MUNICÍPIO UF INSCRIÇÃO ESTADUAL		FRETE POR CONTA CODIGO ANTT PLACA DO VEIC UF CNPJ / CPF								
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS												
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	ICMS	ICMS ST	ALIQ	Y
66	PLACA 1/3 TUBULAR 3.5 X 09 Furos	90211020	0500	5403	UN	1	146,64	146,64	0,00	0,00	0	
85	ARRUELA 7.0MM	90211020	0500	5403	UN	1	7,19	7,19	0,00	0,00	0	
1	PARAFUSO CORTICAL 3.5 X 14 MM	90211020	0500	5403	UN	3	15,34	46,02	0,00	0,00	0	
0	PARAFUSO CORTICAL 5.5 X 30 MM	90211020	0500	5403	UN	1	15,34	15,34	0,00	0,00	0	
3	PARAFUSO CORTICAL 3.5 X 18 MM	90211020	0500	5403	UN	1	15,34	15,34	0,00	0,00	0	
7	PARAFUSO CORTICAL 3.5 X 16 MM	90211020	0500	5403	UN	1	15,34	15,34	0,00	0,00	0	
7	PARAFUSO CORTICAL 3.5 X 50 MM	90211020	0500	5403	UN	2	15,34	30,68	0,00	0,00	0	
												
DADOS ADICIONAIS III. ORMAÇÕES COMPLEMENTARES PA CT: FRANCISCO ANTONIO PEREIRA MAT: 915375 DATA: 06-09-17 DR: CHALES CONV: SUS 0702030040 0702030830 0408050497 *INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE INTERESSE DO FISCO: PAF Requisito: XI Item 1c: 7: 9F4B6C4405355EFFB6F73B83FEFE7E						RESERVADO AO FISCO						
Gerado em 12/09/2017 às 10:59 pelo CML3ANFE V.5.7 Fre: www.uatmde.com.br												
RECEBEMOS DE LUIS EUFRASIO FARIAS NETO EPP OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO. EF: 18/09/2017 VALOR TOTAL: 153,83 DESTINATÁRIO: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL - RUA ANTONIO CRISOSTOMO MELO, CENTRO, 62010-550-SOBRAL-CE												
FV: A DO RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR										
		NF-e 000.005.664 SÉRIE 1										




 Santa Casa de M. de Sobral
 SAME
 CONFERE COM O ORIGINAL
 Andreia R. Montenegro Portela
 COORDENADORA

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 06/09/20

Hora.....: 12:01

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 318259

Paciente : 915375

Convênio Atend. : 1

Leito : 178

Dt. Início :

Cid Pré-Operatório : S825

Cid Pós-Operatório : S825

Sala : 0004

SALA 04

FRANCISCO ANTONIO PEREIRA

SUS - SIH

LEITO 13-2 -C.S. SAO JOAQUIM

Dt. Fim :

Atendimento :4951500

Carteira :

Idade :63 Anos 4 Dias 12 Horas

FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

Procedimentos

Procedimento: 040805C497

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUN

Convênio: 001

SUS - SIH

Anestesia: 05

BLOQUEIO RAQUI

Equipe Médica

ANESTESISTA

4524 RICARDO REGIS AGUIAR MONTALVERNE

CIRURGIÃO

11811 THALES ARCANJO FONTELES

1. AUXILIAR

11017 THYRSON GUIMARAES DE CARVALHO

Descrição

Descrição Cirúrgica :

- POSICIONAMENTO DO PACIENTE EM DECÚBIDO DORSAL
- ASSEPSIA E ANTISSEPISIA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO
- ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIA TORNOZELO, COM CAMPOS CIRÚRGICOS
- INCISÃO DO MALEOLO MEDIAL
- DISSECÇÃO DA FRATURA
- REDUÇÃO DA FRATURA E FIXAÇÃO COM PARAFUSOS
- INCISÃO DO MALEOLO LATERAL
- DISSECÇÃO DA FRATURA + REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PLACA
- SUTURA POR PLANOS
- CURATIVO.

OBSERVAÇÕES:

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL

Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

Dados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Thyerson Guimarães de Carvalho
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia do Quadril
CRM: 11017

Dr. Thyerson Guimarães de Carvalho
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia do Quadril
CRM: 11017

DR(A) : THALES ARCANJO FONTELES
CRM : 11811



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

FICHA DE ANESTESIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

fls. 21

NOME: FRANCISCO ANTONIO PEREIRA				DATA:		REGISTRO:	
IDADE:	SEXO:	COR:	CLÍNICA:	ENF:		LEITO:	
PRESSÃO ARTERIAL:		PULSO:	RESPIRAÇÃO:	TEMPERATURA:	PESO:	GRUPO SANGÜÍNEO:	
ESTADO GERAL: BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO ☐				RISCO CIRÚRGICO (GOOD MAN) Grau I ☐ Grau II ☐ Grau III ☐ Grau IV ☐			
EXAMES COMPLEMENTARES:							
AP. RESPIRATÓRIO:				A.º CIRCULATORIO:			
AP. DIGESTIVO:		ESTADO MENTAL:		DROGAS EM USO:			
PRÉ-ANESTÉSICO PROGRAMADA:						ESTADO FÍSICO (ASA) 1 2 3 4 5 ☐	
DIAGNÓSTICO DO PRÉ-OPERATÓRIO:							
CIRURGIA REALIZADA: TORÇÃO 2016							
CIRURGIÃO: DR. TILLES				AUXILIARES:			
INÍCIO DA ANESTESIA:			TÉRMINO DA ANESTESIA:			DURAÇÃO DA ANESTESIA:	
AGENTE/HORA:							
C. NO:							
LÍQUIDOS:							
VEÍCULOS:							
PULSO:							
CÓDIGOS CIRURGIA C:							
DIÁSTOLICA SISTOLICA:							
P. ARTERIAL:							
ANESTESIA:							
MONITORAÇÃO P. ARTERIAL:							
E.C.G. OX. PULS:							
ANOTAÇÕES:							

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

ANESTESIA GERAL ☐		RAQUIDIANA ☐		EPIDURAL ☐		BLOQ. LEXO ☐		BLOQ. NERVOS ☐		OUTROS ☐	
TÉCNICO: Bloqueio subaracnoideal mediano											
LÍQUIDOS		Volume em ml		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO							
GLICOS:		1 - 150 cc		1 - Bupivacaina 0,5%		3 - 15 cc					
NaCl		150 cc		2 - Morfina 6 mg		7					
SANGUE		3		3		8					
RINGER		4		4		9					
TOTAL		5		5		10					
DESTINO DO PACIENTE		APTO ☐		ENFERM. ☐		SRPA ☐		UTI ☐		OUTROS ☐	
SRPA		PA:		PULSO:		RESPIRAÇÃO:		SpO ₂			
ASSINATURA / ANESTESISTA											

Regis A. Montenegro
Coordenadora

CEP: 62020-720 - Tel.: (88) 9273.7914 | 3611.4018

CIRURGIÃO: D. Foles

[illegible][illegible]

TOTAL:

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PRESCRIÇÃO.: 1715256 DATA: 30/08/2017 11:00
USUÁRIO....: AUDY
ATENCIÓN.: 4951500 DT NASC: 02/05/1954 (63A 3M 29D)
CONVÊNIO....: SUS - SIH
PACIENTE....: 915375 - FRANCISCO ANTONIO PEREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 30/08/2017 00:01 0 DIAS(S) INT
MÉDICO.....: LAILA KECIA DE OLIVEIRA PONTE (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO.: LEITO 13-2 -C.S. SAO JOAQUIM COBERTURA:
ENFERMARIA
CID.....: S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL CICLO.: /
DIAGNÓSTICO:
PROTÓCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

#DR. JOAO PAULO

#PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTOXPOSTE

#FX MALEOLO LATERAL + LUXAÇÃO EXPOSTA MALEOLO MEDIAL D.

#REALIZADO DEBRIDAMENTO EM 22/08 E COLOCAÇÃO DE FIXADOR EM DELTA EM TORNOZELO D.

#EM USO: CEFA/GENTA/METRÔNIDAZOL- D8

#PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO. NÃO CONSIGO AVALIAR.

#FO.COM BORDAS COM FO DESVITALIZADA, MAS SEM SINAIS FLOGÍSTICOS.

#EXAMES 23/08/2017. HB 12,7 ; LEUCO 14780 ; CR 1,2 ; UR 47

#CD:

- DEBRIDAMENTO HOJE COM DR. JOÃO PAULO, A DEPENDER DA DISPONIBILIDADE DO CENTRO CIRÚRGICO.

- VPM

AUDY ROCHA DE OLIVEIRA
CRM: 2411

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

PRESCRIÇÃO.: 1715608 DATA: 31/08/2017 10:30
USUÁRIO.: LAILA.PONTE
ENTENDIMENTO: 4951500 DT NASC: 02/05/1954 (63A 4M 0D)
CONVÊNIO.: SUS - SIH
PACIENTE.: 915375 - FRANCISCO ANTONIO PEREIRA
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 30/08/2017 00:01 1, DIAS(S) INT

MÉDICO.: LAILA KECIA DE OLIVEIRA PONTE (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO.: LEITO 13-2 -C.S. SÃO JOAQUIM COBERTURA:
ENFERMEIRA
CID.: S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL CICLO.: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

DR. JOAO PAULO

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTOXPOSTE

FX MALEOLO LATERAL + LUXAÇÃO EXPOSTA MALEOLO MEDIAL D.

REALIZADO DEBRIDAMENTO EM 22/08 E COLOCAÇÃO DE FIXADOR EM DELTA EM TORNOZELO D.

EM USO: CEFA/GENTA/METRONIDAZOL-D9

PACIENTE NEGA QUEIXAS. DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES. ACEITA DIETA VO.

FO: COM BORDAS COM FO DESVITALIZADA, MAS SEM SINAIS FLOGÍSTICOS.

EXAMES 23/08/2017: HB 12,7; LEUCO 14780; CR 1,2; UR 47
30/08/2017: HB 10,5; LEUCO 8070; CR 1,1; UR 34; TGO 30; CP 37; VHS 50; PCR 44

CD:
- DESBRIDAMENTO COM DR. JOÃO PAULO PARA PRÓXIMA SEMANA, A DEPENDER DA DISPONIBILIDADE DO CENTRO
CIRÚRGICO.
- VPM

Sobrinho Carlos!

4951500

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd Unidade	Sr	Apl	Frequência	Data Horários
1 DIETA GERAL	1				[31/08] 10:30

ANTIMICROBIANOS

Qtd Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 AMPOLA	EV		24X24 HOR	12-

2 C. GENTAMICINA 80 MG/2ML AMPOLA- TO

Classificativa: prescrita

Obs.: D 9
Diluir em 250mL de SG5% e infundir em 60 minutos

[-> SORO GLICOSADO A 5% 250ML
FRASCO
[-> AGULHA DESCARTAVEL 25 X C8
[-> SERINGA DESCARTAVEL 3ML

1 FRASCO

1 UNIDADE

1 UND

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 175

Emitido Por: LAILA.PONTE

Data: 02/09/2017

PRESCRIÇÃO.: 1716953 DATA: 02/09/2017 11:30
USUÁRIO....: LAILA.PONTE
ATENDIMENTO: 4951500 DT NASC: 02/05/1954 (63 ANOS 2D)
CONVÊNIO....: SUS - SIH
PACIENTE....: 915375 - FRANCISCO ANTONIO PEREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 30/08/2017 00:01 3 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LAILA KECIA DE OLIVEIRA PONTE (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO...: LEITO 13-2 -C.S. SAO JOAQUIM COBERTURA
ENFERMARIA
CII.....: S825 FRATURA DO MALEOLO MEDIAL CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

#DR.JOAO PAULO

#PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X POSTE

#FX MALEOLO LATERAL + LUXAÇÃO EXPOSTA MALEOLO MEDIAL D.

#REALIZADO DEBRIDAMENTO EM 22/08 E COLOCAÇÃO DE FIXADOR EM DELTA EM TORNOZELO D.

#EM USO: CEFALGENTA/METRONIDAZOL- D11

#PACIENTE NEGA QUEIXAS. DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES. ACEITA DIETA VO.

#FO:COM BORDAS COM FO DESVITALIZADA, MAS SEM SINAIS FLOGÍSTICOS.

#EXAMES 23/08/2017: HB 12,7 ; LEUCO 14780 ; CR 1,2 ; UR 47
30/08/2017: HB 10,9 ; LEUCO 6070 ; CR 1,1 ; UR 34 ; TGO: 38 ; TGP: 57 ; VHS: 50 ; PCR: +++
31/08/2017: HB 10,8 ; LEUCO 6030 ; CR 1,1 ; UR 42 ; TGO: 47 ; TGP: 44 ; VHS: 85 ; PCR: +++

#CD:

- DEBRIDAMENTO COM DR. JOÃO PAULO PARA PRÓXIMA SEMANA, A DEPENDER DA DISPONIBILIDADE DO CENTRO CIRÚRGICO.

- VPM

4951500

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 DIETA GERAL	1					[02/09] 11:30

ANTIMICROBIANOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. GENTAMICINA 80 MG/2ML AMPOLA- TO Justificativa.: prescrita Obs.: D 9 Diluir em 250mL de SG5% e infundir em 60 minutos	3	AMPOLA		EV	24X24 HOR	
1-> SORO GLICOSADO A 5% 250ML FRASCO	1	FRASCO				
1-> AGULHA DESCARTAVEL 25 X 03	1	UNIDADE				
1-> SERINGA DESCARTAVEL 3ML	1	UND				

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

PRESCRIÇÃO.: 1718158 DATA: 05/09/2017 07:00
USUÁRIO.: LAILA PONTE
ATENDIMENTO.: 4951500 DT NASC: 02/05/1954 (33A EM SD)
CONVÊNIO.: SUS - SIK
PACIENTE.: 915375 - FRANCISCO ANTONIO PEREIRA
PESO ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTELAÇÃO.: 30/08/2017 00:01 6 DIAS(S) INT

MÉDICO.: LAILA KECIA DE OLIVEIRA PONTE (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO.: LEITO 13-2 -C.S. SÃO JOAQUIM COBERTURA:
ENFERMARIA
CID.: S825 FRATURA DO MALEOLO MEDIAL CICLO.: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Publica do Médico

ANTIMICROBIANOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3 C.C. METRONIDAZOL 0,5% 100ML FRASCO AMPOLA Justificativa: prescrita Obs.: D12 (DO) D EM BIC	1	FRASCO AM		EV	08X08 HC	14	22 06
-> EQUIPO PARA SORO			1	UND			

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
4 C.C. CEFALOTINA 1G - TO Justificativa: prescrita Obs.: D12 DILUIR EM 100ML DE SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%. INFUNDIR EM 30 MINUTOS.	1	FRASCO AM		EV	04X04 HOR	[05/09] 10 14 18 22	[05/09] 02 06
-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% FR. 100ML			1	FRASCO			
-> EQUIPO PARA SORO			1	UND			
-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12			1	UNIDADE			
-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML LUER LOCK			1	UND			
5 C.C. OMEPRAZOL 40MG F.A. + AD 18 ML - HC	1	FRASCO AM		EV	24X24-HC	[05/09] 10	
6 C.C. DIPIRONA - TO Obs.: SE NECESSÁRIO Diluir em 20ml de AD	1	AMPOLA		EV	06X06 HOR	[05/09] 12 14	[06/09] 08 09
-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA			1	AMPOLA			
-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12			1	UNIDADE			
-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML			1	UND			
7 C.C. BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML AMPOLA + AL 18 ML - HC Obs.: SE NAUSEAS E/OU VOMITOS	1	AMPOLA		EV	ACM		
8 C.C. TRAMAL TO Obs.: SE DOR FORTE	1	AMPOLA		EV	08X06 HOR	[05/09] 08 10	[06/09] 00
-> AGULHA DESCARTAVEL 25 X 08			1	UNIDADE			
-> SERINGA DESCARTAVEL 3ML			1	UND			

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

PRESCRIÇÃO.: 1720396 DATA: 09/09/2017 07:30
USUÁRIO....: LAILA.PONTE
ATEOIMENTO: 4951500 DT NASC: 02/05/1954 (63A 4M 9D)
CONVÊNIO....: SUS - SIH
PACIENTE....: 915375 - FRANCISCO ANTONIO PEREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNACÃO.: 30/08/2017 00:01 10 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LAILA KECIA DE OLIVEIRA PONTE (RES)
UNID. INT...: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM
ENFERMARIA
CID: S825 FRATURA DO MALEOLO MEDIAL
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
LEITO...: LEITO 13-2 -C.S. SAO JOAQUIM

COBERTURA:

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

#DR.JOAO PAULO

#PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X POSTE

#FX BIMALEOLAR A DIREITA.

#REALIZADO DEBRIDAMENTO EM 22/08 E COLOCAÇÃO DE FIXADOR EM DELTA EM TORNOZELO D.

#REALIZADA ABORDAGEM CIRÚRGICA COM DR THALES DIA 06/09

#FEZ USO: CEFALOTINA/METRONIDAZOL - D17

#EM USO DE SINTOMÁTICOS

#PACIENTE NEGA QUEIXAS. DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES. EM DIETA ZERO AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PELA MANHÃ.

#FO: LIMPA, COM PEQUENA QUANTIDADE DE SANGRAMENTO EM ALGUNS PONTOS, COM PRESENÇA DE PEQUENA ÁREA DE NECROSE EM REGIÃO MALEOLAR LATERAL DIREITA

#EXAMES 23/08/2017: HB 12,7 ; LEUCO 14780 ; CR 1,2 ; UR 47
30/08/2017: HB 10,9 ; LEUCO 6070 ; CR:1,1 ; UR:34; TGO: 39; TGP:37; VHS:50; PCR:+++
31/08/2017: HB 10,8 ; LEUCO 6030 ; CR 1,1 ; UR: 42; TGO: 47; TGP:44; VHS:85; PCR: +++
07/09/2017: HB 10,6 ; LEUCO 10710 ; PLAQ 328.000 ; CR 1,1 ; UR 27 ; TGO 41 ; TGP 31 ; VHS 90 ; PCR +++

#CD:
- CHECO EXAMES
- SUSPENSO ATB (08/09)
- AGUARDA NOVA ABORDAGEM COMM DR JOÃO PAULO ,

ACTA HOSPITALAR

SERVIDO!

4951500

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SM	Apf	Frequência	Data Horários
1 DIETA GERAL	1					[09/09] . 07:30

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL
RUA PIETROVSKI

EVOLUÇÃO

OUTRAS ESPECIALIDADES CLÍNICAS

fls. 28



NOME: Francisco Antonio Pereira

Nº PRONTUÁRIO

SETOR: São Joaquim

ENFERMARIA: 13

LEITO: 2

DATA

22/08/2020

1H

F.A.P. 63 anos - ♂, no dia 22/08/2020 se internou completando seu 7º DIH por fratura MIO devido acidente de motocicleta. Paciente evolui consciente, orientado, cooperativo, verbalizando, deambulando e higienizado por banho de esponja, apresenta-se normotensorial, hidratado, com boa perfusão capilar. SSVV: PA: 130x80 mmHg; FR: 19 rpm; T: 36,3°C; FC: 82 bpm. Aceita dieta ofertada; eliminações vesicais presentes com aspecto amarelo ambar; refere constipação intestinal. Refere padrão de sono prejudicado (barulho ambiente, Realizado troca de APL) - não mantém APL em MSD, sem sinais flogísticos. Não refere queixas. Segue sob cuidados de enfermagem. AC de Enfermagem Gláucia Dantas Bezerra. *[Assinatura]*



Santa Casa de M. de Sobral
SAME

CONFERE COM O ORIGINAL

Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA



SANTA CASA

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE LOBRAL
FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA

ATTORNEY AT LAW 1001 N. 10TH ST. 1ST FLOOR AUSTIN, TEXAS 78701

WOLFE, RUTH. HOUGHTON, 1947/54

2000 年 12 月 30 日 星期五

Reference: 19454 (LIDARD DA D'ARILLAS)

REF ID: A6707313 URL: <http://www.industrydocuments.ucsf.edu/docs/a6707313>

REF: RM-15402-00 2407500 34

NAME: TACIELA - RIBEIRO LIMA

15-00000

C.P.:

HDA: Potenciadora de colúmbio mado e porte, com presença de
moleculas latentes e ligação superior de moleculas mediac
d'uso. Realizado delidando e colunção de fixação de
em torção de 12 (108117).

EXAME FÍSICO: Pele e f.º limpa, sem turgor, mas com
microangiectasias.



~~Santa Casa de M. de Sobral~~
SAME

~~CONFERE COM O ORIGINAL~~

Andréia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

~~COORDENADOR~~

DIAGNÓSTICO INICIAL:

CONDIUTA: Determinazione dei parametri

D AGNOSTICO FINAL: *Exclusión de malicia*





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Francisco Antonio Pereira

Tratamento para: S825 - Fratura Do Maleolo Medial

☒ Cirurgia : TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAC DO TORNOZELO .Data:

☒ Antibioticoterapia: CEFALOTINA E METRONIDAZOL D17

Recomendações:

- (☒) Não Pisar
- (☒) Não Sustentar Peso
- (☐) Manter membro elevado (a 45°)
- (☐) Crioterapia (Gelo) 3x ao dia
- (☒) Retirar pontos após 12 dias
- (☐) Fisioterapia precoce
- (☒) Atentar à data de retorno (15 dias)

*Levar medicação conforme orientação em sala
curar o dorso.*

Marcar retorno ao ambulatório de Ortopedia após 15 dias, com Radiografia do dia, com o Dr(a). THALES ARCANJO FONTELES , para acompanhamento complementar.

Obs.: Antes de sair do Hospital, marcar o retorno na Sala de Gesso

Data: 09/09/2017

Assinatura e Carimbo

Residência: Rua do Comércio, nº 10403
Cidade: Sobral - CE
CEP: 62000-000
Fone: (85) 3333-10403
E-mail: contato@scmsobral.org.br

PROCURAÇÃO

NOME: <u>FRANCISCO Antonio Pereira</u>	
RG: <u>879588</u>	CPF: <u>318.848.731-20</u>
NACIONALIDADE: <u>BRA</u>	ESTADO CIVIL: <u>CASADO</u> PROFISSÃO: <u>MOTO TAXI</u>
RESIDÊNCIA: <u>RUA FRANCISCO SANTIAGO SILVA</u>	
CIDADE: <u>Mons. TABOSA</u>	ESTADO: <u>CEARA</u> CEP: <u>63710-000</u>

OUTORGADO: Dra. Ana Maria Albuquerque Machado, brasileira, divorciada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 10.338, com escritório na cidade de Monsenhor Tabosa-Ce, na Rua João Pamplona, nº 05, Centro. Fone: (88) 36961566.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastantes procuradores, conferindo-lhe 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 de indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convênio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer Juízo com poderes para promover; 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 audiências e perícias médicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Mons. Tabosa /Ce. 14. OUTUBRO 2020

X Francisco Antonio Pereira

Outorgante

DECLARAÇÃO DE POBREZA

NOME: Francisco Antonio Pereira
RG: 879568 CPF: 318.848.731.20
NACIONALIDADE: BRAS ESTADO CIVIL: CASADO PROFISSÃO: MOTO TAXI
RESIDÊNCIA: RUA FRANCISCO SANTIAGO SILVA
CIDADE: Mons. TABOJA ESTADO: CEARA CEP: 63780-000

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 13.105 de 16 de março de 2015 do Novo Código de Processo Civil.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Mons. Taboja /Ce., 14. OUTUBRO. 2020

X Francisco Antonio Pereira

Declarante

DECLARAÇÃO

NOME: Francisco Antonio Pereira
RG: 879868 CPF: 318.848.731-20
NACIONALIDADE: BRAS ESTADO CIVIL: CASADO PROFISSÃO: MOTO-TAXI
RESIDÊNCIA: RUA FRANCISCO SANTIAGO SILVA
CIDADE: Mons Tabosa ESTADO: _____ CEP: 63780-000

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. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Mons. Tabosa /Ce., 14. OUTUBRO. 2020

X Francisco Antonio Pereira

Declarante

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

NOME: <u>Francisco Antonio Pereira</u>
RG: <u>879568</u> CPF: <u>318.848.731-20</u>
NACIONALIDADE: <u>BRAS</u> ESTADO CIVIL: <u>CASADO</u> PROFISSÃO: <u>MOTO TAXI</u>
RESIDÊNCIA: <u>Rua Fico Santiago Silva</u>
CIDADE: <u>Mons. Tabosa</u> ESTADO: <u>CEARA</u> CEP: <u>63780-000</u>

Doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado, **Dra. Ana Maria Albuquerque Machado**, brasileira, divorciada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 10.338, com escritório na cidade de Monsenhor Tabosa-Ce, na Rua João Pamplona, nº 05, Centro. Fone: (88) 36961566., doravante denominada **CONTRATADO**, ajustam o seguinte:

PRIMEIRO: O **CONTRATADO** se obriga a prestar serviços advocatícios ao **CONTRATANTE**, na defesa dos direitos deste, no que diz respeito a promover todas as medidas judiciais cabíveis contra as seguradoras conveniadas a FENASEG referentes exclusivamente a propositura de Ação de recebimento de seguro DPVAT;

SEGUNDO: O **CONTRATANTE** se obriga a:

- 1) Fornecer 01(uma) fotocópia da Carteira de Identidade e do CIC/CPF
- 2) Fornecer cópias do boletim de ocorrência, certidão de óbito, auto de exame cadavérico, e demais documentos necessários no período ao qual se busca o ressarcimento;

Parágrafo primeiro: O **contratado** não se responsabiliza pela autenticidade dos documentos apresentados.

TERCEIRO: Aos **CONTRATADOS** serão devidos serão devidos, a titulo de honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (**TRINTA POR CENTO**) do beneficio patrimonial conseguido com a ação contratada, verba igualmente devida no caso de desistência da ação, revogação da procuração por parte da **CONTRATANTE** ou acordo celebrado entre a seguradora conveniada

Parágrafo primeiro: Caso haja improcedência da ação ou nenhum valor seja recebido pelo contratante, nada será devido por esse ao contratado, se responsabilizando o contratante por todo ou qualquer ônus sucumbencial de houver.

Parágrafo Segundo: Os honorários de sucumbência são exclusivamente do advogado, não podendo ser descontados os percentuais recebidos no valor do presente contrato.

QUARTO: O **CONTRATADO** se compromete a prestar informações sobre o andamento da ação sempre que for solicitado pela **CONTRATANTE**, bem como a **CONTRATANTE** se compromete a providenciar outros documentos necessários, caso lhe seja solicitado.

QUINTO: As partes elegem o foro de Fortaleza-Ce, para dirimir dúvidas oriundas do presente contrato.

SEXTO: A **CONTRATANTE** se obriga a comunicar o **CONTRATADO** qualquer modificação de seu endereço. E, por estarem assim justos e contratados, firmam o presente contrato em três vias de igual teor para a mesma finalidade, para que se produzam efeitos legais e jurídicos.

Mons. Tabosa - Ce, 14 de OUTUBRO de 2020
X Francisco Antonio Pereira

Contratante

Dra. Ana Maria Albuquerque Contratado
CPF: 228.919.943-53
OAB-CE 10338
ana_albuquerque13@yahoo.com.br
(85) 9 9624-1273

SINISTRO 3200302023 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO ANTONIO PEREIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO FRANCISCO ANTONIO PEREIRA

CPF/CNPJ: 31884873120

Posição em 14-10-2020 11:57:13

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.