



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Nome FRANCISCO JOSÉ DE SOUSA COSTA		
Nacionalidade Brasileiro (a) Brasileiro	Estado Civil Casado	Profissão Agricultor
RG (Registro de Identidade) 2002005000910 SSPDS/CE	CPF 371.784.823-20	
Endereço / Localidade Fazenda Cacimba da Pedra		Número S/Nº
Bairro / Distrito Distrito Cajazeiras	Complemento casa	
CEP 63-860.000	Cidade Madalena	Estado Ceará

OUTORGADO(S): VINÍCIUS PINHEIRO MELO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE 24.353, portador do CPF sob o nº. 016.548.623-63, sócio administrador na sociedade **PINHEIRO MELO – SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 26.942.992/0001-60, inscrito na OAB/CE 1453, com escritório na Pça. Mons. José Candido, nº. 103, Loja 01, bairro Centro, cidade de Boa Viagem, estado do Ceará, CEP 63870-000, tel.: (88) 3427-2867;

Através do presente instrumento particular de mandato, a(s) parte(s) OUTORGANTE(s) nomeia(m) e constitui (em) como seu(s) procurador (es) o(s) OUTORGADO(s), conferindo-lhe(s) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil e art. 5º, §2º do Estatuto da OAB, com cláusula "Ad Judicia Et Extra", para praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, **principalmente perante qualquer companhia de seguro conveniada ao FENASEG, participante do convênio DPVAT**, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, e os *especiais* para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitação, firmar autorizações de pagamento ou crédito de indenização de sinistro, prestar declarações, **declarar e requerer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA**, anuir e receber alvarás judiciais de levantamento, podendo receber os valores neles expressos provenientes de depósitos feitos pela(s) SEGURADORA(S) pertencentes ao CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT e SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A junto à instituição financeira responsável pela guarda destes valores, podendo ainda receber e endossar cheque em nome do outorgante relativo a pagamento dos valores pleiteados junto as Seguradoras do Consórcio DPVAT, dando tudo por bom e valioso, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, seguindo uma e outras, até decisão final.

Madalena – Ceará, 11 de Janeiro de 2021.

Francisco José de Souza Costa

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA**DECLARANTE:**

Nome FRANCISCO JOSÉ DE SOUSA COSTA		
Nacionalidade Brasileiro (a) Brasileiro	Estado Civil Casado	Profissão Agricultor
RG (Registro de Identidade) 2002005000910 SSPDS/CE	CPF 371.784.823-20	
Endereço / Localidade Fazenda Cacimba da Pedra		Número S/Nº
Bairro / Distrito Distrito Cajazeiras		Complemento casa
CEP 63-860.000	Cidade Madalena	Estado Ceará

DECLARO que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50, com fundamento na Lei 7.115/83.

Madalena – Ceará, 11 de Janeiro de 2021.

Francisco José de Souza Costa

Declarante

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2002005000910 DATA DE EXPEDIÇÃO 3/1/2002

NOME FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA

FILIAÇÃO JOSE NERI DA COSTA E MARIA DO CARMO DE SOUSA COSTA

NATURALIDADE QUIXERAMOBIM-CE DATA DE NASCIMENTO 10/8/1965

DOC ORIGEM CERT. CASAM. 5043 L B/10 F

289 MADALENA/CE ID. ANT. 84465784

CPF 371.784.823-20

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

E DEFESA DA CIDADANIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Francisco Jose de Sousa Costa

Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

371.784.823-20

Nome

FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA

Nascimento

10/08/1965



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 572641844

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

MAI/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
2572036 DV **8**

VENCIMENTO
05/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
52,14

DADOS DO CLIENTE

Rota 23 036051 19 066000

Medidor

Poste

Nome MARIA DE FATIMA BARBOSA COSTA

1603592

0000 0000

Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora FZ CACIMBA DA PEDRA 09999 CAJAZEIRAS MADALENA 63860000

RG / CPF / CNPJ 481.121.193-68

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
4781	4673	1	108	0	108

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh

Quantidade * Tarifa = Valor (R\$)

108 0,39024 42,14

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

Prev. Próxima
Leitura

06/05/2019

06/06/2019

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

E5A4.7F7F.83F7.0AB9.F493.10FC.DE58.FEB8

ICMS

Base de Cálculo (R\$)
ISENTO

Aliquota

Valor do Imposto

OUTROS PAGAMENTOS

DOACAO HOSPITAL BATISTA 0800 042 0108

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,21)

10,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	22,37
TRANSMISSÃO	1,77
DISTRIBUIÇÃO	13,14
ENCARGOS SETORIAIS	2,98
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	1,88

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

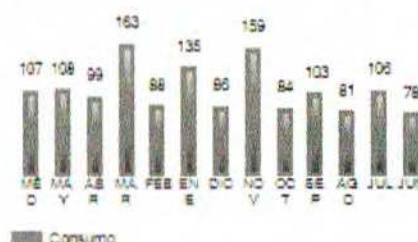
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 27,31

Conjunto MACAOCA

Mês MAR/ 2019

	Padrão Individual Mensal	Trim. Anual	Apuração Individual Mensal	Trim. Anual
DIC (h)	10,73	21,46	42,92	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	0,00
DMIC (h)	5,78		0,00	

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

2572036-8

N° da Nota Fiscal: 572641844

Total a Pagar (R\$): 52,14

Data de Emissão:

06/06/2019

Referência: MAI/2019

N° de Controle: 0002572036 00200 4333 2 21

83850000000-8 52140031000-1 00025720360-5 02004333267-0



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA SOB AS PENAS DA LEI

DECLARANTE:

Nome FRANCISCO JOSÉ DE SOUSA COSTA		
Nacionalidade Brasileiro (a) Brasileiro	Estado Civil Casado	Profissão Agricultor
RG (Registro de Identidade) 2002005000910 SSPDS/CE	CPF 371.784.823-20	
Endereço / Localidade Fazenda Cacimba da Pedra		Número S/Nº
Bairro / Distrito Distrito Cajazeiras	Complemento casa	
CEP 63-860.000	Cidade Madalena	Estado Ceará

DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83) que sou residente e domiciliado (a) no endereço acima informado.

Declara ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

"Art. 299" – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Madalena – Ceará, 11 de Janeiro de 2021.

+ 
DECLARANTE

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE MADALENA

fls. 13



Impresso nº 2018219240

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 493 - 329 / 2018

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **12/11/2018 10:10:04**Data / Hora da Ocorrência: **09/12/2017 16:00:00**Endereço da Ocorrência: **VILA SÃO JOSÉ DOS GUERRAS**

Complemento:

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

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **FRANCISCO JOSÉ DE SOUSA COSTA**Nascimento: **10/08/1965** CPF: **371.784.823-20**RG: **2002005000910** Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **MARIA DO CARMO DE SOUSA COSTA****JOSÉ NERI DA COSTA**Endereço: **VILA FAZENDA CACIMBA DA PEDRA**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **MADALENA/CE**CEP: **63.860-000**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 99233-4362****Dados do(s) Veículo(s)****1) Placa: HYD6985 Uf: CE Município: MADALENA Chassi:****9C2KC08108R038597 Renavam: 936439840 Tipo do Veículo:****MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS Ano****Fabricação: 2007 Ano Modelo: 2008 Combustível: GASOLINA Cor:****PRETA Proprietário: FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA Situação:****NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO****Histórico**

Informar que data, local e horário supracitado, trafegava no veículo acima descrito como garupeiro, quando FRANCISCO WELINGTON BARBOSA COSTA, condutor da motocicleta, perdeu o controle do veículo vindo ambos a colidir com uma árvore; Que após o acidente o noticiante foi socorrido para o hospital local da cidade de Itatira; Que o noticiante tem como testemunhas o Sr. Francisco Vale do Nascimento, portador do RG nº 324980-82 e CPF nº 245.524.103-34, residente e domiciliado na Fazenda Cacimba da Pedra, zona rural deste município bem como o Sr. Marcos Paulo Ferreira Severo, portador do RG nº 2007068910-0, CPF nº 048.532.693-04, também residente e domiciliado na fazenda Cacimba da Pedra; Que foi apresentado no ato do registro do presente Boletim, cópias dos documentos das testemunhas acima mencionadas, bem como as seguintes cópias do noticiante (rg, cpf, comprovante de residência, ficha de referência do Hospital Municipal de Itatira/CE, FICHA DE REFERÊNCIA DO Hospital e Maternidade Regional São Francisco, e do dut do veículo supra mencionado envolvido no acidente. E NADA MAIS DISSE.//////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MADALENA



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

fls. 14



Impresso nº 2018219240

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 493 - 329 / 2018

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

FLAVIA CAROLINA MONTEIRO FONSECA - MAT.: 30120264

** Francisco Zale do Nascimento*

** Marcos Paulo Ferreira Silva*

MAR / 2018



GOVERNO MUNICIPAL DE
ITATIRA
"Nossa cidade cresce com você"



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITATIRA
Secretaria Municipal de Saúde
FICHA DE REFERÊNCIA

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

Unidade de Origem: MADALENA

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: FRANCISCO JOSE DE SAUSZ COSTA Pront. Nº: 251016

Sexo: M ☐ F ☐ Data De Nascimento 20/08/1965 Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento: Pct encur de moto e foi ejetado.

Está com corte em região frontal e cervical
deixa de forte dores na coluna torçica

Resultado de Exames: e EEG 10 e szr 73% em ra ambiente.

Conduta já Realizada: Estabilização coluna cervical + torçica + Hidratação +
O2.

Impressão Diagnóstica: TCE

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro
Dr. Vivian Alexandra
15.647

Função

09, 12, 17

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico: Principal: _____ CID: _____

Secundário 1: _____ CID: _____

Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de Consulta para Segmento: _____

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

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

Gráfico Máximo 1001 9427 4708

Declaração

Declaro para os devidos fins que o paciente **FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA**, deu entrada nesta Unidade Básica de **Saúde João Silva Guerra** PSF IX no dia 09/12/2017, vítima de queda de moto e foi encaminhado para o Hospital de referência.

Itatira-Ce, 06 de junho de 2019


Carlos Cesar Andrade de Oliveira
Enfermeiro
COREN: 536770

RESPONDENDO PELA
COORDENAÇÃO

Carlos Cesar Andrade de Oliveira
Enfermeiro da Emergência



Serviço de Neurocirurgia

Instituto Dr. José Frota
Rua Barão do Rio Branco 1816
Fortaleza - Ceará

RESUMO DE ALTA NEUROCIRÚRGICA/ ATESTADO MÉDICO

Nome: FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA		
Sexo: M	Internação: 12/12/2017	Alta Neurocirúrgica: 15/01/2018
Diagnóstico: CANAL ESTREITO CERVICAL C3-C4 E C4-C5		
Prontuário: 5540891	ASIA D	ATRODESE CERVICAL ANTERIOR C3-C5 E CORPECTOMIA DE C4

Evolução Clínica:

Paciente, 52 anos, vítima de acidente de moto no dia 09/12/17. Admitido no IJF com diparesia braquial. TC de crânio da admissão sem alterações intracranianas. Realizou RNM de coluna cervical que evidenciou canal estreito cervical ao nível de C3-C4 e C4-C5. Encaminhado para enfermaria da neurocirurgia no dia 16/12/17 para avaliação e conduta. Realizado artrodeose cervical anterior C3-C5 com corpectomia de C4 no dia 28/12/17 pelo Dr. Márcio Parahyba, sem intercorrências. Teve diagnóstico de TVP bilateral e iniciado Marevan para anticoagulação; hoje com INR=2,8.

Resultado de Exames:

TC de crânio (10/12/17): normal.
RNM de coluna cervical (16/12/17): canal estreito cervical ao nível de C3-C4 e C4-C5.
US Doppler de MMII: TVP bilateral

Hoje:

PACIENTE EVOLUINDO BEM, COM MELHORA PROGRESSIVA DO DEFICIT, JÁ INICIOU DEAMBULAÇÃO. (INICIALMENTE ASIA C COM DIPARESIA MAIOR EM MMSS E DIFICULDADE PARA CONTROLE DE ESFINCTER).

Orientações:

- Alta da neurocirurgia, ALTA HOSPITALAR.
- RETORNO AMBULAORIAL COM DR. MARCIO PARAHYBA EM 1 mês.
- RETORNO AMBULATORIAL COM CIRURGIA VASCULAR
- RETORNO À EMERGÊNCIA SE INTERCORRÊNCIAS.
- CONTINUAR USO DE MAREVAN 5MG/DIA
- FISIOTERAPIA MOTORA

Fortaleza, 15 de Janeiro de 2018.



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO

Paciente: _____
BE / Prontuário: _____

Atestado

Atesto que Francisco Jose de
Souza Costa foi submetido em
dezembro 2017 a cirurgia
cervical, em 02 níveis, para comp
estreito cervical.

Apresenta boa evolução, com
maneira independente.

Alta definitiva
cil M.S.O.D

Márcio C. Parahyba
Neurocirurgia - Cirurgia de Coluna
CRM 4021

Data: 30/08/18

Ass./Carimbo do Médico

3255 5056
14:00hs



Sistema de Protocolo Único

Prefeitura Municipal de Fortaleza

Nº Processo : P023446/2018

Dt. Abertura : 15/01/2018 - 16:17

Local Abertura : IJF/PROTOCOLO - Serviço de Protocolo

Local Atual : IJF/NUAME - Núcleo de Arquivos Médicos e Estatística

Tipo : - Processos Decisórios Gerenciais Administrativos

Assunto : - Administrativo Financeiro - - Solicitação De Laudo -
declaração

Envolvido : Francisco Jose De Sousa Costa

Observação : SOLICITAÇÃO DE LAUDO MEDICO

Folhas : 7

Anexos : 0

Para consultar o processo acesse:

<http://spuevolucao.fortaleza.ce.gov.br/totem>

Fortaleza - 15/01/2018 - 16:17

Recebido por:

em

____/____/____

15/01/2018 16:14



SOL: 14420023326

Data da Impressão : 9/18/21

Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora : SANTA CASA DE CANINDE

Convênio : SUS AMBULATORIO

Dados do Paciente

GUIA :

Usuário do Cadastro :

Usuário do Atendimento :

ANAL

MARCUS

Nome : FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA

Paciente : 89544

Atendimento
1307902

Nome da Mãe : MARIA DO CARMO DE SOUSA COSTA

Sexo : MASCULINO

Data Nascimento: 10/08/1965

Idade: 52 Anos / 3 Meses / 29 Dias

Endereço : CACIMBA DA PEDRA

Bairro : ZONA RURAL

CEP : 63860000

Cidade : MADALENA

Telefone :

Dados do Atendimento

Prestador Médico : ANTONIO JEAN SANTOS NOUR

Especialidade : CIRURGIA GERAL

Serviço : CIRURGIA GERAL

Data : 09/12/2017

Hora : 19:04:30

MUEE SOUSA LOPES

Assinatura do Paciente ou Responsável

RG: 2002005000910

Queixas :

T: 34.5 PA 90x60 mmHg

Sat. 98% F. 77 bpm

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico : () Sim () Não A que?

Anamnese :

PRV - VIT. AC DE MOTO S/CAPACETE DO ROYAL
A TRAMA DA FACA C/ LACONCAÇÃO NAAL E DO, PAV. ANTERIOR
BIO, TCB C/ FERIDA NA REG. FRONTAL
BG: 12

Exame Físico:

INABRAN D/TRAQ. DA TRAMA FACA

Hipótese Diagnóstica :

LACONCAÇÃO NAAL

Cód. COD 10 :

Procedimento

☐ Imagem :☐ Laboratório :☐ Outros :

Medicação

Carimbo/Assinatura
Enfermagem/COREN



HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL SÃO FRANCISCO

A Santa Casa de Canindé

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará - CEP: 62700-000 CNPJ: 07.113.558/0001-22
Telefone: (085) 3343-2110 - Fax: (085) 3343-1768 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ - FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO - 5ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE - MUNICÍPIO: CANINDÉ

NOME: Fco José de Sousa Costa PRONTUÁRIO Nº: 25 10 15

SEXO: M ☐ F ☐ DATA DE NASCIMENTO: / / TELEFONE: / /

END.: BAIRRO: CIDADE:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

Ver. de Ac. do Novo S/Capacete, Resol.
DO TCB c/ Fenda na Reg Frontal

RESULTADO DO(S) EXAME(S): BG-12

CONDUTA JÁ REALIZADA:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TCB CID: / /

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE: Jean Nour Nº REGISTRO: FUNÇÃO: DATA: 09.12.17 HORA:

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR ☒ AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐

PROCEDIMENTO: AVUL / TRAUMA PROFISSIONAL: TRAUMA

UNIDADE DE REFERÊNCIA: DATA: / / HORA:

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA(*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

MUNICÍPIO: PRONTUÁRIO Nº: ALTA:

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO:

RESULTADO DO(S) EXAME(S):

DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL CID:

SECUNDÁRIO 1 CID:

SECUNDÁRIO 2 CID:

PROPOSTA DE CONSULTA PARA SEGUIMENTO:

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM ☐ NÃO ☐ O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM ☐ NÃO ☐



Ficha de Atendimento INTERNACAO

Dados do Paciente

SUS INTERNACAO

Usuário do Cadastro :

ANA

Paciente : 89544 CNS : 898000405449854 Idade: 52 Anos / 3 Meses / 29 Dias
Nome do Paciente : FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA Data Nascimento : 10/8/1965
Sexo : MASCULINO Estado Civil : CASADO Religião :
Profissão : AGRICULTOR Naturalidade : QUIXERAMOBIM
Endereço : CACIMBA DA PEDRA Número : 0
Bairro : ZONA RURAL Cidade : MADALENA
CEP : 63860000 Telefone :
Identidade : 2002005000910 CPF :
Nome da Mãe : MARIA DO CARMO DE SOUSA COSTA
Nome do Pai : JOSE NERI DA COSTA



Dados do Responsável

Nome : FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA Parentesco : MESMO(A) Fone :
Endereço : CACIMBA DA PEDRA Número : 0
Complemento : CEP : 63860000
98001629746

Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento :

MARCIA

Número : 1307905



Data : 09/12/2017 Hora : 20:03:58

Origem : INTERNACAO SUS

Unidade de Internação : POSTO 5

Tipo : INTERNACAO CIRURGICA URG

Leito : LEITO VIRTUAL - P5

Médico do Atendimento : 277 ANTONIO JEAN SANTOS NOUR

Conselho: CRM-C - 014476

Especialidade : CIRURGIA GERAL

CNS : 980016297462971

Convênio : 1 SUS INTERNACAO

Plano : SUS INTERNACAO

Carteira :

Guia :

Dias Autorizados :

Horas Autorizadas :

Acomodação : ENFERMARIA

Serviço : CIRURGIA GERAL

CID :

Procedimento principal :

Local de Procedência :

Observação:

Paciente/Responsável

ANTONIO JEAN SANTOS NOUR
CRM-C 014476

Jean Nour
CRM-C 014476
Cirurgião Geral

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO	2527413
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO	2527413

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - N° Prontuário
FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA	89544
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento
898000405449854	10/08/1965
9 - Sexo	10 - RaçaCor
☒ Masculino ☐ Feminino	99 - Sem Informação
11 - Nome da Mãe	10.1 - Etnia
MARIA DO CARMO DE SOUSA COSTA	0000 - Não Se Aplica
13 - Nome Responsável	12 - Telefone de Contato
FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA	8834363272
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro)	14 - Telefone de Contato
CACIMBA DA PEDRA, 0 - ZONA RURAL	
16 - Município	17 - IBGE
MADALENA	230763
18 - UF	19 - CEP
CE	63860000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
<i>PRO VST. AC. DO MORO, S/CAPACETE, QUA ROTURTOU TRAUMA DA FACE C/ LACERACÃO NASAL E DO LAB. ANTERIOR E</i> <i>5 TRAUMA DA TCE C/ FENDA NA REG. FRONTAL</i>
21 - Condições que justificam a internação
<i>CRANIOTOMIA</i>
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
23 - Diagnóstico Inicial / Código
<i>FRATURACÃO NASAL E ORBITA. S013</i>
24 - CID 10 Principal
25 - CID 10 Secundário
26 - CID 10 Causas Associadas

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	PROCEDIMENTO SOLICITADO	28 - Código do Procedimento
<i>Reconstr. da ORBITA + Reconstr. NASAL</i>		<i>041304011</i>
29 - Especialidade	30 - Carater de Atendimento	31 - Documento
		(X) CNS () CPF
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (N° de Registro no Conselho)
ANTONIO JEAN SANTOS NOUR	09/12/2017	<i>Jean Nour</i> CREMEC 14476 Chirurgião Geral 014476

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - N° Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - N° da Autorização da Internação Hospitalar (Alf)
AURELIO PARENTE BARBOSA	M230280001	
48 - Documento	49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
(X) CNS () CPF	201560652950007	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho)	

Código do Laudo: 1307905



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (085) 3343-2110 Fax: (085) 3343-1768 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

LAUDO DE CIRURGIA

Paciente	F ^{co} Jone de Sousa Costa	Prontuário	
Data da Cirurgia	09/12/17	Enfermaria	
Diagnóstico Pré-Operatório:			
Cirurgia Proposta:			
Cirurgia Realizada:	① RECONSTRUÇÃO DA ORELHA ② NA NASAL		
Diagnóstico Pós-Operatório:	① LACERADA TRAUMÁTICA DA ORELHA B.D. ② LACERAÇÃO NASAL		
Cirurgião:	Dr. Jean		
1º Auxiliar:			
2º Auxiliar:			
3º Auxiliar:			
Anestesista:	Dr. Olesse		
Circulante:			
Instrumentador:	Omaelia		
Tipo de Anestesia:	local		

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

① ASISOPSIA / ANTISSOPSIA:
 ABORDAGEM DE LACERADA DO Pav. AURICULAR B.D.
 REGULANDO-A.
 PLASTIA C/ NYLON 4-0

② ASISOPSIA / ANTISSOPSIA:
 REGULANDO DE LACERADA NASAL
 RECONSTRUÇÃO C/ VECOR 4-0 &
 NYLON 4-0

SUTURA DE FENDA NA REG. FRONTAL C/
 NYLON 4-0

Dr. Jean Nour
CREMEC 14476

Dr. Jean Nour
CREMEC 14476

Dr. Jean Nour
CREMEC 14476



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (085) 3343-2110 Fax: (085) 3343-1768 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



BOLETIM CIRÚRGICO

Cirurgia: Reconstituição da orelha + reconstituição maxilar Data: 09/12/17
Paciente: Faz José de Sousa Costa
Cirurgião: Dr. Jhon Leito: _____ Convênio: SUS
1º Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ 3º Auxiliar: _____
Início: _____ Fim: _____ Duração: _____
Anestesia: bocal início: 20:10 Fim: 20:30 Duração: _____

MEDICAMENTOS	UNID.	QTD.	MATERIAIS	UNID.	QTD.	CONSIGNAÇÃO	QTD.
Adalat sl	CAP		Azul de Metileno	ML		Botão p/ Crânio	
Adnocard	AMP		Agulha Descartável (40x12,25x7,13x4)	UN	02	Cabeça Inter-Cambível	
Adrenalina	AMP		Algodão Ortopédico	CM		Caneta p/ Bisturi	
Água Destilada 10ml	AMP		Agulha Descartável Peridural	UN		Canula de Aorta p/ CEC	
Água Destilada 500ml	TB		Agulha Descartável Raqui	UN		Cat. Balão p/ Embolotectomia Art. Venosa	
Albumina Humana	FR		Abocath N°	UN		Catéter Arterial	
Alloferine	AMP		Aparelho p/ Tricotomia (desc)	UN		Catéter Intra-Venosa	
Amicacina	AMP		Álcool	ML		Cimento Ortopédico	
Aminofilina	AMP		Álcool Iodado	ML		Clips p/ Aneurisma	
Ampicilina	AMP		Água Oxigenada	ML		Conj. p/ Hidrocefalia Baixo Perfil	
Antak	AMP		Ásепtol	ML		Conj. Auto Transfusão	
Aramin	AMP		Atadura de Crepon (10cm; 15cm)	UN		Cotonóide	
Atlansil	AMP		Atadura de Crepon (20cm; 25cm)	UN		Contra Pino	
Atropina	AMP		Atadura Gessada (10cm; 15cm)	UN		Dreno p/ Sucção (Ponta de Apirador)	
Bicarbonato de Sódio	AMP		Atadura Gessada (20cm; 25cm)	UN		Dreno p/ Sucção	
Buscopan	AMP		Algodão	GR		Enxerto Art. de PTEE (por cm)	
Cataflan Sup	UN		Bolsa p/ Cotostomia	UN		Enxerto Art. Tubular Inorgânico Bifurcado	
Cedilanide	AMP		Cal Sodado	GR		Exerto But. Tubular Inorgânico	
Cefazolina	AMP		Catéter Peridural	UN		Endapath - Trocater (10mm)	
Cefamesin	AMP		Cabon	CM		Filtro Linha Arterial	
Celestone	AMP		Cera de Osso	UN		Filtro p/ Cardioplégia	
Claforan	AMP		Cidex	ML		Fio de Aço	
Clexane	AMP		Chumaça	UN		Fios de Kischner	
Clorafenicol	AMP		Coletor Urina Sistema Fechado	UN		Fios de Staimman	
Cloreto de Potássio	AMP		Coletor de Urina Urofix	UN		Fixador Dinâmico de Antebraço	
Cloreto de Sódio	AMP		Compressa Cirúrgica Pequena	UN		Fixador Dinâmico de Fêmur	
Cloridraia de Nalarfina	AMP		Compressa Cirúrgica Média	UN	03	Fixador Dinâmico de Tibia	
Complexo B	AMP		Catéter p/ Oxigênio	UN		Fixador Dinâmico de Úmero	
Decadron	AMP		Cânula p/ Traqueostomia	UN		Ganchos	
Dilacorón	AMP		Dreno de Keer	UN		Grampos de Blaut	
Dimorf	AMP		Dreno Penrose	UN		Haste de Harrington	
Dipirona	AMP		Esparadrapo	CM	50	Haste de Luck	
Dipirona Supositório	UN		Eletrodo Descartável (Conj.)	UN		Haste Femural	
Diprivan	AMP		Equipo p/ Bomba de infusão	UN		Hemoconcentrador	
Diprosopan	AMP		Equipo p/ Infusão	UN		Hemostática Tipo Surgicel	
Dubotrex	AMP		Equipo p/ Transfusão	UN		Kit Canulas	
Dopamina	AMP		Equipo p/ Microgotas	UN		Liga Clip	
Dormonid	AMP		Equipo Bureta	UN		Oxigenador de Bolhas	
Droperidol	AMP		Equipo Fotossensível	UN		Oxigenador de Membrana	
Efortil	AMP		Equipo p/ PVC	UN		Parafuso Corticais	
Ergotrate	AMP		Éter	ML		Parafuso Esponjosos	
Esmeron	AMP		Fita Cardíaca	ENV		Patch Inorgânico (por cm - Bovino)	
Ethamolin	AMP		Formol	ML		Parafusos Maleolar	
Etrane	ML		Fibrase	GR		Patch Inorgânico (por cm - Dracon)	
Fentanil 05 ml	AMP		Fio Cat Gut Simples	ENV		Pino	
Fentanil 10 ml	AMP		Fio Cat Gut Cromado S/AG	ENV		Pino Deslizante	
Flagyl 500 mg	FR		Fio Cat Gut Cromado C/AG	ENV		Placa Angular	
Flaxedil	AMP		Fio Cat Gut Cromado	ENV		Placa DCP pequenos fragmentos	
Forane	ML		Fio Cat Gut Cromado Laçado	ENV		Placa DCP grandes fragmentos	
Fortaz	AMP		Fio Monicron	ENV		Placa de Richard	
Fraxiparina 0,3 ml	AMP		Fio Algodão S/AG	ENV		Placa Tubular	
Fraxiparina 0,6 ml	AMP		Fio Algodão C/AG	ENV		Placa p/ Bisturi	01
Furacin	GR		Fio Mononylon	ENV	02	Prótese Bipolar	
Garamicina (40,80 mg)	AMP		Fio Prolene Cardíaco 7.0	ENV		Prótese Valvular Mecânica de Baixo Perfil	
Garasone	GR		Fio Prolene	ENV		Prótese Valvular Biológica	
Glicose (25%,50%)	AMP		Fio Seda	ENV		Reservatório Cardioplégia	
Gluconato de Cálcio	AMP		Fio Vicryl	ENV		Reservatório Cardiotomia	
Haemacel	FR		Fio Maxon	ENV		Salto p/ Gesso	
Halotano	ML		Fio Valvekit	ENV		Serra de Gigie	
Heparina	AMP		Fio Ethibonnd	ENV		Sistema p/ Drenagem Mediastinal	
Hidantal	AMP		Gilete	UN		Sistema p/ Drenagem Torácica	
Hypague	AMP		Gelfoan	UN		Solução Cardioplégia de Indução	
Hypnamidade	AMP		Gase Alcochoada	UN		Solução Cardioplégia de Manutenção	
Inoval	AMP		Gorro Descartável e Touca	UN	38	Tela de Marlex	
Ipsilon	AMP		Gase	UN		Válvula p/ Hidrocefalia	
Irurol	GR		Intracath	UN			

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.

MEDICAMENTOS	UNID.	QTD.	MATERIAIS	UNID.	QTD.				
Isordil	AMP		Lâmina de Bisturi	UN	03				
Kanoklon	AMP		Luvas	PAR	03				
Keflin 1g	AMP		Latex	UN					
Ketalar	AMP		Micropore	CM					
Lanexate	AMP		Malha Tubular 8 cm	CM					
Lasix	AMP		Malha Tubular 12 cm	CM					
Liquemine	AMP		Malha Tubular 20 cm	CM					
Losec	AMP		Máscara Descartável	UN	06				
Manitol 20%	TB		Pasta p/ ECG	GR					
Marcalna 0,5% c/a	AMP		Perlusor	UN					
Marcalna 0,5% s/a	AMP		PVPI Degemante	ML	50				
Marcalna Pesada	AMP		PVPI Tópico	ML	50				
Mefoxin	AMP		PVPI Tintura	ML					
Metergin	AMP		Polifix	UN					
Narcan	AMP		Propés Descartável	UN	12				
Naropin	AMP		Rolos Dentais	UN					
Nipride	AMP		Seringa Descartável 1 ml	UN					
Nootropil	AMP		Seringa Descartável 3 ml	UN					
Novalgina Supositório	UN		Seringa Descartável 5 ml	UN					
Novamin 500mg	AMP		Seringa Descartável 10 ml	UN					
Nubain	AMP		Seringa Descartável 20 ml	UN	01				
Omnipague	AMP		Sonda de Foley 2 vias N°	UN					
Orastina	AMP		Sonda de Foley 3 via N°	UN					
Oxacilina	AMP		Sonda N° 08	UN					
Oxigen	AMP		Sonda Uretral	UN					
Papaverina	AMP		Sonda Nasogástrica	UN					
Pavulan	AMP		Torneira Tree Way	UN					
Plamet	AMP		Tubo Traqueal	UN					
Plasil	AMP		Tampão Vaginal	UN					
Profenid (IV)	AMP		Tampão Cardíaco	UN					
Propranolat	AMP								
Prostigmine	AMP		TAXAS						
Protamina	AMP		TAXA SALA PORTE						
Quelicin	AMP		MONITOR						
Quemacetina	AMP		OXIMETRO						
Rapifer	AMP		BISTURI ELÉTRICO						
Revivan	AMP		ASPIRADOR						
Rifocina	AMP		DEFIBRILADOR						
Rocelin	AMP		MICROSCÓPIO CIRÚRGICO						
Solu-medrol 125 mg	AMP		SERRA ELÉTRICA P/ CIRÚRGIA						
Solu-medrol 500 mg	AMP		SERRA ELÉTRICA P/ GESSO						
Solcortef 100 mg	AMP		VÍDEO LAPAROSCOPIA						
Solucortef 500 mg	AMP								
Soro Fisiológico 250 ml	TB								
Soro Fisiológico 500 ml	TB								
Soro Frutose 500 ml	TB								
Soro Glicofisiológico	TB								
Soro Glicosado 250 ml	TB		SANGUE E HEMODERIVADOS						
Soro Glicosado 500 ml	TB		SANGUE TOTAL						
Soro Ringer c/ Lactado	TB		CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS						
Styptanon	AMP		PLAMA						
Sulfato de Magnésio	AMP		CRIO						
Sulfenta	AMP		PLAQUETAS						
Sylador	AMP		JUSTIFICATIVA DO MONITOR						
Thionembutal	FR								
Tilatil	AMP								
Tracrilm	AMP								
Tramal	AMP								
Transamin	AMP								
Tridil	AMP								
Trofodermin	GR								
Valium	AMP								
Vaselina	GR		GASES		QTD.				
Violeta de Genciana	ML		AR COMPRIMIDO						
Vitamina C	AMP		OXIGÊNIO						
Voltaren 75 mg	AMP		PROTÓXIDO						
Xylocaina c/ Adrenalina	AMP		GÁS CARBÔNICO						
Xylocaina Geléia	GR								
Xylocaina Pesada	AMP								
Xylocaina sem Adrenalina	AMP	01							
Xylocaina spray	ML								
Zofran	AMP								

OBSERVAÇÕES:

CIRURGIÕES: Dr. Tram

ANESTESISTA: Dr. Alse

INSTRUMENTADORA: Osmailia

CIRCULANTE:



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (085) 3343-2110 Fax: (085) 3343-1768 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



BOLETIM DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: Fco José de Sousa Costa
 IDADE: 52 anos TIPO SANGÜÍNEO: B
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Prostatectomia
 CIRURGIA REALIZADA: Prostatectomia
 TIPO DE ANESTESIA: RA ANESTÉSICO: Propofol
 INÍCIO: 20:10 TÉRMINO: 20:30 DURAÇÃO: 14/45
 CIRURGIÃO: [assinatura] CRM: [assinatura]
 1º AUXILIAR: [assinatura] CRM: [assinatura]
 2º AUXILIAR: [assinatura] CRM: [assinatura]
 ANESTESISTA: [assinatura] CRM: [assinatura]

MEDICAMENTO ANESTÉSICO DROGAS E INFUSÕES.

SANGUE: <u>[assinatura]</u>	KETALAR: <u>[assinatura]</u>	ADRENALINA: <u>[assinatura]</u>
PLASMA <u>[assinatura]</u>	FLAXEDIL: <u>[assinatura]</u>	AMINOFILINA: <u>[assinatura]</u>
S. GLICO FISIOLÓGICO <u>[assinatura]</u>	DOLANTINA: <u>[assinatura]</u>	FENERGAN: <u>[assinatura]</u>
RINGER LACT.: <u>[assinatura]</u>	ATROPINA: <u>[assinatura]</u>	ERGOTRATE: <u>[assinatura]</u>
S. FISIOL.: <u>[assinatura]</u>	PROSTIGMINE: <u>[assinatura]</u>	ETRANE: <u>[assinatura]</u>
S. GLICOSADO: <u>[assinatura]</u>	VÁLIUM 10: <u>[assinatura]</u>	HALOTANO: <u>[assinatura]</u>
THIONEMBUTAL: <u>[assinatura]</u>	PLASIL: <u>[assinatura]</u>	OXIGÊNIO: <u>[assinatura]</u>
INOVAL <u>[assinatura]</u>	FLEBOCORTID: <u>[assinatura]</u>	XILOCAÍNA 5%: <u>[assinatura]</u>
FENTANIL: <u>[assinatura]</u>	EFORTIL: <u>[assinatura]</u>	MARCAÍNA 0,5%: <u>[assinatura]</u>
SOLUÇÃO DE MANITOL <u>[assinatura]</u>	LIDOCAÍNA 2% <u>[assinatura]</u>	XILOCAÍNA FRASCO AMP. <u>[assinatura]</u>
DORMONID <u>[assinatura]</u>	PAVULON <u>[assinatura]</u>	QUELICIN <u>[assinatura]</u>
ORASTINA <u>[assinatura]</u>	MAGNOPIROL <u>[assinatura]</u>	DIMORF <u>[assinatura]</u>
VOLTAREN <u>[assinatura]</u>	TAGAMET <u>[assinatura]</u>	GENTAMICINA <u>[assinatura]</u>
CLORANFENICOL <u>[assinatura]</u>	AMPICILINA <u>[assinatura]</u>	BICARB. DE SÓDIO <u>[assinatura]</u>
LASIX <u>[assinatura]</u>	CLORETO DE POTÁSSIO <u>[assinatura]</u>	GARDENAL <u>[assinatura]</u>
SULFATO DE MAGNÉSIO <u>[assinatura]</u>	TRANSAMI <u>[assinatura]</u>	VIT K <u>[assinatura]</u>
TROFODERMIN <u>[assinatura]</u>	FURACIN <u>[assinatura]</u>	CICATRENE <u>[assinatura]</u>
OUTROS <u>[assinatura]</u>	PROFENID <u>[assinatura]</u>	TILATIL <u>[assinatura]</u>

OBSERVAÇÕES: [assinatura]

Martinho Jansweld de Carvalho
 Médico - CRM 1669
 CPF: 037.324.014-72

ASSINATURA E CARIMBO DO ANESTESISTA

CANINDÉ-CE, 09 DE Dezembro DE 20 17

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (085) 3343-2110 Fax: (085) 3343-1768 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



NOME: <u>João José de Sousa Neto</u>	Nº PRONTUÁRIO	ENF:	LEITO
--------------------------------------	---------------	------	-------

NOTAS SOBRE A EVOLUÇÃO DA DOENÇA, COMPLICAÇÕES CONSULTAS, MUDANÇAS DE DIAGNÓSTICO, CONDIÇÕES AO SER DADA ALTA, INSTRUÇÕES AO PACIENTE, DEVENDO TODA ANOTAÇÃO SER ASSINADA PELO PROFISSIONAL QUE A FEZ.

DATA	EVOLUÇÃO	RUBRICA
09/12	Dr. Jean Nour Ver. Dr. Al. de Melo S/COPACABA OUS ROBERTO TRAUMA DA FACE C/ LACERACÃO DO PAU. AURICULA BIA, DA REG NARAL, FERIDA NA REG FRONTAL B TCB. ⇒ Realizar as reconstruções e monitorar TCB. Dr. Jean Nour no pós-op. Dr. Jean Nour BG = 12 TRANSFUSÃO P/ HORA! FANESARCO	25/10/18 DR. JEAN NOUR CREMEC 14476 DR. JEAN NOUR CREMEC 14476

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.

NOME

^{IE} Leo
for Dr. Serrano 1976

LEITO

DATA	PRESCRIÇÃO	MÉDICA	HORÁRIO MEDICAMENTOS	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
01/12/2024	5-6 5x 500ml S. PENICILINA LACTADA 500ml EXAMINAR 1 ANO BR	DR. JESSE NOU CREME		As 20:00 h, paciente admitido na enfermaria hospitalar para tratamento cirúrgico de "abscesso extenso em parede + orquídeas". O exame físico: Orientado, Cor PT=140/90mmHg, T=36,5°C. Após para o CC por manobras de Loggins. Sinais vitais: 33 1/3 1/3 5
02/12/2024	5-6 5x 500ml S. PENICILINA LACTADA 500ml EXAMINAR 1 ANO BR	DR. JESSE NOU CREME		As 20:10 h, cliente deu baixa no C.C. p/ retorno a uma internação cirúrgica: Recomendações da Delme + Recomendações da Assal. Assal Dr. Alceu Lima. Dr. Jean José Amelina. As 20:30h, cliente saiu comente e orientado. PT=140/60mmHg P=88bpm S=92/1mmHg. Sinais vitais: 33 1/3 1/3 5



(/)

Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190389183 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA

CPF/CNPJ: 37178482320

Posição em 11-12-2020 18:41:21

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
09/07/2019	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
13/07/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	(https://apiconsultadossie.seguradoralider.com.br/api/file/download/m3P4TftATpZyvvxd+b...api_key=8HlcZYwyJtgsfEjxcJzjgs+Fkx3Yv5hWtBM44Sfm6M=)
28/06/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	(https://apiconsultadossie.seguradoralider.com.br/api/file/download/eSIRTMo7eBRofbrg6do59...api_key=8HlcZYwyJtgsfEjxcJzjgs+Fkx3Yv5hWtBM44Sfm6M=)

**TERMO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS E
CONCORDÂNCIA COM O(S) PEDIDO(S)**

Eu, FRANCISCO JOSÉ DE SOUSA COSTA, brasileiro (a), Brasileiro, Casado, portador (a) do RG sob o nº. 2002005000910, expedido pelo órgão SSPDS- CE e inscrito (a) no CPF sob o nº. 371.784.823-20, residente e domiciliado (a) no Fazenda Cacimba da Pedra, nº. s/nº, Bairro Distrito Cajazeiras, comarca de Madalena, estado do Ceará CEP 63-860.000.

Declaro, para os devidos fins de direito, sob as penas da lei, que as informações prestadas e documentos que apresentei ao escritório de **VINICIUS PINHEIRO MELO, brasileiro, advogado**, devidamente inscrito na **OAB/CE 1453**, com sede o escritório na **Rua Pça Mons. José Cândido, nº 103, Loja 01**, Bairro **Centro**, cidade de **Boa Viagem**, estado do **Ceará**, CEP: **63.870-000**, constituído para a finalidade de ajuizar á uma **Ação Cível**, contra a Seguradora Líder, administradora de seguros DPVAT, são verdadeiras e autênticas (fieis a verdade e condizentes com a realidade dos fatos á época do acidente de transito).

Sendo assim, declaro nesta oportunidade que tive acesso a minha petição inicial e concordo com todos os pedidos elencados.

Por fim, fico ciente através deste documento que a falsidade dessa declaração configura crime previsto no Art. 299 do Código Penal Brasileiro e passível de apuração na forma da Lei. Além da ciência de responsabilidade sob todos os efeitos e danos causados pelas minhas declarações.

Por ser verdade, dou fé.

Madalena – Ceará, 11 de Janeiro de 2021.


Declarante

Advogado

Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	Atualização do Pagamento Administrativo no DPVAT - Beneficiário(a): FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA - Sinistro: 3190389183
Valor Nominal	R\$ 3.375,00
Indexador e metodologia de cálculo	INPC-IBGE - Calculado pro-rata die.
Período da correção	9/12/2017 a 9/7/2019

Dados calculados

Fator de correção do período	577 dias	1,062026
Percentual correspondente	577 dias	6,202559 %
Valor corrigido para 9/7/2019	(=)	R\$ 3.584,34
Sub Total	(=)	R\$ 3.584,34
Valor total	(=)	R\$ 3.584,34

Memória analítica do cálculo

Valor inicial	3.375,00
Data inicial	9/12/2017
Data final	9/7/2019
Periodicidade	Mensal
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.

Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
9/12/2017	1/1/2018	0,1928 (%)	3.381,51
1/1/2018	1/2/2018	0,2300 (%)	3.389,29
1/2/2018	1/3/2018	0,1800 (%)	3.395,39
1/3/2018	1/4/2018	0,0700 (%)	3.397,76
1/4/2018	1/5/2018	0,2100 (%)	3.404,90
1/5/2018	1/6/2018	0,4300 (%)	3.419,54
1/6/2018	1/7/2018	1,4300 (%)	3.468,44
1/7/2018	1/8/2018	0,2500 (%)	3.477,11
1/8/2018	1/9/2018	0,0000 (%)	3.477,11
1/9/2018	1/10/2018	0,3000 (%)	3.487,54
1/10/2018	1/11/2018	0,4000 (%)	3.501,49
1/11/2018	1/12/2018	-0,2500 (%)	3.492,74
1/12/2018	1/1/2019	0,1400 (%)	3.497,63
1/1/2019	1/2/2019	0,3600 (%)	3.510,22
1/2/2019	1/3/2019	0,5400 (%)	3.529,17
1/3/2019	1/4/2019	0,7700 (%)	3.556,35
1/4/2019	1/5/2019	0,6000 (%)	3.577,69
1/5/2019	1/6/2019	0,1500 (%)	3.583,05
1/6/2019	1/7/2019	0,0100 (%)	3.583,41
1/7/2019	9/7/2019	0,0258 (%)	3.584,34

Acréscimos de juro, multa e honorários

Sub Total	(=)	R\$ 3.584,34
Valor total	(=)	R\$ 3.584,34

Retornar Imprimir