

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA, brasileiro, agricultor, inscrito no CPF sob o nº 018.642.683-60 e RG. nº 2001099102578, residente e domiciliado na Estrada Única do Sítio Muricituba, S/N, Zona Rural, São Benedito-Ce, Cep 62370-000, habilita os advogados, BERNARDO LUIS DE CARVALHO LIMA, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 32.298 e CARLOS HENRIQUE CARVALHO ALCANTARA, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 24.860, todos com endereço profissional na rua Cap. Miranda, 353, 1º andar, Sala 103, Centro, São Benedito – CE, a quem concede poderes com cláusula AD JUDICIA e EXTRA JUDICIA, para a interposição de competente Ação Cível de Indenização contra a SEGURADORA LÍDER no foro da comarca de São Benedito – CE, conforme estabelecido no art. 105 do Novo Código de Processo Civil pátrio, podendo acompanhar todos os atos de quaisquer processos judiciais e/ou administrativos em que figurar no pólo passivo ou ativo o Outorgante, agravar, apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimentos ou documentos de qualquer natureza, produzir provas e justificações, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, renunciar ao direito que se funda, receber e dar quitação, firmar compromisso, desistir, obter cópia de quaisquer documentos inerentes ao Outorgante junto a órgãos da administração pública ou entes privados, RECEBER ALVARÁ EM NOME DA OUTORGANTE, finalmente tudo o que mais se fizer necessário para o completo desempenho deste mandato. Dando tudo por bom e valioso.

São Benedito – CE, 14 de Novembro de 2018.

x Francisco Armando Ribeiro da Silva

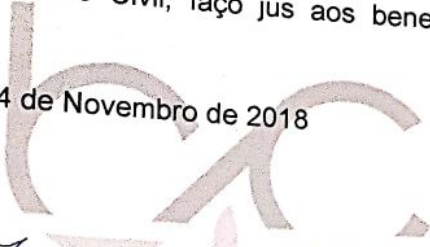
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA**, brasileiro, agricultor, inscrito no CPF sob o nº 018.642.683-60 e RG. nº 2001099102578, residente e domiciliado na Estrada Única do Sítio Muricituba, S/N, Zona Rural, São Benedito-Ce, Cep 62370-000, desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declaro, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950 e do Art. 99 do Novo Código de Processo Civil, faço jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

São Benedito/CE., 14 de Novembro de 2018


Francisco Armando Ribeiro da Silva
declarante

BERNARDO CARVALHO
advocacia

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
Fig. 10

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
CORPES DA CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO
Nº 1079102578 DATA 10/9/2001
FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA
FILHA JOSE RODRIGUES DA SILVA E MARIA
AUXILIADORA RIBEIRO SILVA
NATURALIDADE
SAO BENEDITO-CE DATA DE NASCIMENTO
24/5/1978
DOE CASIERT. NASC. 1065 L A. 02 F
184 INHUCU. S. BENEDITO. CE
CPF

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
018.642.683-60

Nome
FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA

Nascimento
24/05/1976



Seguradora Lider - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

SECRETARIA
Fis. 14

IDENTIFICAÇÃO
VITIMA FRANCISCA APARECIDA RIBEIRO DA SILVA
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO FRANCISCO APARECIDA RIBEIRO DA SILVA
QUANTIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM
A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR STIO MONTESINHO
Nº 514 COMPLEMENTO _____ BAIRRO RIOBR
CIDADE SÃO RAYMUNDO UF CE CEP 612.370-000
E-MAIL _____ TELEFONE (88) 99780-5859

MAQUÊ (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTERIA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AÇÃO DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTERIA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTERIA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTERIA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 06/02/2017
IDENTIDADE 2005 099 100578
ASSINATURA Francisco Aparecido
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA _____ NOME _____ ASSINATURA _____

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ.



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA
PORTADOR(A) DO RG Nº 2001 9991 92578
CPF 038642683-60 / CNPJ 00000000-0000-00 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 10/09/2017
E RENDA MENSAL DE R\$ 320 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA, PROFISSÃO AGRICULTOR
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00; comprobatório dos dados bancários);
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido ou escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação e código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3845 N° da CONTA (com dígito, se existir) 001632713

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

SÃO BENEITO, 05 de MAIO de 2017 Fco. Armando Ribeiro da Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SEGURADORA LÍDER DPVAT - 5 13-05/2017 11:00 - 00000115359



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado, após

033-617991730-6

02/FEV/2017

HORA DE 12:45:28

LOT. 5.023974-0

TERM 052962

LOCALIDADE: SAO BENEDITO

AG. VINCULADA: 3845

CONTROLE: 33100215

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA

AGÊNCIA: 3845

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 0016327-3

DATA DE ABERTURA: 02/02/2017

LOTÉRIAS CAIXA

033-617991730-6

1ª VIA

SEBENEDITO LIDER DEPUT & 7 29/03/2017 17:54 - 00000197794

SEBENEDITO LIDER DEPUT & 7 14/02/2017 12:18 - 00000164988



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA
RG nº 2001099102578, data de expedição 10/09/2001, Órgão SSPDF
CPF nº 018.642.683-60, venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome
de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SÍTIO MURICITUBA</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>SÃO BENEDITO</u>
Estado	<u>CEARÁ</u>
CEP	<u>62.370-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99720-5859</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SÃO BENEDITO 03 de fevereiro de 2017.

Assinatura do Declarante: Francisco Armando Ribeiro da Silva

SECRETARIA LIDER DP/RT & 7 15/02/2017 12:17 - 00000164982

SECRETARIA LIDER DP/RT & 7 29/03/2017 17:54 - 00000197735

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 2001099102578 e inscrito no CPF/MF sob o nº 018.642.683-00, residente e domiciliado na SÍTIO MURCETUBA, S/N, ZONA RURAL. Cidade SÃO BENEDITO, Estado CEARA, estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Francisco Armandos Ribesinada Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SÃO BENEDITO 03 FEVEREIRO DE 2017

Local e data

SEGURO DPVAT 1.000 DPVAT & 7 23.03.2017 17:32 - 0000014960

SIGLA 008 1.000 DPVAT & 7 23.03.2017 12:16 - 0000014960

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, MARIA AUXILIADORA RIBEIRO DA SILVA
 RG nº 96028029121, data de expedição 11/07/1996,
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 861.294.653-00, com
 domicílio na cidade de SÃO BENEDITO, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SÍTIO MURICITUBA, nº S/N,
 complemento ZONA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA cujo o condutor era
FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA
 Modelo: HONDA CG 125 FAN KS
 Ano: 2010
 Placa: NVB 8796
 Chassi: 9C2JC4110AR659266
 Data do Acidente: 18/07/2016
 Local e Data: SÃO BENEDITO



Maria Auxiliadora Ribeiro da Silva
 Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

 Rua C. S. 3626, 1197	Reconheço a(s) firma(s) de <u>Maria Auxiliadora Ribeiro da Silva</u> Per (x) certificação de verdade. Em test. <u>[Signature]</u> Dou fé <u>08/05/2017</u> São Benedito-CE. Francisco Wagner de Almeida Amaral TABELIÃO
	MARIA SOCORRO A. AMARAL Substituta Cardóio Amaral

SEGURODORA LIDER IMAT & S 19/05/2017 11:00 - 000000115361

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 96028029121 DATA DE EXPENSA 11/7/1996

NOME MARIA AUXILIADORA RIBEIRO DA SILVA

FILIAÇÃO N-C E ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA

NATURALIDADE MUCAMBO-CE

CERT. NASC. 3085 L B16 F 9/10/1951

33V SAO BENEQUITO-CE

FORTEALEZA-CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 20/06/63



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Maria Auxiliadora Ribeiro da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome MARIA AUXILIADORA RIBEIRO DA SILVA

Nº de Inscrição 861294653-00

Data do Nascimento 09/10/51

SECRETARIA LIDB MPRT & 5 19/05/2017 11:00 - 000000115562

MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO Nº 01285 873360 DE VEICULO

01	CÓD. RENAVAM	00253043654	RAI TRC.	00000000000	EXERCÍCIO	2016
----	--------------	-------------	----------	-------------	-----------	------

MARIA AUXILIADORA RIBEIRO DA SILVA
CRAO BENEDITO

OPR/CNP1
86129415300
- PLACANT. UF
CE

902JU 411GAR659 266

COM LUSTRVEL

GASOLINA

E PASSE TIPO

MOTOC. CLQ/NAB ALITE

NAUCA / MOEDA

ANO MOD.	2010	2010
ANO FAB.	2010	2010
CON PREC. COMBUSTÍVEL	PRET	
CATEG. ORA	PAR	IC
CAR / POT / CL.	DCV / 12 / CC	
25 FAN KS		

[illegible]

APRIMÁRIO (R\$)	— JOF (R\$)	— PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
			11/11/11
OBSERVAÇÃO: S			

DATA LOCAL

BENEDICTA A. AGUIAR
Igor Bente
Superior Technology DETAIL OF

2017-12-17 - 000000137773
2017-12-17 - 000000164985

Table 1. χ^2 and $\chi^2/\text{d.o.f.}$ for the different models.

4000-
11111111

CE № 012851873360

SECRET

ESTE É O SEU BRILHANTE E SEGURO DE VANT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE NO VEMO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA.
www.dnvbta-egurdaz.com.br
IAC DE VANT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 07/07/2016

PLICA
NUB 796
ICA / MOORE

125 FAN KS
W 00000
AR659266

10	10
----	----

143,33

DATA DE CRIAÇÃO
07/07/2016

- DPVAT

00343



Fls. 2

UNICA

1

012851873360
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

20343

2,887,941

- COD. RENAVAM

0253043654

58700 TT57

SECRETARIA DE VARA ÚNICA
FIS. 22
4

REGISTRATION UNDER OFORT & 7 15/02/2017 12:17 - 0000001649603

0000001977192 - 2001-11-01 - 2001-11-01



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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 547 - 139 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/01/2017 09:35:53**
Data / Hora da Ocorrência: **17/07/2016 15:25:00**
Endereço da Ocorrência: **BAIXA DO CEDRO**
Complemento:
Bairro:
Ponto de Referência:

Município: **CARNAUBAL/CE**



Nome: **FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA**
Nascimento: **24/05/1978** CPF: **018.642.683-60**
RG: **2001099102578** Orgão Emissor:
Filiação: **MARIA AUXILIADORA RIBEIRO SILVA**

UF:

Endereço: **SITIO MURIÇITUBA**
Bairro: **SITIO MURIÇITUBA**
Município: **SAO BENEDITO/CE**
País: **BRASIL**

CEP:

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NVB8796** Uf: **CE** Município: **SAO BENEDITO** Chassi:
9C2JC4110AR659266 Renavam: **253043654** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **MARIA AUXILIADORA RIBEIRO DA SILVA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O declarante vem relatar que fora vítima de acidente de trânsito no dia e local supracitado. Afirma que estava em uma moto de propriedade de sua genitora em sua mão de direção certa, indo em direção a Carnaubal, quando duas motocicletas vinham em sua direção contrária, tendo um dos veículos tentado ultrapassar, chegando a colidir "de raspão" com o declarante, no retrovisor esquerdo. Afirma que, diante disso, perdeu o controle do veículo, caindo na pista. Que fora encaminhado ao Hospital De Carnaubal e depois para UPA de São Benedito, necessitando se submeter a um procedimento cirúrgico no Hospital de Tiangua em sua mão esquerda. Testemunha do ocorrido fora a esposa do seu tio chamada Eva. Nada mais disse.///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO BENEDITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

NINIVE XIMENES ARAUJO - MAT.: 300675-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANASTÁCIO AGUIAR MUNIZ - MAT.: 133804-1-4

DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO BENEDITO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 09/03/2017 14:18:45

SEGURANÇA PÚBLICA DE 7 23/03/2017 17:52 - 00000197764



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 547 - 139 / 2017



RECEBIDA LITR. DEPART. 27/03/2017 17:52 - 00000197766

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO
FEDERAL

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

GOVERNO MUNICIPAL DE
SÃO BENEITO

53



REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: Francisco Armando Cabral da Silva
Sexo: M () F () DN: 25/05/78 Idade: 38 Raça/Cor: Pardo
Município de Origem: São Benedito Outro Município: _____
Endereço: St. Maria Tereza
Telefone: () _____
SUS: 16.23.22.17.897.0006-1 RG: _____
Data do Atendimento: 17.1.07.16 Hora: 15:25 Recepção: _____

SINAIS VITAIS

Peso: _____ g Temperatura: _____ °C Pressão Arterial: 110 x 70 mmHg
FR: _____ lpm FQ: _____ bpm DX: _____ mg/dL
Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável
Medicações e tempo de uso: _____

Anamnese e Exames Físicos Iniciais

Relato do paciente: há alguns dias apresento dor no abdômen, principalmente na região superior direita, que piora com a ingestão de alimentos e com a movimentação. Não há febre, náusea ou vômito. Há perda de peso e fadiga.

Classificação de Risco: de 0 a 5

- ☐ 0 MIN. - EMERGÊNCIA (VERMELHO) - Necessita de atendimento imediato
- ☐ 10 MIN. - MUITO URGENTE (LARANJA) - Necessita de atendimento praticamente imediato
- ☒ 50 MIN. - URGENTE (AMARELO) - Necessita de atendimento rápido, mas podem aguardar
- ☐ 120 MIN. - POUCO URGENTE (VERDE) - Podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde.
- ☐ 240 MIN. - NÃO URGENTE (AZUL) - Podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde.

Assinatura do Profissional: _____



SECRETARIA LIDER DPMI & 7 15/02/2017 12:16 - 000000164962

SECRETARIA LIDER DPMI & 7 29/03/2017 17:52 - 000001277772

ATENDIMENTO MÉDICO
 AVALIAÇÃO CLÍNICA/EXAME FÍSICO: Verificação de sutura
de acalasia de cardia
com fratura
 HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S): 2º e 3º grau de
o lin. confer. até 4º S.
posterior
 PROCEDIMENTO E CONDUTA: 1º Sutura
 2º Ritmo
 3º ps. E. e. m. e. e.
 4º
 5º
 6º
 Dr. José Ribeiro N.
 MEDICO
 Assinatura e Carimbo
 MEDICO
 Assinatura e Carimbo
 OPTEI POR NÃO REALIZAR PROCEDIMENTO/ MEDICAÇÃO PRESCRITO PELO MÉDICO PLANTONISTA
 Assinatura do Usuário/ Responsável
 DESTINO: () Alta () Observação
 () TRANSFERÊNCIA: () Hospital de Origem () Outro
 Assinatura do Usuário ou Responsável





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 13000013760
NÚMERO DA AIH: 2316105438999



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2560852 - HOSP MATERN MADALENA NUNES
CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: HOSP MATERN MADALENA NUNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 23/05/1978 - 38 anos
NOME DA MÃE: MARIA AUXILIADORA RIBEIRO DA SILVA
NOME DO RESPONSÁVEL: MARIA AUXILIADORA RIBEIRO
ENDEREÇO: SÍTIO MURICITUBA
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 231230 - SAO BENEDITO

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 88 - 93309539

BAIRRO:

CEP:

UF:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S628 - Fratura de outras partes e de partes não especificadas do punho e da mão
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408020342-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DAS FALANGES DA MAO (COM FIXACAO)
CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA ANTES DA INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 980016288326866 - DANILLO CONSERVA ARRUDA

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

ESPEC. CLÍNICA: GERAL

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 04/08/2016 - 11:10 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 04/08/2016 - 15:59

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

Assinatura manuscrita: 04/08/2016

Nome do Paciente: Francisco Armando Ribeiro da Silva

RECEPÇÃO

ORDEN



ORDEM	DESCRIÇÃO
01	Autorização do município para a realização do serviço
02	Identificação do paciente em todas as categorias e nos procedimentos, nº de atendimento, endereço, CEP, etc.
03	Intervenção no sistema

Padra
Chakura

	DESCRIÇÃO
01	Entrevista do paciente (sinais vitais, peso, estatura, etc.)
02	Programas
03	Prescrição médica (conferir se todos os dias de internação o enfermeiro registra de evolução do paciente.)
04	Prescrição de enfermagem (conferir se todos os dias o enfermeiro registra de evolução do paciente.)
05	Exames solicitados (laboratoriais, VDRL, HIV, foto X e moldagem, endoscopia, ultrassonografia, etc)
06	Ficha de controle de antimicrobiano
07	Buletim de vida (cronológico)
08	Check list de cirurgia segura
09	Devolução da medicação não utilizada
10	Relatório de etc.

OK

Lisiane Aguiar
OCCUPATION 420317
EMPLOYEE

ORDEN	DESCRIÇÃO		
14	Corbinhos de café de café	05 08 16	13:00
15	Alto do...	05 08 16	13 24

OK Larissa

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES
FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA		DADOS DO PACIENTE	
Local SAO BENEDITO	Raça/Cor Branca	Etnia	País Nacionalidade Brasil
Idade 2001099105578	Estado Civil Solteiro(a)	Religião CATÓLICA	Prontuário/Atendimento 83492/0008
Profissão AGRICULTOR	Nº SN	Bairro Z. RURAL	CNS 16.2322.178.9700-05
Município SAO BENEDITO-CE	Empresa	CNPJ do Responsável	Fone Empresa 92370-000
Cônjuge	CPF do Responsável	Fone Responsável	
Pal JOSE RODRIGUES DA SILVA			
DADOS DA INTERNAÇÃO			
Quarto/Leito 129-0001	Aposento ENFERMARIA	Clinica TRAUMA-ORTOPEDIA	Setor POSTO ENF 1
Matrícula		Autorização	Guia
			CRM 16409
CID Complementar S62.8 Fratura de outras partes e de partes não especificadas do punho e			
Procedimento SUS			
KELVIA FERNANDES DE LIMA	Condição da Saída	Usuário Saída	Sis prenatal
08.2016	09:00		

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

baixo assinado _____, pessoa responsável pelo
nte _____, DÁ PLENA AUTORIZAÇÃO aos médicos do
SPITAL MATERNIDADE MADALENA NUNES, que o assistirem, para fazerem investigações
essárias ao diagnóstico para a execução e tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as
posições contidas no regulamento do estabelecimento. OBS: O Hospital só se responsabiliza por
tos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
Assinatura do responsável

AGUA, 4 de agosto de 2016.

Assinatura do paciente
Assinatura para impressão: AGDA KELVIA FERNANDES DE LIMA



SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - Tianguá - CE - CEP: 62320-000
PABX: (88) 3671.2100 - CNPJ: 60.975.737/0060-01
www.saocamilotiangua.org.br



AVISO DE ALTA

Nome: FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO Data: 05/08/16 Às: 09:00 horas
Endereço: Cidade Curatuba Reg. Nº: 183492
Clínica: _____ Município: São Benedito
Enfermaria: _____ Leito: _____
Diagnóstico: _____ Médico: _____
Assinado pelo Médico: _____

ALTA POR: Cura ☒

Transferência ☐

Melhorado ☐

Evasão ☐

Óbito ☐

A Pedido ☐

Assinatura da Enfermeira Chefe: _____

Assinatura do Paciente / Responsável: _____

Lidiane Aguiar
COORDENADORA
ENFERMEIRIA

Hospital e Maternidade
Madalena Nunes

ADMINISTRAÇÃO  SÂOCAMILO

Rua Assembleia de Deus, s/n - Centro - Tianguá/CE
CEP: 62.320-000 - Fone (88) 3671.2100

CNPJ: 60.975.737/0060-01 - www.saocamilotiangua.org.br

DECLARAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO

Declaro para os devidos fins que eu _____

acompanhei _____

_____ das alimentações padronizadas deste hospital
neste hospital para tratamento de saúde onde fui servido(a)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital e Maternidade Madalena Nunes

3 - NOME DO PACIENTE

Armando Ribeiro

4 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Adriana Auxiliadora Ribeiro

5 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Buriculca

6 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

São Benedito

7 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Trauma em mão @, evoluindo com dor e deformidade em mão, há ± 2 semanas.

8 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicações

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

Exame físico + Raio x.

10 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Gx múltipla da mão @

11 - CID 10 PRINCIPAL

12 - CID 10 SECUNDÁRIO

13 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

14 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

osteossíntese de ossos da mão

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408020342

16 - CLÍNICA

17 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

18 - DOCUMENTO

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

20 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

04/8/16

Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

21 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

22 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

23 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

24 - CNPJ DA SEGURADORA

25 - CNPJ EMPRESA

26 - Nº DO BILHETE

27 - SÉRIE

28 - CNAE DA EMPRESA

29 - CBOR

30 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

31 - EMPREGADO

32 - EMPREGADOR

33 - AUTÔNOMO

34 - DESEMPREGADO

35 - APOSENTADO

36 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

37 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

38 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

39 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

40 - DOCUMENTO

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

42 - CNS

43 - CPF

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

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
Hospital e Maternidade Madalena Nunes

Identificação do Paciente
5 - NOME DO PACIENTE

Francisco Armando Ribeiro da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Clotária Auxiliadora Ribeiro

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Buricubão

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

São Benedita

8 - DATA DE NASCIMENTO
24/05/1977

2 - C.NES

4 - C.NES

2560852

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
193492

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
SLN Terra Rural

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31-QTDE.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34-QTDE.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37-QTDE.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Handwritten signature and initials

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

CNS () CPF

FOLHA DE ANAMNESE

Paciente: Fe Armando Ribeiro da Silva



Idade	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Profissão	Procedência

Nº PRONTUÁRIO: 123492

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Diagnóstico Secundário: _____

Data: 04/08/16

Dr. Danilo Conserva Arruda
Ortopedia e Trauma
CRM/CE - 16409

MÉDICO - CREMEC

HISTÓRICO

EXAME FÍSICO

SUMÁRIO - IMPRESSÕES - DIAGNÓSTICOS - SUGESTÕES

Beg, April.

Handwritten signature and initials.

Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM/CE 16409



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

FOLHA DE OPERAÇÃO



ENF. <i>da Silva</i>		Nº REG. <i>173490</i>
3º AUXILIAR	1º AUXILIAR	LEITO
ANESTESISTA	TIPO DE ANESTESIA	INSTRUMENTADOR
ANESTESICO PRE-OPERATÓRIO <i>h Daniel</i>		
DE OPERAÇÃO <i>fx an hds de mão</i>		
ANESTESICO PÓS-OPERATÓRIO <i>osteosíntese</i>		
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA		
EXAME RADIOLOGICO NO ATO		
OCCORRÊNCIA DURANTE A OPERAÇÃO		

[Handwritten signature]

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉC. LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOVISCEMAS

ptor em DDH sob anestesia
preparo habitual
incisão dorsal na S 6
ret + fix q pós + sel escape
selares
avulsão

Dr Danilo Conserva Amada
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM/CE 16409



SÃO CAMILO

HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

TIANGUÁ - CE
Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - CEP: 62320-000 - Fone: (68) 3671.2100
CNPJ: 60.975.737/0060-01 - www.saocamilotiangua.org.br

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

FOLHA DE OPERAÇÃO



Dr. <i>Bernardo Ribeiro da Silva</i>		Nº REG.	17349/0
ENF.		LEITO	
1º AUXILIAR	Dr. <i>Daniel</i>	2º AUXILIAR	
3º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	
TIPO DE ANESTESIA	<i>fx. en/hipos de nã</i>		
PRE-OPERADOR	<i>osteossíntese</i>		
OPERADOR			
CO-OPERADOR			
INTERMEDIÁRIO DO PATOLOGISTA			
RAIOLOGICO NO ATO			
ENTE DURANTE A OPERAÇÃO			

Handwritten signature and initials

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉC. LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOVISCEMAS

- ① fte em 004 sob anestesia
- ② acesso lateral
- ③ incisões dorsal nas ⑤.
- ④ md + fix y pós * sob escape
- ⑤ suturas
- ⑥ curativos

Dr. Danilo Conserva Amada
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM CE 16409

BOLETIM DE SALA (ANESTESIA)

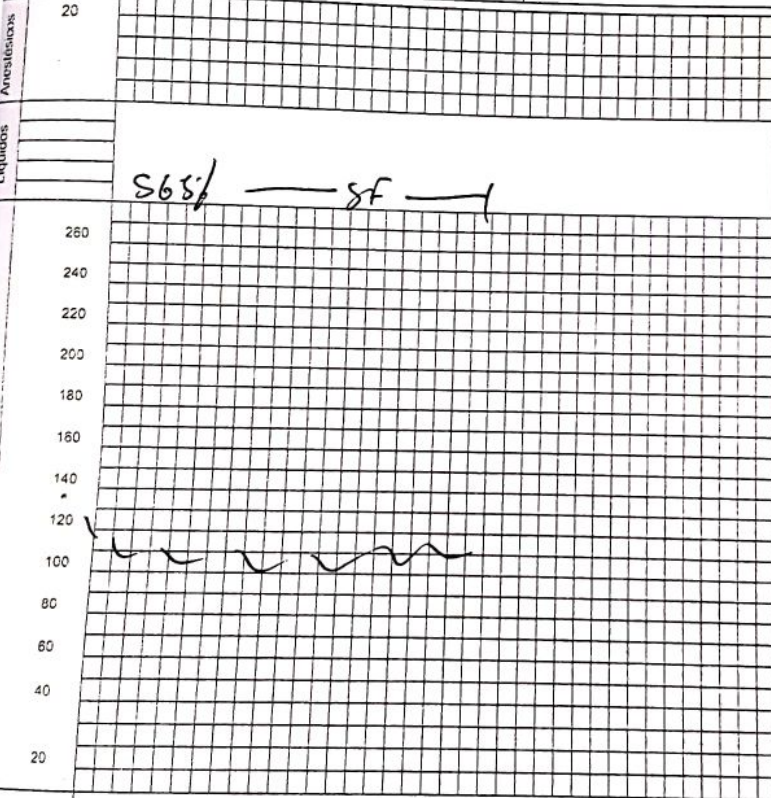


Fº Armando Ribeiro da Silva

PRONTUÁRIO Nº
183492

CATEGORIA:		QT/ENF.	LEITO
IDADE	PESO	ALTURA	SEXO
38			
Tipo Sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito
	Glicemia	Ureia	Urina
PR. ART. MX / MIN		DATA DA ANESTESIA	
		04 08 16	

Asma	Bronquite
ECG	
Alergia	
Estado Mental	
Ataxias	
Condições	
Hipertensões	Outras Doenças
Indução	
Satisf. _____	Excit. _____ Toss. _____
Laringoespasm. _____	Lent. _____
Náuseas _____	Vômitos _____
Outros _____	



MANUTENÇÃO	
Boz	
Anestesia Satisfatória	☒ SIM ☐ NÃO
Não, porque?	

DESPERTAR	
Reflexos na S. O.	OK
Obstr. _____	Co? _____ Excit. _____
Náuseas _____	Vômitos _____ Outros _____
Para leito com Cânula	☐ SIM ☒ NÃO
Condições	

Perdas Sanguíneas Aproximada _____ m.
Volume Sanguíneo Repouso _____ m.

TEMPO DE ANESTESIA	
De _____ às _____	TM _____ hs
Anestesiologista	CRM

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

Dr. Doul
Futuni + Atacurio + Isoflorano
Gm
Rel. Cir. Fut Multiplas Nao
Dr. Danilo

Daniel V. M.
CRM 10000
CRM 10000

La bande devient plus foncée après stérilisation

Class 4

1210

Date 04.08.2016

[illegible]

Fios		Unid.	Qtd.
Adilux	g/m		
Algodão	g/m		
Calçat Crochêdo	g/m		
Calçat Crochêdo	g/m		
Calçat Simples	g/m		
Calçat Simples	g/m		
Etilbênd	g/m		
Etilbênd	g/m		
Monocryl	g/m		
Monocryl	g/m		
Mononylon	g/m		
Mononylon	g/m		
Mononylon	g/m		
Polycot	g/m		
Polycot	g/m		
Prolene	g/m		
Prolene	g/m		
Seda	g/m		
Seda	g/m		
Vicryl	g/m		
Vicryl	g/m		

Procedimento: OSTEOSINTESI METALLICA FRO

Cirurgião: Dr. Nils

~~Auxiliares:~~ —

Anesthesia: None

Tipo de Anestesia: SENCAL & ENUB 3700

Início da Cirurgia: 18:20 Término da Cirurgia: 16:56

Instrumentadora: José

Circulante: 15 ELIABE + 120823

Observações:

[illegible]

Soluções		
Nome	Unid.	Qtd.
Água Destilada	Garf	
Água Oxigenada	ml	
Alcool	ml	
Assepsiol	ml	
Clorohex	ml	
Contraste	ml	
Éter	ml	
Formol	ml	
Glutaron	ml	
Povidone Iodgermante	ml	
Povidone Tópico	ml	
Soapex	ml	
Soro Fisiológico 0,9%		
5F	100	02
	500	01.

Hospital e Maternidade
Madalena Nunes

ADMINISTRAÇÃO SÃO CAMILO

PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME: Dr. Armando Ribeiro da Silva
PRONTUÁRIO:
DATA: 04/08/16

LEITO:
CONVÊNIO:

PRESCRIÇÃO

		HORÁRIOS		
		08h	12h	18h
1	Diat. geral.			
2	SF 0,9% 500ml EV 8/8h	500	500	500
3	ceprol 1g EV 8/8h	10	10	10
4	Cefepime 1g + SF 0,9% 500ml EV 12/12h	10	10	10
5	Dipnar 2ml + AD EV 6/6h	10	10	10
6	curativo deus			
7	Alto às 9h, ANAUAH			

Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM/CE 16409

Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM/CE 16409

EVOLUÇÃO MÉDICA

Dados Clínicos - Enfermagem

Prontuário: 183492
Data de Nascimento: 24/05/1978
Atendimento: 0008
Data Internação: 04/08/2016
Convênio: SUS
Diagnóstico: S62.8 Fratura de outras partes e de partes não especific

Paciente: FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA
Nome da Mãe: MARIA AUXILIADORA RIBEIRO
Aposento: SEMI-PRIVATIVO
Profissional Resp.: DANILLO CONSERVA ARRUDA
Setor: POSTO ENF 2



Idade: 38 Ano(s)

Quarto/Leito: 115/0003

CRM: 16409

Especialidade: TRAUMA-ORTOPEDIA

ANOTACOES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - 04/08/2016 22:12:02

130X80MMHG T: 36,5°C P: 82BPM R: 18RPM
ENTE EM REPOUSO NO LEITO NO PRIMEIRO PÓS-OPERATÓRIO, EUPNEICO, AFEBRIL, CONSCIENTE, ATIVO, REATIVO, CORADO,
RBALIZANDO, DEAMBULANDO, HIDRATADO, MEDICADO CONFORME PM, NÃO REFERE QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO, DIURESE
E EVACUAÇÕES AUSENTES NO MOMENTO, ACEITA DIETA OFERECIDA, SEGUE ESTAVEL NO MOMENTO E AOS CUIDADOS DE
ENFERMAGEM.

Keline

ONSÁVEL: TE: KELINE ALVES DA SILVA - COREN-CE 890313

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - 05/08/2016 03:34:24

120X80MMHG T: 36,5°C P: 80BPM R: 18RPM
ENTE EM REPOUSO NO LEITO NO PRIMEIRO PÓS-OPERATÓRIO, EUPNEICO, AFEBRIL, CONSCIENTE, ATIVO, REATIVO, CORADO,
BALIZANDO, DEAMBULANDO, ORIENTADO, NORMOTENSO, HIDRATADO, MEDICADO CONFORME PM, NÃO REFERE QUEIXAS ALGICAS
MOMENTO, DIURESE PRESENTE E EVACUAÇÕES AUSENTES, ACEITA DIETA OFERECIDA, SEGUE ESTAVEL NO MOMENTO E AOS
CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Keline

ONSÁVEL: TE: KELINE ALVES DA SILVA - COREN-CE 890313

Dados Clínicos - Enfermagem

Prontuário: 183492
Data de Nascimento: 24/05/1978
Atendimento: 0008
Data Internação: 04/08/2016
Convênio: SUS
Diagnóstico: S62.8 Fratura de outras partes e de partes não especific

Paciente: FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA
Nome da Mãe: MARIA AUXILIADORA RIBEIRO
Aposento: SEMI-PRIVATIVO
Profissional Resp.: DANILLO CONSERVA ARRUDA
Setor: POSTO ENF 2

Idade: 38 Ano(s)

Quarto/Leito: 115/0003

CRM: 16409

Especialidade: TRAUMA-ORTOPEDIA

ANOTACOES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - 05/08/2016 09:52:14

paciente recebe visita medica, logo apos alta hospitalar.

ADMINISTRAÇÃO  SAOCAMILO

SECRETARIA DE VARA
S. 39

CONTUÁRIO:

MEDICO:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO:

LEITO:

CONVÊNIO:

DATA DA INTERNACÃO

CONVÊNIO:

[illegible][illegible][illegible][illegible]

CONTROLE DE PUNÇÃO VENOSA						
DATA	HORA	LOCAL	MATERIAL	UTILIZADO	RESPONSÁVEL PELA PUNÇÃO	CURATIVOS
			() jelco n.____	() tree way____		() Curativos
			() jelco n.____	() tree way____		() Curativos
			() jelco n.____	() tree way____		() Curativos

Hospital e Maternidade
Madalena Nunes

ADMINISTRAÇÃO - SÃO CAMILO

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS**



NOME: Francisco Armando Ribeiro da Silva

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

DATA DE NASC.: ____/____/____

CONVÊNIO: SUS

AUTORIZO A REALIZAÇÃO DO(S) SEGUINTE(S) PROCEDIMENTO(S) INVASIVO(S) E/OU CIRÚRGIAS:

Indicado pelo médico(a) abaixo mencionado(a) e sua equipe, médico(s) credenciado(s) no Hospital São Camilo.

1. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas foram-me explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia. Incluindo transfusão de sangue e hemoderivados em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

3. Autorizo em qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

() Paciente () Responsável

Nome Legível: Francisco Olney Ribeiro da Silva Assinatura: [Assinatura]

Grau de parentesco: Irmão Cédula de Identidade nº _____

Tianguá-CE; ____/____/____ Hora: _____

**TERMO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE SUBMETIDO A
PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS**

Responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento cirúrgico realizado neste Hospital, até a sua alta hospitalar e acompanhamento pós cirúrgico até sua alta.

Tianguá-CE; ____/____/____ Hora: _____ Assinatura: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio e/ou responsável sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu atendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do Médico: _____ Assinatura: _____ CRM: _____

Hospital e Maternidade
Madalena Nunes

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA
PROCEDIMENTO ANESTÉSICOS OU SEDAÇÃO



NOME DO PACIENTE: Dr. Armando Ribeiro da Silva
PRONTUÁRIO: 173492
DOC. DE IDENTIFICAÇÃO: _____
MÉDICO RESPONSÁVEL: _____
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: _____

LEITO: _____

DATA DE NASC. / /

CONVÊNIO: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL (CAMPO 01)

AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ANESTÉSICO(S) OU SEDAÇÃO

Indicado pelo(a) médico(a) anestesiológista abaixo mencionado e sua equipe, médico(s) credenciado(s) na Sociedade Beneficente São Camilo - Hospital e Maternidade Madalena Nunes.

1. Declaro está ciente e autorizo a realização do procedimento anestésico ou sedação, necessário para a realização da cirurgia a qual, no momento, me proponho a realizar.
2. Por decisão voluntária, tomada após um processo informativo e deliberativo sobre a natureza, consequências e riscos dos procedimentos a serem realizados, aceito o fato de que qualquer procedimento anestésico poderá necessitar de procedimentos complementares, apesar dos cuidados, esforços e perícia dos profissionais responsáveis envolvidos, bem como, em princípio, não existem anestésias mais ou menos simples, pois todas representam, embora de forma relativa, um risco a vida.
3. Fui informado(a) de que todos os procedimentos realizados visam à integralidade e preservação da vida e saúde, não estando, no entanto, livre de intercorrências ou efeitos colaterais.
4. Aceito o fato que o tabagismo, o uso de álcool ou drogas são fatores que, embora não impeçam a realização de anestésias, podem determinar a incidência maior de complicações no ato anestésico-cirúrgico.
5. Entendo que o(a) médico(a) anestesiológista e toda sua equipe se obrigam unicamente a usar todos os meios científicos a sua disposição para tentar atingir um fim desejado, porém não certo. Assim, por estar consciente que a medicina não é uma ciência exata, aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultados nos procedimentos anestesiológicos propostos.
6. Concorde em cooperar com os médicos responsáveis pelo tratamento até o meu restabelecimento completo, aceitando e observando as determinações que me forem recomendadas, oral e/ou por escrito, pois assim não o fazendo poderei provocar a frustração dos fins desejados, por em perigo a minha saúde ou meu bem estar, ou ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

() Paciente (x) Responsável

Nome Legível Francisco Olimery Ribeiro Silva

Grau de Parentesco _____

Célula de Identidade _____

Assinatura Francisco Olimery Ribeiro Silva

Tianguá/CE _____



fone 93309539

AVISO DE CIRURGIA / RESERVA DE LEITO

San Benedito

Data: 14/08/16

Hora: 16:30

Data Nasc. 24.05.78

SALA DO CENTRO CIRURGICO

Paciente:

João

tipo de Cirurgia

Cirurgião (a)

Tempo previsto de cirurgia:

tipo de Anestesia:

Reservado leito:

Material Especial:

Dr. Danilo Conserva

2 horas

() Bloqueio () Raque (x) Geral

() Local () Sedação

(x) Enfermaria () Semi privativo () Apartamento

() Laparoscopia (x) Arco Cirurgico () Outros:

Handwritten signature and initials.

em caso de cesarea, se houver necessidade de internar o recém nascido, utilizamos qual convênio: (x) SUS () Particular () Convênios ()

paciente que é adequado um acompanhante por paciente. () Sim () Não

Este aviso de cirurgia deverá vir anexo ao prontuário.

Orientamos que as cirurgias particulares sejam internadas com duas horas de antecedência a hora agendada para a cirurgia.

Cirurgião / atendente / Paciente	Tesouraria / Recepção	Gerência de Enfermagem Enfermeiro do Centro Cirurgico
Data: 28/07/16 Dr. Danilo Conserva Arruda ORTOPEDIA E TRAUMA CRM/CE 16409	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
CARIMBO/ASSINATURA	CARIMBO/ASSINATURA	CARIMBO/ASSINATURA

Hospital e Maternidade Madalena Nunes

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO



AGENDAMENTO DE CIRURGIA ORTOPEDICA

paciente: fm Amado R. S. L.

4/8/16, ÀS 07:00 HS para cirurgia de : doença - fmr

Dr. Danilo Coserua Amado
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRMCE 16409

IMPORTANTE:

ACOMPANHANTE: () HOMEM () MULHER

☒ JEJUM

() TRAZER EXAMES (RAO X, EXAMES DE SANGUE SE PEDIDO PELO MEDICO)

CIRURGIÃO:

Dr. Danilo Coserua Amado
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRMCE 16409

Dr. Danilo Coserua Amado
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRMCE 16409



455 f
Paciente: F. Armando R. da Silva
Idade: 38 Peso: 65 kg
Alérgico(a) à: Não

Tubo	7,5 f
Plasil	16/10 12
Bromoprida	-
Cefazolina	2 gr.
Buscopan composto	16/10 12
Buscopan	-
Dipirona	-
Cetoprofeno	17/20 1 h.
Fentanil	16/11 1,0 f
Nilperidol	16/11 0,5 ml
Atracúrio	3,5
Propofol	15
Atropina	4
Neostigmina	7,5 - 9
Ceftriaxona	-
Metronidazol	-

04 1116
[Signature]

Hospital: _____
dim _____

Hosp:
procedimento:

_Código:

Cód. Procedimento:

paciente:

ata da Cirurgia:

Nº proutuário:

cirurgião:

Código:

Convênio:

() Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
12	12 unidades de 20			

Dr Danilo Conserva Amada
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM/CE 16409

Dr Danilo Conserva Amada
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM/CE 16409

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Tot.
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd							
	Cód							
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd							
	Cód							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd							
	Cód							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd							
	Cód							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd							
	Cód							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd							
	Cód							

OBS: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br

Hospital e Maternidade
Madalena Nunes

RECIBO



Nome do Paciente:

Fco Amado R. S. Jr

AGENDAR RETORNO AMBULATORIAL PARA DIA
28/07/16 07:00 HS DA MANHÃ SE CHEGAR APOS
HORARIO NÃO SERA ATENDIDO.

• IMPORTANTE: CUIDADOS E HIGIENE COM IMOBILIZAÇÃO
CESSADA COMO NÃO MOLHAR AO BANHO, MANTER LIMPO
E SECO, OBSERVAR PERFUSÃO NOS TECIDOS DISTAIS A
IMOBILIZAÇÃO E DEMAIS.

± 1 semana

Dr Danilo Conserva Aguiar
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRMCE 16409

28/7/16

SUSANARA LINES PEREIRA & 7 29/03/2017 17:52 - 00000197774

SUSANARA LINES PEREIRA & 7 29/03/2017 17:52 - 00000197774

Hospital e Maternidade
Madalena Nunes

Nome do Paciente: Fco Amado R. S. Jr
183492 Dr. Donillo
1º Retorno: 28-07-16 7:00 Barreira

2º Retorno: _____
3º Retorno: _____
4º Retorno: _____
5º Retorno: _____
6º Retorno: _____

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2018



Aos Cuidados de: FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170221949
Vítima: FRANCISCO ARMANDO RIBEIRO DA SILVA
Data do Acidente: 17/07/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro número 3170221949.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12183157



Movimentações do Protocolo

Protocolo: 0000852-56.2018.8.06.0163 Pêção inicial

Movimentações do protocolo: 18/12/2018: Protocolado

Dados da movimentação

Data: 18/12/2018 Movimento: Protocolado

Foto: 163 São Benedito

Processo: 163 São Benedito

Carga de documentos: 20 Foto

Local destino: 163 São Benedito

Especificação do local destino: 163 São Benedito

Motivo:

Usuário de inclusão: ISAMARA DO VALE SILVA

Data de inclusão: 18/12/2018 04:17:43 PM

Salvar Limpar Restaurar Fechar