



ASSESSORIA JURIDICA

Lorena Fernandes da Cunha
ADVOGADA | OAB-TO 4225
88' 3671 2583 | 9622 9474



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado:

OUTORGANTE: Vicente de paulo da Silva, nacionalidade Brasileiro,
estado civil Solteiro, profissão Agricultor, RG nº 20082 765 728 SSP/CE, CPF nº
732.133.143-15, residente e domiciliado(a) na Rua da Luz, nº 50, bairro
Centro, na cidade de Lucena, e-mail: _____, constituo e nomeo a
bastante procuradora:

OUTORGADA: Dr.^a LORENA FERNANDES DA CUNHA, advogada regularmente inscrito na OAB/CE 23.467-A, com
escritório profissional na Rua Madalena Nunes, 16, esq. MT Quincas Bezerril, Centro, Tianguá - CE, e-mail:
lorenacunha.adv@gmail.com.

OBJETO: representar o Outorgante, promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto,
propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer
Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados,
concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad juditia et extra*, para o foro em geral, especialmente para
propor **AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS**
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - DPVAT em face de **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO**
DPVAT, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer
defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar,
providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e
contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a
fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais
para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito
sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação,
receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de
hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.

Lucena - CE, 09 de Outubro de 2017.

x Vicente de Paulo da Silva
OUTORGANTE

lorenacunha.adv@gmail.com

Rua Madalena Nunes: 16 esq. MT Quincas Bezerril - Centro
88' 3671 2583 | 9622 9474 CEP: 62.700-000 - Tianguá - CE

Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)



Eu, Vicente de paulo da Silva, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Supercalor, portador(a) do RG nº 2008276572 8 SSP/ce e CPF nº 732.133.143 -15, filho de pai _____ e mãe Maria Ferreira da Silva DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na Rua da Luz, nº 54 bairro centro, na cidade de Zicosa - ce, ponto de referência (próximo à) _____.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surta seus efeitos legais.

Zicosa - ce, 09/10/2017

Vicente de paulo da Silva

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu Lucinete de paulo da Silva
 nacionalidade Brasileira, estado civil Solteiro
 profissão Agricultor, RG nº 20082.765728 SSP/ ce
 CPF nº 732.133.143-19 residente e domiciliado(a) na
Rua da Luz, nº 54 bairro centro
 na cidade de Sincora, venho por meio desta, Declarar, nos
 termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para todos os fins de direito, que
 não possuo condições financeiras de arcar com o pagar com o pagamento de custas
 processuais, honorários advocatícios e demais cominações legais sem prejuízo próprio
 e familiar, vindo requerer perante este Nobre Juízo, os benefícios da Justiça Gratuita
 sob as penas da Lei.

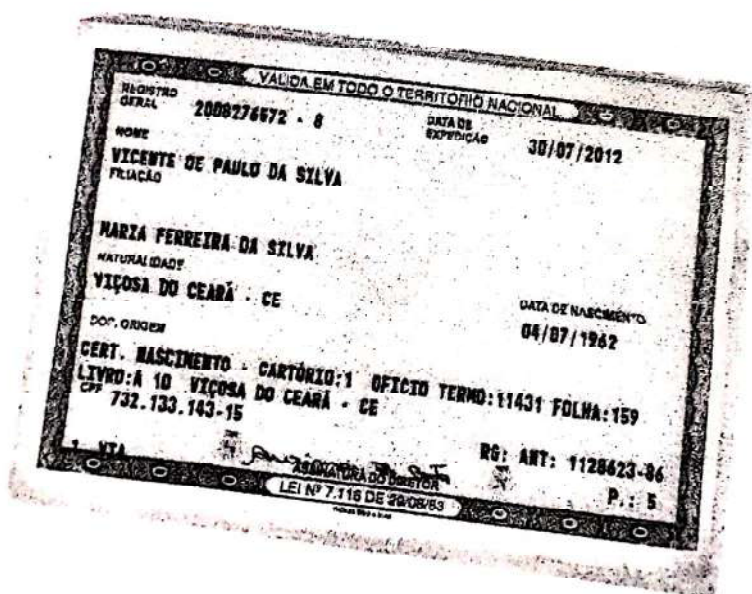
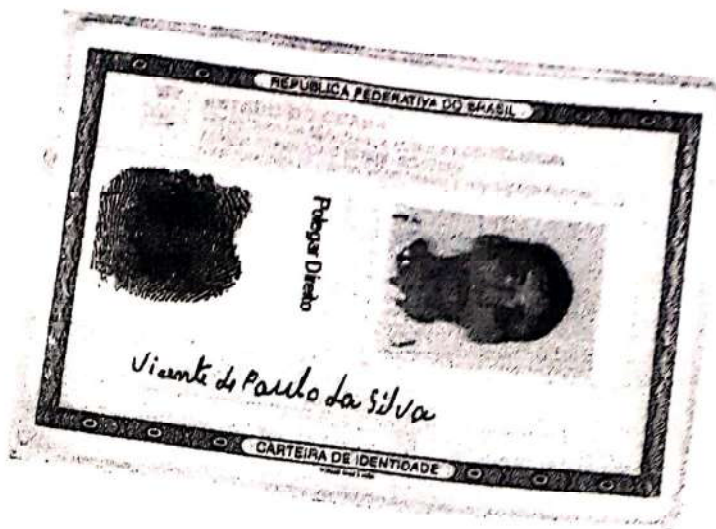
Declaro ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso
 inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplina no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Lucinete - ce 09 de outubro de 2017

Lucinete de Paulo da Silva

Assinatura



3026845-1

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B (SÉRIE B-4) PF

Para 24 211A2 02 030300 - 1 Data de Emissão 4/4154687
 16/04/2017
 Titular RITA MARIA FERREIRA
 End. Residencial RJ DA LUZ 000000
 LESTE - VIGOSA CEARA - 62500000
 Medidor 1A72785
 Classe 01-RESIDENCIAL MONOFÁSICO BAIXA RENDA
 RG/CPF/CNPJ 874414033-61
 Nota de Recuperação CCE

DATAS

Mês de Referência Abr/2017
 Data de Apresentação 19/05/2017
 Primeira Leitura 19/05/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a segurança no valor desta conta.
 Compunção VIGOSA DO CEARA
 Mês Fev/2017
 Índice 7,85

ICMS Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto
 ISENTO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

433.9327.4594.8544.1839.3081.2061.6426

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Anterior	Leitura Atual	Consumo (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
11377	11381	4	0,00	0,00

15/04/17 20/02/17
 DESCRIÇÃO 30 DIAS

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VR. CONSUMO DO MES RESIDENCIAL NORMAL	35,87
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA	-17,89
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	7,00
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,16
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	24,92
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,07)	

26/05/2017

51,72

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)
Energia	0,00
Transmissão	0,00
Distribuição	0,00
Encargos Setoriais	1,96
Tributos (TOM, PIS, COFINS)	2,31
TOTAL	13,14

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
01	76	76	76
02	76	76	76
03	76	76	76
04	76	76	76
05	76	76	76
06	76	76	76
07	76	76	76
08	76	76	76
09	76	76	76
10	76	76	76
11	76	76	76
12	76	76	76

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido kg (CO₂) 32,85
 Compensado kg (CO₂) 0,00

Consciência Ecológica(%)

0% 100%

CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente,
 NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
 Prestado o devido cuidado em nossos controles contábeis em atraso.
 Devido o detalhamento do Débito, o não pagamento da dívida implica
 na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias
 após a emissão deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts.
 172 e 173, bem como o envio das informações aos órgãos de proteção
 ao crédito e cartório de protesto. Caso já tenha efetuado o pagamento,
 favor desconsiderar o aviso.

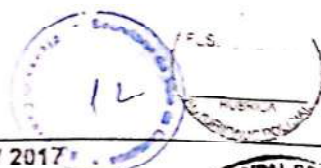
DÉBITOS ANTERIORES

Mês/ano	Valor R\$
02/2017	49,94
Total	49,94

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO POR: FAT. MÊDIA-LEIT. BIMESTRAL ART. 66 RES. 414



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA



BOLETIM DE Ocorrência Nº 570 - 946 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/06/2017 09:45:36**
Data / Hora da Ocorrência: **14/05/2017 15:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO OTICICAS**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **VICOSA DO CEARA/CE**
Ponto de Referência:



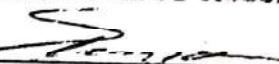
Noticiante(s)

Nome: **VICENTE DE PAULO DA SILVA**
Nascimento: **04/07/1962** CPF: **732.133.143-15**
RG: **2008276572-8** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA FERREIRA DA SILVA**
Endereço: **SITIO OTICICAS**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **62.300-000**
Município: **VICOSA DO CEARA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99211-2986**

Histórico

O NOTICIANTE AFIRMA QUE NO LOCAL E DATA SUPRACITADOS, AO CONDUZIR O VEÍCULO HONDA/POP 100, ANO E MODELO 2014/2015, COR VERMELHA. PLACA PMC 9478, CHASSI 9C2HB0210FR427028, DE PROPRIEDADE DE MARIA IMACULADA DA SILVA, ENVOLVEU-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO, QUANDO AO DESVIAR DE ALGUMAS PESSOAS NA ESTRADA, COLIDIU CONTRA UMA BICICLETA QUE ERA CONDUZIDA POR UM RAPAZ DE NOME RAIMUNDO COSTA, FICANDO COM LESÕES CORPORAIS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRANSITO CONFORME OS DOCUMENTOS EM ANEXO. ESTE B.O. É PARA FINS DE DPVAT. QUE NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: 

SERGIO HENRIQUE OLIVEIRA FERREIRA - MAT.: 300265-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Vicente de Paula da Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

GREGORIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6

Acompanhe o Processo de Indenização

Novo Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170435957 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA VICENTE DE PAULO DA SILVA
COBERTURA invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO UNIÃO (CTG) SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA-Filial Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO VICENTE DE PAULO DA SILVA
CPF/CNPJ: 73213314315

Posição em 19-10-2017 14:41:07

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
31/08/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)



REGISTRO DE ATENDIMENTO

14

Nome: VICENTE DE PAULA DA SILVA
Sexo: M (X) F () DN: 04/07/62 Idade: Raça/Cor:
Nome do Pai: N-C Nome da Mãe: MARIA FERREIRA DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão:
Município de Origem: () Viçosa do Ceará () Outro Município:
Endereço: OUTILHAS Telefone ()
Cidade: RG:
Data do Atendimento: 14/05/17 Hora: 15:15 Resposta:

SINAIS VITAIS

Peso: kg Temperatura: °C Pressão Arterial: 120 x 80 mmHg
FR: rpm FC: bpm DX: mg/dL
Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: () Sim () Não
Queixa Principal:
Procura Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Qual o PSF:
Justificativa:

TIPO DE ACIDENTE:

(X) Acidente de Trânsito Data: 14/05/17 Hora: 15:30 Alcoolizado: () Sim () Não () Ignorado
() Moto - Usando Capacete? () Automóvel - Usando cinto de Segurança?
() Atropelamento Local:
() Acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
() Choque elétrico () Queda. De onde?
() Ingestão Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
() Queimaduras: () 1º grau () 2º grau () 3º grau Por: () Água () Óleo () Alcool () Elétrico
() Mordedura de Animal: () Doméstico () Selvagem
() Outras

Medicações e tempo de uso:

Anamnese e Exames Físicos Iniciais:

história de acidente automobilístico
em moto + bicicleta apunhando falha de navegação
+ intervenção pela PMP

Classificação de Risco: ☐

Data:

Assinatura do Profissional:

Dr. Antônio César V. Ribeiro
MÉDICO
CPF: 000.230.224-14



ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA: paciente vítima de acidente automobilístico com lesão na cabeça e membros superiores e inferiores

EXAME FÍSICO: lesão na cabeça e membros superiores e inferiores

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S): fratura do crânio

- PROCEDIMENTO E CONDUZA:
- 1- 2 voltas em 1 hora
 - 2- Sutura
 - 3- Rx
 - 4- Imagem de crânio
 - 5- Paciente internado em UTI
 - 6-
 - 7-

MÉDICO
Assinatura e Carimbo

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

DESTINO:

Ats : Observação

TRANSFERÊNCIA PARA:

Assinatura do Usuário ou Responsável



FICHA DE REFERÊNCIA



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ
Unidade de Origem: AMU
Distrito Sanitário: 129 30 0102 01

Nome: Vicente de Paulo da Silva Município: Uiraúna
Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 04.07.1962 Ocupação:
Endereço: Estreito Prontuário Nº:
Bairro: Zona Rural

Motivo do Encaminhamento: Paciente após queda e not apresenta trauma em m. esquerda Município: Uiraúna do Ceará Fone:

Resultado do(s) Exame(s): GL: IT. PFT: AP: OK PIP
Condição do Paciente: CPF: 766.811.111-11
Conduta já Realizada: Analgésico SECRETARIA DE SAÚDE

Impressão Diagnóstica: Fatura em m. esquerda (?)
Assinatura do Encaminhante: Dr. Wellington Farias Medio 14.07.17
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: CREMEC 17468 Função: Medio Data: 14.07.17 Hora:

Encaminhamento para Atendimento: AGENDAMENTO
Procedimento: ☐ Ambulatorial ☒ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico
Unidade de Referência: Hospital Triângulo Profissional:
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: Função: Data: Hora:

Unidade de Referência: FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)
Município: Prontuário Nº: Data da Alta:

Resumo Clínico / Cirúrgico:
Resultado do(s) Exame(s):
Diagnóstico: Principal CID:
Secundário 1 CID:
Secundário 2 CID:
Proposta de Consulta para seguimento: CID:

O problema justifica a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐
Assinatura do Consultante - Nº Registro: Função: Data:

Cartão de Referência (10) 14.11.1377

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL E MATERNIDADE MADELENA NUNES
Guia de atendimento - AMBULATORIO

Impressão: 15/05/2017 (

Prontuário 193553	Atendimento 0001	Nome do Paciente VICENTE DE PAULO DA SILVA		CNS 700802485789484		Data de Autorização	
Documento(s) Identidade: 20082765728		Local VICOSA DO CEARA/CE		Estado Civil Casado(a)		Sexo Masculino	
Data de Nascimento 04/07/1962		Mão MARIA FERREIRA DA SILVA		Idade 54 Ano(s)		UF CE	
Endereço DISTRITO OITICAS, SN		Bairro Z. RURAL		CEP 62300-000		Município VICOSA DO CEARA	
Profissão AGRICULTOR		Empresa		Cônjuge RITA MARIA FERREIRA		Telefone 88992112986	
Responsável MARIA IMACULADA DA SILVA		CPF do Responsável		Endereço DISTRITO OITICAS, SN		Município VICOSA DO CEARA	

Data Atendimento 15/05/2017	Hora 08:05	Convênio SUS	Município VICOSA DO CEARA		UF CE
Profissional do Atendimento RENATO JORGE CARVALHO OLIVEIRA			CID		
Indicador de Atendimento Transito			Tipo Atendimento ENCAMINHADO P/CONSULTA		
Observação			Funcionário CHARLIANE COSTA DE MOURA		
Sala			Data/Hora Liberação		
Vitalis			Tipo de Saúde		
Peso (kg)			() Alta () Internação () Óbito		
Altura (cm)			T (°C)		
Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)			P (bpm)		
			R (mpm)		
			PA (mmHg)		

Renato J. Oliveira
CRM-CE 7644
Ortopedista



Renato J. Oliveira

Renato J. Oliveira
at Tolo para L...
cir. -

Renato Jorge C. Oliveira
CRM-CE 7644
Ortopedista

atolme

crepau 10-03
fevereiro 20-04

Maria Imaculada da Silva
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA IMACULADA DA SIL
em 15/05/17

DADOS DO PACIENTE									
Prontuário 193553	Atendimento 0005	Nome do Paciente VICENTE DE PAULO DA SILVA		CNS 700802485789484	Guia de Autorização				
Documento(s) Identidade: 20082765728		Local VICOSA DO CEARA/CE			Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino			
Data de Nascimento 04/07/1962		Mãe MARIA FERREIRA DA SILVA			Idade 54 Ano(s)				
Endereço DISTRITO OITICICAS, SN		Bairro Z. RURAL	CEP 62300-000	Município VICOSA DO CEARA	UF CE	Telefone 88992112986			
Profissão AGRICULTOR		Empresa	Cônjuge RITA MARIA FERREIRA						
Responsável MARIA IMACULADA DA SILVA		CPF do Responsável	Endereço DISTRITO OITICICAS, SN		Município VICOSA DO CEARA	UF CE			
DADOS DO ATENDIMENTO									
Data Atendimento 25/05/2017	Hora 07:59	Convênio SUS	Matrícula		CID				
Profissional do Atendimento DANILLO CONSERVA ARRUDA			CRM/UF 16409/SP		Tipo Atendimento RETORNO				
Indicador de Acidente			Funcionário RENATA VIEIRA BEZERRA DE AGUIAR						
Observação									
Sala									
Vitalis			Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saida () Alta () Internação () Óbito			
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)				

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

antebraço D

Vicente Alves Salvador
Técnico em Radiologia
CRTR - 01994T



do dor no dorso D

Re. de

Re. de

de antebraço

|

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

Exame realizado
SF 94. 25 ml - 01
Preço 10 - 01

Maria Imaculada da Silva
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA IMACULADA DA SILVA

em 25/05/17
11:22 h

Gula de atendimento - AMBULATORIO

DADOS DO PACIENTE							
Prontuário 193553	Atendimento 0007	Nome do Paciente VICENTE DE PAULO DA SILVA		CNH 700802485789484	Gula de Autorização		
Documento(s) Identidade: 20082765728				Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino		
Data de Nascimento 04/07/1962		Local VICOSA DO CEARA		Idade 54 Anos		19	
Endereço DISTRITO OITICAS, SN				Bairro Z. RURAL	CEP 82300-000	Município VICOSA DO CEARA	UF CE
Profissão AGRICULTOR		Empresa		Cônjugue RITA MARIA FERREIRA		Telefone 88992112986	
Responsável MARIA IMACULADA DA SILVA		CPF do Responsável	Endereço DISTRITO OITICAS, SN	Município VICOSA DO CEARA	UF CE		

DADOS DO ATENDIMENTO							
Data Atendimento 14/06/2017	Hora 07:23	Convênio SUS	Metrícula	CID			
Profissional de Atendimento DANILLO CONSERVA ARRUDA			CRM/UF 18409/SP	Tipo Atendimento RETORNO			
Iniciador de Atendimento			Funcionário CHARLIANE COSTA DE MOURA				
Observação							
Saída		Data/Hora Liberação		Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito			
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)		

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

Antecedentes



B Redo D

s/guerras

to or

Re: or

d. AM

Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRMCE 18409

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 18409

Vicente de Paulo da Silva
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA IMACULADA DA SILVA



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: 13000018708
NÚMERO DA AIH: 2317107139138

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 700802465789464 - VICENTE DE PAULO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 04/07/1962 - 54 anos
NOME DA MÃE: MARIA FERREIRA DA SILVA
NOME DO RESPONSÁVEL: MARIA IMACULADA DA SILVA
ENDEREÇO: OITICICAS - ACS: ANTONIO JOSE
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 231410 - VICOSA DO CEARA

SEXO: MASCULINO
TELEFONE DE CONTATO:
TELEFONE DO RESPONSÁVEL:
BAIRRO: ZONA RURAL
CEP: 62900000

UF:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S523 - Fratura da diáfise do rádio
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:
DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA
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: 18/05/2017 - 15:10 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 19/05/2017 - 08:07

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



Controle de Preenchimento de Prontuário

21

Nome do Paciente: Luciene da Paula da Silva

Nº do prontuário: 123553

RECEPÇÃO

ORDEN	DESCRIÇÃO	CHECK	CARIMBO E ASSINATURA
01	Autorização do município para a realização do procedimento	OK	<i>[Assinatura]</i>
02	Identificação do paciente em todos os cabeçalhos (nome, data de nascimento, nº de prontuário, endereço, CNS, RG, CPF, etc.)	-	<i>[Assinatura]</i>
03	Integração no sistema	-	

ENFERMAGEM

ORDEN	DESCRIÇÃO	CHECK	CARIMBO E ASSINATURA
04	Admissão do paciente (sinais vitais, peso, estatura, etc.)	OK	<i>[Assinatura]</i>
05	Painograma	-	
06	Prescrição médica (conferir se todos os dias de internação do paciente houve registro de evolução do paciente.)	OK	
07	Evolução da enfermagem (conferir se todos os dias de internação do paciente houve registro de evolução do paciente.)	OK	
08	Exames anexados (laboratoriais, VDRL, HIV, raio X, tomografia, endoscopia, ultrassonografia, etc)	OK	
09	Ficha de controle de antimicrobiano	OK	
10	Solstím de sala (anestesia)	OK	
11	Check list de cirurgia segura	-	
12	Devolução da medicação não utilizada	-	
13	Aviso de alta	OK	

Confere com Original

13/05/13

[Assinatura]

[Assinatura]
Rejane Aragão
Enfermeira
Crono: 163396

RECEPÇÃO

ORDEN	DESCRIÇÃO	CHECK	CARIMBO E ASSINATURA
14	Escalamento do aviso de alta: <u>20/05/13 às 16:15</u>	-	<i>[Assinatura]</i>
15	Alta do paciente no sistema: <u>20/05/13 às 16:15</u>	-	

Orientações de preenchimento: preencher com a seguinte legenda "C" - conforme; "NC" - não conforme; "NA" - não se aplica



Hospital e Maternidade
Madalena Nunes

ADMINISTRAÇÃO SAOCAMILO



PREFEITURA DE
TIANGUÁ

GOVERNAR PARA O BEM

GOVERNADOR DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE - SUS

AVISO DE ALTA

23

Data: 1/1/2013 Ass: 193553

Nome: Ilizete da Costa da Silva

Hog. Nº: 193553

Endereço: Rua Assembleia de Deus

Município: Tianguá do Ceará

Cidade:

Enfermaria:

Leito:

Admissão:

Médico:

Assinatura do Médico:

Assinatura do Paciente:

Assinatura do Responsável:

Meio-irmão ☒

Óbito ☐

Evaseio ☐

A Pedido ☐

Assinatura do Enfermeiro(a): Carla

Enfermeiro(a)
Carla
Cargo: 408395

Assinatura do Paciente Responsável: X Mônica da Costa da Silva

Hospital e Maternidade
Madalena Nunes

ADMINISTRAÇÃO SAOCAMILO

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

CNPJ: 60.875.767/0060-01 - www.saocamilotangua.org.br

DECLARAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO

Declaro para os devidos fins que eu _____

acompanhei _____

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

Tianguá - CE, _____ de _____ de 20 _____

X Mônica da Costa da Silva

ASSINATURA



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

v2017001

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

2 - CNES

2560852

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

4 - CNES

2560852

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

VICENTE DE PAULO DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

193553

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

70.0802.485.7894-84

8 - DATA DE NASCIMENTO

04/07/1962

9 - SEXO

Masc ☒ 1 Fem ☐ 3

10 RAÇA/COR

03 - Parda

10.1 ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARIA FERREIRA DA SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO

(88)99211-2986

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

MARIA IMACULADA DA SILVA

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

DISTRITO URBICAS, SN, Z, RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

VICOSA DO CEARA

17 - Cód. IDOC MUNICÍPIO

2314102

18 - UF

CE

19 - CEP

62300-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

trauma em punho ha poucos dias
dor e limitacao em atb direito
sem ferimentos
com deformidade leve

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

trauma em punho ha poucos dias
dor e limitacao em atb direito
sem ferimentos
com deformidade leve

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

rx e exame fisico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

S52.3 Fratura da diáfise do rádio

24 - CID 10 PRINCIPAL

S523

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408020431

29 - CLÍNICA

TRAUMA-ORTOPEDIA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

31 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

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

980016206320666

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DANILLO CONSERVA ARRUDA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

18/05/2017

35 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO NO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO LHEE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE
VICENTE DE PAULO DA SILVA7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
70.0802.485.7894-848 - DATA DE NASCIMENTO
04/07/19629 - SEXO
MASC10 - PAÍS DE ORIGEM
BRASIL11 - NOME DA MÃE
MARIA FERREIRA DA SILVA13 - NOME DO RESPONSÁVEL
MARIA IMACULADA DA SILVA15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
DISTRITO OITICUBAS, SN. Z, RURAL16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
VICOSA DO CEARÁ12 - TELEFONE DE CONTATO
(081) 3333-1234

14 - TELEFONE DE CONTATO

17 - CID DO MUNICÍPIO
7014-0218 - UF
CE19 - CEP
60011-900

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
trauma em punho há poucos dias
dor e limitação em abd. direito
sem ferimentos
com deformidade leve

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
trauma em punho há poucos dias
dor e limitação em abd. direito
sem ferimentos
com deformidade leve

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Rx e exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
052.3 Fratura da diáfise do rádio

24 - CID 10 PRINCIPAL
8523

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA

29 - CLÍNICA
TRAUMA-ORTOPEDIA30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
Urgência31 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
98001628832686628 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
040802043133 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
DANILLO CONSERVA ARRUDA34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
18/05/2017

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

- () ACIDENTE DE TRÂNSITO
() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

41 - SÉRIE

44 - CSOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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