

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Nome: <i>Luisa Batista do Nascimento</i>		
Nacionalidade: <i>Brasileira</i>	Estado Civil: <i>Solteira</i>	Profissão: <i>Assistente Social</i>
Identidade/Orgão Expedidor: <i>2270056-92</i>		CPF: <i>962.358.103-34</i>
Endereço/ Av., Rua/ Nº: <i>Dr. Epitonga</i>		
Bairro: <i>Zona Rural</i>	Complemento: <i>Casa</i>	
CEP: <i>63870-000</i>	Cidade: <i>Boa Viagem</i>	Estado: <i>Ceará</i>

OUTORGADO(S): VINÍCIUS PINHEIRO MELO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE 24.353, portador do CPF 016.548.623-63, com escritório na Pça. Mons. José Candido, 103, Centro, Boa Viagem – CE, CEP 63870-000;

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 clausula "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.

Boa Viagem - CE, 29 de *Setembro* de 2017

Luisa Batista do Nascimento

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**DECLARANTE:**

Nome: <i>Luiza Batista do Nascimento</i>		
Nacionalidade: <i>Brasileira</i>	Estado Civil: <i>Solteira</i>	Profissão: <i>Agrônoma</i>
Identidade/Orgão Expedidor: <i>2370056-92</i>		CPF: <i>962.358.103-84</i>
Endereço/ Av., Rua/ Nº: <i>Tr. Epitonga</i>		
Bairro: <i>Zona Rural</i>	Complemento: <i>Casa</i>	
CEP: <i>63870-000</i>	Cidade: <i>Boa Viagem</i>	Estado: <i>Ceará</i>

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.

Boa Viagem-Ce, 29 de 09 de 2017.

Luiza Batista do Nascimento
Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

 POLGAR DIREITO



Luisa Batista do Nascimento
ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO SADE IDENTIFICATÓRIA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2370056-92

DATA DE EXPEDICÃO 06.08.92

LUISA BATISTA DO NASCIMENTO

Nome José Batista do Nascimento
Mãe Maria Carmélia do Nascimento

LOCAL DE NASCIMENTO B. Viagem-Ce DATA DE NASCIMENTO 05.02.72

LOCAL DE NASCIMENTO Cert. Nas, 21762, Div, 4-20, Fl, 1
Cert. B. Viagem-Ce

CPF FORTALEZA CE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

962.358.103-34

LUISA BATISTA DO NASCIMENTO

05/02/1972



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 492007036

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
forneceida pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
SET/2017

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
6637059 DV **0**

VENCIMENTO

10/11/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

34,88

Rota 25 036041 15 097000 Medidor 5519154 Poste 0000 0
Nome LUISA BATISTA DO NASCIMENTO
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora DT IPIRANGA 00009 IPIRANGA BOA VIAGEM 63870000

RG / CPF / CNPJ 962.358.103-34 CGF
Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 8616 Leitura Anterior 8555 Constante 1 Consumo (kWh) 61 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 61

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
Consumo faixa 0-30 Kwh	30	0,18236	5,47
Consumo faixa 31-100 Kwh	31	0,31261	9,69

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
09/09/2017	09/10/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DB48.B01C.505A.17A6.A3E3.5149.EF61.5916

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	7,08
TRANSMISSÃO	0,71
DISTRIBUIÇÃO	4,81
ENCARGOS SETORIAIS	1,66
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	1,90

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

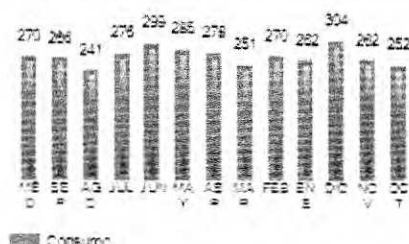
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 8,05

Conjunto BOA VIAGEM

Mês JUL/ 2017

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,58	21,17	42,34	0,36	0,00	0,00
FIC (un)	7,67	15,34	30,69	2,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,68			0,19		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

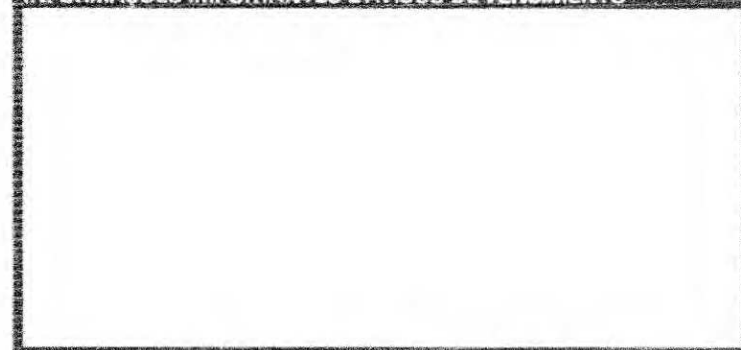


CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
0	0	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 6637059-0 N° da Nota Fiscal: 492007036 Total a Pagar (R\$): 34,88
Data de Emissão: 04/10/2017 Referência: SET/2017 N° de Controle: 0006637059 00030 4332 2 15

83800000000-9 34880031000-8 00066370590-8 00304332267-5



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA SOB AS PENAS DA LEI

DECLARANTE:

Nome: <i>Luísa Batista do Nascimento</i>		
Nacionalidade: <i>Brasileira</i>	Estado Civil: <i>solteira</i>	Profissão: <i>Agente</i>
Identidade/Orgão Expedidor: <i>2370056-92</i>		CPF: <i>962.358.107-34</i>
Endereço/ Av., Rua/ Nº: <i>R. Ipiranga</i>		
Bairro: <i>Zona Rural</i>	Complemento: <i>Casa</i>	
CEP: <i>63870-000</i>	Cidade: <i>Boa Viagem</i>	Estado: <i>Ceará</i>

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."

Boa Viagem - *29* de *Setembro* de 2017

Luísa Batista do Nascimento
DECLARANTE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
UNIDADE POLICIAL DE CARIDADE/CE

BOLETIM DE OCORRÊNCIAS – B.O.



➤ **DADOS DA OCORRÊNCIA**

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº B.O.: 0331/2017

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 03/05/2017 as 9h:55 min.

DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 05/02/2017 as 22:00 hs.

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: BARRA DOS MOREIRAS – BOA VIAGEM/CE

HISTÓRICO: A queixosa informa que no dia e hora acima citados, que encontrava-se na garupa da motocicleta marca HONDA/CG 150 TITAN ES, placa HWX 3213/CE, cor VERMELHA, ano 2006/2006, chassi 9C2KC08306R842326, licenciada em nome de FRANCISCO CESAR DA SILVA, relata que ia na garupa da motocicleta acima qualificada, que era guiada por um amigo que conhece apenas pelo nome de LEANDRO, quando no meio do trajeto, em uma passagem molhada, vinha um outro motoqueiro não identificado, perdeu o controle da motocicleta vindo a colidir com os mesmos, onde o motoqueiro perdeu o controle da motocicleta vindo a cair ao solo, a vítima foi socorrida para o Hospital Casa de Saúde Adília Maria em Boa Viagem e logo em seguida foi transferido para o Hospital São Francisco em Canindé com edema na face e fratura exposta no joelho esquerdo, onde passou por intervenção cirúrgica. NADA MAIS DISSE, E NEM LHE FOI PERGUNTADO, ONDE VAI DEVIDAMENTE ASSINADO.

➤ **DADOS DA VITIMA (A):**

NOME: LUISA BATISTA DO NASCIMENTO

RG: 2370056-92 SSP/CE CPF: 962.358.103-34

DATA DE NASCIMENTO: 05/02/1972

FILIAÇÃO: Jose Batista do Nascimento

Maria Carmelia do Nascimento

ENDEREÇO: Dt Ipiranga nº 9 - Ipiranga - - Boa Viagem/Ce.

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 28488-1-3

Cláudio Sérgio Landim Moraes
 Chefe da Unidade Policial
 Mat.: 28488-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Luisa Batista do Nascimento

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº **012637122341**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA **01** COD RENAVAM **884048543** RNTG **0000000000** EXERCÍCIO **2016**

LEON FRANCISCO CESAR D. SILVA

BOA VIAGEM/CE

03367974358 PLACA **HWX3213**

PLACA ANT/UF *******/CE** CHASSI **9C2KC08506R842326**

ESPÉCIE **PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.** COMBUSTÍVEL **GASOLINA**

MARCA/MODELO **HONDA/CG 150 TITAN ES** ANO FAB. **2006** ANO MOD. **2006**

CAP/POE/CA **2P/OCV/149CC** CATEGORIA **PARTIC** COB/PREDOMINANTE **VERMELHA**

COTA ÚNICA ********* VENC. COTA ÚNICA ****/**/**** VENC./COTAS **1*******

FADIA LPVA ******* PARCELAMENTO/COTAS ********* **2*******

PREMIO TARIFARIO (R\$) **286.75** ICF (R\$) **1.11** PREMIO TOTAL (R\$) **292.01** DATA DE PAGAMENTO **10/05/2016**

OBSERVAÇÕES

BOA VIAGEM LOCAL **Boa Viagem** DATA **25/11/2016**
Assinatura: *Igor Ponte* DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE EM PORÇÃO DE CARGA A PESOIA TRANSPORTADA OU NAÇÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012637122341 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

03367974358

EXERCÍCIO **2016** DATA EMISSÃO **25/11/2016**

VIA **01** CPF / CNPJ **03367974358** PLACA **HWX3213**

RENAVAM **884048543** MARCA / MODELO **HONDA/CG 150 TITAN ES**

ANO FAB. **2006** CAT. TARIF. **09** Nº CHASSI **9C2KC08506R842326**

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
129.04	14.34	143.38
CUSTO DO BILHETE (R\$)	ICF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
4.15	1.11	292.01

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO **10/05/2016**

PROPRIETÁRIO
LOTE/DO SEGURO DPVAT
MOTOR: KC0856842326
www.dpvatsegurovalidador.com.br

JAN-2016

Ocorrência OK

fls. 15



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA - CSAM
FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA



UNIDADE DE ATENDIMENTO 24H

DATA: 05/02/2017 HORÁRIO: 23:42 ATENDIMENTO Nº _____**DADOS DO PACIENTE**NOME: Luiza Batista do Nascimento SUS: _____SEXO: F () M (X) DATA DE NASCIMENTO: 03/02/1972 IDADE: 45 ESTADO CIVIL: _____NOME DA MÃE: Maria Carmelia do Nascimento

NATURALIDADE: _____ PROFISSÃO: _____

ENDEREÇO: Spinaça BAIRRO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____ TELEFONE: _____

IDENTIFICANTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

PA: _____ X _____ mmHg SPO2: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ ipm T: _____ °C PESO: _____ Kg

QUEIXAS: _____

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MIN	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MIN	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MIN
☐ Politraumatismo/TCE; ☐ Queimaduras grandes; ☐ Coma ou alteração de consciência; ☐ Lesão da Coluna Vertebral; ☐ Desconforto Respiratório Grave; ☐ Dor no peito+cianose+ falta de ar; ☐ Vômito+perda de consciência ou dor tórax por mais de 30min; ☐ Perfuração no peito, abdômen ou cabeça; ☐ Crise convulsiva; ☐ Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio; ☐ Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; ☐ Hiper ou Hipoglicemia (diagnosticadas) ☐ Parada Cardiorrespiratória; ☐ Alterações SSVV + sintomas (diagnosticadas); ☐ Hemorragia não controladas; ☐ Fraturas; ferimentos (cortes);	☐ Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva; ☐ Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios; ☐ História de convulsão; ☐ Dor torácica intensa; ☐ Crise asmática ou desconforto respiratório; ☐ Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; ☐ Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; ☐ História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; ☐ Epistaxe; ☐ Dor forte de qualquer natureza; ☐ Sangramento vaginal com dor abdominal; ☐ Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; ☐ Febre alta (39-40°); ☐ Luxações, entorse + dor intensa; ☐ Acidente por animais peçonhentos; ☐ Acidente por animais peçonhentos; ☐ Broncoespasmo.	☐ Idade superior a 60 anos; ☐ Pacientes escoltados; ☐ Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; ☐ Asma fora de crise; ☐ Enxaqueca; ☐ Dor ouvido moderada a grave; ☐ Dor abdominal sem alterações sinais vitais; ☐ Sangramento vaginal sem dor abdominal; ☐ Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação; ☐ Abscessos; ☐ Distúrbios neurovegetativos; ☐ Lombalgia intensa; ☐ Intercorrências ortopédicas; ☐ Gastroenterite;	☐ Queixas sem alterações agudas; ☐ Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestados médicos; ☐ Demais situações não enquadradas anteriormente; ☐ Uso de benzilpenicilina; SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.

CEP 07.806.680/0001-84
 Casa de Saúde Adília Maria
 Rua São Vicente de Paula, 1700
 Centro - CEP 83070-000
 Fone: (81) 3427-1133
 Boa Viagem - Ce

Esta cópia confere com original dos nossos arquivos
Boa Viagem
 Responsável - CS

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

DATA: ____/____/____ HORÁRIO: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Peça de lesões no braço profundo
em MIE e sinais de fratura
fratura Exposta ???

PRESCRIÇÃO:

- ① Voltar a trabalhar 00:00
- ② Transferir para serviço
terciário.
- ③ Curativo compressivo

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Fone: 07.800.880/0001-94

Casa de Saúde Adília Maria

Rua São Vicente de Paula, nº 100

Centro - CEP: 63370-000

Fone: (88) 3427-1136

Boa Viagem - Ce

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Esta cópia confere com a
original dos nossos arquivos.Rafael de Souza
Responsável - CSAM

Rafael de Souza

DIREÇÃO GERAL

Dr. Márcio Clu

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL.

Rua São Vicente de Paula Nº 100 – Centro – Boa Viagem – Ceará- CE CEP: 63.870-000

Fone(88) 3427-1136/- FAX-3427-1699

14180006868

fls. 17

PROFISSORA MUNICIPAL DE SUA VIAGEM
SISTEMA UNIFICADO DE SAÚDE - SUS/CE

FICHA DE REFERÊNCIA
CASA DE SAÚDE ATIVIDADE

ROSA VILMA DE F. L. 100 JORNAL
RUA 1001 104/1105 - BOA VISTA - CE.
CNPJ: 07.004.420/0001-82

1. FOLHEAR ESTABELECER
2. AO TERMINAR A CONSULTA O
TRATAMENTO ENTREGAR 2 VIAS AO
PACIENTE ORIENTANDO-SE PARA
RECEBER TUDO A SEGUIR EM SEU
MOMENTO

11/01/2017 Hospital CSAM

11/01/2017 Bilota de movimento

11/01/2017 DATA DE NASCIMENTO 21/12/2017

11/01/2017 Nome RAFAEL BATISTA TEL

11/01/2017 Pede exame cl. lomb. exte. e
profundo em "gum. popliteas" e
suas de fratura - fratura exposta!

11/01/2017 Sinto Rau x e Avaliação de

11/01/2017 "Cirurgia genl."

11/01/2017 Anamnese

11/01/2017 CEN 16208

11/01/2017 DATA 11/01/2017

11/01/2017 DATA 11/01/2017

11/01/2017 DATA 11/01/2017

11/01/2017 DATA 11/01/2017

11/01/2017 DATA 11/01/2017

11/01/2017 DATA 11/01/2017

11/01/2017 DATA 11/01/2017

11/01/2017 DATA 11/01/2017

11/01/2017 DATA 11/01/2017

11/01/2017 DATA 11/01/2017

11/01/2017 DATA 11/01/2017

11/01/2017 DATA 11/01/2017

11/01/2017 DATA 11/01/2017

11/01/2017 DATA 11/01/2017

11/01/2017 DATA 11/01/2017

11/01/2017 DATA 11/01/2017

11/01/2017 DATA 11/01/2017

Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora: SANTA CASA DE CANINDE

Convênio : S.S AMBULATORIO

Dados do Paciente

GUIA

Usuário do Cadastro

Usuário do Atendimento

FRANCO

FRANCISCO

Nome : **LUISA BATISTA DO NASCIMENTO**

Paciente : 193273

Atendimentos

1242451

Nome da Mãe : MARIA CARMELIA DO NASCIMENTO

Sexo: FEMININO

Data Nascimento: 05/02/1972

Idade: 45 Anos / 0 Mês / 1 Dia

Endereço : IPIRANGA

Bairro : ZONARURAL

~~Cidade~~ : BOA VIAGEM

CEP: 63870000

Telephone

Número 0

Dados do Atendimento

Prestador Médico : ANTONIO DE PADUA SIQUEIRA MARTINS

Data : 06/02/2017

- Hora 01:52:14

Especialidade : CIRURGIA GERAL

Serviço :CIRURGIA GERAL

Assinatura do Paciente ou Responsável:

RG: 237005692

Queixas :

7

PA. 130/80

L

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

Anamnesis :

Exame Fisico:

Hipótese Diagnóstica :

Carimbo Assinatura Médico CRM:

Cód. COD 10

Procedimiento

Medicacões

Carimbo/Assinatura
Enfermagem/CO



Data da Impressão 01/02/2017

Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

CIRURGIA

Unidade Prestadora : SANTA CASA DE CANINDE

ALTA HOSPITALAR

GUIA

Convênio : SUS AMBULATORIO

AGUARDIA TRANSPORTE

Usuário do Cadastro
Usuário do AtendimentoTRANCA
MARCA

Dados do Paciente

Nome : LUISA BATISTA DO NASCIMENTO

Paciente : 193273

Atendimento

Nome da Mãe : MARIA CARMELIA DO NASCIMENTO

1242861

Sexo : FEMININO

Data Nascimento : 05/02/1972

Idade : 45 Anos / 0 Mês / 2 Dias

Endereço : IPIRANGA

Número 0

Bairro : ZONARURAL

Cidade : BOA VIAGEM

CEP : 63870000

Telefone :

Dados do Atendimento

Prestador Médico : ANTONIO VALDECI GOMES FREIRE

Data : 07/02/2017

Hora : 06:16:09

Especialidade : CIRURGIA GERAL

Serviço : CIRURGIA GERAL

Assinatura do Paciente ou Responsável

RG : 237005692

Queixas :

36 h PA 30/70 mmHg

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

Anamnese :

Paciente refere sintomas gastrointestinais
e dores abdominais. Não
refere febre, vômito, diarreia,
sangramento ou perda de peso.
No momento apresenta
sintomas de dor abdominal
e náusea.

Exame Físico :

ht 36 h
No momento apresenta
sintomas de dor abdominal
e náusea.

Carimbo/Assinatura Médico CRM

Hipótese Diagnóstica :

Cód COD 10

☐ Imagem :☐ Laboratório :☐ Outros :

Procedimento

Medicação

Carimbo/Assinatura
Enfermeiro/COF

SOCIEDADE 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

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



NOME:	Nº PRONTUÁRIO	ENF:	LEITO
Luiza Bolenta nascimento			

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.

[illegible]

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

[Buscar no site](#)

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 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 3170299466 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUISA BATISTA DO NASCIMENTO

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO LUISA BATISTA DO NASCIMENTO

CPF/CNPJ: 96235810334

Posição em 04-10-2017 14:36:13

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

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
04/09/2017	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

ACESSIBILIDADE


[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)

[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)
[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)
[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	Atualização do Pagamento Administrativo - beneficiário: LUISA BATISTA DO NASCIMENTO - Sinistro: 3170299466
Valor Nominal	R\$ 2.531,25
Indexador e metodologia de cálculo	INPC-IBGE - Calculado pro-rata die.
Período da correção	5/2/2017 a 4/9/2017

Dados calculados

Fator de correção do período	211 dias	1,008049
Percentual correspondente	211 dias	0,804901 %
Valor corrigido para 4/9/2017	(=)	R\$ 2.551,62
Sub Total	(=)	R\$ 2.551,62
Valor total	(=)	R\$ 2.551,62

Memória analítica do cálculo

Valor inicial	2.531,25
Data inicial	5/2/2017
Data final	4/9/2017
Periodicidade	Mensal
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.

Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
5/2/2017	1/3/2017	0,2057 (%)	2.536,46
1/3/2017	1/4/2017	0,3200 (%)	2.544,57
1/4/2017	1/5/2017	0,0800 (%)	2.546,61
1/5/2017	1/6/2017	0,3600 (%)	2.555,78
1/6/2017	1/7/2017	-0,3000 (%)	2.548,11
1/7/2017	1/8/2017	0,1700 (%)	2.552,44
1/8/2017	1/9/2017	-0,0300 (%)	2.551,68
1/9/2017	4/9/2017	-0,0020 (%)	2.551,62

Acréscimos de juro, multa e honorários

Sub Total	(=)	R\$ 2.551,62
Valor total	(=)	R\$ 2.551,62

Retornar Imprimir