

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Ana Paula Monteiro da Silva  
 Estado Civil: solteira Profissão: Agricultora  
 CPF: 032.743.973-42 Identidade: 2002005229631 SSPce  
 Endereço: Sítio Lagoa do Peixe, S/N. Zona rural  
 CEP: 62910000 Município: Palhano Estado: Ceará

**OUTORGADAS:** As Advogadas **ALESSANDRA ELICE LOPES CRESCÊNCIO PEREIRA** e **KÁTHIA WALÊSKA LOPES CRESCÊNCIO PEREIRA** (e-mail: [kathiacrescencio@clinicajuridica.com.br](mailto:kathiacrescencio@clinicajuridica.com.br)), inscritas na OAB-CE com nºs 18.949 e 20.432, respectivamente, sócias do Escritório de Advocacia **CRESCÊNCIO PEREIRA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, registrado na OAB-CE com nº 1032, em 26/01/2015, inscrito no CNPJ nº 29.571.233/0001-26, com sede na Rua Rodrigues Júnior, nº 428, Centro, Fortaleza-CE, CEP 60060-000, Fone: (85) 3253.3340, onde receberão intimações e notificações processuais.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de Procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui as OUTORGADAS como suas bastantes Procuradoras, para agirem em seu nome, podendo, em conjunto ou separadamente, administrar seus interesses, conferindo-lhes os poderes gerais das **Cláusulas AD JUDICIA ET EXTRA**, representar perante quaisquer entes públicos e privados, sejam Federais, Estaduais, Distritais, Municipais ou Autárquicos, seus órgãos, departamentos e subsidiárias, bem como qualquer Cartório, Juízo, Instância ou Tribunal, podendo promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização do **Seguro DPVAT** que lhe cabe, como beneficiário(a), junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do convênio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, termos e declarações, promover ações de seu interesse, delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os seus termos até final decisão, podendo interpor todos os recursos em Direito permitidos, promover acordos, judiciais e/ou extrajudiciais, e demais atos necessários aos interesses dos serviços contratados; conferem também os poderes da **Cláusula AD NEGOCIO**, podendo, ainda, requerer, assinar, transigir, desistir, usar e renunciar dos recursos legais, firmar compromissos, acordos, contratos, requerimentos, declarações, livros, termos, recibos e o que for preciso, juntar e retirar documentos, produzir provas e justificações, receber e dar quitação, acolher quaisquer valores, haveres, numerários ou direitos relacionados com o litígio e/ou pendências judiciais e extrajudiciais, inclusive levantar Alvarás Judiciais; firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro; receber intimações para audiências e perícias médicas; representar em audiência, bem como perante qualquer instituição bancária, mormente Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil S/A, etc.; enfim, tudo mais usar e praticar para o bom e fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, inclusive substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reserva de poder(es).

Fortaleza 26 de Novembro de 2018.

Ana Paula Monteiro da Silva  
**OUTORGANTE**





## DECLARAÇÃO

Eu, Ana Paula Monteiro da Silva,  
brasileiro(a), estado civil: solteira, profissão: Agricultora,  
portador(a) de Identidade nº 2002005229631 e CPF nº 032.743.973-92,  
capaz, nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:  
Sítio Laipa do Peixe, SN Zona Rural,  
Cidade: Palhano,  
Estado: Ceará, CEP 62.910-000, e forneço os meus dados  
pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em  
desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT-FENASEG, sendo de minha total  
responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza-CE, 26 de Novembro de 2018.

Ana Paula Monteiro da Silva  
DECLARANTE



## DECLARAÇÃO

Eu, Ana Paula Monteiro da Silva  
Estado Civil: Solteira Profissão: Agricultora  
CPF: 032.743.973-42 Identidade: 200200522931 / SSPce  
Endereço: Sítio Lagoa do Peixe, SN Zona rural  
CEP: 62.910-000 Município: Palmaro Estado: Ceará

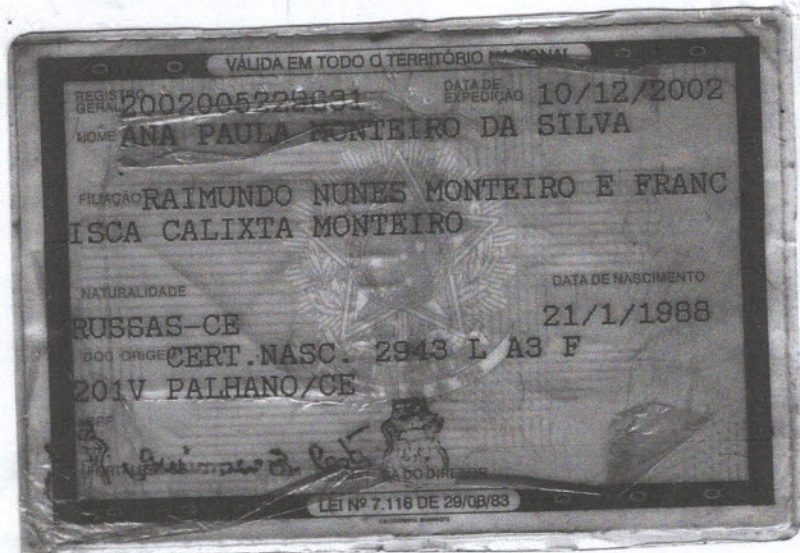
DECLARO para os devidos fins que possuo **hiposuficiência financeira**, não tendo, pois, condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do meu próprio sustento e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente para que surta seus devidos fins e efeitos.

Fortaleza-CE, 26 de novembro de 2018.

Ana Paula Monteiro da Silva  
DECLARANTE





10/3/16

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por KATHIA WALESKA LOPES CRESCENCIO PEREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/01/2019 às 14:32, sob o número 01002547220198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0100254-72.2019.8.06.0001 e código 4242BEB.





Esta é a segunda via de  
**SET/2018**

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE  
**3196691** DV **8**

VENCIMENTO  
**11/10/2018**

TOTAL A PAGAR (R\$)  
**0,00**

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **539817629**

**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  
foi criada pela Lei nº 10.438 de  
26 de abril de 2002

#### DADOS DO CLIENTE

Rota 23 025081 77 063650 Medidor 11673221 Poste 0000 A08N  
Nome FRANCIVALDO MONTEIRO DA SILVA  
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora ST LAGOA DO PEIXE 00000 ST LG DO PEIXE PALHANO 62910000

RG / CPF / CNPJ 889.856.953-04 CGF Fator de Potência 0  
Classe B2 - 04-RURAL, MONOFASICA

#### INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado  
FP 77 9 1 0 0 30

#### DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

#### DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 04/10/2018 Prev. Próxima Leitura 04/10/2018

#### ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0637.411A.EBC3.393C.3031.48B3.48B2.0D4A

#### ICMS

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

#### COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

#### OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -34,83  
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 5,57  
COB. SALDO FATURA ANTERIOR 17,14  
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 1,54 )

#### CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)  
0 100

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

#### INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

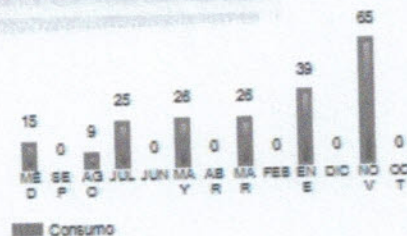
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 5,03

Conjunto ATAICABA

Mês JUL/ 2018

|          | Padrão Individual |       |       | Apuração Individual |       |       |
|----------|-------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
|          | Mensal            | Trim. | Anual | Mensal              | Trim. | Anual |
| DIC (h)  | 10,87             | 21,74 | 43,49 | 0,00                | 0,00  | 0,00  |
| FIC (un) | 7,59              | 15,19 | 30,39 | 0,00                | 0,00  | 0,00  |
| DMIC (h) | 5,88              |       |       | 0,00                |       |       |

#### HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **3196691-8** Nº da Nota Fiscal: **539817629** Total a Pagar (R\$): **0,00**  
Data de Emissão: **08/09/2018** Referência: **SET/2018** Nº de Controle:

**FATURA PAGA, NÃO RECEBER**





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL/DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS  
UNIDADE POLICIAL DE PALHANO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA 215/2015**

Natureza do Fato: ACIDENTE  
Data/Hora da Comunicação: 24/11/2015-10:h20  
Data / Hora da Ocorrência: 12/07/2015 - 07:24h  
Endereço da Ocorrência: LAGOA DA PEDRA, PALHANO /CE  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)/Noticiante**

Nome: ANA PAULA MONTREIRO DA SILVA Data de Nascimento:  
RG Nº: CPF: CNH Registro nº:  
Filiação: RAIMUNDO NUNES MONTEIRO E FRANCISCA CALIXTA MONTEIRO  
Endereço: LAGOA DA PEDRA, PALHANO/CE  
Telefone:

**Histórico**

SOB AS PENALIDADES DOS ARTIGOS 340 E 342 DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO, afirma que em hora e dia indicados. QUE ESTVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE PLACA OIG3483, RENAVAL 00460826379, GUIADA PELO SEU IRMÃO FRANCIVALDO MONTEIRO DA SILVA, CNH: 03037742558, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E AMBOS VIERAM A CAIR AO CHÃO. QUE NA QUEDA FRATUROU O PUNHO ESQUERDO, CONFORME ATESTADO MÉDICO. Nada mais disse.....

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *[Assinatura]*

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Ana Paula Montreiro da Silva*

VISTO DO DELEGADO:

*[Assinatura]*  
Marcelo Lourenço  
Inspetor de Polícia Civil  
Mat. 155316-1-4  
Delegacia de Palhano-CE



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, RAIMUNDO NUNES MONTEIRO,  
 RG nº 16922-80, data de expedição 15/02/80  
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 975.235.603-00, com  
 domicílio na cidade de PALHANO, no Estado de  
Ceará, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)  
Beirão do Peixe, zona rural, nº —,  
 complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima ANA PAULA MONTEIRO DA SILVA, cujo o condutor era  
FRANCIVALDO MONTEIRO DA SILVA

Veículo: MOTOModelo: HONDA CG 125 FANESAno: 2012/2012Placa: 01G-3783/CEChassi: 9C2JC4120CR555667Data do Acidente: 22/07/2015Local e Data: Rua Ce 20/10/2015

 Raimundo Nunes Monteiro  
 Assinatura do Declarante

Francivaldo Monteiro da Silva

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



RECONHEÇO A(S) FIRMA(S) Raimundo Nunes Monteiro, por autenticidade — DOU FÉ.  
 PALHANO 20/10/2015  
 EM TESTEMUNHO — DA VERDADE  
—  
 ANA REGINA MARQUES DO AMARAL - Tabela  
 TATIANA MARQUES DA COSTA - Substituta





Sus 898003224935601 Acidente

ESTADO DO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PALHANO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL DE PALHANO



09

| FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA                                             |                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOME DO PACIENTE                                                                        | Ana Paula m. da Silva                                                                                                             |
| DATA DO NASCIMENTO                                                                      | 21.03.88. T:                                                                                                                      |
| ENDEREÇO                                                                                | Logradouro da Pedra. P:                                                                                                           |
| DATA DO ATENDIMENTO                                                                     | 12.07.15 PA: 100x80mmHg                                                                                                           |
| HISTÓRIA CLÍNICA                                                                        | Pct que apresenta DETONUSÇÃO Anterior a nível RADIO-ULNAR (Fratura) por acidente de moto, com EXAMINAÇÃO SUPERFICIAL NO MEM. FACS |
| DIAGNÓSTICO                                                                             | Acidente de moto                                                                                                                  |
| CONDUTA                                                                                 | Diclofenac 75mg (1u) + IMMOBILIZAÇÃO                                                                                              |
| <p>Dr. Eduardo A. Carcano<br/>MÉDICO<br/>CREMEC - 13676</p> <p>ASSINATURA DO MÉDICO</p> |                                                                                                                                   |

Rua Miguel Rodrigues Santiago, 201 - Centro - Palhano - Ceará - CEP. 62.910-000 - CNPJ Nº 11.857.544/0001-90 - Fone: 088-3415-1040.



HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS  
Rua Dr. José Ramalho, 1436  
CNPJ nº 17.001/0001-64  
CONFERE COM ORIGINAL  
14/12/2015  
25/10/2015  
ARQUIVO



HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS  
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro  
Russas / Ceará



1500105726 25

SUS - SUS

GUIA DE ATENDIMENTO  
TRAUMA/ORTOPEDIA  
Consulta: URGÊNCIA

Atendimento Nº: 1500105726  
EM: 13/07/2015 08:28:14  
Turno: DIURNO

Profissional: ANTONIO  
TRAUMATOLOGICO/CIRUR.- EXTRA

Sexo: F DN: 21/01/1988 - 27 A 5 M 23 D Est. Civil: Solteiro(a)

Paciente: - ANA PAULA MONTEIRO SILVA

Endereço: LAGOA - DA PEDRA - 0 - ZONA RURAL - PALHANO - CE - 62910000 -

CNS: 898003224935601 CPF:

Telefone: 8896180152

Naturalidade: RUSSAS - CE

Ocup.: AGRICULTOR

Identidade 2002005229631 - SS

Nº da Carteira:

Autorização:

Raça/Cor: PARDA -

SisPreNatal:

Mãe: FRANCISCA CALIXTA MONTEIRO

Pai: RAIMUNDO BATISTA MONTEIRO

Anotações Médicas

Conduta:

*Prtk*

Valter...  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 6193

Diagnóstico:

*frutur n* *Atm* *(R)*

Assinatura e Carimbo

Anotações de Outros Profissionais

Peso \_\_\_\_\_ KG. Temperatura: \_\_\_\_\_ °C. Pressão Arterial \_\_\_\_\_ mmHg

Atesto a realização do Atendimento de acordo com os dados acima

*Gilcélia F. dos Santos Monteiro*  
Assinatura do Paciente ou Responsável

Atendimento: 1500105726

Registrado por: lenice.fonseca



FICHA DE REFERÊNCIA

003705

UNIDADE DE ORIGEM: UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE PALHANO

DISTRITO SANITÁRIO: 9º MICRO

MUNICÍPIO: PALHANO-CE

NOME: ANA PAULA M. DA SILVA

PRONTUÁRIO Nº:

SEXO: ☐ M ☒ F

DATA DO NASCIMENTO: / /

Ocupação:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

TELEFONE:

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO:

RESULTADO DOS EXAMES:

CONDUTA JÁ REALIZADA:

IMPRESSÃO DIAGNOSTICADA:

Dr. Eduardo A. Carcano  
MÉDICO  
CREMEC - 13676

ASS. DO CONSULTANTE - Nº RG

FUNÇÃO

DATA

AGENDAMENTO

PREENCHIMENTO PARA ATENDIMENTO:

AMBULATORIAL ☐

HOSPITALAR ☐

AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐

PROCEDIMENTO:

PROFISSIONAL:

CÓDIGO DE REFERÊNCIA:

DATA: / /

HORA

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (\*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

MUNICÍPIO:

PRONTUÁRIO Nº

ALTA: / /

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO:

RESULTADO DE EXAMES:

DIAGNÓSTICO:

PRINCIPAL:

SECUNDÁRIO 1:

SECUNDÁRIO 2:

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO:

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA?

SIM ☐

NÃO ☐

O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO?

SIM ☐

NÃO ☐

ASS. DO CONSULTANTE - Nº RG

FUNÇÃO

DATA



| SUS Sistema Único de Saúde                                                          |  | Ministério da Saúde            |  | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |  |                                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------|--|
| Identificação do Estabelecimento de Saúde                                           |  |                                |  | 2 - CNES                                                       |  | 232800-3                                                                    |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                                             |  |                                |  | 4 - CNES                                                       |  | 232800-3                                                                    |  |
| HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS                                                  |  |                                |  |                                                                |  |                                                                             |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE                                              |  |                                |  |                                                                |  |                                                                             |  |
| HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS                                                  |  |                                |  |                                                                |  |                                                                             |  |
| Identificação do Paciente                                                           |  |                                |  | 6 - Nº. DO PRONTUÁRIO                                          |  |                                                                             |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE                                                                |  |                                |  |                                                                |  |                                                                             |  |
| ANA PAULA MONTEIRO SILVA                                                            |  |                                |  |                                                                |  |                                                                             |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                  |  |                                |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO                                         |  | 9 - SEXO                                                                    |  |
| 898003224935601                                                                     |  |                                |  | 21/01/1988                                                     |  | 3 - Feminino                                                                |  |
| 11 - NOME DA MÃE                                                                    |  |                                |  | 10 - RAÇA / COR                                                |  | 10.1 - ETNIA                                                                |  |
| FRANCISCA CALIXTA MONTEIRO                                                          |  |                                |  | Parda                                                          |  |                                                                             |  |
| 13 - NOME DO RESPONSÁVEL                                                            |  |                                |  | 12 - TELEFONE DE CONTATO                                       |  |                                                                             |  |
| ANA PAULA MONTEIRO SILVA                                                            |  |                                |  | (88) 9618-0152                                                 |  |                                                                             |  |
| 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                                                     |  |                                |  | 14 - TELEFONE DE CONTATO                                       |  |                                                                             |  |
| LAGOA: DA PEDRA - 0 - ZONA RURAL                                                    |  |                                |  | (88) 9618-0152                                                 |  |                                                                             |  |
| 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                                        |  |                                |  | 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO                                       |  | 18 - UR                                                                     |  |
| PALHANO                                                                             |  |                                |  | 231000                                                         |  | CE                                                                          |  |
| 19 - CEP                                                                            |  |                                |  | 62.910-000                                                     |  |                                                                             |  |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO                                                         |  |                                |  |                                                                |  |                                                                             |  |
| 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                          |  |                                |  |                                                                |  |                                                                             |  |
| 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO                                          |  |                                |  |                                                                |  |                                                                             |  |
| 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) |  |                                |  |                                                                |  |                                                                             |  |
| 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL                                                            |  |                                |  |                                                                |  |                                                                             |  |
| 24 - CID 10 PRINCIPAL                                                               |  |                                |  |                                                                |  |                                                                             |  |
| 25 - CID 10 SECUNDÁRIO                                                              |  |                                |  |                                                                |  |                                                                             |  |
| 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                                       |  |                                |  |                                                                |  |                                                                             |  |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                             |  |                                |  |                                                                |  |                                                                             |  |
| 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                                           |  |                                |  |                                                                |  |                                                                             |  |
| 28 - CLÍNICA                                                                        |  | 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO     |  | 31 - DOCUMENTO                                                 |  | 32 - Nº. DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE |  |
| AMBULATÓRIO                                                                         |  | URGÊNCIA                       |  | C. N. S.                                                       |  | 182215039540018                                                             |  |
| 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE                                  |  |                                |  | 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                       |  | 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)                     |  |
| ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO                                                  |  |                                |  | 20/07/2015                                                     |  |                                                                             |  |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)                      |  |                                |  |                                                                |  |                                                                             |  |
| 36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO                                                       |  | 39 - CNPJ DA SEGURADORA        |  | 40 - Nº. DO BILHETE                                            |  | 41 - SÉRIE                                                                  |  |
| 37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO                                                   |  | 42 - CNPJ DA EMPRESA           |  | 43 - CNAE DA EMPRESA                                           |  | 44 - CBOR                                                                   |  |
| 38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO                                                  |  | 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA |  | 46 - ( ) EMPREGADO                                             |  | ( ) EMPREGADOR                                                              |  |
|                                                                                     |  | ( ) AUTÔNOMO                   |  | ( ) DESEMPREGADO                                               |  | ( ) APOSENTADO                                                              |  |
|                                                                                     |  | ( ) NÃO SEGURADO               |  |                                                                |  |                                                                             |  |
| AUTORIZAÇÃO                                                                         |  |                                |  |                                                                |  |                                                                             |  |
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                               |  |                                |  | 47 - COD. ORGÃO EMISSOR                                        |  | 52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                            |  |
| 48 - DOCUMENTO                                                                      |  |                                |  | 49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR        |  |                                                                             |  |
| ( ) CNS ( ) CPF                                                                     |  |                                |  | 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                       |  | 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)                     |  |
| / /                                                                                 |  |                                |  |                                                                |  |                                                                             |  |



20/07/2015

... Guia de Internação 01 ...

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS  
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro  
Russas / Ceará



1500106711 20/07/2015 11:18:52 GUIA DE ADMISSÃO ( ) GUIA DE ATENDIMENTO ( ) TRAUMA/CIRURGICO-02.006.001

Paciente: **- ANA PAULA MONTEIRO SILVA**

Documento: **Identidade - 2002005229631 - SSP-CE - 10/12/2002 F**

Endereço: **LAGOA - DA PEDRA - 0 - ZONA RURAL - PALHANO - CE**

Naturalidade: **RUSSAS - CE**

Mãe: **FRANCISCA CALIXTA MONTEIRO**

Plano - Convênio: **SUS - SUS**

Caráter de Atendimento: **Urgência**

CID Principal:

Sexo: **F** Estado Civil: **Solteiro(a)**

Nascimento: **21/01/1988 Id: 27 A 5 M 30 D 898003224935601**

Raça/Cor: **Parda -**

Contatos: **(88) 9618-0152**

Pai: **RAIMUNDO BATISTA MONTEIRO**

CNS: **62.910-000**

Escolaridade: **SERVIÇOS GERAIS**

Ocupação: **SERVIÇOS GERAIS**

Complemento:

SisPreNatal:

Carteira: **Validade**

Autorização:

Especialidade: **TRAUMA/ORTOPEDIA**

Profissional Solicitante: **ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA P**

Perm. Máxima (dias):

Procedência: **Procedimento Solicitado**

## ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer ( ) Exames Laboratoriais ( ) RX ( ) Ultrassonografia ( ) Prótese ( ) Mudança de Procedimento ( )

Convênio: Autorizado Até:            /            /            Prorrogado Até:            /            /           

Outros ( ) Especificar:           

Data da Saída: 21/07/15 Motivo: ( ) Curado ( ) A pedido ( ) Evasão ( ) Transferido ( ) Óbito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

*Intup m. (altre) (P)*

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

## OPERAÇÃO

PRINCIPAL:

*Intup m. (altre) (P)*

SECUNDÁRIA:

## HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

*Alt. a pele as, lúps*  
*Intup m. (altre) (P)*

Médico Responsável

Diretor Responsável

Paciente ou Responsável

Guia emitida por: *Ienice.fonseca*

07.770.001/0001-647  
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE  
DE RUSSAS  
Rua: Dr. José Ramalho, 1436  
CENTRO  
RUSSAS  
CEP: 62.900.000  
CEARA




**HCSR**  
 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS  
CASAS  
UNIDAS**
**BOLETIM DE OPERAÇÃO**
**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

 NOME: Sra Paula Monteiro da Silva

 DATA: 20 / Junho / 2015

 LEITO: 22 - 3
**DIAGNOSTICO CLÍNICO:**
**DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:**
Fratura em Aberto Fêmur
**CONDIÇÕES DO PACIENTE**

| TEMPO | PULSO | RESP. | P.A. | GERAIS |
|-------|-------|-------|------|--------|
|       |       |       |      |        |

**ANESTESIA:**
Bloqueio Supraclavicular  
+ Sedação
**OPERAÇÃO:**
Osteotomia Aberto E
**CLASSIFICAÇÃO:**

INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_

ACHADOS (DESCREVER OS ÓRGÃOS EXPLORADOS E REGISTRE OS OS ACHADOS PATOLÓGICOS)

Fratura em Aberto  
fratura de fêmur e  
fratura e perfuração de
Distúrbio no fêmur
**O QUE FOI FEITO:**

1) Realizar punção de

2) Punção de

3) Punção de

4) Punção de

5) Punção de

**CONTAGEM COMPRESSAS:**
compressas compressas  
compressas compressas

 Fca. Roberta de L. G. G.  
 Tcn. de Enfermagem  
 COREN-CE 855.164

 Dr. Aluisio Figueiredo Filho  
 Anestesiologista  
 CRM 12.708

Operador

Auxiliar

Anestesiologista

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

www.hcsrussas.com.br

 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE  
 DE RUSSAS

 Rua: Dr José Ramalho, 1436  
 CENTRO - CEP: 62.900.000  
 CEARÁ




**HCSR**  
 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

*Uma História Cuidando de Vidas*
**SANTAS  
CASAS  
UNIDAS**
**FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE**
**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

 NOME: *Sua Paula Montem*
**DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:**

| DATA            | HORÁRIO | EVOLUÇÃO                  |
|-----------------|---------|---------------------------|
| <i>10/07/15</i> |         | <i>1. intake 11/07/15</i> |
| <i>10/07/15</i> |         | <i>2. intake 11/07/15</i> |
| <i>11/07/15</i> |         | <i>1- 20 12 de manhã</i>  |
|                 |         | <i>meio dia</i>           |
|                 |         | <i>22/07/15.</i>          |
|                 |         | <i>2- 20</i>              |
|                 |         | <i>At.</i>                |




**HCSR**

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

*Uma História Cuidando de Vidas*
**SANTAS  
CASAS  
UNIDAS**
**RESUMO DE ALTA**
**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

 NOME: Srs. Paula Montano

 ENFERMARIA: 22 LEITO: 3 PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

**RESUMO CLÍNICO:**

*ft. em 1x antdps*

07.770.001/0001-647  
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE  
DE RUSSAS

**EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:**

Rua Dr. José Ramalho, 1436  
CENTRO - CEP: 62.900.000  
RUSSAS - CEARÁ

**PROCEDIMENTO REALIZADO:**
**TERAPÊUTICA UTILIZADA:**

*Dr. Romulo Ferrer*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 12115

 ADMISSÃO: 20/09/15 ALTA: 21/09/15 DIAS INTERN.: 1
**CONDIÇÕES DE ALTA:**

 MOTIVO: CURADO ( ), MELHORADO ( ), APEDIDO ( ), EVASÃO ( ), TRANSFERIDO ( ), ÓBITO ( )  
 INALTERADO ( ), ADMINISTRATIVO ( )

**ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO:**
**DIAGNÓSTICO FINAL:**
**OBSERVAÇÕES:**

MÉDICO RESPONSÁVEL





CNPJ: 07.770.001/0001-64

## RECEITUÁRIO

Nome: ANA CARINA MONTAÑO  
End.: Shop

LAPO MEDICO.  
ATRÁS DO  
A PRIMEIRA ALTA  
POI SOBREVIVIA A  
CIRURGIA POR FRA-  
TURA FU INTERNO  
ESOMMO  
ENCONTRA-SE DE  
ALTA DEFINITIVA

14/09/15  
Data: 14/09/15

  
Medico - CRM

Rua Dr. José Ramalho, 1436, Centro - CEP: 62.900-000 - Russas/CE  
Fone: (88) 3411.0147 - Fax: (88) 3411.6611



**DETALHES DO PROCESSO**

|                  |                                 |                |                            |                                |
|------------------|---------------------------------|----------------|----------------------------|--------------------------------|
| Número Sinistro: | <b>3160047739</b>               | Garantia:      | <b>02 - Ipa /Invalidez</b> |                                |
| Categoria:       |                                 |                |                            |                                |
| Data Sinistro:   | <b>12/07/2015</b>               | Data Recepção: | <b>04/12/2015</b>          | Data Rateio: <b>10/03/2016</b> |
| Seguradora:      | <b>ARUANA - FORTALEZA</b>       | Angariador:    | <b>VIANA ASSESSORIA</b>    |                                |
| Preparador:      | <b>Bruna Caroline da Paixão</b> |                |                            |                                |
| Analista:        | <b>Bruna Caroline da Paixão</b> |                |                            |                                |
| Situação:        | <b>Pago</b>                     |                |                            |                                |
| Filial:          | <b>FORTALEZA</b>                |                |                            |                                |

**DATAS DE ENVIO****VÍTIMAS**

|                 |                                                         |        |
|-----------------|---------------------------------------------------------|--------|
| Vítima          | <b>ANA PAULA MONTEIRO DA SILVA</b>                      | Estado |
| Endereço:       | <b>SITIO LAGOA DO PEIXE , 00,0 - CENTRO - PALHANO -</b> |        |
| Cep:            | <b>62.910-000</b>                                       |        |
| Telefone        |                                                         |        |
| Data Nascimento | <b>21/01/1988</b>                                       |        |

**DOCUMENTOS**

|                     |                                                       |               |                   |
|---------------------|-------------------------------------------------------|---------------|-------------------|
| Descrição           | <b>BO E DOCUMENTAÇÃO MÉDICA COM DATAS DIVERGENTES</b> |               |                   |
| Data da Solicitação | <b>18/12/2015</b>                                     | Data Recepção | <b>00/00/0000</b> |
| Descrição           | <b>AGENCIA CONTA CORRENTE DV INVALIDO</b>             |               |                   |
| Data da Solicitação | <b>19/02/2016</b>                                     | Data Recepção | <b>00/00/0000</b> |

**BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS**

|                   |                    |                   |                   |
|-------------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| Beneficiário      | <b>O MESMO</b>     |                   |                   |
| CPF/CNPJ          | <b>03274397342</b> |                   |                   |
| Data Rateio       | <b>00/00/0000</b>  | Data Pagamento    | <b>00/00/0000</b> |
| Agência           | <b>0</b>           | Conta Corrente    | <b>0</b>          |
| Banco             |                    | Tipo Conta        |                   |
| Valor Indenização | <b>4.725,00</b>    | Valor Nota Fiscal | <b>0,00</b>       |
|                   |                    | Data Pagamento    | <b>10/03/2016</b> |

**CORRETORA**

|             |                                                 |
|-------------|-------------------------------------------------|
| Código      | <b>3</b>                                        |
| Nome        | <b>VIANA ASSESSORIA</b>                         |
| Responsável | <b>TICIANY VALZENIR DA SILVA VIANA OLIVEIRA</b> |
| Endereço    | <b>RUA DR DALTRO HOLANDA, 2336</b>              |
| Telefone    | <b>(88) 9927-6677</b>                           |
| E-mail      | <b>ticyvianaoliveira@gmail.com</b>              |