

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

 POLG. DIREITO



Nayanna Mara Rabelo Rodrigues
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2005005103721 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/8/2005

NOME MAYANNA MARA RABELO RODRIGUES

FILIAÇÃO ANTONIO CARMENDES RODRIGUES E MARIA IDIA CAMARCA RABELO RODRIGUES

NATURALIDADE QUIXADA-CE DATA DE NASCIMENTO 27/2/1991

DOC ORIGEM CERT. NASC. 1022 L A 02 F

096 D. MAURÍCIO. QUIXADA CE

CPF

 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
029.495.913-02

Nome
NAYANNA MARA RABELO RODRIGUES

Nascimento
27/02/1991

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
2B94.8EEC.D208.CFE5

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:11:43 do dia 28/05/2015 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

7367964-0
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.849-3

fls. 12

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

513831735

Rota 13 28000 04 342310 - 2 Data de Emissão 19/02/2018
Nome NAYANNA MARA RABELO RODRIGUES
End. Postal RU EDMAR VIANA 00213
ALTO SAO FRANCISCO - QUIXADA -
Medidor 5751112 Poste 0000 0000
Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 029495913-02 CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência 19/02/2018 Data da Apresentação 20/03/2018
Previsão Próxima Leitura

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto	GUIXADA			EUSD 19,13		
Mês	Dez/2017					
	Padrão de Referência			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,31	10,62	21,25	0,00	0,39	3,57
FIC	3,30	6,60	13,20	0,00	1,00	4,00
DMIC	3,93			0,39		

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
64,36 27,00% 17,37

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8862.9077.C746.7D32.8BB8.F947.55ED.06A4

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 2280	2186	1,00	94	0,00	94	0,68472	64,36
19/02/18	19/01/18		31 DIAS		94		64,36

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	64,36
MULTA MORATORIA REF 01/2018	1,35
JUROS DO MES	0,16
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	2,78

VENCIMENTO

26/02/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

68,65

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	22,11
Transmissão	15,21
Distribuição	15,00
Encargos Setoriais	5,20
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	19,82
TOTAL	64,36

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

90	04	04	85	76	84	83	90	80	96	93	105	104
Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Sep

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
40,63	0,00	0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM LEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DÍGITO VERIFICADOR.
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor
da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 2,45 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:0,68% e COFINS:3,14%
(Art. 9, Inc. I, Lei 10.833/04 e Lei 10.833/02 e 10.833/03)

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2017, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.

Nº do Cliente: 7367964-0 Referência: Fev/2018
Data de Emissão: 19/02/2018 Total a Pagar (R\$): 68,65
Nº da Nota Fiscal: 513831735 Nº de Controle: 0007367964 00024 39242 56

83800000000-9 68650031000-4 00073679640-1 00243924290-4





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

99210-8043
99696-1590.

fls. 13



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 534 - 4052 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/08/2017 16:27:58**
Data / Hora da Ocorrência: **16/06/2017 18:20:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA RODRIGUES JUNIOR**
Complemento:
Bairro: Município: **QUIXADA/CE**
Ponto de Referência: **ANTIGA SECRETARIA**

Noticiante(s)

Nome: **NAYANNA MARA RABELO RODRIGUES**
Nascimento: **27/02/1991** CPF:
RG: **2005005103721** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MIDIA CAMURÇA RABELO RODRIGUES**
ANTONIO CARMENDES RODRIGUES
Endereço: **RUA EDMAR VIANA, 213**
Bairro: **ALTO SÃO FRANCISCO** CEP: **3375.00**
Município: **QUIXADA/CE** **14.11**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

BO EMITIDO PRA DPVAT; Que no dia 16/06/2017, por volta de 18h20m, estava na garupa da motocicleta YAMAHA/ FACTOR YBR K, ANO 2012/2013, COR VERMELHA, PLACA OSF8723, LICENCIADA EM NOME DE ANTONIO CARMENDES RODRIGUES, E que na condução da referida motocicleta estava LUCAS DO NASCIMENTO SARAIVA; Que na Rua Rodrigues Junior o uma outra motocicleta invadiu a preferencial vindo a colidir com a motocicleta em que a noticiante estava; Que a noticiante foi levada para UPA e posteriormente para hospital Eudázio Barroso; Que a noticiante no dia seguinte a noticiante foi levada para a maternidade para cuidar de fraturas nos dedos da pé direito; Que a noticiante ficou internada por três dias e continuou a recuperação em casa.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

PEDRO CORREIA DA CUNHA - MAT.: 300069-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Nayanna mara Rabelo Rodrigues

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARCUS VINICIUS AZEVEDO DAMASCENO - MAT.: 300535-1-6



3570 577 081
029 495 913 02



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

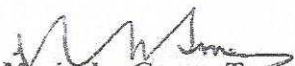


SAMU
192
CEARÁ

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento à Sra. **NAYANNA MARA RABELO RODRIGUES**, portadora do RG 2005005103721, no dia 16/06/2017, às 18h22, no município de Quixadá/CE, na rua Rodrigues Junior, vítima de colisão moto com moto, sendo encaminhada para a **UPA de Quixadá**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES**, **ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 11 de Julho de 2017


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA


Natana Dantas
ENFERMEIRA
COREN-CE: 330.244

SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - Ce Fone: (85) 3433 7434 Fax: (85) 3260 2061
E-mail: samuceara.polc1@samu.saude.ce.gov.br

5/00000000

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE

Unidade: UPA24h (Renascar - Quixadá/CE) Hora de chegada: 18:55 Data de atendimento: 16/06/17
Atendimento: () 1º atendimento () 2º atendimento () Previdenciário (X) Outro

TRIAGEM

Idade: ____ Temp: ____ °C P.A.: ____ x ____ mmHg P: ____ bpm SpO2: ____ Dc: ____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Rayanna Maria Botelho Rodrigues
Responsável (se menor): ____
Sexo: () Masc. (X) Fem. Data de nascimento: 27/02/91 Idade: 26 Naturalidade: Quixadá - CE
Estado civil: () Solteiro(a) (X) Casado(a) () Divorçado(a) () Viúvo(a) Profissão: ____
Categoria: (X) SUS () Outro RG/Cartão SUS: ____ Procedência: Quixadá/CE
Residência: Rua Domitila Lima 200 - Alto Juá

ATENDIMENTO

Queixa principal: Paciente portadora de acidente com
substâncias sicótropas, quadro de transtorno
Histórico atual: alcoólico

Exame(s) solicitado(s):



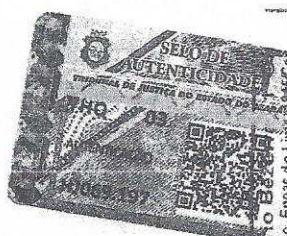
Assinatura e Carimbo Médico
Em test. Maria Lúcia da verdade
Eduardo Tercio Viana Bezerra - Substituto Adm.
Maria Lúcia Lima Silva - Substituta
Rua Fco. Enas de Lima - Quixadá - CE
Tel 3412-0401 - Quixadá - CE
Válido somente com selo de autenticação

Rx - benz 20/60

Valtegen 01 ca. 1m

Dinam 01 ca. 1m 500 20:00h

S.O. 91 some 02FA 02
Glicose 50% 02FA 02
Ab HM E3 02FA 02



Assinatura e Carimbo Médico
Em test. Maria Lúcia da verdade
Eduardo Tercio Viana Bezerra - Substituto Adm.
Maria Lúcia Lima Silva - Substituta
Rua Fco. Enas de Lima - Quixadá - CE
Tel 3412-0401 - Quixadá - CE
Válido somente com selo de autenticação

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ
SUS - Sistema Único de Saúde - Secretaria Municipal da Saúde

1. Preenche esta ficha em 03(três) vias;
 2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2(duas) vias ao usuário, orientado-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE ORIGEM UPA

DISTRITO SANITÁRIO _____ MUNICÍPIO Quixadá - ce

Nome: Nayanne Maria Rabelo Rodrigues Prontuário Nº: _____
 Sexo: M ☐ F ☐ Data de Nascimento: 27/02/92 Ocupação: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____ Telefone: _____

Motivo do Encaminhamento: Presente vítima de acidente auto-
 mobilístico (motorista) representado da família + fha
 de 4º e 5º quadrantes
 Resultado de Exames: _____

Conduta Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: trauma 4º/5º quadrantes

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: _____

Função _____

Data _____

Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: trauma 4º/5º quadrantes

Unidade de Referência: HUEB Data / / Hora: _____

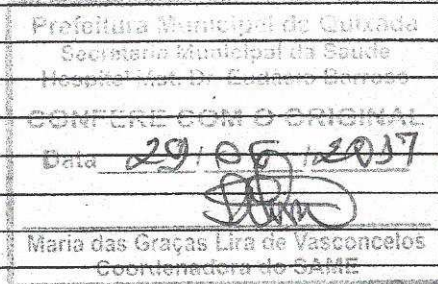
FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: / /

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____



Diagnóstico Principal: _____ CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de conduta para segmento _____

O problema justificou a referência? ☐ Sim ☐ Não

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

Assinatura do Consultante - Nº Registro _____

Função _____

Data / /

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 18/05/2018 às 09:58, sob o número 01331588220188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0133158-82.2018.8.06.0001 e código 3694DD.



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EUDÁSIO BARROSO



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

Data: 16/06/17 Horário: 21:47 Nº 215 523

Mãe: Micliã Camurça Rabelo

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Nayana Mara Rabelo Rodrigues

Estado Civil: Casada Sexo: Feminino

Idade: 26A Data de Nascimento: 27/02/91

SUS: Não possui

Naturalidade: Quixadá Profissão: Doméstica

Residência: Rua Tereza Dantas Bairro: Alto dos Freixos

2. Diagnóstico:

Uterino de 24 semanas

3. Procedimento:

Realizada a cesárea

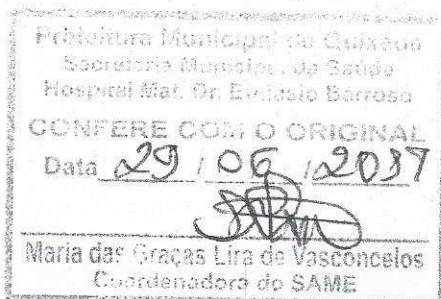
Doado o bebê

Doado o bebê

Doado o bebê

Dr. Durval de A. Filho
Médico
CRM - 2757

Assinatura / Carimbo Médico





PLANO TERAPEUTICO E TRATAMENTO - OBSERVAÇÃO EMERGÊNCIA:

NOME DO PACIENTE	Nº DO PRONTUÁRIO	LEITO	DATA
Mayone Maria Rabelo Rodrigues	215.525	05	16.03.17

PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
Leclafen 2 de 75 + 100 cl 573, 80	22/18	Verificados os sinais vitais, realizados AVD em M.D. e medicação conforme prescrição médica em 22/18
Granizone 200mg 100 or	22/18	Assinada por Dra. Sôusa Técnica em Enfermagem COREN-CE: 922.153
200mg 1000ml 48	500 500	
Dr. Durval de A. Filho		
Medico		
CRM - 2757	23/10	
Assinatura		
Assinatura		
Assinatura		

HORA	GLICEMIA	TEMP	P.A.
23:47			110 x 80 mmHg
23:10			110 x 80 mmHg

Procurador Municipal do Município de São José do Rio Preto

Coordenador Municipal de Saúde

Hospital Mat. O. E. F. de São José do Rio Preto

CONFERE COM O ORIGINAL

Data 29/06/2017

Maria das Graças Lira de Vasconcelos

Coordenadora do SAMÉ



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EUDÁSIO BARROSO



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

Data: 16/06/17 Horário: 08:17 Nº _____

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Nayana Maria Roberto Rodrigues

Estado Civil: casada Sexo: F

Idade: 26 anos Data de Nascimento: 27/02/91

SUS: _____

Naturalidade: Quixadá Profissão: Doméstica

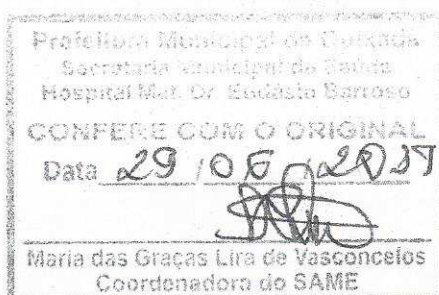
Residência: R. Barotilio Vianna Bairro: A. São Francisco

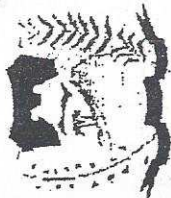
2. Diagnóstico: _____

3. Procedimento: _____

*Parente próximo do quadro de
morte de 03 dias. Reforço curricular
interior e limitação
funcional de coluna
curricular*

Assinatura / Carimbo Médico





PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EUDÁSIO BARROSO



PLANO TERAPÊUTICO E TRATAMENTO - OBSERVAÇÃO EMERGÊNCIA

NOME DO PACIENTE:	Nº DO PRONTUÁRIO	LEITO	DATA
Mayana Maria Rebelo Rodrigues		65	17.06.17

PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
1) Analisar a história clínica e exames 2) Exatidão da história clínica 3) História física 4) Exatidão da história clínica 5) Exatidão da história clínica	7.15 AT (Sustentado) 500 500 AT AT AT DR	Medicação feita conforme prescrição médica. OBR item 2 não realizado pois paciente contraindica. Verificar.

Clotilde M. R. Bandeira
Téc. de Enfermagem
COREN-CE: 001.065.554

Prefeitura Municipal de Quixadá
Secretaria Municipal da Saúde
Hospital Mat. Dr. Eudásio Barroso

CONFERE COM O ORIGINAL
Data 29/06/2017

Maria das Graças Lima de Vasconcelos
Coordenadora do SAME

HORA	GLICEMIA	TEMP	P.A.
06:00			110x70 mmHg
11:00			110x80

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ
 SUS - Sistema Único de Saúde - Secretaria Municipal da Saúde

1. Preenche esta ficha em 03(três) vias;
 2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2(duas) vias ao usuário, orientado-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE ORIGEM HUAS

DISTRITO SANITÁRIO _____ MUNICÍPIO _____

Nome: Wagner Luiz R. Rocha Prontuário Nº: _____

Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento: 19/07/82 Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: DSF Telefone: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Resultado de Exames: _____

Conduta Realizada: Intervenção cirúrgica US. D. Rocha

Impressão Diagnóstica: Adenoma

Dr. Paula Lima
 Médica
 CRM 5579

Assinatura no Encaminhante - Nº Registro: _____ Função _____ Data 17/08/12 Hora 12:00

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Proctologia Profissional: Dr. Wagner

Unidade de Referência: HUAS Data 1/1/12 Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: 1/1/12

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____ CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de conduta para segmento _____

O problema justifica a referência? ☐ Sim ☐ Não

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

Assinatura do Consultante - Nº Registro _____ Função _____ Data _____

Paciente: Nayanna Mara Rabelo Rodrigues

Requisitante: Dra. Paula Lira

Data: 17/06/2017

O rastreamento ultrassônico do paciente com aparelho tridimensional, com alta definição de imagem, color Doppler, com imagem harmônica de tecido e color Power angio revelou:

FÍGADO: Relevo e ângulos hepáticos normais, móvel aos movimentos respiratórios, padrão ecoestrutural homogêneo, sem hepatomegalia. Não visibilizamos imagens nodulares císticas ou sólidas.

VESÍCULA E VIAS BILIARES: Vesícula cheia, paredes e dimensões normais, sem imagens de litíase em seu interior. Não visibilizamos dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas e hepatocolédoco medindo 3,9 mm de calibre.

BAÇO: Relevo e dimensões normais, móvel aos movimentos respiratórios, padrão ecoestrutural normal sem esplenomegalia.

RINS: DIREITO: Tópico, relevo e dimensões normais, móvel aos movimentos respiratórios, padrão ecoestrutural habitual. Não visibilizamos imagens de urolitíase com diâmetro superior a 0,3 cm. Não visibilizamos hidronefrose ou imagens nodulares, císticas ou sólidas. Maior eixo renal: 10,4 cm.

ESQUERDO: Tópico, relevo e dimensões normais, móvel aos movimentos respiratórios, padrão ecoestrutural habitual. Não visibilizamos imagens de urolitíase com diâmetro superior a 0,3 cm. Não visibilizamos hidronefrose ou imagens nodulares, císticas ou sólidas. Maior eixo renal: 11,0 cm.

PANCREAS: Visibilizado cabeça, corpo e cauda de contornos, dimensões e padrão ecoestrutural normal.

VASOS: Visibilizado aorta, tronco celíaco, artéria mesentérica superior, veia esplênica, veia mesentérica superior, veia porta e veia cava de dimensões e aspectos ecográficos normais.

* Visibilizamos líquido livre na cavidade peritoneal de textura homogênea, localizado no espaço hepatorenal, goteiras paracólicas bilateralmente e espaço periesplênico.

* Bexiga bem distendida, paredes finas e regulares sem ecoestruturas em seu interior.

* Útero e ovários de aspecto ecográfico usual ao exame transabdominal.

HIPÓTESE DIAGNOSTICA:

- ✓ Ascite em moderado volume. Demais órgãos abdominais evidenciados de aspecto ecográfico habitual.

Dr. Francisco Roberto Oliveira Cavalcante

Ultrassonografista

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia

Pós-graduado pela Escola de Ultrassonografia de Ribeirão Preto

CRM: 5501

S.Q.P.A.M.I. - HOSP MAT JESUS MARIA JOSE
CNPJ: 07.718.372/0001-05
QUIXADA - CE

BOLETIM DE ADMISSÃO

Nº do Prontuário: 50080 Tipo de Atendimento ou Convênio: SUS
Nome do Paciente: NAYANNA MARA RABELO RODRIGUES Telefone: 8892108043
Mãe: MIDIA CAMURCA RABELO RODRIGUES
Pai: ANTONIO CARMENDES RODRIGUES
Data de Nascimento: 27/02/1991 Sexo: M ☐ F ☒ E.C.: Casado(a)
Profissão: DONA DE CASA Naturalidade: QUIXADA - CE
Responsável: ANTONIO CARMENDES RODRIGUES
Endereço: RUA DONATILIA VIANA, 200 Bairro: ALTO SAO FRANCISCO - QUIXADA - CE
Data e Hora da Admissão: 17/06/2017 13:30:00 Saída: ____/____/____
Internamentos anteriores neste Hospital:
Internamentos em outros Hospitais:
Médico Assistente: JOSE ARIMATEIA DA SILVA Telefone:
Diagnóstico Provável: Insuficiência cardíaca congestiva

Diagnóstico Definitivo: Insuficiência cardíaca congestiva

Resultado:

Nenhum: ☐ Transferido: ☐ Melhorado: ☐ Curado: ☐ Falecido: ☐ Admitido para Diagnóstico: ☐

Em caso de falecimento, "causa-mortis":

Primária: ☐ Secundária: ☐

HISTÓRIA CLÍNICA: (Registre as palavras do paciente e todos os achados de exames a que foi submetido.)

Classificação Final:

José Arimateia da Silva
CRM 3988 / CPF 141439270-00

Médico Responsável

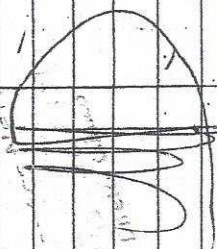
Diretor Clínico do Hospital

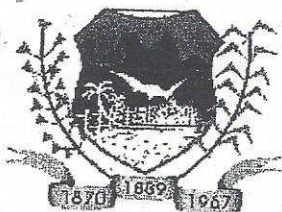
Esta observação consta de ____ folha com rubrica ____ do meu uso ____

	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO REGISTRO	
7 - CERTIFICAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		10 - SEXO	
11 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
15 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
16 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS)			
18 - DIAGNÓSTICO INICIAL		19 - CID 10 PRINCIPAL	
20 - CID 10 SECUNDÁRIO		21 - CID 10 CAUSAS - SEQUÊNCIAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
24 - QUANTIDADE		25 - Nº DOCUMENTO (CNS/CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE	
26 - CARACTER DA INTERNAÇÃO		27 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		29 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
30 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		31 - CNPJ DA SEGURADORA	
32 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		33 - Nº DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO		35 - CNPJ DA EMPRESA	
36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		37 - CNAE DA EMPRESA	
EMPREGADO		EMPREGADOR	
AUTÔNOMO		DESEMPREGADO	
APOSENTANDO		NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO			
38 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		39 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
40 - DOCUMENTO		41 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		44 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



PLANO TERAPÊUTICO E TRATAMENTO – OBSERVAÇÃO EMERGÊNCIA

NOME DO PACIENTE	Nº DO PRONTUÁRIO	LEITO	DATA
MAYARA MORA RABELO			19.06.17
PREScrição Médica	APAZAMENTO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM	
1) Dejeitar tudo + tomar Siga Ev de 6 em 8 h de jejum	08:30	CLIENTE AFERIDO SINAIS VITAIS, MEDICA- DA CONFORME PRESCRIÇÃO, AGUAR DA REALIZA- RX DE COLUNA + AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA, SEGUE ADS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.	
2) Solicito Rx de coluna cervical em AT!	AT!		
3) Alta do Serviço Médico	AT!		
4) Solicito Avaliação de Traumatologia AT!	AT!		
 Prefeitura Municipal de Quixadá Secretaria Municipal da Saúde Hospital Mat. Dr. Edilene Barros CONFERE COM O ORIGINAL Data 29 / 08 / 2017 Maria das Graças Lira de Vasconcelos Coordenadora do SAHE			
HORA	GLICEMIA	TEMP	P.A.
08:20	-	36.0c	120x80



Secretaria Municipal da Saúde

fls. 26

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

103 362

UNIDADE: H m e BDATA: 19/06/17☐ 1º Atendimento☐ Previdenciário☒ Outros P.A.

Hora da Chegada _____

Temperatura: _____

1 - Identificação:

Nome: Maryanna Maria Rabelo Rodrigues 24.02.91Estado Civil: DesadaSexo: FIdade: 26Naturalidade: QuixadáProfissão: Do barProcedência: UCategoria: SUS -> 160.5885.094.0009Residência: Acidente de trânsito2 - Queixa Principal: luxação metatarso falanges do
4 e 5 pdr3 - História Atual: Col. Redução

4 - Exames Solicitados: _____

Dr. Rafael Austregesio Viana
Traumatologia e Ortopedia
TEOT 12.979 - CRM/EC 11.027

Assinatura do Médico

Data	PROCEDIMENTO	Rúbrica
	Prefeitura Municipal de Quixadá Secretaria Municipal da Saúde Hospital Mat. Dr. Eudécio Barroso CONFERE COM O ORIGINAL Data <u>20/06/2017</u>  Maria das Graças Lira de Vasconcelos Coordenadora do SAME	

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/05/2018 às 09:58, sob o número 0133158-82.2018.8.06.0001 e código 3694DD5. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0133158-82.2018.8.06.0001 e código 3694DD5.

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Nome: Nayanna Mara Rabelo Rodrigues		Nacionalidade: Brasileira
CPF: 029.495.913-02	RG: 2005005103721	Profissão: (X) Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: Rua Edmar Viana		Nº 213
Bairro: Alto S. Francisco		Cidade: Quixadá
CEP: 63.900-000		Estado: CE

OUTORGADO:

RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 017.809.013-13, inscrito na OAB/CE 23.814 e **FILipe BEZERRA CATUNDA CAMPELO**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 044.264.803-02, portador da OAB/CE 27.565, ambos Representantes da Sociedade **SAMPAIO E CATUNDA ADVOGADOS ASSOCIADOS, OAB/CE 1736**, com sede na Rua Raul Nogueira, 131, Centro, Morada Nova – CE têm entre si, justos e contratados, o que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o Outorgante nomeia, constitui e habilita o (s) Outorgado (s) a praticar (em) todos os atos do processo, conforme disposto na primeira parte do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

CLÁUSULA ESPECÍFICA:

Por esta cláusula específica, O Outorgante habilita o (s) Outorgado (s) a transigir (em), desistir (em), renunciar (em) ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar (em) compromisso, receber (em) e dar (em) quitação no presente feito, realizarem levantamentos e saques de Alvará Judicial, conforme parte final do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

m. nove (CE), 18 de maio de 20 18.

Nayanna Mara Rabelo Rodrigues
Outorgante

* Art. 105. A procuração geral para o foro, outorgada por instrumento público ou particular assinado pela parte, habilita o advogado a praticar todos os atos do processo, **exceto receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, que devem constar de cláusula específica.**

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA E DE RESPONSABILIDADE

Nome: <i>Nayanna Mara Rebelo Rodrigues</i>		Nacionalidade: Brasileira
CPF: <i>029.495.913-02</i>	RG: <i>2005 005103721</i>	Profissão: ☒ Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: <i>Rua Edmar União</i>		Nº <i>213</i>
Bairro: <i>Alto S. Francisco</i>	Cidade: <i>Quixedo</i>	Estado Civil: ☒ Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
CEP: <i>63.900-000</i>	Estado: CE	
Telefone:		

Declaro para os devidos fins que posso hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com às custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Declaro ainda, para todos os fins a que esta se destinar, que fui devidamente esclarecido pelos Advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia", acerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente ação judicial, assumindo, assim, de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste, isentando expressamente os advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia" de qualquer ato inverídico ou omissivo que possa interferir no resultado deste procedimento.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

m. nove (CE), 18 de maio de 2018.

Nayanna Mara Rebelo Rodrigues
DECLARANTE



(/)



Buscar no site



A COMPANHIA ▼ SEGURO DPVAT ▼ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▼ SALA DE IMPRENSA ▼ TRABALHE CONOSCO ▼ CONTATO ▼

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados 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 3170577081 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA NAYANNA MARA RABELO RODRIGUES
COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A**BENEFICIÁRIO** NAYANNA MARA RABELO RODRIGUES**CPF/CNPJ:** 02949591302**Posição em 18-05-2018 09:50:36**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
14/11/2017	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
27/12/2017	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	
10/11/2017	Interrupção de Prazo	
08/11/2017	Aviso de Sinistro	

ACESSIBILIDADE[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)A A A **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)[Documentos 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)

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

Informações Gerais (/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)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(https://http://(https://facebook.com/DPAoficial)com/dpa/
trk=tyah&trkInfo=clickedVertical:company%2cclickedEntityId:10845224%2cidx:2-
1-
2%2ctarId:1467409339633%2ctas:Seguradora%20I%C3%ADder)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › [A Seguradora Líder-DPVAT \(/Pages/Quem-Somos.aspx\)](/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › [Sobre o Seguro DPVAT \(/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx\)](/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › [Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › [Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › [Dicionário do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT\)](/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)

› Autoatendimento (/Seguro-DPVAT/autoatendimento)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › SAC DPVAT (/Contato/Sac-DPVAT)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Denúncia de Fraudes (/Contato/Denuncia-de-Fraudes)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)