



ACTUS

Advogados Associados



"PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Maria da Conceição Pereira e Silva brasileira, casada
da agricultora, portadora do RG nº 2008910572-3 e do CPF
nº 963.560.734-20, residente e domiciliada a Rua Beduíde
Vasconcelos, nº 336, bairro Triângulo, Juazeiro do Norte/CE.

OUTORGADO: Dr. THOMAZ ANTÔNIO NOGUEIRA BARBOSA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 20.787 e ANTONIO ALLAN LEITE SARAIVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 23.502, ALANA CORREIA DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 30.218, ARTHUR GOMES PONTES, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.322, ANDEISE SILVA FARIAS NOGUEIRA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 35.332, ambos com escritório situado à Rua Zuca Sampaio nº 649, Santo Antônio, Barbalha/CE onde recebe intimações e avisos.

PODERES: O(A) outorgante concede os mais amplos, gerais, especiais e ilimitados poderes, para representá-lo(a) junto ao foro em geral, conforme o artigo 38 do CPC, bem como os poderes da cláusula "ad judicium et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(os/as) nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais, acompanhando-o(a) e promovendo quaisquer medidas preliminares, previstas ou assecuratórias dos seus direitos e interesses; conferindo-lhe, também, poderes especiais para transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação e/ou procedimento, enfim, de valores depositados em instituições financeiras decorrentes de pleitos administrativos e/ou judiciais, firmar compromisso, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, propor execução, requerer insolvência, rescisória, embargos, agravos, agindo em conjunto ou separadamente, podendo, ainda, representar junto às instituições financeiras e repartições públicas federais, estaduais e municipais; empresas públicas, autárquicas, sociedades de economia mista, pessoas jurídicas de direito público/privado ou pessoas físicas em geral, podendo substabelecer (em conjunto ou isoladamente), com ou sem reserva de poderes, o presente mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, enfim, poderá o(s) procurador(es), praticar(em), alegar(em), promover(em) e assinar(em) todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

DECLARA o outorgante, nos termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que é pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício de seu sustento e de sua família.

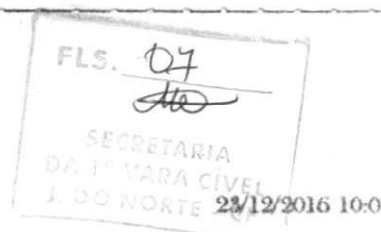
Barbalha/CE, 28 de Outubro de 2017

Maria da C. P. e Silva

2 de 2

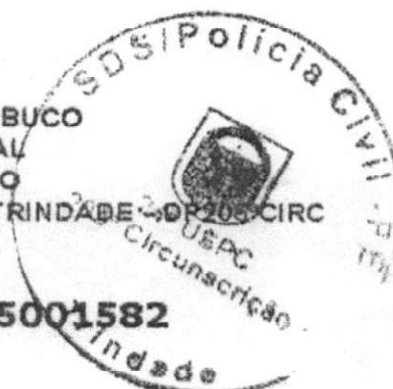
Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/infopol/xml/BOEPreview.htm



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 205ª CIRCUNSCRIÇÃO - TRINDADE - DP 205 CIRC
DINTER2/24ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0295001582**



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/12/2016 às 10:13

Complementa o BO Número: 16E0295001580

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 30/10/2016 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: BR 316, TRINDADE-PE - TRINDADE/PERNAMBUCO/BRASIL. Próximo a:
MUNICÍPIO DE TRINDADE, 1 - Bairro: CENTRO - TRINDADE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA E SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO



Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA E SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: CLARA PEREIRA DA SILVA Pai: RAIMUNDO NONATO DA SILVA Data de Nascimento: 14/1/1968 Naturalidade: ARARIPINA / PERNAMBUCO / BRASIL

Residência: SERRA DA RODAGEM, S/N, ZONA RURAL DE ARARIPINA-PE - TRINDADE/PERNAMBUCO/BRASIL
Próximo a: MUNICÍPIO DE TRINDADE, 1 - CEP: 65000-000 - Bairro: CENTRO - TRINDADE/PERNAMBUCO/BRASIL

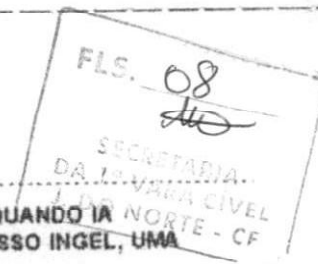
DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: UHGF3RHI43 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

Quantidade 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

RELATA VÍTIMA QUE NA DATA E LOCAL ACIMA CADASTRADOS, POR VOLTA DAS 19:30, QUANDO IA CAMINHANDO NO ACOSTAMENTO ÀS MARGENS DA BR 316, PROXIMO A FABRICA DE GESSO INGEL, UMA



1 de 2

23/12/2016 10:13

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/.infopol/xml/BOEPreview.html

MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADO DE CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO, SAIU DA PISTA EM ALTA VELOCIDADE E BATEU EM CHEIO NAS COSTAS DA VÍTIMA, QUE DESMAIOU NO LOCAL. ACRESCENTA A VÍTIMA QUE AO ACORDAR, ESTAVA SENDO SOCORRIDA E FOI LEVADA AO HOSPITAL REGINAL FERNANDO BEZERRA NA CIDADE DE OURICURI-PE. SEM MAIS INFORMAÇÕES, ENCERRO O PRESENTE BOE.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA E SILVA
(VÍTIMA)

X *Maria da Conceição Pereira e Silva*

B.O. registrado por: JOSIVAN COSME DA SILVA - Matrícula: 350826-9





(/)

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 3170052585 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MARIA DA CONCEICAO PEREIRA E SILVA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** MBM SEGURADORA S/A #772**BENEFICIÁRIO** MARIA DA CONCEICAO PEREIRA E SILVA**CPF/CNPJ:** 96356073420**Posição em 03-08-2017 20:35:39**

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
12/07/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

ACESSIBILIDADE

(/Pages/Acessibilidade.aspx)



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

A A A O

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)

ACOMPANHE O PROCESSO

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



1. VIT

REGISTRO
CEARÁ

2008910572 - 3

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE
EMISSÃO

08/09/2014

NOME

MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA E SILVA

RAIMUNDO NONATO DA SILVA

CLARA PEREIRA DA SILVA

ARACIPINA - PE

DATA DE NASCIMENTO

14/01/1968

DOC. ORDEM

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 4598 FOLHA: 97 LITRO: 8-15

ARACIPINA - PE

CIF 943.560.734-20

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N.º 7.110 DE 20/09/89

P.: 199

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERICIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

CLASSE: ANÁLISE DE IDENTIFICAÇÃO MARCA E HEDERAS BOMES

POLEGAR DIREITO

Maria da C. P. e Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF



Nº do CPF: **963.560.734-20**

Nome da Pessoa Física: **MARIA DA CONCEICAO PEREIRA E SILVA**

Data de Nascimento: **14/01/1968**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **27/02/1993**

Digito Verificador: **00**

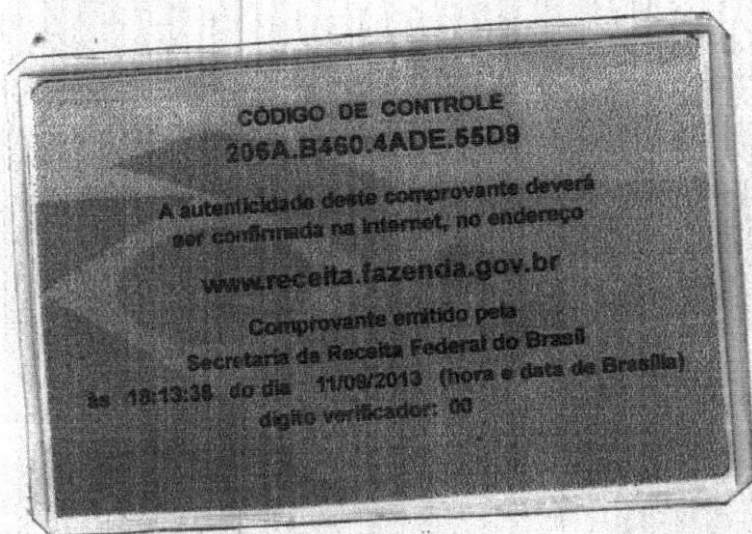
Comprovante emitido às: **11:38:39** do dia **09/01/2017** (hora e data de Brasília).

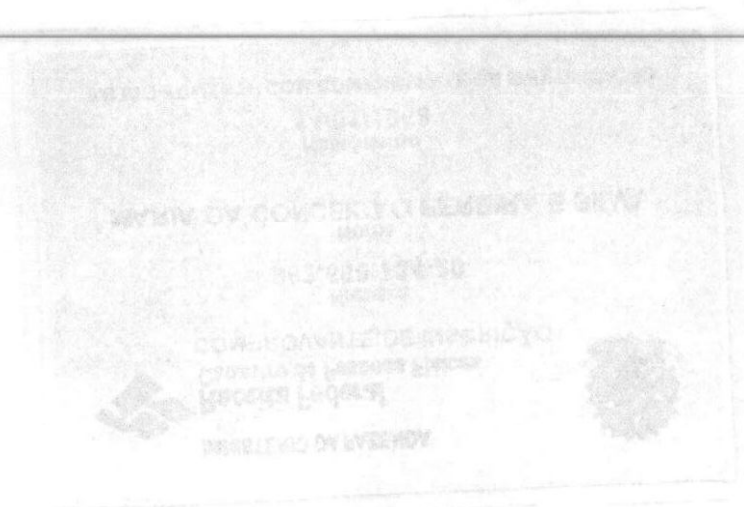
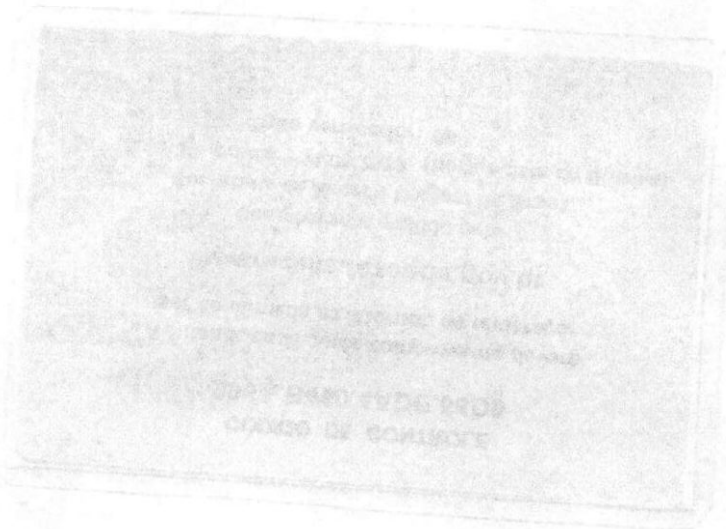
Código de controle do comprovante: **7851.B7FB.E744.7E30**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





FLS. 14
SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

Nº DO CLIENTE
3393506-8

Para atualizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.849-3

coelce

Grupo Eneel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 450655353
Rota 12 13000 13 404000 - 7 Data de Emissão 20/10/2016
Nome FELISBELA ROSA PEREIRA SOARES
End. Postal RU LETICIA VASCONCELOS 00336
TRIANGULO - JUAZEIRO DO NORTE - 63040760
Medidor 5321386 Poste 0000 B27E
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00
RG / CPF / CNPJ 621071863-91 CGF
Nome do Responsável

DATAS			ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.		
Out/2016	20/10/2016	19/11/2016	Conjunto JUAZEIRO DO NORTE		
ICMS			Mês Ago/2016		
Base do Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	EUSD 22,98		
118,72	27,00%	29,89	DIC 5,87		
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC 3,23		
A01B.EB00.46EB.6E23.DFF6.830E.17A1.GF92			DMIC 2,06		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO									
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)		
1587	1350	1,00	157	0,00	30	0,24604	7,40		
					70	0,42317	29,62		
					57	0,63476	76,18		
20/10/16	20/09/16		30 DIAS		157		73,20		

VALOR CONSUMO DO MES		VALOR (R\$)
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079		73,20
JUROS DO MES		10,13
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL		0,03
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA		15,56
BEM ESTAR INDIVIDUAL - 0800.600.0560		2,55
		8,90

VENCIMENTO	10/11/2016	TOTAL A PAGAR (R\$)	110,37
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	31,30	125	157
Transmissão	0,78	166	160
Distribuição	10,90	160	157
Encargos Setoriais	5,48	164	138
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	37,42	141	128
TOTAL	85,88	136	1
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO ₂ (kg/kWh)		Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecoelce.	
Emitido kg(CO ₂)	67,86	Compensado kg(CO ₂)	0,00
		Conscientização Ecológica (% CO ₂)	0%
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO			



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA E SILVA,

RG nº 2008910572-3, data de expedição 08/09/14, Órgão SSP-CE,

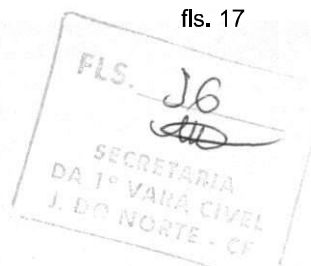
CPF nº 963.560-734-20, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA LETICIA VASCONCELOS</u>
Número	<u>336</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>TRIANGULO</u>
Cidade	<u>JUAZEIRO DO NORTE</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>63040-760</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3572-0398 / 39779-2255</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE-CE 09.01.2017

Assinatura do Declarante: Maria da C. P. e Silva



FLS.

JG

SECRETARIA
DA J. MARIA CIVEL
LEI DO NORTE - CE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MARIA DA CONCEIÇÃO PEPEIRA E SILVA, portador da carteira de identidade nº 2008.910572-3 e inscrito no CPF/MF sob o nº 963-560.734-20, residente e domiciliado na RUA LETICIA VASCONCELOS, 336, TRIANGULO, Cidade JOAZEIRO DO NORTE, Estado CEARA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Maria da C. P. e Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JOAZEIRO DO NORTE - CE 09-01-2017

Local e data



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO
ESTADO DO PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES



Data: 30/10/2016 22:06 N. Tratamento: 1

Nome: **MARIA DA CONCEICAO PEREIRA E SILVA**

Pront.: 161463

End.: RUA ANTONIO DE BARROS MUNIZ, 1

Bairro: SAO GERALDO Cidade: TRINDADE - PE Telefone: 8892900288

Sexo: Masculino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 14/01/1968 Idade: 48

Mãe: CLARA PEREIRA DA SILVA Responsável:

INTERNAÇÃO PARA CIRURGIA

Óbito às _____ H _____ Min

DESTINO DO PACIENTE

() RESIDÊNCIA () INTERNADO

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

Data: ____/____/____

ASSINATURA - CARIMBO - CRM / CRO

Dr. ADALBERTO COELHO FERREIRA

CRM: 17789

Dr. Adalberto Coelho Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-BA 23.160 / PE 17.789

Dr. ADALBERTO COELHO FERREIRA
CRM: 17790



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 30/10/2016 22:06 N. Tratamento: 1

Nome: **MARIA DA CONCEICAO PEREIRA E SILVA**

Pront.: 161463

End.: RUA ANTONIO DE BARROS MUNIZ, 1

Bairro: SAO GERALDO Cidade: TRINDADE - PE Telefone: 8892900288

Sexo: Masculino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 14/01/1968 Idade: 48

Mãe: CLARA PEREIRA DA SILVA Responsável:

BOLETIM DE ATENDIMENTO

CR - ORTOPEDISTA - Amarelo

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAAGEM:

- QUEIXA

- PCT VITIMA DE ATROPELAMENTO, APRESENTA TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO.

ORIGEM

TIPO DE CHEGADA

OBSERVAÇÕES

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AValiação e Medidas CLíNICAS

- DOR 5

DOR 5

ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

JUSTIFICATIVA

MEDICA:

FRATURA PLATO TIBIAL

Peso:

PA: x mmHg

Altura:

HGT: mg/dL

IMC: ()

Temperatura: °

Paciente chegou: () Andando () De Auto () Ambulância

Ambulância: Saída _____ Chegada _____

() Acidente de Trabalho () Caso Policial

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

S82

SOLICITAÇÕES / RESULTADOS DE EXAMES:

RX FRATURA PLATO TIBIAL

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

Dr. ADALBERTO COELHO FERREIRA

CRM: 17780

SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DO RECIFE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 30/10/2016 22:06 N. Tratamento: 1

Nome: **MARIA DA CONCEICAO PEREIRA E SILVA** Pront.: 161463
End.: RUA ANTONIO DE BARROS MUNIZ, 1
Bairro: SAO GERALDO Cidade: TRINDADE - PE Telefone: 8892900288
Sexo: Masculino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 14/01/1968 Idade: 48
Mãe: CLARA PEREIRA DA SILVA Responsável:

BOLETIM DE ATENDIMENTO

CR - ORTOPEDISTA - Amarelo

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA
- PCT VITIMA DE ATROPELAMENTO, APRESENTA TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO.

ORIGEM

TIPO DE CHEGADA

OBSERVAÇÕES

COMPROVAÇÃO DE ATO
DECLARATORIO

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Dor moderada

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AValiação e Medidas CLíNICAS

- DOR 5
- DOR 5

ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

JUSTIFICATIVA

MEDICA:

FRATURA PLATO TIBIAL

Peso:

PA: x mmHg

Altura:

HGT: mg/dL

IMC: ()

Temperatura: °

Paciente chegou: () Andando () De Auto () Ambulância

Ambulância: Saida _____ Chegada _____

() Acidente de Trabalho () Caso Policial

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

S82

SOLICITAÇÕES / RESULTADOS DE EXAMES:

RX FRATURA PLATO TIBIAL

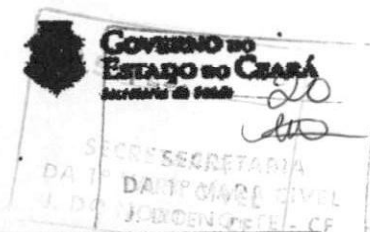
EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

Dr. ADALBERTO COELHO FERREIRA

CRM: 17780

VERSO

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: MARIA DA CONCEICAO PEREIRA E SILVA **Admissão:** 31/10/2016 19:18
Pront.: 139498 **Data Nasc.:** 14/01/1968 **Idade:** 48 ano(s) 11 mes(es) e 12 dia(s) **Tel.:**
Mãe: CLARA PEREIRA DA SILVA
Sexo: Feminino **RG:** 20080105723 **Município:** JUAZEIRO DO NORTE
CEP: **Bairro:** TRIANGULO
Endereço: LETICIA VASCONCELOS

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA **Classificador:** ANTONIA RAFAELA PEQUENO DA ROCHA **Horário:** 31/10/2016 19:22
Queixa: paciente acorda queda, apresenta edema em mie.
Planoograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Diagnóstico: DOR INTENSA
Síntese: **Glucose:** **Temp.:** **Glicemia:** **Régua:** 8 **Pulso/FC:**

Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador: DOR INTENSA

fls. 23

Sede:

Glasgow:

Temp.:

Glicemia:

Régua: 8

Pulso/FC:

ATENDIMENTO MEDICO

Médico: KLINGER LUCIANI LUCENA MONTEIRO

CRM: 12711

Nº: 348352

Horário: 31/10/2016 19:31

Acidente: Sim

Agressão: Não

Peso:

P.A.:

Exmo:

OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstica: FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO

Comorbidade: ndr

HDA/Exame Físico:

VÍTIMA DE ATROPELAMENTO MOTO HÁ 1 DIA

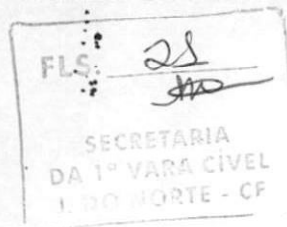
DOR, EDEMA DIFUSO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL

PRESENÇA DE FLCTEMAS

EQUIMOSE FACE MEDIAL JOELHO

INSTABILIDADE 1/3 PROXIMAL

NEUROVASCULAR PRESERVADO



SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 01/11/2016 14:33

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
31/10/2016 19:22:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	DOR INTENSA	LARANJA	ANTONIA RAFAELA PEQUENO DA ROCHA

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX JOELHO E AP (0204099125)	31/10/2016 19:38	Não	Realizado

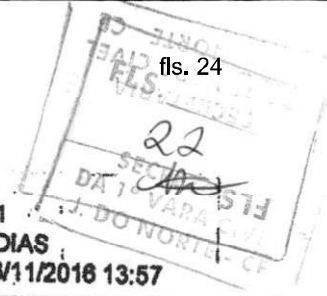
31/10/2016 19:38
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 12711 / CRM-PE 10.100

Rua Carlos de Paula Campos, 505, Triângulo - CEP 63041-102 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

HOSPITAL MATERNIDAD SAO VICENTE DE PAULO
/2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
Improvante da Alta Medica do Paciente

Página: 1/1
Emitido por: RDIAS
Em: 26/11/2016 13:57



Atendimento: 2867158
Dt Atendimento: 24/11/2016 - 15:32 Dt Alta: 26/11/2016 - 13:53
Paciente: 436195 MARIA DA CONCEICAO PEREIRA E SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA Convênio: 40 PARTICULAR
Leito: 390 ENF 220-1 Plano: 1 PARTICULAR
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: RDIAS

CID: S834 ENTORSE E DISTENSÃO ENVOLVENDO LIGAMENTO COLATERAL (PEF

procedimento de Alta 52140253 - FRATURA DA TIBIA ASSOCIADA OU NAO A DA FIBULA - TRATAMENTO

Observação de Alta

PACIENTE SUBMETIDA A FIXAÇÃO EXTERNA DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO, EVOLUINDO SEM INTERCORRÊNCIAS, EM CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR.

Dr.(a) RAINERIO SOEJIMA

CRM:

[Handwritten signature of Rainerio Soejima]
Dr. RAINERIO SOEJIMA
CRM: 09.456.789-0
Cirurgião Especialista em Ortopedia e Traumatologia

✓ Feliobela Rosa Pereira e Silva



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO CONSUMO DE MATERIAL DESACARTÁVEIS - GASES MEDICINAIS

PACIENTE: Maria da Conceição Pereira e Silva
 BLOCO: A Cirurgia LEITO: 220-01 CONVENIO: Particular
 DATA: 26/11/16

MATERIAL	UNIDADE	QUANTIDADE MANHÃ	QUANTIDADE TARDE	QUANTIDADE NOITE
Abbocath (JELCO)	un			
Extensor	un			
Iv fix	un			
Agulha Desc.p/ser. 01 ml	un			
Agulha Descartável 20 x 12	un	02	04	
Álcool Etilico	ml			
Algodão Hidrófilo	bola			
AP. de Barbear (Prestobarba)	un			
Lamina Tricotomizador	un			
Arruela de monitor eletrodo	un			
ateter p/Oxigênio	un			
Equipo Simples	un	01	02	
Equipo p/ Dieta	un			
Equipo p/B. Infusão	un			
Equipo p/ Transfusão	un			
Esparadrapo	cm			
Esparadrapo Micropore	cm			
Fita Advantage (HGT)	un			
Luvas Descartáveis	par			
Luvas Procedimentos	par	02		
Gases 7.5 x 7.5	un			
Éter	ml			
Pasta Gel	gr			
Povidine	ml			
Clorexidine	un			
Lamina Bisturi	un			
Seringa Descartável 01 ml	un			
Seringa Descartável 03 ml	un	01		
Seringa Descartável 05 ml	un			
Seringa Descartável 10 ml	un	01	04	
Seringa Descartável 20 ml	un			
Sol. Fisiológico	ml			
Transofix (p/furar o soro)	un			
Sonda p/aspir.traqueal	un			
Sonda Uretral	un			
Torneira Tree - way	un			
Tampinha p/ Tree - way	un			
Enterorix p/ Dieta (o frasco)	un			
Mascaras	un			
Gorro	un			
Propes	par			
Cabine de fluxo lamiar	30"			
			LIGADO	DESLIGADO
OXIGÊNIO				
AR CONDICIONADO				
BOMBA DE INFUSÃO				