



VINÍCIUS MELO
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Nome: ROCI SERRAFIM DA SILVA		
Nacionalidade: BRASILEIRO	Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: AGRICULTOR
Identidade/Orgão Emissor: 2006005032630, SSP/CE, 34/02/2006		CPF: 122.303.908-05
Endereço/ Av., Rua/ Nº: RUA ANTONIO SERRA DE RIMMO		Número: 1179
Bairro: BOA VISTA	Complemento:	
CEP: 63860-000	Cidade: MADALENA	Estado: CEARA

OUTORGADO(S): VINÍCIUS PINHEIRO MELO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE 24.353, portador do CPF sob o nº. 016.548.623-63, sócio administrador na sociedade **PENHEIRO MELO - SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 26.942.992/0001-60, inscrito na OAB/CE 1453, com escritório na Pça. Mons. José Candido, nº. 103, bairro Centro, cidade de Boa Viagem, estado do Ceará, CEP 63870-000, tel.: (88) 3427-2867;

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 cláusula "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, 22 de Janeiro de 2018

ROCI SERRAFIM DA SILVA
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**DECLARANTE:**

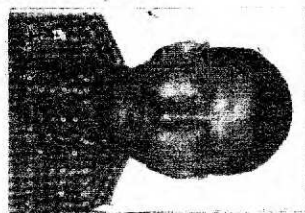
Nome: ROCI SERRAFIM DA SILVA		
Nacionalidade: BRASILEIRO	Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: AGRICULTOR
Identidade/Órgão Emissor: 2006009032630-SS PICE 14/02/2006		CPF: 122.303.908-05
Endereço/ Av., Rua/ Nº: RUA ANTONIO SERENO DE PINHO 1179		Número: 1179
Bairro: BOA VISTA	Complemento:	
CEP: 63860.000	Cidade: MADALEIRA	Estado: CERRÁ

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.

Bauriagem 08 de 12 de 2017

ROCI SERRAFIM DA SILVA
Declarante

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



ROCI SERAFIM DA SILVA
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DATA DE EMISSÃO 11/2/2018 fls. 10

NÚMERO 2000005032810

NOME ROCI SERAFIM DA SILVA

RESIDÊNCIA ANTONIO PEREIRA DA SILVA E LUIZ A SERAFIM DA SILVA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO 20/11/1964

BOA VIAGEM-CE

CERT. NASC. 7623 L A/14 F

ESPAÇO MADALENA/CE

CPF 1.230390805 ID. ANT 122396780

PORTALEZA

LEI Nº 7116 DE 2008/83



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 506799862

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

Esta é a segunda via de
DEZ/2017

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

2800601

DP 1

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

End. da Unidade Consumidora AV ANTONIO SEVERO DE PINHO 01179 BOA VISTA MADALENA
63860000

RG / CPF / CNPJ 693.743.333-68

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 10009 9997 1 12 0 30

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA
CONSUMO

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

30 0,53410 16,02

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

Prev. Próxima
Leitura

27/12/2017

26/01/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

75A9.1D52.7D87.5F16.386D.994F.308C.ECE0

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Aliquota

Valor do Imposto

ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	7,53
TRANSMISSÃO	0,75
DISTRIBUIÇÃO	5,12
ENCARGOS SETORIAIS	1,77
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	0,85

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

-16,02

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,02)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica(%CO₂)

0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

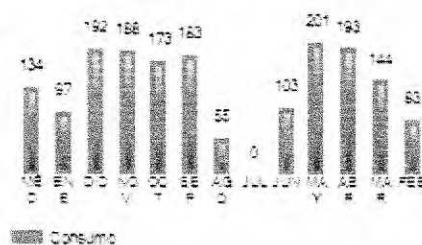
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 6,75

Conjunto MACAOCA

Mês OUT/ 2017

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,67	11,34	22,69	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,36	6,72	13,45	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,29			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

2800601-1

N° da Nota Fiscal: 506799862

Total a Pagar (R\$): 0,00

Data de Emissão:

22/01/2018

Referência: DEZ/2017

N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA SOB AS PENAS DA LEI**DECLARANTE:**

Nome: ROGÍ SERRAFIM DA SILVA		
Nacionalidade: BRASILEIRO	Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: AGRICULTOR
Identidade/Órgão Emissor: 200.6009032610-SSP/CE 14/02/2006		CPF: 122.303.908-05
Endereço/ Av., Rua/ Nº: RUA BOA VISTA		Número: 51N
Bairro: CENTRO	Complemento:	
CEP: 63860-000	Cidade: MADALENA	Estado: SOLTEIRO

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."

Bom dia viagem. 08 de 12 de 2017

ROGÍ SERRAFIM DA SILVA
DECLARANTE



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



➤ **DADOS DA OCORRÊNCIA**

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº B.O.: 0496/2017

DATA DA COMUNICAÇÃO: 27/06/2017 as 12h50 min.

DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 18/03/2017 as 15:00 hs.

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: BAIRRO BOA VISTA - MADALENA/CE

HISTÓRICO: O queixoso informa que no dia, local e horas acima citados, encontrava-se na garupa da motocicleta de marca HONDA/CG 125 TODAY, placa HUL 5370/CE, ano 1999/1990, cor PRETA, chassi 9C2JC1801LR317125, licenciada em nome de JUVENAL PEREIRA LIMA, relata que ia na garupa da motocicleta acima citada que era guiada por uma pessoa conhecida por MARCELO, quando no meio do trajeto, o motoqueiro empinhou a motocicleta vindo o garupeiro a cair ao solo, a vítima foi socorrido para o Hospital e Maternidade Mãe Totonha em Madalena e logo em seguida foi transferido para o Hospital São Francisco em Caninde com fratura no fêmur esquerdo, onde passou por intervenção cirúrgica. Nada mais disse, vai devidamente assinado.

➤ **DADOS DA VITIMA:**

NOME: ROCI SERAFIM DA SILVA

RG: 2006005032610 SSPDS/CE

CPF: 12230390805

DATA DE NASCIMENTO: 20/11/1967

FILIAÇÃO: Antonio Pereira da Silva

Luiza Serafim da Silva

ENDEREÇO: Rua Boa Vista nº 1179 - Boa Vista - Madalena/Ce.

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 28488-1-3

Claudio Sérgio Landim Barrocas
 Chefe da Unidade Policial
 Mat.: 28488-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: ROCI SERAFIM DA SILVA

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 7357690637
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 01 COD. RENAVAM 161956195 RITRG 000000000000 EMISSOR 2008

NOME/ENDEREÇO
JUVENAL PEREIRA LIMA
FAZENDA POLTRINA 00000
***** ZONA RURAL
63.870-000 BOA VIAGEM - CE

CPF/CGC PLACA
01087558352 HUL5370

PLACA ANT./UF CHASSI
NU027 /CE RC2JC1801LR517123

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
FAS/MOTOCICLO/***** GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB ANO VOT
HONDA/CG 125 TODAY 1990 1990

CAP/MOT/DIR CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/11CV/125CC PARTIC PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC/COTAS
1º ISENTO /
2º NAO
3º INCIDE

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS

PREMIO TARIFFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
BOA VIAGEM 19/02/2008

SUPERINTENDENTE DETRAN - CE

CE Nº 7357690637 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME/ENDEREÇO
JUVENAL PEREIRA LIMA
FAZENDA POLTRINA 00000
***** ZONA RURAL
63.870-000 BOA VIAGEM - CE

CPF/CGC PLACA
01087558352 HUL5370

BILHETE DE SEGURO DPVAT
CE Nº 7357690637 EXERCICIO DATA EMISSÃO
2008 19/02/2008

NOME/ENDEREÇO
JUVENAL PEREIRA LIMA
FAZENDA POLTRINA 00000
***** ZONA RURAL
63.870-000 BOA VIAGEM - CE

VIA CPF/CGC PLACA
01 01087558352 HUL5370

COD. RENAVAM MARCA/MODELO
161856195 HONDA/CG 125 TODAY

ANO FAB CAT. TARE CHASSI
1990 09 RC2JC1801LR517123

PREMIO TARIFFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$)

Seguradora Uniao dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A
NOTE/DOC: 509877/14
CNPJ: 09.248.608/0001-04

Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, JUVENAL PEREIRA LIMA, RG nº 27.94302-94 data de expedição 27/02/94, Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 010.875.583-52, com domicílio na cidade de MADALENA no Estado de CE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) LOCALIDADE: FZ POLTRINA, nº S/N, complemento ZONA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima ROCI SERAFIM DA SILVA cujo o condutor no momento do acidente era ROCI SERAFIM DA SILVA.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/ CG 125 TODAY

Ano: 1990/1990

Placa: HUL 5370

COR: PRETA

Chassi: 9C2JC1801LR517125

Data do Acidente: 18/03/2017

Local e Data: MADALENA - CE



Juvenal Pereira Lima
(Assinatura do Declarante)

ROCI SERAFIM DA SILVA

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

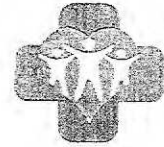


ORS: Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade
CARTÓRIO OFICIAL DE NOTAS E REGISTROS DE MADALENA - CE
Rua Major João Bernardo, 184 - Centro - Madalena - CE - Fone/Fax: (88) 3442-1005
www.oficioassisbezerra.com.br - contato@oficioassisbezerra.com.br

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JUVENAL PEREIRA LIMA. CONFERIDO em 13/11/2017. DOU: CE. Madalena-Ceará.

Francisco de Assis Bezerra da Silva

[EM:2,58][FE:0,17][SE:1,02][FA:0,12][FR:0,13][SS:00][TT:4,03]



UNIDADE: _____

U.M.M.T

PACIENTE	NOME <i>Roci Serafim da Silva</i>					
	EST. CIVIL <i>Solteira</i>	IDADE	SEXO ☒ M ☒ F	NATURALIDADE <i>B. Madalena</i>	PROFISSÃO <i>Agricultor</i>	PROCEDÊNCIA <i>Madalena</i>
	ENDEREÇO <i>B/ Boa Vista</i>					
	RESPONSÁVEL (PAI OU MÃE) <i>Luiza Serafim Sousa</i>					

- I. HISTÓRIA
II. EXAME FÍSICO
III. SUMÁRIO - IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA - SUGESTÕES

DATA: *18/09/17*

HORÁRIO: _____

A história do caso é a seguinte: a paciente é uma mulher de 45 anos, com queixa de dor abdominal há alguns dias.

Exame físico: sem alterações.

19:30 Encaminhado para o Hospital.

[Assinatura]
ENFERMEIRO
COREN 124324


SOCIEDADE HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 Centro – CANINDÉ-CEARÁ

CEP: 62.700-000 CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (085) 343-2110 Fax: (085) 343-1768 / E-mail: shsfo@fortalnet.com.br

FOLHA DE RELATÓRIO DE ALTA

UNIDADE: HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ		
1. NOME DO PACIENTE: ROCI SERAFIM DA SILVA		
PRONTUÁRIO : 1252154	ENFERMARIA: POSTO 2	LEITO:
Data de Internação 18/03/2017	Data de Alta 27/03/2017	Tempo de Permanência DIA:

RESUMO CLÍNICO

Paciente, 49 anos, admitido por FRATURA OSSEA ESQUELETICA foi submetido TRAÇÃO OSSEA ESQUELETICA, Com boa evolução pós operatório.

DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA OSSEA ESQUELETICA

TERAPÊUTICA UTILIZADA

TRAÇÃO OSSEA ESQUELETICA

CONDIÇÕES DE ALTA

Boa evolução clínica,
sem sinais flogísticos locais

Retornar ao hospital em caso de dor intensa, sangramento anormal ou outra anormalidade

MARCAR RETORNO COM DR. MARZUS JUSSEF

	27/03/2017
	DATA DA ALTA

Assinatura e Carimbo do Médico



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO	2527413 Sator
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO	2527413 Sator

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário
ROCI SERAFIM DA SILVA	83455
Cartão Nacional do SUS	10 - RacaCor
8 - Data de Nascimento	10.1 - Etnia
20/11/1967	95 - Sem Informação
9 - Sexo	12 - Telefone de Contato
X 1	8894490148
Nome da Mãe	14 - Telefone de Contato
LUZA SERAFIM DA SILVA	
Nome Responsável	
ROCI SERAFIM DA SILVA	
Endereço (Rua, Nº, Bairro)	
RUA ANTONIO SEVERO DE PINHO, 1179 - BOA VISTA	
Cidade	17 - ISEE
MACALENA	200763
	18 - UF
	CE
	19 - CEP
	83860000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Doenças Sinais e Sintomas Clínicos	
Paciente vítima de acidente de moto apresentando fratura femur E.	
Condições que justificam a Internação	
Rime de cph	
Principais Resultados de Provas Diagnósticas	
Cxol 7 sc	
Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal
Fratura femur E.	25 - CID 10 Secundário
	26 - CID 10 Causas Associadas
	5727

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento
Ampliação	0408050519
Especialidade	30 - Caráter de Atendimento
neurologia	31 - Documento
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	(X) CNE () CPF
RAFAEL DA SILVA CAVALCANTE	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
	98001629603401
	34 - Data de Solicitação
	18/03/2017
	35 - Assinatura e Carimbo do Registro no Conselho
	14370

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
Acid. Trabalho Trajeto			
Vinculo com a Previdência			
Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Cpto Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
MARCELO PARENTE BARBOSA	00230260301	
Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
CPF	201560652950007	
Assinatura	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

Código do Laudo: 1252154



PREFEITURA MUNICIPAL DE MADALENA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: _____

DISTRITO SANITÁRIO: _____

MUNICÍPIO: _____

NOME: Rog. Senapim da Silva PRONTUÁRIO Nº: _____
SEXO: M (X) F () DATA DE NASCIMENTO: 20/11/1966 OCUPAÇÃO: Agricultor
ENDEREÇO: Antonio Garayza 1179 BAIRRO: Zoa Vista TEL: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Vitima de acidente no tou-
disto com placa branca (E), desloc
RESULTADO DE EXAMES: e fratura do fêmur no hosp
CONDUTA JÁ REALIZADA: Tal de referência
20/11/2016
IMPRESSÃO DIAGNOSTICADA: _____

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - Nº REGISTRO FUNDAÇÃO DATA HORA

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL () HOSPITALAR (X) AUXÍLIO

DIAGNÓSTICO ()

PROCEDIMENTO: _____

PROFISSIONAL: _____

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

DATA: ____/____/____

HORA: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

UNIDADE DE

REFERÊNCIA:

MUNICÍPIO: _____

PRONTUÁRIO Nº: _____

ALTA: _____

RESULTADO CLÍNICO/
CIRÚRGICO: _____

RESULTADO DE
EXAMES: _____

DIAGNOSTICO: PRINCIPAL
SECUNDÁRIO 1
SECUNDÁRIO 2

CID:
CID:
CID:

PROPOSTA DE CONDUTA PARA
SEGUIMENTO: _____

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM () NÃO () O MOTIVO DA REFERÊNCIA
COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM () NÃO ()

ASSINATURA DO CONSULTANTE - Nº REGISTRO

FUNÇÃO

DATA



Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora : SANTA CASA DE CANINDE

Convênio : SUS AMBULATORIO

Dados do Paciente

GUIA :

Usuário do Cadastro :

ANAA

Usuário do Atendimento :

FRANCISCO

Nome : **ROCI SERAFIM DA SILVA**

Paciente : **83455**

Atendimento

1252149

Nome da Mãe : LUIZA SERAFIM DA SILVA

Sexo : MASCULINO

Data Nascimento: 20/11/1967

Idade: 49 Anos / 3 Meses / 26 Dias

Endereço : ANTONIO SEVERO DE PINHO

Bairro : BOA VISTA

Cidade : MADALENA

CEP : 63860000

Telefone :

Número : 1179

Dados do Atendimento

Prestador Médico : RAFAEL DA SILVA CAVALCANTE

Data : 18/03/2017

Hora : 20:12:28

Especialidade : CLINICO GERAL

Serviço : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Antonio Rodeiros Pereira FL No.

Assinatura do Paciente ou Responsável

RG: 2006005032610

Outras :

T :

PA :

P :

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

Anamnese :

*Paciente vítima de acidente
de moto apresentando fratura
femur E*

Exame Físico:



*Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Médico - CRM/MEC - 14.370*

Carimbo/Assinatura Médico-CRM

Hipótese Diagnóstica :

Cód. COD 10 :

Procedimento

Imagem

Laboratório :

Duques

1) Ictus

Medicação

2) Iodo regime analgésico

Carimbo/Assinatura
Enfermagem/COREN



SANTA CASA DE CANINDE

Data de Impressão 18/3/2017 16:21:03

Ficha de Atendimento INTERNACAO

Dados do Paciente

SUS INTERNACAO

Usuário do Cadastro

ANAA

Paciente: 83455

CNS:

Idade: 49 Anos / 3 Meses / 26 Dias

Nome do Paciente: ROCI SERAFIM DA SILVA

Data Nascimento: 20/11/1967

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

Religião:

Profissão: AGRICULTOR

Naturalidade: BOA VIAGEM

Endereço: RUA ANTONIO SEVERO DE PINHO

Número: 1179

Bairro: BOA VISTA

Cidade: MADALENA

CEP: 63860000

Telefone:

Identidade: 2006005032610

CPF: 12230390805

Nome da Mãe: LUIZA SERAFIM DA SILVA

Nome do Pai: ANTONIO PEREIRA DA SILVA

Dados do Responsável

Nome: ROCI SERAFIM DA SILVA

Parentesco: VIZINHO(A)

Fone:

Endereço: RUA ANTONIO SEVERO DE PINHO

Número: 1179

Complemento:

CEP: 63860000

98001629604

Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento:

FRANCISCO

Número: 1252154



Data: 18/03/2017 Hora: 20:48:51

Origem: INTERNACAO SUS

Tipo: INTERNACAO ORTOPEDICA UR

Unidade de Internação: POSTO 6

Leito: LEITO 601

Médico do Atendimento: 267 RAFAEL DA SILVA CAVALCANTE

Conselho: CRM-C-14370

Especialidade: CLINICO GERAL

CNS: 980016296043401

Convênio: 1 SUS INTERNACAO

Plano: SUS INTERNACAO

Unidade:

Guia:

Dias Autorizados:

Horas Autorizadas:

Promoção: ENFERMARIA

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CID:

Procedimento principal:

Local de Procedência:

Observação:

ROCI SERAFIM DA SILVA

Paciente/Responsável

Médico: RAFAEL DA SILVA CAVALCANTE
CRM-CE 14370RAFAEL DA SILVA CAVALCANTE
CRM-CE 14370



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

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

fls. 23

SANTAS
CASAS
UNIDAS

LAUDO DE CIRURGIA

Paciente Roci Serafim da Silva

Prontuário

Data da Cirurgia 25/03/17

Enfermaria

Leito

Diagnóstico Pré-Operatório:

Cirurgia Proposta:

Cirurgia Realizada:

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgião: Dr. Marcus

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Anestesista: Dr. Eduardo

Circulante:

Instrumentador:

Tipo de Anestesia:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Acint. de fígado
Vol. acint. fígado
DA
Del. de fígado
Deac. de fígado
Deac. de fígado
Deac. de fígado



Busca no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

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 3170398775 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ROCI SERAFIM DA SILVA

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO ROCI SERAFIM DA SILVA

CPF/CNPJ: 12230390805

Posição em 09-01-2018 07:59:13

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

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
28/12/2017	Interrupção de Prazo	
21/09/2017	Exigência Documental	
30/08/2017	Interrupção de Prazo	
28/07/2017	Exigência Documental	
27/07/2017	Aviso de Sinistro	

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



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

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

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

Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	Atualização do Pagamento Administrativo - Beneficiário: ROCI SERAFIM DA SILVA-Sinistro: 3170398775
Valor Nominal	R\$ 4.725,00
Indexador e metodologia de cálculo	INPC-IBGE - Calculado pro-rata die.
Período da correção	18/3/2017 a 7/12/2017

Dados calculados

Fator de correção do período	264 dias	1,010075
Percentual correspondente	264 dias	1,007459 %
Valor corrigido para 7/12/2017	(=)	R\$ 4.772,60
Sub Total	(=)	R\$ 4.772,60
Valor total	(=)	R\$ 4.772,60

Memória analítica do cálculo

Valor inicial	4.725,00
Data inicial	18/3/2017
Data final	7/12/2017
Periodicidade	Mensal
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.

Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
18/3/2017	1/4/2017	0,1444 (%)	4.731,82
1/4/2017	1/5/2017	0,0800 (%)	4.735,61
1/5/2017	1/6/2017	0,3600 (%)	4.752,66
1/6/2017	1/7/2017	-0,3000 (%)	4.738,40
1/7/2017	1/8/2017	0,1700 (%)	4.746,45
1/8/2017	1/9/2017	-0,0300 (%)	4.745,03
1/9/2017	1/10/2017	-0,0200 (%)	4.744,08
1/10/2017	1/11/2017	0,3700 (%)	4.761,63
1/11/2017	1/12/2017	0,1800 (%)	4.770,20
1/12/2017	7/12/2017	0,0503 (%)	4.772,60

Acréscimos de juro, multa e honorários

Sub Total	(=)	R\$ 4.772,60
Valor total	(=)	R\$ 4.772,60

Retornar Imprimir