



Rua Senhor de Castro, nº 49-A, Centro
Barreira - CE, Cep: 62795-000

(85) 98205-6900



PROCURAÇÃO PARA A CLÁUSULA AD JUDICIA "ET EXTRA"

OUTORGANTE: MICHELE SANTOS DE SOUSA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Estado Civil: SOLTEIRA

Profissão: AGRICULTORA

Rg: 2007 5082 JJ-4, SSP-CE

CPE: 087.531.433-37

Endereço: R. PEDRO FERREIRA NASCIMENTO, S/Nº, CAPANGA FUNDA, PINDORETAMA - CE

Email:

Telefone:

OUTORGADOS: **DIEGO VICTOR LOBO SILVEIRA**, inscrito na OAB/CE sob nº 25.815, e **JONATHAN BEZERRA DOS SANTOS**, brasileira, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.128, ambos com telefone profissional (85) 98205-6900, endereço eletrônico advocaciadiegosilveira@gmail.com, domicílio profissional situado na Rua Senhor de Castro, nº 49-A, Centro, Barreira - CE, CEP: 62795-000 e Av. Washington Soares, nº 800, Patrolino Ribeiro, Fortaleza - CE.

PODERES: Para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, firmar acordos, receber valores em processos judiciais, dar quitação, receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sob o qual se funda a ação, recorrer, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo operar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, bem como para receber alvarás judiciais para levantamento de valores perante quaisquer órgãos e instituições bancárias, podendo para tanta tais alvarás judiciais serem expedidos em favor dos outorgados e assinar declaração de hipossuficiência econômica, devendo os outorgados adotarem todos os atos necessários ao cumprimento do múnus assumido junto ao outorgante.

Para que surta os jurídicos e legis efeitos, ao final, o outorgante firma a presente.

Fortaleza/CE, 02 de JULHO de 2020.

Michele Santos de Sousa



Rua Senhor de Castro, nº 49-A, Centro
Barreira - CE, Cep: 62795-000

(85) 98205-6900



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante:

Nome: MICHELE SANTOS DE SOUSA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Estado Civil: SOLTEIRA

Profissão: AGRICULTORA

Rg: 20075082 JJ-4, SSP-CE

CPF: 087.531.433-37

Endereço: R. PEDRO FERREIRA NASCIMENTO, S/Nº, CAPONGA FUNDA, PINDORÉTA - CE

Email:

Telefone:

Declaro para os devidos fins de Direito nos termos do art. 98 do NCPC que não tenho condições de arcar com o pagamento de despesas processuais sem comprometer a minha sobrevivência.

Para que surta os jurídicos e legais efeitos, ao final, o outorgante firma a presente.

Fortaleza-CE, 02 de JULHO de 2020.

Michele Santos de Sousa

Assinatura do Declarante

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JONATHAN BEZERRA DOS SANTOS e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 07/07/2020 às 17:23, sob o número 02371283020208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0237128-30.2020.8.06.0001 e código 6CE8F41.



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

087.531.433-37

Nome

MICHELE SANTOS DE SOUSA

Nascimento

21/09/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
 COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



POLEGAR DIREITO



PROIBIDO PLASTIFICAR

Michele Santos de Souza.

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CORTIPLAN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007508211-4 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/02/2019

NOME MICHELE SANTOS DE SOUSA

FILIAÇÃO BERLENE SANTOS DE SOUSA

NATURALIDADE FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO 21/09/1997

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO CARTÓRIO: MONDUBIM TERMO: 0020416 FOLHA: 000295 V LIVRO: 00A-20 FORTALEZA - CE

CPF

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CORTIPLAM

P.: 121

[illegible]



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 573 - 361 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **04/03/2020 13:28:24**
Data / Hora da Ocorrência: **14/12/2019 05:40:00**
Endereço da Ocorrência: **AV FIRMINO CRISOSTOMO CEP: 62.860-000, CENTRO - PINDORETAMA/CE**
Ponto de Referência: **MERCADINHO DO CESINHA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MICHELE SANTOS DE SOUSA**
Nascimento: **21/09/1997** CPF: **087.531.433-37**
RG: **20075082114** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **BERLENE SANTOS DE SOUSA**
NC
Endereço: **RUA PEDRO FERREIRA DO NASCIMENTO CASA**
Bairro: **CAPONGA FUNDA**
Município: **PINDORETAMA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98632-2934**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NUM4019** Uf: **CE** Município: **PINDORETAMA** Chassi: **9C2KC1670BR331359** Renavam: **280499124** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCENILTON PEREIRA DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

QUE ESTAVA NA GAROUPA DA MOTO PILOTADA POR SEU ESPOSO MARCOS ANTONIO RODRIGUES DA SILVA; QUE ESTAVA NA GAROUPA DA MOTO DE PLACA NUM-4019, CHASSI 9C2KC1670BR331359, ANO 2010/2011 EM NOME DE FRANCENILTON PEREIRA DA SILVA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA DERRAPANDO NA AREA DO ASFALTO; QUE FOI AO SOLO SENDO SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO HOSPITAL LOCAL, LOGO FOI ENCAMINHADA PARA HOSPITAL DE AQUIRAZ-CE; QUE FRATUROU O COTOVELO DO BRAÇO ESQUERDO; QUE EM DATA DE 04/02/2020, FOI SUBMETIDA A CIRURGIA NO REFERIDO COTOVELO; QUE DIANTE O EXPOSTO PROCUROU ESTA DPC PARA COMUNICAR O OCORRIDO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.: _____

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Michele Santos de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAIMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE	
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 087.531.433/37
4 - Nome completo da vítima: MICHELE SANTOS DE SOUSA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012	
5 - Nome completo: MICHELE SANTOS DE SOUSA	
6 - CPF: 087.531.433/37	
7 - Profissão: PULAR	8 - Endereço: CAPOGA FUNDA
9 - Número: 314	10 - Complemento:
11 - Bairro: CAPOGA FUNDA	12 - Cidade: RIMDORETAMA
13 - Estado: CEARA	14 - CEP: 62860000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): 085.1928578375
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CUMADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR	
17 - Nome completo do Representante Legal:	
18 - CPF do Representante Legal:	
19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).	
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DE QUE BANCOS ABREVIADO: ☐ NENHUM ☐ PRESENCIA DE INDENIZADOR ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO COM INDENIZADOR PAUSADO POR OUTRO	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: NORDESTE	
AGÊNCIA: CONTA:	
AGÊNCIA: 00221 CONTA: 00023222 2	
Autoriza a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.	
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE	
Declaro, sob as penas da lei, que não apresento, no momento do pedido de indenização, nenhuma das condições previstas no artigo 299 do Código Penal, nem qualquer outra que possa configurar crime de falsidade documental.	
☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou	
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou	
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.	
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.	
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE	
25 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Cônjuge ☐ Filho ☐ Pais ☐ Avós ☐ Outros	
26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	
30 - Vítima deixou residência (ou não)? ☐ Sim ☐ Não	
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não	
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não	
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.	
34 - Impedimento digital da vítima ou beneficiário não afetado	
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	
38 - 1ª Nome: CPF:	
Assinatura da testemunha	
39 - 2ª Nome: CPF:	
Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data:	
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	
43 - Assinatura do Procurador (se houver)	

ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

PACIENTE: MICHELE SANTOS DE SOUSA	CNS: 704506345787518	PA201907043792
DATA DE NASCIMENTO: 21/09/1997	IDADE: 22 Ano(s), 3 Mes(es), -7 dia(s)	SEXO:
MÃE: BERLENE SANTOS DE SOUSA	OCUPAÇÃO:	
ENDEREÇO:	MUNICÍPIO: CASCAVEL	
TELEFONE CONTATO: 85989040698	CPF: 08753143337	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

RISCO:	PROFISSIONAL:	DATA-HORA
FR:	SATO ₂ :	PA:
FC:	T:	Dx:
ECG:	DOR: X/6	

PRIORIDADE:

ATENDIMENTO CLÍNICO

Dados clínicos (Histórico e Exame Físico):

Pericite de Pseudotumor

Alergias:

Exames:

Código	Descrição	Solicitação	Urgente	Coleta
--------	-----------	-------------	---------	--------

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

PRESCRIÇÃO

Item	Descrição	Apazamento / Checagem
------	-----------	-----------------------

Aquiraz, Sábado, 14 De Dezembro De 2019

JOSE RIBAMAR DE LIMA
CRM: 9408

CONDUTA / DESFECHO DO ATENDIMENTO

*0 Rx Controlado B1
Rx Controlado B1*

Ribamar de Lima
MÉDICO
CRM: 9408

HOSP GERAL MANUEL ASSUNCAO PIRES, Cnpj: 07.911.696/0001-57
Rua João Paulo II, Nº 100, Centro, Aquiraz Tell: (85) 3361-1860



DBS

HOSPITAL E CENTRO DE PARTO NORMAL DE PINDORETAMA
HCPNP
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PINDORETAMA

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 4/12/19 RECEPCIONISTA: Afiana HORA: 05:43
PACIENTE: Michelle Santos de Sousa
END.: capanga funda
BAIRRO: _____ D.N.: 21/09/97 IDADE: 22 ANOS
FONE: 986322934 CADSUS/ID: _____
MÃE: Rulene Santos de Sousa

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM)

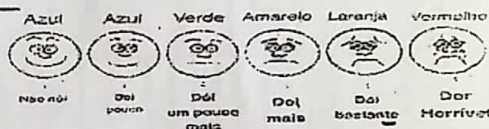
PA: 80 x 60 Mmhg DX: _____ Mg/dl T: _____ °C PESO _____ Kg FC: 102 Bpm

SAT: 99 % FR: _____ mrp ATENDER ATÉ _____:

AVALIÇÃO QUANTITATIVA DA DOR

Obs: Caso febre até 38 °C dar 01 gota/kg paracetamol V.O. caso vá esperar (Max 40 gts)

HISTORIA CLÍNICA:



☐ VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

ASSINATURA/CARIMBO

ATENDIMENTO MÉDICO

H.D.A.: Contusão orbital, queda de mole e de
capacete, Glasgow 15, Brown.

DIAGNÓSTICO:

EVOLUÇÃO: () ALTA: () ALTA A PEDIDO: () ÓBITO: () TRANSFERÊNCIA: ()

OBSERVAÇÃO: () INTERNAMENTO: () EM: _____ / _____ / _____ ÀS _____ HS.

Michelle Santos de Sousa
PACIENTE OU RESPONSÁVEL

12
ASSINATURA DO MEDICO Paulo Fernandes
C.R.F. 013 632.974-04
CREMESP 12321

HOSPITAL GERAL MANOEL ASSUNÇÃO PIRES / HGMAP			
NOME DO PACIENTE: <i>Michelle Santos de Souza</i>		DATA DE NASCIMENTO: <i>21/07/1991</i>	
IDADE: <i>22</i>	ENFERMARIA:	LEITO: <i>06</i>	PRONTUÁRIO:
HORA DO ENC AMINHAMENTO PARA C.C. : <i>1</i> h		RETORNO C.C. : <i>1</i> h	
		DATA DE ADMISSÃO: <i>03/08/2020</i>	
		HORA ADMISSÃO: <i>11:00</i>	

[illegible]

AQUIRAZ 2012 - 17 de Setembro Municipal PREFEITURA MUNICIPAL DE AQUIRAZ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 									
FOLHA DE ANESTESIA		HMA - PACIENTE			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
Nome		Michele Santo de Sousa			Idade	Sexo	Cor		
Data	Pressão Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura			
04/02/20	120x80								
Tipo Sanguíneo	Hematia	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia	Cúrios			
	Urina				Asma	Bronquite			
Aparelho Respiratório					Eletrcardiograma				
Aparelho Circulatório					Aparelho Urinário				
Aparelho Digestivo					Dentes	Pescoço	Alergia		
Estado Mental					Ataraxicos	Corticoide	Hipotensores		
Diagnóstico Pré-Operatório							Estado Físico		
Anestesia Anteriores					Aplicada às	Efeito			
Medicação Pré-Anestésica									
9mg 50 10									
Agentes Anestésicos	02								
Líquidos	(513) (515)								
CÓDIGO	x - Início da Anestesia o - Fim da Anestesia o - Início da Operação o - Fim da Operação 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 0								
	Reflexos na So Obstr. Co2 Excit. Náuseas Vômitos Outros: Com Cânula Para o leito: Sim Não Condições:								
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES Posição Agentes Técnicas Operação Cirurgiões Anestesiistas Observações									
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS OPERATÓRIAS									



PREFEITURA MUNICIPAL DE AQUIRAZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL MANOEL ASSUNÇÃO PIRES

EVOLUÇÃO

Nome: <u>Michelle Santos de Souza.</u>		Nº Prontuário:
Clinica:	Apto:	Enfermaria:
		Leito: <u>06.</u>

Notas sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudanças de diagnósticos, condições ao ser dada alta, instruções ao paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	Evolução	Rúbrica
03/02/2020 SN	M.S.S. pm 22a. Admitida às 21h para procedi- mento cirúrgico, após no coqueiro E. Negs alergias* e comorbidades. Oriente quanto ao jejum total - (+ medicamentos)	<i>[Assinatura]</i> Vládia B. Carvalho Enfermeira COREN 269 12
04/02/2020 0706	Encaminhado p/ cc. <i>[Assinatura]</i> Daniela Holanda Costa Enfermeira COREN-CE 500.518	
05/02/2020	<i>[Assinatura]</i> Ave 1h	
04/02/2020	Retorno do cc às 10h20. Procedimentos si inter- venções. mantendo SSV/ estáveis. Consciente, orientado, verbalizando, eufórica em ad. Nega si queixas, aus. unidades.	<i>[Assinatura]</i> Daniela Holanda Costa Enfermeira COREN-CE 500.518
05/02/2020	Pte recebeu alta às 8h. Saiu da Uni- dade acompanhado de familiar. Orienta- ções + RAT* Receituário -	<i>[Assinatura]</i> Rita Vitoria Gomes COREN-CE 10781-ENF



PREFEITURA MUNICIPAL DE AQUIRAZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL MANOEL ASSUNÇÃO PIRES

RECEITUÁRIO

ARESSAN MÊDIO

ARESSAN - que se encontra
em estado de saúde 24,
no tabaco requirido
e tratamento adequado,
gite a ARESSAN ORGANO
alimento e bebida.
CIA 5549

17.02.20

CLÁUDIO EUGENIO
MÉDICO
CRM 4078

MÉDICO

Michele Santa de Sousa

BLOCO CIRÚRGICO		PACIENTE:	AQUIRAZ
		DATA:	4. 2. 20
CIRURGIA:	Vul. Cir. Fm. Catavento Esquerda		
CIRURGIÃO:	Dr. Elvadio	2º AUXILIAR:	
1º AUXILIAR:		ANESTESISTA:	Dr. Luciano

MEDICAMENTOS E MATERIAIS			
NOMES	Quant	NOMES	Quant
Água Oxigenada ml	2	Luvas	2
Alcool Iodado ml.	2	Lâmina Bisturi	
Alcool Puro ml.	2	Cateter de Peridural	
Éter Sulfúrico ml.		Dreno Penrouse N°	
Formol ml.		Dreno Keer	
Soapex ml.		Equipo Infusão	
Asseptol ml.		Equipo Transfusão	
Germinal ml.		Scalp	
Clorohex ml.		Bisturi Elétrico	
Povidine ml (Degermante)		Seringas Descartáveis 10 cc	
Soro Fisiológico Tubos		Seringas Descartáveis 20 cc	
Xylocaina c/ Adrenalina		Torneira Tree Way	
Xylocaina s/ Adrenalina		Surgicel	
Xylocaina Pesada		Máscara Descartável	2
Merthiolate ml.		Gelfoam	
Algodão Ortopédico cm.		Gelco	
Atadura de Crepon 10 cm.		Aboccat	
Atadura de Crepon 20 cm.		Cateter p/ Oxigênio	
Atadura de Gesso 10 cm.		Lâmina 'Gilete'	
Atadura de Gesso 20 cm.		Rolos Dentais	
Gase Alcochoada	2	Irujol Pomada grs.	
Gase Compressas 10 x 10	2	Furacin Pomada grs.	
Algodão Hidrófilo grs.		Soro Glicosado 5% 500ml tubos	2
Compressas Cirúrgicas pequenas	2	Aguilha Descartável	1
Compressas Cirúrgicas Média		Malha Tubular 3 cm Metro	
Compressas Cirúrgicas Grande		Malha Tubular 20 cm. Metro	
Chumacinhos		Pro. offe. n° 7,0	2
Espadrado cm	2	Pro. de cartilagem	1
Micropere cm.			
Fio Cat Gui Cromado 2-0			
Fio Cat Gui Cromado 4-0			
Fio Cat Gui Simples 2-0			
Fio Cat Gui Simples 4-0			
Fio Mononylon 2.0 c/ag.			
Fio Mononylon 4-0 c/ag. 3-0	X		
Fio Mononylon Oftálmico 9.0			
Fio Mononylon 7.0 (cardíaco)			
Fio de Aço			
Fio Prolene			
Fio Vicril	X		
Fio Sutupak			
Fio Algodão 0			
Fio Algodão 2.0			
Fio Algodão 10-20-40			
Fio Seda			
Fio Mononylon incolor			
Sonda Nelaton			
Sonda Traqueal			
Sonda Filley 3 vias			
Sonda Filley			
Sonda Nasogástrica			



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL MANOEL ASSUNÇÃO PIRES
CNPJ 07.911.696/0002-38

RELATÓRIO DE ALTA

NOME: maria lucia PRONTUÁRIO: _____
UNIDADE: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
INÍCIO DO TRATAMENTO: _____ DATA DA ALTA: _____

RESUMO CLÍNICO:

Fez o plano

EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:

Am

TERAPÊUTICA UTILIZADA:

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA:

CONDIÇÕES DE ALTA:

MELHORADO: _____ CURADO: _____ INALTERADO: _____ OUTROS: _____

RETORNO EM: 28/02/10 NÃO RETORNARA: _____

DIAGNÓSTICO FINAL: _____

OUTRAS RECOMENDAÇÕES: paciente e família

AQUIRAZ 0502/10

[Assinatura]
ASS E CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL



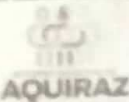
PREFEITURA MUNICIPAL DE AQUIRAZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL MANOEL ASSUNÇÃO PIRES

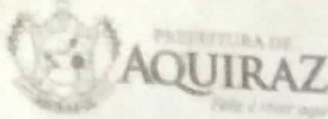
EVOLUÇÃO

Nome: Michele Santos de Souza	Nº Prontuário:
Clinica:	Leito: 06
Apto:	Enfermaria:

Notas sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudanças de diagnósticos, condições ao ser dada alta, instruções ao paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	Evolução	Rúbrica
03/02/2020 SN	M.S.S. pm 07h. Admitido às 21h por procedi- mento cirúrgico, dor no cotovelo E. Nega alergia* & comorbidades. Oriente quanto ao jejum total - (e medicamentos)	 Nádia B. Carvalho Enfermeira COREN 269
04/02/2020	Encaminhado para CC. Daniela Holanda Costa Enfermeira COREN 500.518	
	 Daniela Holanda Costa Enfermeira COREN 500.518	
	 Daniela Holanda Costa Enfermeira COREN 500.518	
	 Daniela Holanda Costa Enfermeira COREN 500.518	
04/02/2020	Retorno do CC às 10h20. Procedimentos de inter- conexão. mantendo SSVV estáveis. Consciente, orientado, verbalizando, expulsa em CC. Nega si queixas. Aus. sinais vitais.	 Daniela Holanda Costa Enfermeira COREN 500.518
04/02/2020	Pete recebeu alta às 8h. Saiu da Uni- dade acompanhado de familiar. Orienta- ções + RAT. Receituário - Rita de Cássia Gomes Enfermeira COREN 107281-219	

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL MUNICIPAL DE AQUIRAZ		BOLETIM DE ADMISSÃO			NÚMERO 233.829						
NÚMERO DA AIIH		INTERNAÇÃO			PARTO OU OPERAÇÃO			SAÍDA/PERMAN.			
		DIA	MÊS	ANO	DIA	MÊS	ANO	DIA	MÊS	ANO	
		03	02	2020				05	02	2020	
NOME					IDADE		SEXO		ESTADO CIVIL		
Michele Santos de Sousa					22		F		Solteira		
ENDEREÇO					TELEFONE		PROFISSÃO		NATURAL		
Andorilama Caranga funda					986322934		do lar		Port		
PONTO DE REFERÊNCIA					MÃE						
PAI					Berlene Santos de Sousa						
NOME, ENDEREÇO E TELEFONE DE CONHECIDO EM AQUIRAZ											
INTERNAMENTOS ANTERIORES			EM OUTROS HOSPITAIS			CATEGORIA		MÉDICO ASSISTENTE		TELEFONE	
S	N		S	N		A.I.S		de Claudio			
RESPONSÁVEL			ENDEREÇO					TELEFONE			
HISTÓRIA CLÍNICA											
Pré-natal											
PROVÁVEL			DIAGNÓSTICO				DEFINITIVO				
Pré-natal			Pré-natal				Pré-natal				
RESULTADO											
NENHUM	TRANSFERIDO	MELHOR	CURADO	FALECIDO	ADM. P/ DIAGN.						
PRIMÁRIA			CAUSA MORTIS				SECUNDÁRIA				
CONDIÇÕES DE ALTA											
CURADO	MELHOR	REMOVIDO	INDISCIPLINA	A PEDIDO	ÓBITO	PERMANECE					
LAUDO MÉDICO											
TABELA ASSM											
0408020547											
CID		MÉDICO									
S521		ASSINATURA									
		HOSPITAL									
		VISTO/DATA									
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR											
Fez uso de antibiótico ☐ Sim ☐ Não ☐ qual o tipo de antibiótico?											
Tempo de uso ☐ Sim ☐ Não ☐ Nome Comercial											
fez cultura e antibiograma? ☐ Sim ☐ Não ☐ Germe isolado da cultura											
Era sensível ao antibiótico em uso? ☐ Sim ☐ Não ☐ Trocou de antibiótico? ☐ Sim ☐ Não											
Em caso afirmativo, porque?											
Qual dia pós operatório que foi diagnosticada a infecção?											
Condições de alta em relação a infecção? ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado											
Observações:											



PREFEITURA MUNICIPAL DE AQUIRAZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HG Manoel Assunção Pires		Identificação do Estabelecimento de Saúde	
3 - Nome do Estabelecimento Executante HG Manoel Assunção Pires		2 - CNES 2156113915	
5 - Nome do Paciente Michelle Santos de Sousa		4 - CNES 2156113915	
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 201075082111-411		6 - N° do Prontuário 211-829	
8 - Data de Nascimento 27/09/97		9 - Sexo Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 3	
10 - Raça/cor Clara		11 - Nome da Mãe Berlene Santos de Sousa	
12 - Telefone de Contato 9863221934		13 - Nome do Responsável Berlene Santos de Sousa	
14 - Telefone de Contato 98610410698		15 - Endereço (Rua, N°, Bairro) Ca Ponga Funda Pindoretama	
16 - Município de Residência —		17 - Cód. IBGE Mun. —	
18 - UF CE		19 - CEP 61700000	

Justificativa da Internação

0 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos

Prun - Faltas de sono e

21 - Condições que Justificam a Internação

TDY

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados)

17

23 - Diagnóstico Inicial

Faltas de sono e

24 - CID 10 Principal

F55

25 - CID 10 Secundário

26 - CID 10 Casas Ass.

Procedimento Solicitado

1 - Descrição do Procedimento Solicitado

755

28 - Cód. do Procedimento

041081012015417

29 - Clínica

CIRURGICA

30 - Caracter da Internação

URGENCIA

31 - Documento

() CNS () CPF

32 - N Doc. (CNS/CPF) do Profis Solic./Ass.

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente

34 - Data da Solic.

03/02/2020

35 - Ass. e Carimbo (N do Registro do Conselho)

Preenche em caso de causas externas (acidente ou violências)

36 - () Acidente de trânsito

37 - () Acidente de trabalho típico

38 - () Acidente de trabalho trajeto

39 - CNPJ da Seguradora

40 - N° do Bilhete

41 - Série

42 - CNPJ Empresa

43 - CNAE da empresa

44 - CBOR

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - N° da Aut. de Internação Hospitalar

48 - Documento

() CNS () CPF

49 - N° Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

50 - Data da Autorização

10/01/20

51 - Assinatura e Carimbo (N° do registro do conselho)

Dr. Jonathan Bezerra dos Santos



Paciente: MICHELE SANTOS DE SOUSA
 HOSPITAL ABEMP
 CONV.: SUS
 DATA: 04/03/2020
 49095
 Técnico: TR ALINE
 06:42:51
 145,1 %

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº **015385394789**

VIA DIG 1 COD. RENAVAM 280499124 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2019

NOME **FRANCENILTON PEREIRA DA SILVA**
PINDORETAMA / CE

CPF / CNPJ **04789984303** PLACA **NUM4019 / CE**
PLACA ANT. / UF **9C2KC1670BR331359** CHASSI

ESPECIE TIPO **PAS / MOTOCICLO / MAQ APLIC.** COMBUSTÍVEL **GASOL / ALCO**

MARCA / MODELO **HONDA / CG 150 FAN ESI** ANO FAB. **2010** ANO MOD. **2012**

CAT. / POT. / CL. **2B / 0CV / 149CC** CATEGORIA **FABRIC** COR PREDOMINANTE **VERMELHA**

COTA ÚNICA **1** VENC. COTA ÚNICA **1** VENC. / COTAS **1**
P **2** **2** **2**
V **3** **3** **3**
A **3** **3** **3**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) **80.11** IOF (R\$) **0.32** PRÊMIO TOTAL (R\$) **84.53** DATA DE PAGAMENTO **30/09/2019**

OBSERVAÇÕES

LOCAL **PINDORETAMA** DATA **05/10/2019**
ASSINATURA **JOÃO PONTES** DE **PINDORETAMA**

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 015385394789 BILHETE DE SEGURO DPVAT

04789984303 NUM4019 / CE

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

SAC DPVAT 0800 022 1204 27506185457

VIA 1 CPF / CNPJ **04789984303** EXERCÍCIO **2019** DATA EMISSÃO **05/10/2019**
RENAVAM **280499124** MARCA / MODELO **HONDA / CG 150 FAN ESI** PLACA **NUM4019**

ANO F.A.B. **2010** CAT. / PNE **09** Nº CHASSI **9C2KC1670BR331359**

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) **36.05** DENATRAM (R\$) **4.01** CUSTO DO SEGURO (R\$) **40.05**

CUSTO DO BILHETE (R\$) **4.15** IOF (R\$) **0.32** TOTAL (R\$) **84.58**

PAGAMENTO ☐ PARCELADO DATA DE COTAÇÃO **30/09/2019**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.241.608/0001-04

MOTOR: **KC167B331359**

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

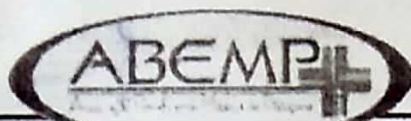
015385394789
RECIBO CE Nº

ASSINATURA



NUM4019
COD. RENAVAM
280499124

241032/50



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIA E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Atto para os devidos fins,
que Michele Santos de Sousa
foi vítima de trânsito, no
frenado brusco do Colômbio
Esp. Foi submetido a exames
fúnteres com fins de Kirschner
apresenta alto defeituoso com
dois os movimentos de flexão
do estômago, o Abdômen
do os de movimentos. Per-
tanto, com sequelas permanentes.

22.08.2020

Francisco Rodrigues Filho
CRISTÓLOGO - TRAUMATOLOGIA
CPF: 21226333-00 CRM: 11111

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará - Fone: (85) 98705-3716
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002 005898/85-51

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200117528

Vítima: MICHELE SANTOS DE SOUSA

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MICHELE SANTOS DE SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MICHELE SANTOS DE SOUSA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000004161-0

Conta: 000010016063-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você