



VINÍCIUS MELO
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Nome: SEBASTIÃO ALVES DA COSTA		Contato(s) Telefônico:	
Nacionalidade: BRASILEIRO	Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: APOSENTADO	
RG (Registro de Identidade) 81716984 SSP/CE		CPF: 491.754.403-34	
Endereço: FAZENDA DINAMARCA		Número:	
Bairro: ZONA RURAL		Complemento:	
CEP: 63.870-000	Cidade: BOA VIAGEM	Estado: CEARÁ	

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 **PINHEIRO MELO – SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 26.942.992/0001-60, inscrita na OAB/CE 1453, com escritório na Pça. Mons. José Candido, nº. 103, Loja 01, 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, 19 de DEZEMBRO de 2018.

X

OUTORGANTE

Rua. Praça Monsenhor Jose Cândido, nº. 103, Loja 01, Bairro Centro, Boa Viagem – Ceará, CEP 63870-000
Tel.: (88) 3427 – 2867 | E-mail: contato@viniciusmelo.adv.br

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**DECLARANTE:**

Nome: SEBASTIÃO ALVES DA COSTA		Contato(s) Telefônico:	
Nacionalidade: BRASILEIRO	Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: APOSENTADO	
RG (Registro de Identidade) 81716984 SSP/CE		CPF: 491.754.403-34	
Endereço: FAZENDA DINAMARCA		Número:	
Bairro: ZONA RURAL		Complemento:	
CEP: 63.870-000	Cidade: BOA VIAGEM	Estado: CEARÁ	

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.

BOA VIAGEM/CE, 19 de DEZEMBRO de 2018.

X



Declarante

TRABALHADOR		INSTITUTO DO TRABALHO EMPREGADO	
Nome: JOÃO DA SILVA CPF: 130.493224-70-7 3619234 002-0 CE Não Alfabetizado		Foto Impressão	

BRASILEIRO		DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA	
Nome: JOÃO DA SILVA CPF: 130.493224-70-7 Residência: Rua da Paz, 123, Centro, São Paulo, SP Assinatura: JOÃO DA SILVA Data: 15/01/2019		Assinatura do Declarante Assinatura do Declarado Assinatura do Declarante Assinatura do Declarado	

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

Nome: SEBASTIÃO ALVES DA COSTA		Contato(s) Telefônico:	
Nacionalidade: BRASILEIRO	Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: APOSENTADO	
RG (Registro de Identidade) 81716984 SSP/CE		CPF: 491.754.403-34	
Endereço: FAZENDA DINAMARCA		Número:	
Bairro: ZONA RURAL		Complemento:	
CEP: 63.870-000	Cidade: BOA VIAGEM	Estado: CEARÁ	

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."

BOA VIAGEM/CE, 19 De DEZEMBRO de 2018.



DECLARANTE




2º *Ofício Notarial e de Registros Públicos*

Bel. MANUEL VIEIRA DA COSTA - Titular

Tabelionato Protesto de Títulos, Registros de Imóveis, de Títulos e Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas.
Praça Mons. José Cândido, 80 (Centro) - CEP. 63.870-000 - Fonefax: (88) 3427-1480 - Boa Viagem - Ceará - Brasil

Livro 07, fls. 006
ESCRITURAS DIVERSAS

Escritura Pública Declaratória que nestas notas faz **SEBASTIÃO ALVES DA COSTA**, na forma abaixo declarada.-.

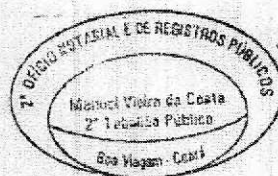
SABAM quantos este público instrumento de escritura declaratória virem que, ao(s) quinze (15) dia(s) do mês de agosto do ano dois mil e dezoito (2018), nesta cidade de Boa Viagem, sede da comarca do mesmo nome, Estado do Ceará, República Federativa do Brasil, neste Cartório, situado nesta cidade, na Praça Monsenhor José Cândido, nº 80, perante mim, 2º Tabelião Público, compareceu como outorgante declarante **SEBASTIÃO ALVES DA COSTA**, CTPS. 3619214, SÉRIE 002-0, UF CE, CPF. 491.754.403-34, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, residente e domiciliado no lugar denominado "Fazenda Jacaúna", distrito de Domingos da Costa, nesta comarca, CEP. 63.870-000, no final desta assinada, de cuja identidade e capacidade jurídica dou fé. Então, o (a)(s) outorgante(s) declarou(ram), para todos os fins de direito, sob as penas da lei, especialmente para provas junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, o seguinte: 1) **Que, SEBASTIÃO ALVES DA COSTA**, CTPS. 3619214, SÉRIE 002-0, UF CE, CPF. 491.754.403-34, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, sem renda mensal, na qualidade de beneficiário (a)(s) do valor referente à indenização/reembolso do seguro obrigatório da vítima **SEBASTIÃO ALVES DA COSTA**, autoriza a Seguradora Líder dos consórcios do Seguro DPVAT a efetuar o crédito, de acordo com as informações abaixo prestadas: (x) **Crédito em conta corrente, do Banco do Nordeste do Brasil S/A, número da agência 153, número da conta 31730, dígito 2 nº do Banco 004**; 2) **Que**, por não possuir comprovante de residência em seu nome, declara residir no lugar denominado "Fazenda Jacaúna", distrito de Domingos da Costa, nesta comarca, CEP. 63.870-000; 3) **Que**, Declara, sob as penas da lei, que está impossibilitado(a) 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 de sua residência; 4) **Que, SEBASTIÃO ALVES DA COSTA**, declara, sob as penas da Lei, que sofreu um acidente automobilístico em 08/01/2018 e 5) **Que**, o(a)(s) declarante esclarece ser analfabeto(a) não sabendo ler nem escrever, azo em que firma esta declaração ciente das penalidades prevista em lei. Pelo(a) outorgante declarante, me foi dito que aceitava esta escritura em seus expressos termos, por representar a expressão da verdade. De como assim o disse, me pediu, e eu lhe lavrei esta escritura, a qual depois de lida em voz alta e clara, e achada em tudo conforme, aceitou e assina, este instrumento, destinado a produzir todos efeitos jurídicos desejados. Assina à rogo do(a) outorgante por declarar não saber ler nem escrever, mas deixa a impressão digital de seu polegar direito, **MAURÍCIO ALVES BARRETO**, RG. 2008269690-4, SSPDS/CE, CPF. 067.071.693-60, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, residente e domiciliado nesta cidade, na Travessa Joaquim Vieira Lima, nº 50, (Bairro de Fátima), meu conhecido. Eu, Zilma Lopes Rodrigues, Escrevente Compromissada, a

digitei, subscrevo, dou fé e assino em público e raso. Em testemunho (sinal público) verdade. ASS.) MAURÍCIO ALVES BARRETO -.-.

Está conforme o original, dou fé.
Boa Viagem(Ceará), 15 de agosto de 2018
Em testemunho da verdade.

Zilma Lopes Rodrigues
Zilma Lopes Rodrigues
Escrevente Compromissada

VÁLIDO SOMENTE COM
SELO DE AUTENTICIDADE





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM



BOLETIM DE Ocorrência Nº 428 - 1395 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **15/08/2018 11:34:00**
 Data / Hora da Ocorrência: **08/01/2018 16:00:00**
 Endereço da Ocorrência:
 Complemento:
 Bairro: Município: **BOA VIAGEM/CE**
 Ponto de Referência:

Noticiante(s)

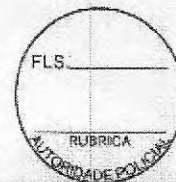
Nome: **EDSON ALVES DE ALBUQUERQUE**
 Nascimento: **30/03/1973** CPF: **538.059.843-91**
 RG: **20074104670** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **HELOINA ALVES DE ALBUQUERQUE**
SEBASTIAO DE OLIVEIRA ALVES
 Endereço: **RUA PADRE ANTONIO CORRÊA DE SÁ , 454**
 Bairro: **BAIRRO DE FÁTIMA** CEP:
 Município: **BOA VIAGEM/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99916-0000**

Histórico

Compareceu a esta delegacia a pessoa acima qualificada para noticiar que na data e hora acima citados sofreu acidente de trânsito no endereço na fazenda Gurupá; QUE estava envolvido no acidente com Sr. EDSON ALVES DE ALBUQUERQUE O qual pilotava a MOTOCICLETA HONDA NXR150 BROS ES LICENCIADA EM NOME DE MARCIO ROMEU ALBUQUERQUE ALVES; QUE SEBASTIÃO era garupeiro da motocicleta acima informada quebrou sua perna direita no acidente; QUE EDSON quando estava na estrada da Fazenda Gurupá que estava indo para a fazenda Dinamarca perdeu o controle da motocicleta e veio a cair; Que SEBASTIÃO foi socorrido por outro veículo que vinha na estrada para a Casa de Saúde Adília Maria em Boa Viagem-CE apresentando uma fratura no osso fêmur da perna direita; Que SEBASTIÃO foi internado em decorrência do acidente na cidade de Canindé; QUE foi dada toda assistência por parte do sr. EDSON para o Sr. SEBASTIÃO; Que tem como testemunhas do acidente ocorrido as pessoas de nomes MAURÍCIO ALVES BARRETO, RG.:2008269690-4-SSPDC-CE e CLAUDIANO ALEXANDRE, RG.:3310299/98-SPPDC-CE; QUE, apresentou nesta Delegacia os seguintes documentos: CÓPIA da ficha de atendimento urgência/emergência da Casa de Saúde Adília Maria de Sr. SEBASTIÃO, cópia do BO de Perda de documento RG do Sr. SEBASTIÃO, cópia da Carteira de trabalho e cópia do CPF de SEBASTIÃO ALVES DA COSTA, cópia do seu comprovante de endereço, cópia do CRLV do veículo de placa HXT4164, cópia da Carteira de Identidade e CPF de CLAUDIANO ALEXANDRE, bem como, seu comprovante de endereço, cópia da Carteira de Identidade e do Cartão CPF de MAURICIO ALVES BARRETO, bem como, seu comprovante de endereço, cópia da Carteira de Identidade e do Cartão CPF de EDSON ALVES DE ALBUQUERQUE, bem como, seu comprovante de endereço; E NADA MAIS DISSE//



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM



BOLETIM DE Ocorrência Nº 428 - 1395 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Fabio Mota

FABIO MOTA DA SILVA - MAT.: 30119541

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Flavia

VISTO DO DELEGADO(A) :

FLAVIA CAROLINA MONTEIRO FONSECA - MAT.: 30120264

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014139845763
EXERCÍCIO 2018
VIA 01 932472532
CÓD-RENAVAM 00000000000
R.N.T.R.C. 2018

NOME: MARCIO ROMEU ALBUQUERQUE ALVES
BOA VIAGEM
CPF/CNPJ: 94615489315
PLACA: HXT4164/CE
CHASSI: 902KBD03307R032553

COMISSÃO: SACULINA
MARCA/MODELO: HONDA/NXR 150 BROS ES
ANO/FAB: 2007
COR/PREDOMINANTE: VERMELHO

COE/POT/CL: 20/149CC
VENC. COTA ÚNICA: 10
PARCELAMENTO 7 COTAS
24

DATA DE PAGAMENTO: 05/06/2018
CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15
CUSTO DO SEGURO (R\$): 90,33

PREMIOS: 81,29
DÉBITO (R\$): 5,03
CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15
CUSTO DO SEGURO (R\$): 90,33

DATA DE EMISSÃO: 27/06/2018
LOCAL: BOA VIAGEM
SUPERINTENDENTE: [Assinatura]

DATA: 27/06/2018

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

CENº 014139845763 BILHETE DE SEGURO DPVAT
94615489315 HXT4164/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 20453800167
014139845763

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 27/06/2018
PLACA HXT4164

VIA 01 94615489315
RENAVAM 732472532
MARCA/MODELO HONDA/NXR 150 BROS ES
ANO/FAB 2007
CHASSI 902KBD03307R032553

PREMIO TARIFARIO
FNS (R\$) 81,29
DÉBITO (R\$) 5,03
CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15
COTA ÚNICA 0,70
DATA DE QUITAÇÃO 05/06/2018

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.808/0001-04

MOTOR: KD03E37032653 05963



DETRAN

CONTINUA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARCIO ROMEU ALBUQUERQUE ALVES,
 RG nº 2000097053687, data de expedição 22 / 03 / 2000,
 Órgão SSPDC/CE, portador do CPF nº 946.154.893-15, com
 domicílio na cidade de BOA VIAGEM, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA PADRE ANTONIO CORREIA DE SÁ, nº S/N,
 complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima SEBASTIÃO ALVES DA COSTA, cujo o condutor era
EDSON ALVES ALBUQUERQUE.

Veículo: MOTOCICLETA
 Modelo: HONDA/NXR 150 BROS ES
 Ano: 2007/2007
 Placa: HXT 4164
 Chassi: 9C2KD03307R032653
 Data do Acidente: 08/01/2018
 Local e Data: BOA VIAGEM / CE 14 DE AGOSTO DE 2018

Marcio Romeu Albuquerque Alves
 Assinatura do Declarante



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





PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CSAM - CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA

Rua: São Vicente de Paula, Nº. 100, Centro
Tel.: (88) 3427 1699 - (88) 3427 1136
CNPJ: 07.806.680/0001-84



FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

UNIDADE DE ATENDIMENTO 24H

DATA: 08/01/18

HORÁRIO: 16:59

ATENDIMENTO Nº _____

DADOS DO PACIENTE

NOME: Libertião Alves da Costa SUS: _____

SEXO: F () M () DATA DE NASCIMENTO: 07.01.29 IDADE: 89 ESTADO CIVIL: casado

NOME DA MÃE: Mãe dos Anjos Mendes

NATURALIDADE: BV PROFISSÃO: Aposentado RG: _____

ENDEREÇO: Fazenda Dinamarca BAIRRO: _____

CIDADE: BV ESTADO: CE TELEFONE: () _____

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

PA: X mmHg SPO₂: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ ipm T: _____ °C PESO: _____

QUEIXAS: _____

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MIN	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MIN	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MIN
☐ Politraumatismo/TCE; ☐ Queimaduras grandes; ☐ Coma ou alteração consciência; ☐ Lesão da Coluna Vertebral; ☐ Desconforto Respiratório Grave; ☐ Dor no peito+cianose+ falta de ar; ☐ Vômito+perda de consciência ou dor tórax por mais de 30min; ☐ Perfuração no peito, abdômen ou cabeça; ☐ Crise convulsiva; ☐ Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio; ☐ Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; ☐ Hiper ou Hipoglicemia (diagnosticadas) ☐ Parada Cardiorrespiratória; ☐ Alterações SSVV + sintomas (diagnosticadas); ☐ Hemorragia não controladas; ☐ Fraturas; ferimentos (cortes);	☐ Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva; ☐ Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; delírios; ☐ História de convulsão; ☐ Dor torácica intensa; ☐ Crise asmática ou desconforto respiratório; ☐ Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; ☐ Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; ☐ História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; ☐ Epistaxe; ☐ Dor forte de qualquer natureza; ☐ Sangramento vaginal com dor abdominal; ☐ Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; ☐ Febre alta (39-40°); ☐ Luxações, entorse + dor intensa; ☐ Acidente por animais peçonhentos; ☐ Acidente por animais peçonhentos; ☐ Broncoespasmo.	☐ Idade superior a 60 anos; ☐ Pacientes escotados; ☐ Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; ☐ Asma fora de crise; ☐ Enxaqueca; ☐ Dor ouvido moderada a grave; ☐ Dor abdominal sem alterações sinais vitais; ☐ Sangramento vaginal sem dor abdominal; ☐ Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação; ☐ Abscessos; ☐ Distúrbios neurovegetativos; ☐ Lombalgia intensa; ☐ Intercorrências ortopédicas; ☐ Gastroenterite;	☐ Queixas sem alterações agudas; ☐ Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestados médicos; ☐ Demais situações não enquadradas anteriormente Uso de benzilpenicilina; SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCA CONSULTA COM MÉDICO D ASSISTÊNCIA.

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

NOME: Lebastião Alves da Costa

DATA: 08/01/18

HORA: 16:59

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Paciente sofreu queda de moto. Apresenta
fratura de fêmur esquerdo.

PRESCRIÇÃO:

- 1) Imobilizar
- 2) Analg. 1000mg
- 3) Antibiótico 1000mg 1x/dia

EVOLUÇÃO MÉDICA:

- 4) Dipirona 500mg 2x/8h

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

07.000.000/0001-59

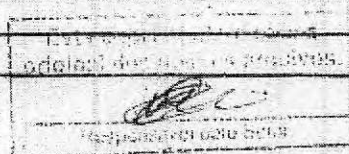
Estado do Ceará, Município de

Boa Viagem, Rua da Paz, nº 100

CNPJ nº 06.537.000-00

Fone: (81) 327-1136

Boa Viagem-Ce



DIREÇÃO GERAL

ASSINATURA/CARIMBO MÉD

4310266
documento



14380009837

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ
CSAM - CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA
 Rua São Vicente de Paula, nº 100 - Centro
 Boa Viagem - CE - Fone - (88) 3427-1699 / 3427-1136

FICHA DE REFERÊNCIA

1. PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS
 2. AO TERMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO ENTREGAR 2 VIAS AO USUÁRIO, ORIENTANDO-O PARA RETORNAR COM A 1ª VIA À UNIDADE DE ORIGEM.

UNIDADE DE ORIGEM: _____
 DISTRITO SANITÁRIO: _____ MUNICÍPIO: Boa Viagem

NOME: Sebastião Alves da Costa PRONTUÁRIO Nº: _____
 SEXO: M ☒ F ☐ DATA DE NASCIMENTO 07/01/29 OCUPAÇÃO: _____
 ENDEREÇO: Fazenda Dinamarea BAIRRO: Z. Rural TEL: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Pte idoso vítima de acidente de moto apresentando fratura de fêmur medial.

RESULTADO DE EXAMES: _____

CONDUTA JÁ REALIZADA: medicação e imobilização.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Fratura de Fêmur Medial

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - Nº REGISTRO _____ FUNÇÃO _____ DATA 09/01/18 HORA _____

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR ☐ AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐
 PROCEDIMENTO: _____ PROFISSIONAL: _____
 UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____ 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 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 ____/____/____



SANTA CASA DE CANINDE

Data de Impressão: 09/01/2018 15:37:56

Ficha de Atendimento INTERNACAO

Dados do Paciente

SUS INTERNACAO

Usuário do Cadastro:

STEFANNY

Paciente: 198921
 Nome do Paciente: SEBASTIAO ALVES DA COSTA
 Sexo: MASCULINO Estado Civil: SOLTEIRO Idade: 89 Anos 10 Meses 2 Dias
 Profissão: APOSENTADO Religião: Data Nascimento: 07/01/1929
 Endereço: SANTOS COSMO Naturalidade: Número: 0
 Bairro: ZONA RURAL Cidade: BOA VIAGEM
 CEP: 63870000 Telefone: CPF: 49175440334
 Identidade: Nome da Mãe: MARIA DOS ANJOS MENEZES
 Nome do Pai:

Dados do Responsável

Nome: SEBASTIAO ALVES DA COSTA Parentesco: MEU PAI Fone: 20383405526
 Endereço: SANTOS COSMO Número: 0
 Complemento: CASA CEP: 63870000

Dados do Atendimento

20383405526

Usuário do Atendimento:

ANAP

Número: 1313349

Data: 09/01/2018 Hora: 15:30:54

Origem: INTERNACAO SUS
 Unidade de Internação: POSTO 2 CLINICA CIRURGICA Tipo: INTERNACAO ORTOPEDICA UR
 Leito: LEITO 225 ISOLAMENTO

Médico do Atendimento: 241 MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
 Conselho: CRM-C-5557 Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CNS: 203834055260008

Convênio: 1 SUS INTERNACAO Plano: SUS INTERNACAO
 Guia: Dias Autorizados: Horas Autorizadas:
 Accomodação: ENFERMARIA

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
 CID: S720 FRATURA DO COLO DO FEMUR
 Procedimento principal:
 Local de Procedência:

Observação:

Francisco Fernando Viana
 Paciente/Responsável

DR. MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
 MÉDICO

MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
 CRM-CE 5557


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: shsfc@fortalnet.com.br


FOLHA DE RELATÓRIO DE ALTA

UNIDADE: HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ		
NOME DO PACIENTE : SEBASTIÃO ALVES DA COSTA		
PRONTUÁRIO : 1313349	ENFERMARIA: POSTO 2	LEITO:
Data de Internação 09/01/2018	Data de Alta 23/01/2018	Tempo de Permanência DIA:

RESUMO CLÍNICO

Paciente, 89 anos, admitido por FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR D foi submetido OSTEOSINTESE DE FEMUR. Com boa evolução pós tratamento clínico.

DIAGNOSTICO INICIAL

FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR D

TERAPEUTICA UTILIZADA

OSTEOSINTESE DE FEMUR.

CONDIÇÕES DE ALTA

Marcar retorno com DR MARCUS

Bom evolução clínica, com boa perfusão distal do membro, sem sinais flogísticos locais.

OBSERVAÇÃO

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

DR. MARCUS JOSUEM SOUZA DUARTE CRM: 5557 / CPF: 000.000.000-00 Assinatura e Carimbo do Médico	23/01/2018 DATA DA ALTA
--	----------------------------

Data de Impressão: 9/1/2018

Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

SANTA CASA DE CANINDE Data: 09/01/2018
AMBULATORIO Hora: 10:21:54

GUIA:
Usuário do Cadastro: STEFANNYF
Usuário do Atendimento: STEFANNYF

Paciente: **SEBASTIAO ALVES DA COSTA**

Paciente: 198921

Atendimento

1313266

Nome da Mãe: MARIA DOS ANJOS MENEZES

Sexo: MASCULINO Data Nascimento: 7/11/1928 Idade: 88 Anos / 0 Mês / 2 Dias

Endereço: FAZENDA DINAMARCA

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 63870000

Cidade: BOA VIAGEM

Telefone:

Classificação de Prioridade:

G:

P: 93bmm

Hora:

PESO:

T:

SPD.944.

Assinatura do Paciente ou Responsável

RG:

Queixas: Paciente com histórico de queda de moto ontem. Apresentando trauma em joelhos.

PA: 160 x 100 mmHg

ATENDIMENTO:

☒ MÉDICO ☐ GINECOLÓGICO
☐ PEDIÁTRICO ☒ ORTOPÉDICO
☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO

LOCAL DO ACIDENTE:

☐ DOMICÍLIO ☐ VIA PÚBLICA
☐ TRABALHO ☐ ESCOLA
☐ OUTROS

TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL?

☐ SIM ☐ NÃO
☐ GSU
☐ OUTRAS AMBULÂNCIAS
☐ CARRO PRÓPRIO

TIPO DE TRAUMA:

☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO
☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA

PROCUROU PSF?

CAUSAS:

☐ ENCAMINHADO
☐ NÃO TINHA FICHA PARA CONSULTA
☐ NÃO TINHA MÉDICO
☐ POSTO ESTAVA FECHADO
☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

POR QUÊ?

☐ NÃO É EFICIENTE
☐ É LONGE DE CASA
☐ NUNCA TEM MÉDICO

TIPO DE ACIDENTE:

☐ QUEDA DE ONDE?

☐ ARMA DE FOGO ☐ ARMA BRANCA ☐ OUTROS:

☐ ACIDENTE C/ OBJETOS CORTO-CONTUSOS ☐ AFOGAMENTO
☐ CARRO: CINTO? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ MOTO: CAPACETE? ☐ SIM ☐ NÃO
☐ ATROPELAMENTO: ☐ CARRO ☐ MOTO ☐ BICICLETA ☐ OUTROS
☐ QUEIMADURAS: ☐ 1º GRAU ☐ 2º GRAU ☐ 3º GRAU

POR:

☐ INTOXICAÇÃO EXÓGENA: POR:

☐ MORDIDA/PICADA DE ANIMAIS?

☐ OUTROS:

ESPANCAMENTO: ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL:

POR QUEM?

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA:

☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ MÃE ☐ DESCONHECIDO

☐ OUTROS:

1 | EMERGÊNCIA | 0 min

☐ Estado mental alterado ou em coma (Glasgow < 12)
☐ Desconforto respiratório grave
☐ Dor torácica
☐ Crises convulsivas
☐ Intoxicações exógenas
☐ Tentativas de suicídio
☐ Reações alérgicas ou anafilaxia
☐ Complicações de Diabetes
☐ Parada cardiorrespiratória
☐ Hemorragias ativas
☐ Infecções graves
☐ Alterações de sinais vitais

* Pulso > 140 ou < 45
* PA diastólica > 130 mmHg
* PA sistólica > 180 mmHg
* FR > 34 ou < 10

2 | MUITO URGENTE | 10 min

☐ Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva
☐ Diminuição do nível de consciência
☐ Alteração aguda do comportamento (agitação, letargia, confusão mental)
☐ Convulsão nas últimas 24h com alteração do nível de consciência
☐ Dor torácica
☐ Crise asmática
☐ Desmaios
☐ Diabéticos apresentando sudorese, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia
☐ História recente de sangramento digestivo (melena/ hematoquezia)
☐ Dor abdominal intensa
☐ Sangramento vaginal ativo
☐ Náuseas, vômitos ou diarreia persistentes
☐ Febre alta
☐ Fraturas ósseas
☐ Intoxicações exógenas, sem alteração de sinais vitais
☐ Dor oncológica

3 | POUCO URGENTE | 60 min

☐ Idade superior a 80 anos
☐ Gestantes
☐ Pacientes acamados
☐ Deficientes físicos e pacientes em cadeiras de rodas e acamados
☐ Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro clínico anterior
☐ Asma
☐ Enxaqueca
☐ Dor de ouvido
☐ Dor abdominal sem alterações de sinais vitais
☐ Sangramento vaginal leve
☐ Lombalgia intensa
☐ Distúrbios neurovegetativos
☐ Abscessos e outras complicações infecciosas
☐ Convulsões sem alteração do nível de consciência

4 | NÃO URGENTE |

Procurar unidade básica de saúde ou marcar consulta com médico assistente
☐ Pacientes em acompanhamento ambulatorial, mas sem tratamento atual
☐ Dores crônicas
☐ Procedimentos como curativos, trocas de sondas, requisições de receitas médicas
☐ Avaliação de exames solicitados pelo médico assistente
☐ Solicitações de declarações, atestados ou relatórios médico

NTI - Núcleo de Tecnologia da Informação

Nome :

SEBASTIAO ALVES DA COSTA

Atendimento

1313266

Data

Prescrição Médica :

Horário Medicamentos

Rx de ~~BAIXA~~ R.D.

Fratura de fêmur D.A.P.

Shoemaker

Data

Anamnese / Evolução / Exame Físico

Assinatura

09-ab-18 cliente 89 NTI - Núcleo de Tecnologia da Informação
 1300 famílias esquite, onde, muito, alguns
 entre outros do mesmo, alguns outros, outros
 as entre de alguns. P.D. 1300



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



LAUDO DE CIRURGIA

Paciente	Sebastião Alves da Costa		Prontuário
Data da Cirurgia	20 / 1 / 2018	Enfermaria	Leito
Diagnóstico Pré-Operatório:	Fratura de fêmur		
Cirurgia Proposta:	Osteossíntese de fêmur		
Cirurgia Realizada:			
Diagnóstico Pós-Operatório:			
Cirurgião:	Dr. Marcos		
1º Auxiliar:			
2º Auxiliar:			
3º Auxiliar:			
Anestesista:	Dr. Maranhão		
Circulante:	Sandra Alves		
Instrumentador:	Aline		
Tipo de Anestesia:	Raquidural		

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Fratura de fêmur direito
 com deslocamento
 e fragmentação
 da fratura
 com fratura da
 cabeça do fêmur
 com fratura da
 cabeça do fêmur
 com fratura da
 cabeça do fêmur



Lauda para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO		2527413	Setor
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO		2527413	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente		6 - N° Prontuário	
SEBASTIAO ALVES DA COSTA		198921	
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RaçaCor
706304700880873	07/01/1929	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda
11 - Nome da Mãe		10.1 - Etnia	
MARIA DOS ANJOS MENEZES		0000 - Não Se Aplica	
13 - Nome Responsável		12 - Telefone de Contato	
SEBASTIAO ALVES DA COSTA		8834271135	
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro)		14 - Telefone de Contato	
SANTOS COSMO, 0 - ZONA RURAL		240418	
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
BOA VIAGEM	230240	CE	63870000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20- Principais Sinais e Sintomas Clínicos

21 - Condições que justificam a Internação

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas

23 - Diagnóstico Inicial / Código

24 - CID 10 Principal

25 - CID 10 Secundário

26 - CID 10 Causas Associadas

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

28 - Código do Procedimento

29 - Especialidade

30 - Caracter de Atendimento

31 - Documento

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

33 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

34 - Data da Solicitação

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE

09/01/2018

5557

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador AURELIO PARENTE BARBOSA		47 - Cód. Órgão Emissor M230280001	52 - N° da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
48 - Documento (X) CNS () CPF	49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador 201560652950007		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho)		



ASSOCIAÇÃO 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



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome completo:	
CRM:	UF:
End. completo e telefone:	
Cidade:	UF:

1ª Via: retenção Farmácia ou drogaria
 2ª Via: orientação ao paciente

Dr. Marcos Jussé S. Dias
 Médico
 CRM 15.857

Paciente: *Henrique Alves da Costa*
 Endereço: _____

Prescrição: *Oficinal - Clonazepam 1mg
 7 dias
 @ Rogério Lacerda
 100 mg 7 dias, 1 e 2*
 Data: *23/11/19*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Identif.:	Orgão emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	
Data: / /	

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA
SECRETARIA DE SAÚDE - SUS

RECEITUÁRIO

Paciente: Sebastião Alves de Costa
End.: _____

USO ORAL

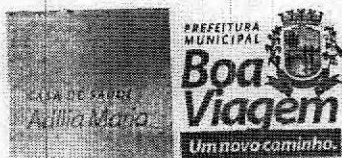
- 1) Ciprofloxacino 500mg 40
1 comp de 12/12h
- 2) Fluorazef 150mg 12
1 comp por semana
- 3) Paracetamol 500mg 40
2 comp de 8/8h
8 dias.
- 4) Duonuo 400mg 10
1 comp por dia

05.02.18.

DATA

Dr. Márcio Clelio Figueiredo
MEDICO
CREMEC 16.298
Assinatura e Carimbo
do profissional

Rua São Vicente de Paula Nº 100 - Centro - Boa Viagem - Ceará - CE CEP: 63.870-000
Fone (88) 3427-1136/1699 CNPJ 07. 806.680/0001-84 CNES- 2479028



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA
SECRETARIA DE SAÚDE - SUS

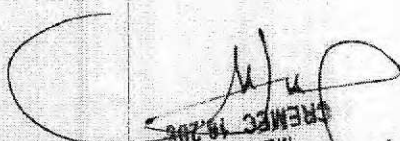
RECEITUÁRIO

Paciente: Sebastião Alves Costa
End.: _____

uso tópico

1) Micomazol creme - 4tb.
Aplicar após o
Banho.

05/02/18.
DATA


CREMEC 19.208
MEDICO
Dr. Marcio Cleblio Fonseca Costa
Assinatura e Carimbo
do profissional

Rua São Vicente de Paula Nº 100 - Centro - Boa Viagem - Ceará - CE CEP: 63.870-000
Fone (88) 3427-1136/1699 CNPJ 07. 806.660/0001-84 CNES- 2479028

SINISTRO 3180388979 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SEBASTIAO ALVES DA COSTA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO SEBASTIAO ALVES DA COSTA

CPF/CNPJ: 49175440334

Posição em 27-12-2018 10:39:59

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
11/09/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	Atualização do Pagamento Administrativo no DPVAT - Beneficiário (a): SEBASTIÃO ALVES DA COSTA - Sinistro: 3180388979
Valor Nominal	R\$ 2.362,50
Indexador e metodologia de cálculo	INPC-IBGE - Calculado pro-rata die.
Período da correção	8/1/2018 a 11/9/2018

Dados calculados

Fator de correção do período	246 dias	1,028765
Percentual correspondente	246 dias	2,876538 %
Valor corrigido para 11/9/2018	(=)	R\$ 2.430,46
Sub Total	(=)	R\$ 2.430,46
Valor total	(=)	R\$ 2.430,46

Memória analítica do cálculo

Valor inicial	2.362,50
Data inicial	8/1/2018
Data final	11/9/2018
Periodicidade	Mensal
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.

Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
8/1/2018	1/2/2018	0,1780 (%)	2.366,71
1/2/2018	1/3/2018	0,1800 (%)	2.370,97
1/3/2018	1/4/2018	0,0700 (%)	2.372,63
1/4/2018	1/5/2018	0,2100 (%)	2.377,61
1/5/2018	1/6/2018	0,4300 (%)	2.387,83
1/6/2018	1/7/2018	1,4300 (%)	2.421,98
1/7/2018	1/8/2018	0,2500 (%)	2.428,03
1/8/2018	1/9/2018	0,0000 (%)	2.428,03
1/9/2018	11/9/2018	0,0999 (%)	2.430,46

Acréscimos de juro, multa e honorários

Sub Total	(=)	R\$ 2.430,46
Valor total	(=)	R\$ 2.430,46

Retornar Imprimir