

13

PROCURAÇÃO AD E EXTRA JUDICIA

OUTORGANTE: DANIELE DA SILVA MACÊDO, brasileira, casada, agricultora, portadora do RG nº 2006898146270, residente em Caridade - CE na Rua Nicolau Pereira, s/n - Bela Vista - 62.730.000.

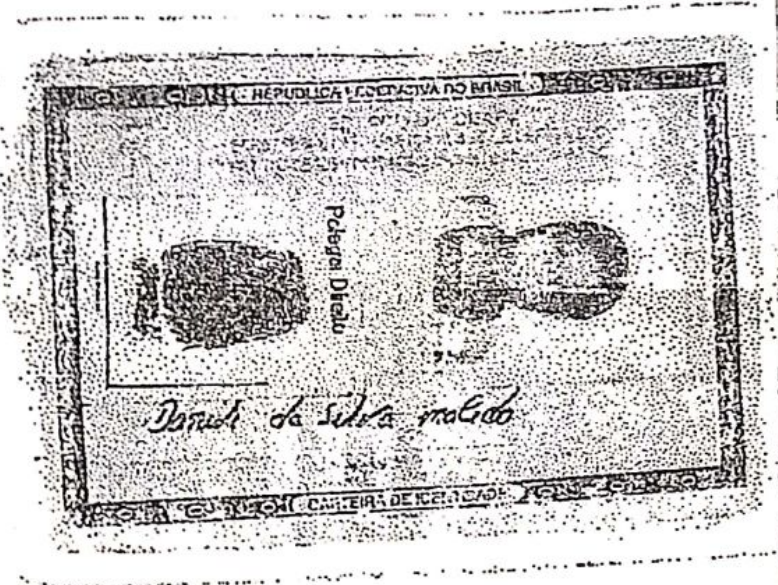
OUTORGADO(S): FLÁVIO MARCELO CIRÍACO PARENTE, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE nº 25.427, com escritório profissional na Rua Tibúrcio Pereira, 251, Bloco 11 - Apto 202 - Cajazeiras, CEP: 60.864-260, Fortaleza - Ceará, onde recebem intimações e avisos.

PODERES: Amplos e ilimitados para o foro em geral, com cláusula *ad e extra judicia*, podendo referido (s) causídico (s) interpor (em) todos os recursos em direito admitidos, seja no âmbito administrativo ou judicial, conferindo-lhe (s), ainda, poderes especiais para assinar requerimentos perante órgãos administrativos, pedir e aprovar parcelamentos, desistir, transigir, firmar acordo e compromisso, receber citação inicial, reconhecer a procedência do pedido, renunciar ao direito sobre o que se funda a ação, tudo mais para o fiel desempenho deste mandato, podendo substabelecer, com ou sem reserva de poderes.

Fortaleza (CE), 05 de Agosto de 2018.

Daniele da Silva Macêdo

34
1





Cartório Sampaio
REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS
Comarca de Caridade - Ceará
Francisco Jucier Luz Sampaio
Osteal
KM 348 - 746 - CAMPOS BELOS

REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE CASAMENTO 2ª Via

NOME
JOSÉ IVANILSON DE ABREU MACÊDO e
DANIELE FRAZÃO DA SILVA
MATRICULA:
1368200155 2003 2 00004 055 0000837 52

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CÔNJUGES.

José Ivanilson de Abreu Macêdo, brasileiro, solteiro, agricultor, nascido em Pentecoste - Ceará, aos vinte e quatro (24) de abril de mil nov. e setenta e sete (1977), filho de Otavio de Oliveira Macêdo e Maria Rodrigues de Abreu Macêdo.
Daniele Frazão da Silva, brasileira, solteira, agricultora, nascida em Caridade - Ceará, aos doze (12) de abril de mil novecentos e oitenta e sete (1987), filha de Luiz Frazão da Silva e Maria Letice Frazão da Silva.

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO

Sete de novembro de dois mil e três.

DIA

07

MÊS

11

ANO

2003

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

Regime da Comunhão Parcial de Bens.

NOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR

DANIELE DA SILVA MACÊDO.

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

Casamento feito no Livro B - 04, folhas - 55, Nº - 837.

CARTÓRIO SAMPAIO
FRANCISCO JUCIER LUZ SAMPAIO

OFICIAL
BR - 020, KM - 348, Nº - 746
CAMPOS BELOS - CARIDADE - CEARÁ.
CEP - 62.734-000
FONES: (85) 3324-2071 e 8521-7122

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE.

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Campos Belos, 21 de maio de 2015

Francisco Jucier Luz Sampaio
Francisco Jucier Luz Sampaio
Oficial





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **030.272.923-23**

Nome: **DANIELE DA SILVA MACEDO**

Data de Nascimento: **12/04/1987**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **22/09/2005**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:49:57** do dia **10/08/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **39CC.A330.2AC2.2003**



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

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

enel

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 536055738
Companhia Energética da Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07647251/0001-70 | CGF 06.105.848.3

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



Esta é a segunda via de
AGO/2018

Utilize o nº abaixo sempre
 ao entrar em contato conosco

DO CLIENTE
2656416 **5**

VENCIMENTO
17/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

Rota 03 036011 04 0136000 Medidor 11655067 Poste 0000 0
 Nome FRANCISCO DA CUNHA DE SOUSA
 Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU NICOLAU PEREIRA 00000 BELA VISTA INHU CARIDADE 62730000

RG / CPF / CNPJ 783.565.803-82 CGF
 Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☐ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado ☐
 FP 6517 6517 1 0 0 30

DESCRIÇÃO DA CONTA

	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA			
Consumo faixa 0-30 Kwh	30	0,18847	5,65

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prov. Próxima Leitura
10/08/2018	05/09/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

700D.694B.D1AB.C237.0C6D.C6C7.6C68.347C

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
ISENTO		

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	3,01
TRANSMISSÃO	0,32
DISTRIBUIÇÃO	1,72
ENCARGOS SETORIAIS	0,46
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	0,45

OUTROS PAGAMENTOS
 SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -12,63
 DE COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA 0,31
 DO SALDO FATURA ANTERIOR 6,67
 ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 0,54)

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 4,43
 Conjunto INHUPORANGA
 Mês JUN/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,44	20,88	41,76	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	7,59	15,19	30,39	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,58			0,00		

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Impense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Utilize kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)



INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

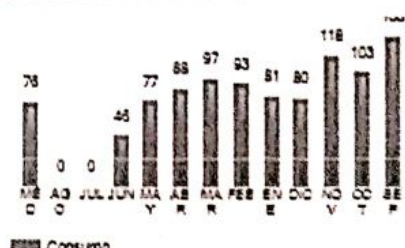
PARA CANCELAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
 O BORDO DO CLIENTE COM O DÍGITO VERIFICADOR.
 Cuidado com os vizinhos e amigos e evite no comércio as máquinas transmissoras

ATUANDO TAXA RENDIDA

Esta conta fatura R\$ 0,45 referente a PIS e COFINS.

autenticação mecânica cliente

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



do Cliente: 2656416-5 N° da Nota Fiscal: 536055738 Total a Pagar (R\$): 0,00
 de Emissão: 10/08/2018 Referência: AGO/2018 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

Local Parcialmente Desfeito

LEGENDA:

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| Automóvel | Trem |
| Veículo Trator | Conjugado |
| Pedestre | Objeto Fixo |
| Ponto B | Ponto A' |
| Ponto P | Ponto A |
| Ponto C | Antes da Colisão |
| Ônibus | Marca de Frenagem |
| Animal | Veículo Ausente |
| Capotagem | Reboque/Semi-reboque |
| Caminhão | Triângulo de Amarração |
| Tombamento | Veículo de 2 ou 3 rodas |
| Incêndio | Marcha à frente |
| Local da colisão | Patinação ou Derrotação |
| Marcha à ré | Depois da Colisão |
| Placa de Trânsito | |

FORTALEZA

CANINDÉ

Altitude do Ponto C: _____ Longitude do Ponto C: _____
 Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____
 Distância AB (m): _____ Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

Conforme informações levantadas no local do acidente, o veículo V1 de placas PMS-1769-Ce, GM-S10, tipo ambulância, estava em deslocamento para o distrito de Campos Belo, transportando cerca de 6 pessoas incluindo o motorista, quando em uma curva perdeu o controle no veículo vindo a sair da pista e posteriormente capotando o veículo. Foi informado pelo o motorista que no momento do acidente havia acabado de chover.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS:

Placa: PMS-1769 Sequencial: V1 Descrição: _____ Chassi: S8G144DKDEC467756 Renavam: 01027990174
 Marca/Modelo: GMS10 Cor: BRANCA Ano: 2014 Tipo: Caminhonete Emplacamento: CARIDADE/CE
 Ocupantes: 6 Espécie: Especial Categoria: _____ CPF/CNPJ: 07.707.094/0001-82
 Proprietário: PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIDADE CEP: 62.730-000
 Endereço: AV FCO LINHARES 00250 Telefones: _____
 Município/UF: CARIDADE/CE
 COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA
 Placa U1: _____ Placa U2: _____ Placa U3: _____ Placa U4: _____
 Origem: CARIDADE/CE - BRASIL Destino: CARIDADE/CE - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de Pista? Não Derrotação? Não Capotagem? Sim Tombamento? Não
 Colisão com Objeto Fixo: Barranco Colisão com Objeto Móvel: Não Houve Incêndio? Não
 Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Ruim
 Descrição do Recolhimento: _____

DADOS DA CARGA

Arrastamento: Carregado Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: _____ Moeda: Real-R\$
 Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso: _____
 Descrição da Carga: Veículo do tipo ambulância carregado com 5 passageiros.

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Terceiros Data/Hora da Recepção (hora local): 21/04/2015 18:30 Motivo: Entrega
 Responsável pela Recepção: Sr. Fernando
 Documento do Responsável: 0
 Município/UF: CARIDADE/CE Descrição do Encaminhamento: _____

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 12/07/2015 13:19:11
 NÚMERO DE CONTROLE: 2165e72093fa952b

Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 2 de 11

1) Tipo de óbito
☒ Fetal
☐ Não Fetal

2) Data do óbito
 21/04/2015

Hora

3) Cartão SUS

4) Naturalidade
 Município / UF (se estrangeiro informar País)

5) Nome do Falecido
 MARIA DO CARMO DA SILVA MATEUS

6) Nome do Pai

7) Nome da Mãe

8) Data de nascimento
 24/01/2015

9) Idade
 Anos completos Meses Dias Horas Minutos Ignorado

10) Sexo
☐ M - Masc.
☐ F - Fem.
☐ I - Ignorado

11) Raça/Cor
 1) Branca 2) Preta 3) Amarela 4) Parda 5) Indígena

12) Situação conjugal
 1) Solteiro 2) Casado 3) Viúvo 4) Separado judicialmente 5) União estável 9) Ignorada

13) Escolaridade (última série concluída)
 Nível
☐ Sem escolaridade
☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série)
☐ Fundamental II (5ª a 8ª Série)
☐ Médio (antigo 2º grau)
☐ Superior incompleto
☐ Superior completo

14) Ocupação habitual
 (informar anterior, se aposentado / desempregado)

15) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)

16) CEP

17) Bairro/Distrito

18) Município da residência

19) UF

20) Local de ocorrência do óbito
☐ Hospital
☐ Outros estab. saúde
☐ Domicílio
☐ Via pública
☐ Outros
☐ Aldeia indígena

21) Estabelecimento

22) CEP

23) Endereço da ocorrência (rua, praça, avenida, etc.)

24) Bairro/Distrito

25) Município de ocorrência

26) UF

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

27) Idade (anos)

28) Escolaridade (última série concluída)
 Nível
☐ Sem escolaridade
☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série)
☐ Fundamental II (5ª a 8ª Série)
☐ Médio (antigo 2º grau)
☐ Superior incompleto
☐ Superior completo

29) Ocupação habitual
 (informar anterior, se aposentada / desempregada)

30) Código CBO 2002

31) Nº de semanas de gestação

32) Tipo de gravidez
 1) Única
 2) Dupla
 3) Tripla e mais
 9) Ignorada

33) Tipo de parto
 1) Vaginal
 2) Cesáreo
 9) Ignorado

34) Morte em relação ao parto
 1) Antes 2) Durante 3) Depois 9) Ignorado

35) Peso ao nascer

36) Número da Declaração de Nascimento Vivo

37) A morte ocorreu
☐ Na gravidez
☐ No parto
☐ Até 42 dias após o término da gestação
☐ Não ocorreu nestes períodos

38) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado

39) Necropsia?
☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorada

40) CAUSAS DA MORTE
 PARTE I
 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.
 CAUSAS ANTECEDENTES
 Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.

41) ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

42) CRM

43) Óbito atestado por Médico
 1) Assistente 2) Substituto 3) IML 4) SVO 5) Outro

44) Município e UF do SVO ou IML

45) Nome do Médico
 Wilton do Silva Dias
 Ginecologia / Obstetrícia
 CRM-CE 7824

46) Data do atestado
 22 ABR 2015

47) Assinatura

48) Meio de contato (telefons, fax, e-mail, etc.)

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)

49) Tipo
☐ Acidente
☐ Suicídio
☐ Homicídio
☐ Outros

50) Fonte da Informação
☐ Ocorrência Policial Nº
☐ Hospital
☐ Família
☐ Outra

51) Descrição sumária do evento

52) Endereço do local do acidente ou violência
 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)

53) Cartório

54) Registro

55) Data

56) Município

57) UF

58) Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência
☐ Via pública
☐ Endereço de residência
☐ Outro domicílio
☐ Estabelecimento comercial
☐ Outros
☐ Ignorada

59) Esta certidão é original apenas nestas notas. Opcionalmente, pode ser emitida em duplicata.

60) Francisco de Assis Luz Sampaio

61) Data

62) UF

2015
LISTA CONSULTA SIMPLES

Placa	Multa	Munic. Emplac.
MS1769	NÃO	CARIDADE
tipo	Marca	Ano Fab/Modelo
AMINHONETE	GM/S10 TECFORM	2014/2014
no Exercício	CLASS AB1	
014	Espécie	Cor
combustível	ESPECIAL	BRANCA
ESEL	Categoria	Nacionalidade
NG	OFICIAL	NACIONAL
		Ano Seguro
		2014

DETALHAR OBSERVAÇÕES**DETALHAR RESTRICÇÕES**

Voltar

Imprimir



Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

PPI 404

Unidade Prestadora: SANTA CASA DE CANINDE
Convênio: SUS AMBULATORIO
Dados do Paciente

GUIA:

Usuário do Cadastro: ADEMILSON
Usuário do Atendimento: DEIVIANEM

Nome: DANIELE DA SILVA MACEDO

Paciente: 74730

Atendimento
1104803

Nome da Mãe: MARIA LETICE FRAZAO DA SILVA

Sexo: FEMININO

Data Nascimento: 12/04/1987

Idade: 28 Anos / 0 Mês / 9 Dias

Endereço: FAZENDA INGA

ZONA RURAL

Cidade: ZONA RURAL

Cidade: CARIDADE

CEP: 62730000

Telefone:

Número: 0

Dados do Atendimento

Medicador Médico: ANTONIO VALDECI GOMES FREIRE

Data: 21/04/2015

Hora: 14:08:33

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Serviço: OBSTETRICIA

Assinatura do Paciente ou Responsável

RG: 20060981462

Assinatura do Paciente ou Responsável

T:

PA: 19-08-80

P:

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

SOI 98X

Anamnese:

Quemte gestante sofreu por problemas
de pressão baixa durante a
gravidez. Não apresenta febre.

Exame Físico:

→

Dz. Antonio Valdeci Gomes Freire
Médico Cirurgião e Clínico Geral
CRM: 4380

Sinais: Hipertensão arterial
BI, Freq

Assinatura do Médico

Hipótese Diagnóstica: infecção urinária

Cod. COD 10: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Imagem: SF 0,93, 1,000, EV, 45gts/kg 500 500

Laboratório: RT da clavicula esquerda

Outros: S9 S1 1000, EV, RT p/da 500 500

4 0,93 e 0,93 (9,45)

Sinais RT do joelho (AD/VE)

15:00 cessante, 64.73. anamnese informa que



SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO				2527413	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
1 - Nome do Paciente DANIELE DA SILVA MACEDO			6 - Nº Prontuário 74730		
7 - Cartão Nacional do SUS 160032133890009		8 - Data de Nascimento 12/04/1987		9 - Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino	
11 - Nome da Mãe MARIA LETICE FRAZAO DA SILVA		10 - Raza/Cor 03 - Parda		10.1 - Etnia 0000 - Não Se Aplica	
13 - Nome Responsável MARIA LETICE FRAZAO DA SILVA				12 - Telefone de Contato 8585390328	
16 - Endereço (Rua, Nº, Bairro) RUA NICOLAU PEREIRA, 52 - CAMPOS BELO				14 - Telefone de Contato	
18 - Município CARIDADE		17 - IBGE 230300		18 - UF CE	
				19 - CEP 62730000	
20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos HAJAMPIHO OSTIA EPIGLO EPIGLO					
21 - Condições que justificam a internação AT URTICA					
22 - Principais Resultados das Provas Diagnósticas SINOM DO EX FIZIO					
23 - Diagnóstico inicial / Código O.F. / RITMO DO NOTURAS					
24 - CID 10 Principal					
25 - CID 10 Secundário					
26 - CID 10 Causas Associadas					
27 - Descrição do Procedimento Solicitado LETERADO E CACIARIAS					
28 - Código do Procedimento					
29 - Especialidade		30 - Centro de Atendimento		31 - Documento 00 CNS () CPF	
				32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 060016000030164	
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente WILTON DA SILVA DIAS		34 - Data da Solicitação 22/04/2018		35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho) 7824	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
36 - CNPJ Seguradora		40 - Nº Bônus		41 - Série	
42 - CNPJ Empresa		43 - CNAE / Empresa		44 - CBOR	
37 - () Acidente de Trânsito					
38 - () Acid. Trabalho Típico					
39 - () Acid. Trabalho Típico					
45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado					
AUTORIZAÇÃO					
46 - Nome do Profissional Autorizador WILSON PARENTE BARBOSA		47 - Cód. Órgão Emissor 88230280001		48 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AHI)	
49 - Documento 00 CNS () CPF		49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador 201800852950007			
50 - Data da Autorização		51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)			

Código do Laudo: 1104906

Convênio: SUS AMBULATORIO
Dados do Paciente

404

Usuário do Cadastro: ADEMILSON
Usuário do Atendimento: SILVAS

Nome: DANIELE DA SILVA MACEDO

Paciente: 74730

Atendimento
1104856

Nome da Mãe: MARIA LUCIA FRAZAO DA SILVA

Sexo: FEMININO

Data Nascimento: 12/04/1987

Idade: 28 Anos / 04 Meses / 10 Dias

Endereço: FAZENDA RICA

ZONA RURAL

Número: 0

Município: ZONA RURAL

Cidade: CARIDADE

CEP: 02700000

Telefone:

Dados do Atendimento

Prestador Médico: WILTON DA SILVA DIAS

Data: 22/04/2015

Hora: 06:34:38

Especialidade: GINECOLOGIA/OBSTETR

Serviço: OBSTETRICA

Assinatura do Paciente ou Responsável

RG:

Outras:

T:

PA:

P:

MACOVIGILANCIA Alérgica: () Sim () Não A que?

Observações:

R.F.

Exame Físico:

*INTERNAÇÃO 1X AD
CEXANA*

Carimbo/Assinatura Médico-CRM

Hipótese Diagnóstica:

CMC 001101

Procedimento

Exame:

Exatidão:

Exatidão:

Medicação

Carimbo/Assinatura
CMC 001101



no 18: w, quem esteve no 8º mês gestacional. vítima de acidente
hemotilístico há dia, apresenta alterações e hiper
con generalizada. A mesma informa não senti
mentos físicos, BEF Ø. Aguarda Rx de folho
avaliada do plantonista. PA: 110 x 70 mmHg

Rafaela Barros Freitas
Médica
CORU

18/11/2014 e Nery



SOCIEDADE HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 Centro - CANINDÉ-CEARÁ

CEP: 62.700-000 CNPJ: 07.113.668/0001-22

Telefone: (085) 3343-2110 Fax: (085) 3343-1700 / E-mail: shsfca@fortalnet.com.br



FOLHA DE RELATÓRIO DE ALTA

UNIDADE: HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ		
NOME DA PACIENTE: DANIELE DA SILVA MACEDO		
PRONTUÁRIO: 1104080	ENFERMARIA: S.P	LEITO: 404
Data de Internação 22/04/2015	Data de Alta 24/04/2015	Tempo de Permanência DIAS

RESUMO CLÍNICO

Paciente G6, P5, A0, 28 anos, admitida com diagnóstico de Rotura uterina + politrauma, sendo indicada cesárea, que foi realizada sem complicações. Boa evolução no período pós-parto.

TERAPÊUTICA UTILIZADA

Assistência ao parto cesáreo.

DIAGNÓSTICO FINAL

Parto cesáreo.

CONDIÇÕES DE ALTA

Boa evolução clínica, com loquação fisiológica, involução uterina normal, sem sinais flogísticos em ferida operatória.

OBSERVAÇÃO

- Acompanhamento pós-parto pela equipe do PSF.
- Retornar ao hospital em caso de febre, dor intensa, sangramento anormal, vermelhidão na ferida operatória, ou outra anormalidade.

Assinatura e Carimbo do Médico	24 / 04 / 2015 DATA DA ALTA
--------------------------------	--------------------------------

Dr. Vicente Paulino
Médico
CRM 2219

28

SGS - Sistema de gerenciamento de solicitações - Google Chrome

www.compreseguros.com.br/sisdpvt/private/processo/detalharProcesso.seam?idProcesso=37748

Dados da Vitima	Dados do Processo	Histórico Processo
Histórico		
Data do cadastro	Situação Processo	Responsável
16/10/2015 13:53	PROCESSO INDENIZADO	CAIO/ANCELMO
25/08/2015 19:02	PROCESSO ENVIADO PARA SEG. LÍDER	JOYCE DA SILVA
18/08/2015 17:20	PROCESSO REABERTO	CLAUDIA PATRICIO DA SILVA
11/08/2015 12:32	PROCESSO CANCELADO	DAYANE FLAVIA
04/08/2015 19:11	PROCESSO SCB ANÁLISE	FABIANA DE OLIVEIRA
		Observação
		DATA PAGAMENTO: 16/10/2015 VALOR PAGAMENTO: 1697,50
		PROCESSO REABERTO TENDO EM VISTA QUE A VITIMA É AMIEL DANIELE DA SILVA E NÃO O BEEBÉ.
		SEGURO DPVAT NÃO INDENIZA NATIMORTO
		AGUARDANDO NÚMERO DO SINISTRO

1

Detalhar

TOMBAMENTO

CERTIFICO haver registrado este feito no **Livro de Registro de Processos Cíveis.**

sob o número 189 às fls. 191

Caridade/CE, 10 de 08 de 18

CP
Servidor (a) da Justiça