

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

do presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado:

OUTORGANTE: Gilmara Fontinele Magalhães, nacionalidade Brasileira, estado civil solteira, profissão estudante, RG nº 2007326918 SSP/CPF nº 006.293.65 residente e domiciliado(a) na sítio caizara, nº 511 bairro ma Ruela cidade de Luiziana, e-mail: _____, constituo e nomeio a assistente procuradora:

OUTORGADA: Dr.^a LORENA FERNANDES DA CUNHA, advogada regularmente inscrito na OAB/CE 23.467-A, com escritório profissional na Rua Madalena Nunes, 16, esq. MT Quincas Bezerril, Centro, Tianguá - CE, e-mail: lorenacunha.adv@gmail.com.

OBJETO: representar o Outorgante, promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad juditia et extra*, para o foro em geral, especialmente para propor **AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - DPVAT** em face de **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.

Luiziana - CE, 15 de maio de 2017.

Gilmara Fontinele Magalhães
OUTORGANTE

lorenacunha.adv@gmail.com

Rua Madalena Nunes, 016, esq. Mt. Quincas Bezerril, Centro.
88' 3671 2583 88'99622.9474. CEP 62.320-000. Tianguá - Ce.

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu Gilmara Fontinele Magalhães,
nacionalidade Brasileira, estado civil solteira,
profissão estudante, RG nº 20073269918 SSP/____,
CPF nº 053.056.293-65, residente e domiciliado(a) na
sítio caicara, nº 511, bairro Zona Rural,
na cidade de Luzosa, venho por meio desta, Declarar, nos
termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para todos os fins de direito, que
não possuo condições financeiras de arcar com o pagar com o pagamento de custas
processuais, honorários advocatícios e demais cominações legais sem prejuízo próprio
e familiar, vindo requerer perante este Nobre Juízo, os benefícios da Justiça Gratuita
sob as penas da Lei.

Declaro ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso
inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplina no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Luzosa - 01 de maio de 2017

Gilmara Fontinele Magalhães

Assinatura

Declaração de Residência**(Lei nº 7.115/53)**

Eu, Gilmara Fontenele Magalhães, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão estudante, portador(a) do RG nº 2007326991-8 SSP/___ e CPF nº 053.056.293-65, filho de pai Raimundo Renato Fontenele e mãe Alda Euzébio Fontenele DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na sítio Caicara, nº SIN, bairro Zona Rural, na cidade de Lacerda, ponto de referência (próximo à) _____.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surta seus efeitos legais.

Lacerda - ce, 15/05/2017.

Gilmara Fontenele Magalhães

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO Nº 104 R. RUIA DE SOUZA



Vilma Fontenele Magalhães

Polegar Direito



CARTeira DE IDENTIDADE

VALIA EM TUDO O DOCUMENTO NACIONAL

Nº 200326691 - 8

DATA DE EMISSÃO 22/07/2009

NOME ETIENNA FONTENELE MAGALHÃES

NOME DO PAI RAIMUNDO MONTEIRO FONTENELE

NOME DO MÃE ALDA CORREIA FONTENELE

NASCIMENTO 23/03/1993

LOCAL DO NASCIMENTO PALMAREJO

LOCAL DO SEU VOTO VOTOSEI DO CEARÁ - CE

DOC. ASSIGNADO CERT. NASCIMENTO - CARTÃO: 1 OFÍCIO TECN: 18249 FOLHA: 63V

LEI Nº 7.112 DE 20/06/2003

P. 14

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

053.056.293-65

Nome

VILMARA FONTENELE MAGALHÃES

Nascimento

23/03/1993

3627169-1

coelco

36 31145 01 014200 - 0
RAIMUNDO NONATO FONTENELE
ST CAICARA 00000
OESTE - VICOSA CEARA - 62300000
2781889
04-RURAL TRIFASICO
363159583-20
Posto 0000 0000
Fator de Potência 0,00
TDP

VALOR DE OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor		
Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor	Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor	Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor
Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor	Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor	Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor
Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor	Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor	Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor
Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor	Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor	Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor

VALOR DE OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor		
Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor	Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor	Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor
Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor	Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor	Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor
Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor	Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor	Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor
Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor	Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor	Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor

VALOR DE OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor		
Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor	Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor	Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor
Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor	Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor	Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor
Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor	Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor	Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor
Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor	Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor	Valor de OBRIGATORIEDADE DO FORNecedor

VENCIMENTO 01/10/2015 TOTAL A PAGAR(R\$) 38,22

HISTORICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)		
Consumo	Consumo	Consumo
Consumo	Consumo	Consumo
Consumo	Consumo	Consumo
Consumo	Consumo	Consumo
Consumo	Consumo	Consumo

HISTORICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)		
Consumo	Consumo	Consumo
Consumo	Consumo	Consumo
Consumo	Consumo	Consumo
Consumo	Consumo	Consumo
Consumo	Consumo	Consumo

Informações importantes e avisos de vencimento

PARADO IVA MINIMA

Bandeira Tarifária: VERMELHA

Consta desta fatura R\$ 1,04 referente a PIS e COFINS.

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2014, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.

3627169-1 20/08/2015 39849769
Ago/2015 38,22 0003627169 00083 39802 40

8382000000-2 38220031000-7 00036271690-0 00633980255-9



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 1670 - 2015

Localidade do Fato: ACIDENTES - OUTROS
Data / Hora da Comunicação: 14/10/2015 09:13:54
Data / Hora da Ocorrência: 30/06/2015 13:18:00
Endereço da Ocorrência: SIT CARALBAS

ZONA RURAL, VICOSA DO CEARÁ - CE
Local de Referência: PRÓXIMO AO CEMITÉRIO

Histórico
NOTICIANTE AFIRMA QUE TRANSGAVA COM A MOTOCICLETA HONDA NR 150 DROS T3, COR VERMELHA, PLACA NQT 7652, ANO E MODELO 2008/2008, CHASSI 202K003000001245, DE PROPRIEDADE DE RAIMUNDO NONATO FONTENELE. QUANDO SOBREVEIO ACIDENTE DE TRÂNSITO, APÓS UM VEÍCULO VIR AO CHÃO E FICANDO COM LESÕES CORPORAIS CONFORME VÍDEO DO MEDICHO EM ANEXO. ESTE B.O. É PARA FINS DEPEVAT QUE NADA MAIS DISSE E NEM FOI LHE PERGUNTADO, DANDO-SE POR ENCERRADO.

Notificante(s)
Nome: GILMARA FONTENELE MAGALHÃES

Endereço: SIT CAICARA

Município: ZONA RURAL 62300000

Município/UF: VICOSA DO CEARÁ CE BRASIL

Telefone: 88-99453224

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *Daniel de Almeida*

DANILO DE ANDRADE SILVA FEITOSA - MAT.: 404724-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Gilmara Fontenele Magalhães*

VISTO DO DELEGADO(A):

FRANCISCO MIGUEL DE SALES FILHO - MAT.: 126884-1-5

DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

Reg. 1 de 1
Impresso em: 14/10/2015 09:13:54



fábio Araujo <afavicos@gmail.com>

3150/966431 - GILMARA FONTENELE MAGALHAES [PROCESSO PAGO]

Alfreg <noreply@proevodpvt.com.br>
Responder a: Alfreg <noreply@proevodpvt.com.br>
Para: afavicos@gmail.com

25 de abril de 2016 15:37

Sinistro: 3150/966431
Vítima: GILMARA FONTENELE MAGALHAES



Vítima

Dados pessoais

Vítima: **GILMARA FONTENELE MAGALHAES**
Endereço: **ST CAICARA, S/N**
Bairro: **ZONA RURAL**
Cidade: **VICOSA DO CEARA** UF: **CE**
CEP: **62300-000** Código da vítima: **CONDUTOR** Natureza: **INVALIDEZ**
Nascimento: **1993-03-23** CPF: **053.056.293-65** Valor (DAMS): **0,00**
Data do Sinistro: **2015-06-30**

Beneficiário

Beneficiário 1

Nome 1: **GILMARA FONTENELE MAGALHAES**
CPF/CNPJ: **053.056.293-65** Data de nascimento: **23/03/1993**
Cidade: **VICOSA DO CEARA** UF: **CE**
Banco: **001** Agência: **2773-1** Conta: **20858-2**

Histórico

Data	Status	Descrição
09/03/2016	ANALISE SEGURADORA LIDER	✦ EXIGÊNCIA CUMPRIDA
25/02/2016	PENDÊNCIA RECEBIDA	✦ RECEBEMOS O ATO DECLARATÓRIO
11/11/2015	ANALISE SEGURADORA LIDER	✦ DOCUMENTAÇÃO COMPLETA, ENVIADO PARA ANÁLISE SEGURADORA LÍDER.

Dados do pagamento

Beneficiário
GILMARA FONTENELE MAGALHAES

Data
26/04/2016

Valor
R\$ 2.362,50

Estorno

Atenciosamente
Equipe Alfareg

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 13000005/10
NÚMERO DA AIH: 2313106/12688

07/19

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 258085 - HOSP MATERN MADALENA NUNES
ESTABELECIMENTO EXECUTOR: HOSP MATERN MADALENA NUNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: GILMARA FONTENELE MAGALHAES
DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 23/03/1993 - 22 anos
NOME DA MÃE: ALOA CONRADO FONTENELE
NOME DO RESPONSÁVEL: GILMARA FONTENELE MAGALHAES
ENDEREÇO: SÍTIO CAICARA
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 231410 - VICOSA DO CEARÁ

SEXO: FEMININO
TELEFONE DE CONTATO:
TELEFONE DO RESPONSÁVEL:
BAIRRO: ZONA RURAL
CEP:

UF:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S523 - Fratura da diáfise do rádio
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:
DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408020431-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA
CARACTER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA ANTES DA INTERNAÇÃO
PROFISSIONAL SOLICITANTE: DANILLO CONSERVA ARRUDA

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
SPEC. CLÍNICA:

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 01/07/2015 - 17:28 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 01/07/2015 - 18:26

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Registro: 20
 Paciente: Edmundo Fontenele Magalhães N° Prontuário: 23/03/91
 Estado Civil: casado
 Nome do Pai: Edmundo Nogueira Fontenele
 Município: Vicência do Ceará
 Hora do atendimento: 13:18 Horas
 Profissão: Estudante
 Assinatura do Paciente ou Responsável:

Sinais Vitais:
 PA ☐ x ☐ MM Hg FR ☐ Inc/min FC ☐ Bat/min Temp. ☐ °C. Peso: ☐

Queixa Principal: paciente vítima de acidente automobilístico
 HDA: motorcycle como paciente de radioterapia

Exame Físico:

Hipótese Diagnóstica

Diagnóstico Definitivo

CID:

Dr. Antônio C. V. Ribeiro
 MÉDICO
 CPF: 036.253.254-14
 Assinatura e Carimbo

GRATICA (IMPRESSES) (88) 5634-1344

Nome: _____
M () F ()
Grupo de Origem: _____
Idade: _____
do SUS: _____
do Atendimento: _____

IS VITAIS

cação da de

ALIMENTO

Atendimento
Principal: _

Atendimento: _____

DE ACIDI

idente de T
to - Usanc

apelamento
idente por

...dente por
...oque elétri

estão Acid
seimaduras

ordedura d
tros:

ções e t

rese e E

çãoAssina[illegible]

Hospital e Maternidade Municipal de Vicos do Ceará - HANVIC - Prescrição Médica



REGISTRO DE ATENDIMENTO

Gilmora Fontenele Magalhães
M () F () DN: 23/03/93 Idade: 22 Raça/Cor: Parda
Município de Origem: ☒ Viçosa do Ceará () Outro Município: _____
Recepção: St. Edgar Telefone () _____
Plano do SUS: _____ RG: 20073269318 SSPD/CE
Data de Atendimento: 30/06/2015 Hora: 13:08 Recepção: _____

SINAIS VITAIS

____ g Temperatura: _____ °C Pressão Arterial: _____ x _____ mmHg
____ irpm FC: _____ bpm DX: _____ mg/dL
Localização da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ANAMNESE

Atendimento Ambulatorial: () Sim () Não
Motivo Principal: _____
Há quanto tempo: _____
Recebeu Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Qual o PSF: _____
Evolução: _____

HISTÓRIA DE ACIDENTE:

Acidente de Trânsito Data: 30/06/15 Hora: 13:08 Alcoolizado: () Sim ☒ Não () Ignorado
Veículo - Usando Capacete? Não () Automóvel - Usando cinto de Segurança? _____
Local: _____
Tipo de acidente: () acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
Choque elétrico () Queda. De onde? _____
Causa Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
Queimaduras: () 1º grau () 2º grau () 3º grau Por: () Água () Óleo () Álcool () Elétrico
Mordedura de Animais: () Domésticos () Selvagem
Outros: _____

Recomendações e tempo de uso: _____

Exame e Exames Físicos Inicial: _____

Classificação de Risco: ☐

Data: ____/____/____

Assinatura do Profissional: _____

ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA: Paciente vítima de acidente
automobilístico, com fratura
de fêmur direito e fratura de
costela esquerda.

EXAME FÍSICO: _____

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S): Fratura de fêmur
direito e fratura de costela
esquerda.

PROCEDIMENTO E CONDUTA

APRAZAMENTO

- | | |
|------------------------|--------------|
| 1- <u>Exame físico</u> | <u>15:25</u> |
| 2- <u>Exame físico</u> | |
| 3- <u>Exame físico</u> | |
| 4- _____ | |
| 5- _____ | |
| 6- _____ | |

MÉDICO
Assinatura e Carimbo

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM: _____

DESTINO:

() Alta () Observação () TRANSFERÊNCIA PARA: _____

[Assinatura]
Assinatura do Usuário ou Responsável

SISTEMA
Unidade de
Distrito San
Nome: A
Sexo: M
Endereço: _____
Bairro: _____
Motivo do
Resultado
Condução
Impressão
Assin
Encami
Procedi
Unidade
Assin
Unidade
Municipi
Resum
Resul
Diagn
Prop
Op



FICHA DE REFERÊNCIA



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ
Unidade de Origem: _____
Distrito Sanitário: _____

Nome: Ailmaria Fontenele Moutinho Município: Vicosa do Ceará 22
Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 23/03/1993 Ocupação: _____
Endereço: R. Carreira Prontuário N°: _____
Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILIAR
em 12/03/2015
Resultado do(s) Exame(s): Exame de Rádios (cominutiva - fechada) - Direita

Conduta já Realizada: Exame físico

Impressão Diagnóstica: Fratura de Rádio direita

Raquel Brito de Araújo
CPF: 004.367.343-47
Secretaria de Saúde

Assinatura do Encaminhante - N° Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento:

☐ Ambulatorial

☐ Hospitalar

☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento:

Profissional:

Unidade de Referência:

Assinatura do Encaminhante - N° Registro

Função

Data

Hora

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência:

Município:

Prontuário N°

Data da Alta:

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Resultado do(s) Exame(s):

Diagnóstico: Principal

Secundário 1

Secundário 2

CID:

CID:

CID:

Proposta de Consulta para seguimento:

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - N° Registro

Função

Data

de atendimento - AMBULATORIO(BLOCO NOVO)

Prontuário: 170160
Paciente: GILMARA FONTENELE MAGALHAES
CPF: 05305629365
Pai: RAIMUNDO NONATO FONTENELE
Endereço: SÍTIO CAISARA, SN
Bairro: Z. RURAL
Profissão: ESTUDANTE
Convênio: SUS
Cônjuge:
Endereço: SÍTIO CAISARA, SN
Data Atendimento: 01/07/2015
Médico: DANILLO CONSERVA ARRUDA
Tipo Atendimento: ENCAMINHADO P/CONSULTA
Indicador de Acidente:
Observação:

Atendimento: 0001
CNS: 899002107267296
Local: VICOSA DO CEARA
Município: VICOSA DO CEARA
Empresa:
Matrícula:
Responsável: GILMARA
Município: VICOSA DO CEARA
UF: CE
Sala:
CRM/UF: 16409/SP
Funcionário: ALAINE BARBOSA DA SILVA
CPF do Responsável:
Est. Civil: Solteira(a)
Sexo: F
Idade: 22 Ano(s)
Telefone: 88 99955085
CEP: 62300-000
UF: CE

Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (mpm): PA (mmHg): X
Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

quede no solo
e depois no chão
e depois

Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRMCE 16409

Compare com o original
08/10/15

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: GILMARA

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

Atendimento
Cefom 10 - 04
Do Macho 20 - 02

DADOS DO PACIENTE

PONTENELE WAGLIPIRES
LOCAL
VICOSA DO CEARA
Paciente
Branca

Sexo masculino
Brasileiro

Estado Civil
Solteiro

Religião
NÃO DETERMINADA

Idade
22 Anos



Profissão

ESTUDANTE

IN

2. RURAL

Empresa

CNS
95 9002 107 2672-96
Município
VICOSA DO CEARA-CE

Forma Exatidão

CPF do Responsável

Forma Responsável

Cônjuge

Pai

RAIMUNDO NONATO FONTENELE

DADOS DA INTERNAÇÃO

Quarto/Leto
110-005

Assento

ENFERMARIA

Wandecia

Clinica

CIRURGICA

Autorização

Seror

POSTAL

Diag

Q12

C14

15-105

CIO Complementar

SS2 a Maternidade de Madalena Nunes

Procedimento SUS

Sistema

BEZERRA DE AGUIAR

2-15

24/11/15

Condição de Saúde

Usuario Saída

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Assinado _____, pessoa responsável pelo
HOSPITAL MATERNIDADE MADALENA NUNES, que o assistirem, para fazerem investigações
nárias ao diagnóstico para a execução e tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as
ações contidas no regulamento do estabelecimento. OBS: O Hospital só se responsabiliza
se valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.



06 de julho de 2015.

10.1.1

Hospital e Maternidade
Madalena Nunes

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

Rua Assembleia de Deus, s/n - Centro - Tianguá/CE
CEP: 62.320-000 - Fone (88) 3671.2100
CNPJ: 60.975.737/0060-01 - www.saocamilotiangua.org.br

25

DECLARAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO

Declaro para os devidos fins que eu _____

acompanhei _____

o hospital para tratamento de saúde onde fui servido(a) das alimentações padronizadas deste hospital

Tianguá - CE, _____ de _____ de 20 _____

Alda comendo Fontenele
ASSINATURA



SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - Tianguá-Ce - CEP:62.320-000
PABX: (88) 3671.2100 - CNPJ: 60.975.737/0060-01
www.saocamilotiangua.org.br

Cirurgião

AVISO DE ALTA

Data: 06/07/15 As: 08:44 horas

Paciente: Gilmaria Fontenele Maciel Ref. Nº 170160

Endereço: End. Maria Município: TIANGUÁ

Profissão: Obstetriz Enfermaria: Eugenio Leito: 02

Óbito: Fnef. Rádio D Médico: Dr. Dawillo

Assinado pelo Médico: Dr. Dawillo

Por:

Cura ☐

Transferência ☐

Melhorado ☒

Evasão ☐

Óbito ☐

A Pedido ☐

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

26
A

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital e Maternidade Madalena Nunes

3 - NOME DO PACIENTE

Guilherme F. Magalhães

4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

5 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Adriana Fontinelle

6 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Alto Paulista

7 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Alto Paulista

8 - DATA DE NASCIMENTO

23/10/1993

9 - SEXO

Masculino

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - TELEFONE DE CONTATO

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

quando ao ser levado ao hospital apresentava febre + hemorragia funcional do antebraço D.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Do crânio

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx + exame físico



20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Diagnóstico inicial

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

osteossintese de diáfise rádio D

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

010180200107

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

047110633402111

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

1/7/15

32 - ASSINATURA E CARIMBO (IMAGEM DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRMCE 16409

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

CNS

() CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Hospital e Maternidade
Madalena Nunes

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

Rua Assembleia de Deus, s/n - Centro - CEP: 62.320-000 - Fone (88) 3671.2100
CNPJ: 60.975.737/0060-01 - www.saocamilotiangua.org.br

FOLHA DE ANAMNESE

Glomara Fortes - Magalhães

Nº PRONTUÁRIO: 12060

Idade	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Profissão	Procedência
-------	------	--------------	--------------	-----------	-------------

Histórico Provisório: Fx. Scapula e Radio (D)

Histórico Definitivo: _____

Histórico Secundário: _____

17/15

HISTÓRICO

NOME FÍSICO

HISTÓRICO - IMPRESSÕES - DIAGNÓSTICOS - SUGESTÕES

Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRMCE 16409
MÉDICO - CREMEC



GG
Arquivo

Fx. Scapula e Radio (D)

Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRMCE 16409



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

FOLHA DE OPERAÇÃO

Alnus incana (L.) Mill.

17111

Dr. Daniel

90 848 880 1000

30 JUL 1998

WISCONSIN DEPARTMENT OF REVENUE

IN OPERATOR

王明賢 彭國華 李利廣 曾平 梁國華

3 THE OPERATING

to improve understanding

PERAGAO

oxygen molecule

3.2. PÓS-OPERATÓRIO

IMEDIATO DO PATOLOGISTA

TEOLÓGICO NO ATO

DEBILITANTE A OPERAÇÃO

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÊC. LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS

pkc em DDI sol

gras hant hant

or design + design for plan

next to him of this experience

Submers

lucifer + Epine

Danilo Conserva Arruda
MIA E TRAUMA
1409



Sociedade Beneficente São Camilo

Hospital e Maternidade Madalena Nunes

29

Salomão Ferreira Magalhães

PRONTUÁRIO Nº

12515

CATEGORIA:

QT/ENF.

LEITO

PESO	ALTURA	SEXO	TEMP.	PULSO	RESP.	PR. ART. MX/MIN
56 kg		F				
Sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia	Urina

DATA DA ANESTESIA

03 07 15

Antecedentes

Dentes

Pecúnia

Pré-Op.

Risco

Anteriores

Anestésica

Aplicada às

4 folios

A asma

Bronquite

ECG

Alergia

Estado Mental

Ataxia

Corticoides

Hipotensores

Outras Drogas

INDUÇÃO

Exat.

Tosse

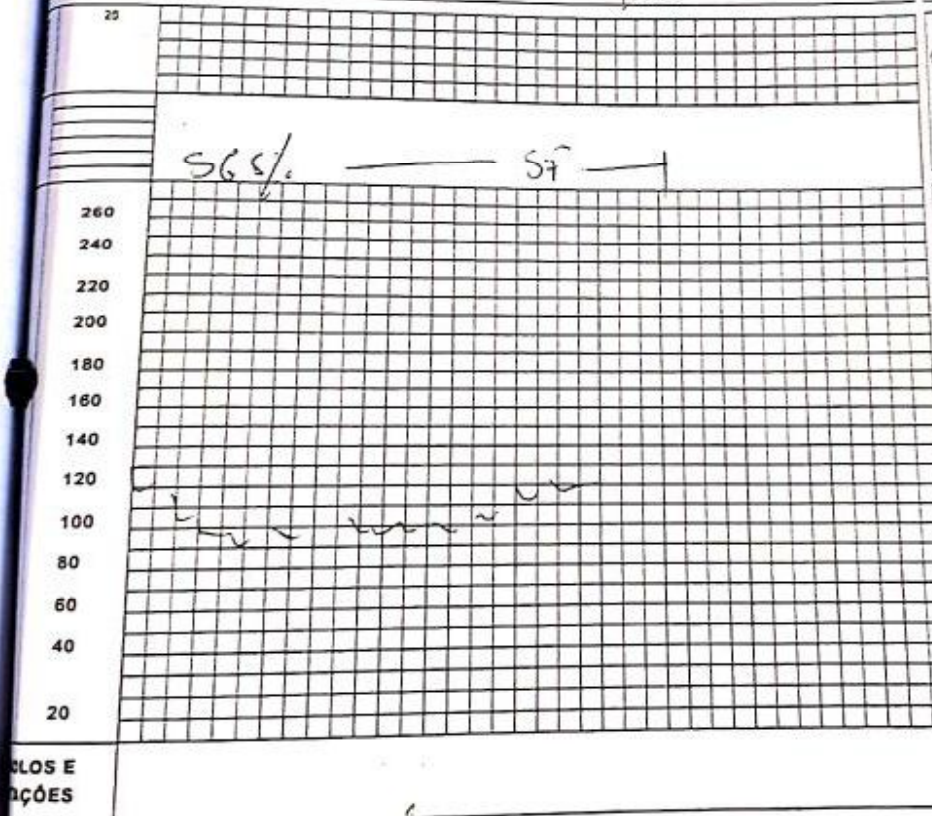
Laríngeas

Letia

Náuseas

Vômitos

Outros



MANUTENÇÃO

30

23 10 15

Anestesia Satisfatória

Não, porque?

DESPERTAR

Reflexos na S. O.

Obstr.

Co'

Exat.

Náuseas

Vômitos

Outros

Para leito com Cânula

Condições

Perdas Sanguíneas Aproximada

Volume Sanguíneo Repouso

TEMPO DE ESPERA

De

às

Anestesiologia

Des. Dant

Int. Cir. Int. Radio / Fix



SÃO CAMILO

Boletim de Sala (Circulante)

Paciente: Gilvane Fontaine Magalhães Data: 03
Leito: 505 Convênio: 505
Prontuário: 170100 Sala: 03

Materiais		Equipamentos	
Nome	Unid.	Nome	Unid.
Algodão Hidrófilo	gr.	Aparelho de Endoscopia	hora
Algodão Ortopédico	und.	Artroscopia	hora
Atadura de Crepom 15 cm	und.	Bisturi Elétrico	hora
Atadura de Crepom 20 cm	und.	Filme	min
Atadura Gessada	und.	Gás Carbônico (Co2)	hora
Coletor Aberto de Urina	und.	Histoscopia	hora
Coletor Fechado de Urina	und.	Intensificador de Imagem	hora
Compressa Grande	und.	Microscópio Cirúrgico	min
Compressa Pequena	und.	Videoaparato	min
Conitonold's	und.		
Dreno Aspiração / Vácuo	und.		
Dreno de KEHR#	und.		
Dreno de PENROSE#	und.		
Dreno Torax	und.		
Esparradrapo 10 cm	cm		
Faixa de Smach	und.		
Gaze 7.5x7.5 cm	und.		
Gaze Acolchoada 15x30 cm	und.		
Gel	gr		
Gelfoan	und.		
Gorro Descartável	und.		
Irigafix	und.		
Lâmina de Bisturi	und.		
Lâmina de Bisturi	und.		
Luva Descart. 6.5	par		
Luva Descart. 7.0	par		
Luva Descart. 7.5	par		
Luva Descart. 8.0	par		
Luva Descart. 8.5	par		
Máscara Descartável	und.		
Micropore	cm		
Tróspis Descartável	par		
Sorlin Foley Vias#	und.		
Sonda Vaginal	und.		
Surgicel	to		
Tampão Vaginal	und.		
Tela de Marlex	und.		
Vasculina esterilizada	tubo		

Nome	Unid.	Qtd.
Acillex	und.	02
Algodão	und.	02
Calgut Cronado	und.	03
Calgut Cronado	und.	04
Calgut Simplex	und.	02
Ethibond	und.	01
Ethibond	und.	01
Monocryl	und.	01
Monocryl	und.	01
Monocryl	und.	01
Monocryl	und.	01
Monocryl	und.	01
Polycot	und.	01
Polycot	und.	01
Prolene	und.	01
Prolene	und.	01
Soda	und.	01
Soda	und.	01
Vicryl	und.	01
Vicryl	und.	01

Nome	Unid.	Qtd.
Água Destilada	hora	
Água Oxigenada	hora	
Alcool	hora	
Aspirador	min	
Chlorhex	hora	
Coilaplo	hora	
Clor	hora	
Esmol	min	
Glicofon	min	
Positivo Digital	min	
Positivo Físico	min	
Soluto	min	
Solução	min	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

09:39

31

Nome: Carla Maria F. Gonçalves
Nº: 120120
Data: 23/10/15

LEITO:

CONVÊNIO:

PRESCRIÇÃO

HORÁRIOS

Alb. 200mg

1x ao dia

Paracetamol 500mg 3x ao dia

Paracetamol 500mg 3x ao dia

Cefazolin 500mg 3x ao dia

Amoxicilina 500mg

Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRMCE 16409

09:30

12/13/08/08

16/09/08

Atencão

Alb. 200mg

Alb. 200mg (AMANHÃ)

Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRMCE 16409



EVOLUÇÃO MÉDICA

32

NTUARIO: 170160

WICO:

LEITO:

DATA DA INTERNAÇÃO: _____

ATIVO DA INTERNAÇÃO:

CONVÊNIO:

UNIDADE/SETOR:

total	42,500	100%
-------	--------	------

[illegible]

VIA ORAL	SNG	SNE	NPT	AVP	CVC	SNG	SNE	SVC

CONTROLE DE CATATERES E SONDAS

 7/10/15
 José Roberto L...
 Coordenador do Serviço

[illegible]

HORA	LOCAL	MATERIAL UTILIZADO		RESPONSÁVEL PELA PUNÇÃO	CURATIVOS
		() jelco n.____	() tree way		() Curativos
		() jelco n.____	() tree way		() Curativos

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Assinatura legível e Nº COREN)

03.07.2015 às 09:20h. Cliente admitida na Unidade Hospitalar para procedimentos cirúrgicos ortopédico ortopédico de diagnóstico de radio e com o auxílio. Características físicas, sinais vitais, constantes, exames laboratoriais, abdome flácido e não doloroso. Duração e evolução presentes. Refere-se também do uso MSD. Cuidados da enfermagem.

Sara Helena Alves Furtado
Enfermeira
COREN/CE: 435.854.

às 10:35 cliente deu entrada no centro cirúrgico, a mesma foi submetida a procedimento cirúrgico de osteossíntese de fratura de radio (D) em trans-operatório com Dr. Danilo e Dr. Daniel como anestesista, com início às 11:05hs PA = 100x50mmHg SPO₂ = 100% P = 83 bpm Term = 36,4°C

Lilian da Rocha Alves
Técnica de Enfermagem
COREN/CE: 555001

às 12:05 Paciente deu entrada na RPA, após procedimento cirúrgico, ortopédico com Dr. Danilo e Dr. Daniel PA: 73x40 P: 67 Sat: 99 Duração 945119

às 13:30 b.

Paciente em pós-operatório, de procedimento cirúrgico ortopédico de radio (D) segue sob cuidados da enfermagem.

Claudia Leticia da Costa Araújo
COREN: 78429 TEC
CPF 760.892.233-87



E2

Impressão: 03/07/2015 18:03

Página 1
Período: 03/07/2015 07:00:00 à 03/07/2015 18:59:25

Dados Clínicos - Enfermagem

00160
0003

03/07/2015

US

S52.3 Fratura da diáfise do rádio S52.3 Fratura da diáfise do rádio

Paciente: GILMARA FONTENELE MAGALHAES

Aposento: ENFERMARIA

Profissional Resp.: DANILLO CONSERVA ARRUDA

Sector: POSTO ENF 2

Idade: 22 Ano(s)

Quarto/Leito: 110/9005

CRM: 16409

Especialidade: CIRURGICA

ANOTACOES DE ENFERMAGEM

DE ENFERMAGEM - 03/07/2015 09:39:59

da no posto 02.

Danielle de Sousa Soares
Técnica de Enfermagem
COREN-CE 0201/11

TE: DANIELLE DE SOUSA SOARES - COREN-CE 0201/11

DE ENFERMAGEM - 03/07/2015 17:54:45

T: 36,7°C

avel, afebril, eupneica, realizado procedimento cirurgico, sem queixa no momento, relata diurese presente, segue aos cuidados da

Danielle de Sousa Soares
Técnica de Enfermagem
COREN-CE 0201/11

TE: DANIELLE DE SOUSA SOARES - COREN-CE 0201/11



Dados Clínicos - Enfermagem

70160 Paciente: GILMARA FONTENELE MAGALHAES Idade: 22 Ano(s)
0003 Aposento: ENFERMARIA Quarto/Leito: 110/0005
ção: 03/07/2015 Profissional Resp.: DANILLO CONSERVA ARRUDA CRM: 16408
US Setor: POSTO ENF 2 Especialidade: CIRURGICA
S52.3 Fratura da diáfise do rádio S52.3 Fratura da diáfise do rádio

ENFERMAGEM

ENFERMAGEM - 03/07/2015 09:47:05

ada no posto 2 para tratamento cirurgico ,no momento de dieta zero aguarda cirurgia.

ENF: FRANCISCA LIDIANE DE AGUIAR COSTA - COREN-CE 008641

*Lidiane de Aguiar
Costa de Aguiar
Enfermeira*



Dados Clínicos - Enfermagem

70160 Paciente: GILMARA FONTENELE MAGALHÃES Idade: 22 Ano(s)
0003 Aposento: ENFERMARIA Quarto/Leito: 110/0005
ção: 03/07/2015 Profissional Resp.: DANILLO CONSERVA ARRUDA CRM: 16409
US Setor: POSTO ENF 2 Especialidade: CIRURGICA
S52.3 Fratura da diáfise do rádio S52.3 Fratura da diáfise do rádio

ANOTACOES DE ENFERMAGEM

EE

DE ENFERMAGEM - 03/07/2015 21:14:32

SCIENTE, EUPNEICO, AFEBRIL, VERBALIZANDO, SEM QUEIXA DE ALGIA, DIURESE PRESENTE, MEDICADO CONFORME

TE: VANDA MARIA DE OLIVEIRA - COREN-CE 02470

DE ENFERMAGEM - 03/07/2015 21:53:04

ta, eupneica, afebril, verbaluizando, sem queixa de algia, funcoes fisiologicas normais, segue sob os cuidados da enfermagem

TE: VANDA MARIA DE OLIVEIRA - COREN-CE 02470

DE ENFERMAGEM - 04/07/2015 04:49:26



uso no leito ,consciente , orientada , verbaliza , eupneica, com MSD ,imobilizado , nega algia diurese presente , segue sob cuidado de

TE: SANDRA FERNANDES LIMA - COREN-CE 6654

Dados Clínicos - Enfermagem

160	Paciente: GILMARA FONTENELE MAGALHAES	Idade: 22 Ano(s)
003	Aposento: ENFERMARIA	Quarto/Leito: 110/0005
03/07/2015	Profissional Resp.: DANILLO CONSERVA ARRUDA	CRM: 16409
	Setor: POSTO ENF 2	Especialidade: CIRURGICA
52.3 Fratura da diáfise do rádio S52.3 Fratura da diáfise do rádio		

ANOTACOES DE ENFERMAGEM

ENFERMAGEM - 04/07/2015 08:44:10

com alta hospitalar aps visita medica.


TE: FERNANDA SILVA COSTA - COREN-CE 05871

