



### PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado:

**OUTORGANTE:** Raimundo Francisco dos Santos, nacionalidade Brasileiro  
estado civil solteiro, profissão Agricultor, RG nº 98028034067 SSP/CE nº 309.546.428-21, residente e domiciliado(a) na sítio sarazeia, nº 30 bairro Zona Rural na cidade de Sucosa, e-mail: \_\_\_\_\_, constituiu e nomeou \_\_\_\_\_ bastante procuradora:

**OUTORGADA:** Dr.<sup>a</sup> LORENA FERNANDES DA CUNHA, advogada regularmente inscrita 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](mailto: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 Reparação Pública.

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad iudicia 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.

Sucosa - CE, 10 de Julho de 2017

Raimundo Francisco dos Santos  
OUTORGANTE



### DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu Raimundo Francisco dos Santos  
 nacionalidade Brasileiro estado civil solteiro  
 profissão Peixeiro RG nº 9802 8034067 SSP/  
 CPF nº 309.546.428-21 residente e domiciliado(a) na  
sítio saraiua nº 51 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 em 10 de julho de 2017

Raimundo Francisco dos Santos

Assinatura



Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)

Eu, Raimundo Francisco dos santos, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Agricultor, portador(a) do RG nº 98028034067, SSP/ee e CPF nº 309.546.428 - 21, filho de pai Francisco João dos santos e mãe Amélia Olinda dos santos DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na sítio saraisia, nº 51 bairro Zona Rural, na cidade de Luzosa - ce 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.

\_\_\_\_\_ Luzosa - ce, 10/07/2017.

\_\_\_\_\_ Raimundo Francisco dos santos

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 98028074067 DATA 17/4/1996

NOME RAIMUNDO FRANCISCO DOS SANTOS

PAI FRANCISCO JOÃO DOS SANTOS E MÃE LIA OLINDA DOS SANTOS

NATURALIDADE VICOSA DO CLARA-CE DATA DE NASCIMENTO 19/2/1982

DOC. ORDEM CEPY NASC 1712 L. A2 E 246 VICOSA DO CLARA-CE

CPF

PORTALAZA-CE ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 23.08.83

11

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

*Raimundo Francisco dos Santos*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

309.546.428-21

MUNDO FRANCISCO DOS SANTOS

19/02/1982

Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

**CAIXA**  
GRUPPO ECONOMICO



Nº DO CLIENTE  
3315080-0



12

36 31141 02 093400 - 3  
JOAO BAPTISTA DE SOUSA  
ST SARAIVA NNNN  
OESTE - VICOSA CEARA - 62300000  
09382  
01-RESIDENCIAL RUFOPASICO BAIXA RENDA  
907705365-57

INDICADORES DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês	Qualidade	Previsão
Mar/2015	20/05/2015	22/06/2015
Mar/2015	20/05/2015	22/06/2015

VALORES (R\$)	
VR. CONSUMO DO MES PRECO NORMAL	22,92
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA	-12,99
MULTA MORATORIA REF 02/2015	0,20
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,09
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO	-11,22
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 9,93 )	

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
01/07/2015	0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (6 meses)	
62	45
57	33
53	74
45	84
37	82
32	194
16	

Informações  
A ANEEI APROVA REALISTE MEDIO DE T.I.E.N DAS TARIFAS DE BAIXA RENDA DA CVELCE, APLICARE A PARTIR DE 22 DE ABRIL DE 2015, CONFORME RESOLUCAO NORMATIVA NUM. 1892 DE 14-04-2015.

Bandeira Tarifaria: VERMELHA  
Consta desta fatura R\$ 1,00 referente a PIS e COFINS.  
Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas ate 31/12/2014, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaracao substitui quitacoes anteriores.

Nº do Cliente: 3315080-0  
Data da Fatura: 20/05/2015  
Valor a Pagar (R\$): 0,00



**SINISTRO 2014253625 - Resultado de consulta por beneficiário**



**VÍTIMA RAIMUNDO FRANCISCO DOS SANTOS**  
**COBERTURA Invalidez**  
**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO CENTAURO VIDA E**  
**PREVIDÊNCIA S/A**  
**REGULADORA CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**  
**BENEFICIÁRIO RAIMUNDO FRANCISCO DOS SANTOS**  
**CPF/CNPJ: 30954642821**

**Posição em 02-09-2014 10:34:44**  
Indenização creditada em 15/04/2014, no valor de R\$ 7.087,50, em banco e conta de titularidade do beneficiário, conforme autorização de pagamento assinado pelo mesmo.

<b>Data do Pagamento</b>	<b>Valor da Indenizacao</b>	<b>Juros e Correção</b>	<b>Valor Total</b>
15/04/2014	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50



RELATÓRIO MÉDICO

SEGURO DPVAT - INVALIDEZ POR ACIDENTE

VITIMA: Priscilla Francisco dos Santos  
DATA DO ACIDENTE: 12/07/13

1-ESPECIFICAR AS LESÕES DIRETAMENTE PROVOCADAS PELO ACIDENTE  
fratura da vértebra lombar L5/S1, compressão da medula e lesão dos ramos anteriores C5

2-RELACIONAR OS TRATAMENTOS MÉDICOS AOS QUAIS A VITIMA FOI SUBMETIDA AO LONGO DO TEMPO, INFORMANDO AS RESPECTIVAS DATAS DE INÍCIO E TÉRMINO:  
NO DIA 12/07/13 foi feita a imobilização da vítima com uma tala de gesso e início de fisioterapia. No dia 13/07/13 foi feita a amputação dos dedos da mão esquerda. No dia 15/07/13, admissional ao hospital ortopédico com planejamento cirúrgico dos ramos anteriores esquerdo e realização de tala até o dia 16/07/13, encaminhado aos Neurocirurgiões.

3-A VITIMA JÁ RECEBEU ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS?  SIM ( ) NÃO  
EM CASO POSITIVO DESDE QUE DATA: 20/09/13

4- A VITIMA APRESENTOU EXAMES OU LAUDOS MÉDICOS?  SIM (ANEXAR CÓPIAS) ( ) NÃO

5-APÓS O TERMINO DE TODO O TRATAMENTO, RESULTOU ALGUMA SEQUELA FUNCIONAL DEFINITIVA, QUE O TORNE INCAPAZ PARA SUAS FUNÇÕES HABITUAIS?

SIM ( ) NÃO

ESPECIFICAR O(S) MEMBRO(S), ÓRGÃO(S), OU FUNÇÃO(ÕES) ATINGIDO(S) E QUALIFICAR A PERDA OU REDUÇÃO EM VALORES PERCENTUAIS(%), OU NÃO SENDO POSSÍVEL DEFINIR ESSA PERDA EM PERCENTUAL, INDICAR APENAS O GRAU APROXIMADO DE RECUPERAÇÃO FUNCIONAL, (MÍNIMO, MÉDIO OU MÁXIMO), PARA CADA ITEM.

Apresenta limitação de flexão-supinação + Prisão de flexão máxima da mão esquerda em torno de 70%. (interna) membro.

DECLARO QUE EXAMINEI A VITIMA ACIMA CITADA NESTA DATA, PORTANTO, ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA FIDELIDADE DAS INFORMAÇÕES MÉDICAS AQUI TRANSCRITAS. ESTE RELATÓRIO É SEGURO E TEM COMO ÚNICA FINALIDADE A DE FORNECER SUBSÍDIOS MÉDICOS PARA FINS DE ENCAMINHAMENTO DA VITIMA AO SEGURO DPVAT, FICANDO TOTALMENTE A CRITÉRIO DA SEGURADORA LÍDER, EFETUAR QUALQUER INDENIZAÇÃO OU RECUSA, BEM COMO REALIZAR PERÍCIA MÉDICA OU REQUERER OUTROS EXAMES PARA DETERMINAÇÃO DE GRAU EXATO DE INCAPACIDADE, SEGUNDO AS NORMAS DE SEGURO EM VIGOR.

Priscilla LOCAL DATA 09 de Janeiro de 2013  
Dr. Marcelo Bica DATA 09/01/13  
ASSINATURA - CARIMBO C/ CROBASSP Nº 1047201/13015  
Dr. Marcelo Bica  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM 13872/13015





Guia de atendimento - EMERGENCIA

Prontuario: 142504 Atendimento: 0001  
Paciente: RAIMUNDO FRANCISCO DOS SANTOS  
RG: 98028034067  
Pai: FRANCISCO JOAO DOS SANTOS  
Endereço: SÍTIO SARAIVA SN  
Bairro: ZONA RURAL  
Profissão: AGRICULTOR  
Convênio: SUS  
Cônjuge:  
Endereço: SÍTIO SARAIVA SN  
Data Atendimento: 13/07/2013 Hora: 12:00 CID:  
Médico: ROGERIO ARAUJO DO NASCIMENTO  
Tipo Atendimento: ENCAMINHADO P/CONSULTA  
Indicador de Acidente: Trânsito  
Observação:

550.9  
130713

Guia Aut  
Data Nascimento: 19/02/1982 Idade: 31 Anos Sexo: M  
Mãe: AMELIA OLINDA DOS SANTOS  
Telefone: 88 CEP: 62300-000  
Município: VICOSA DO CEARA UF: CE  
Empresa:  
Município: VICOSA DO CEARA UF: CE  
Responsável: MARIA DE OLIVEIRA Sala:  
Município: VICOSA DO CEARA UF: CE  
CRM/UF: 11696/CE  
Funcionário: HADASSA PEREIRA DE AZEVEDO  
CPF do Responsável:



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)

A TRAUMA ANTEBRACO ESQ.  
A CD: FOLHETO RX ANTEBRACO  
ESQ AP e PERFIL.



ROGERIO ARAUJO DO NASCIMENTO - CRM: 11696

- M<sup>de</sup> de oliveira Nazareira  
Assinatura Paciente/Responsável

655020 - 3

600 - 10 - 5

Colpimento de Enfermagem - Historia da Molestia:

Quente e úmido



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES  
 TIANGUA - CE

Guia de atendimento - AMBULATORIO (BLOCO NOVO)

S 11  
 52.9 R 19  
 Guia Aut  
 Sexo M  
 Data Nascimento: 19/02/1982 Idade: 31 Ano(s)  
 Mãe: AMELIA OLINDA DOS SANTOS  
 Telefone: 88  
 Município: VICOSA DO CEARA  
 Empresa:  
 Matricula:  
 Responsavel: MARIA DE OLIVEIRA  
 Município: VICOSA DO CEARA  
 CRM/UF: 9357/CE  
 Funcionario: LEILA MARIA LINHARES LIMA  
 CPF do Responsavel:

Prontuario: 142504 Atendimento: 0003  
 Paciente: RAIMUNDO FRANCISCO DOS SANTOS  
 RG: 98028034067  
 Pai: FRANCISCO JOAO DOS SANTOS  
 Endereço: SÍTIO SARAIVA, SN  
 Bairro: ZONA RURAL  
 Profissão: AGRICULTOR  
 Convenio: SUS  
 Cônjuge:  
 Endereço: SÍTIO SARAIVA, SN  
 Data Atendimento: 15/07/2013 Hora: 07:37 CID:  
 Médico: LUIS ANTONIO LIMA SOLON  
 Tipo Atendimento: ENCAMINHADO P/CONSULTA  
 Indicador de Acidente: trânsito  
 Observação:

Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (mpm): PA (mmHg):

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta):

*Acidente motor*  
*Rx Antebraço @ AP/PP - Fratura simples*  
*Antebraço @*  
*2º e 3º falange Antebraço polígono*  
*I unia Hb corrigida*



~~Dr. Luiz Fernando Panizza~~  
 Ortopedia / Traumatologia  
 CRM - CE 12525 / TEOT 12025

LUIS ANTONIO LIMA SOLON - CRM: 9357

*Rdo Francisco*  
 Assinatura Paciente/Responsável



247.8

5  
20

Guia de atendimento - AMBULATORIO(BLOCO NOVO)

Pontuário: 142504  
Paciente: RAIMUNDO FRANCISCO DOS SANTOS  
RG: 98028034067  
Pai: FRANCISCO JOAO DOS SANTOS  
Endereço: SÍTIO SARAIVA, SN  
Bairro: ZONA RURAL  
Profissão: AGRICULTOR  
Convênio: SUS  
Cônjuge:  
Endereço: SÍTIO SARAIVA, SN  
Data Atendimento: 16/08/2013 Hora: 07:16 CID  
Médico: MARCEL DE ALENCAR PITA  
Tipo Atendimento: RETORNO  
Indicador de Acidente: Nenhum  
Observação:

CNS:

Guia Aut

Data Nascimento: 09/02/1982 Idade: 31 Anos  
Mãe: AMÉLIA OLINDA DOS SANTOS  
Telefone: 88 94920342  
Município: VICOSA DO CEARÁ  
Empresa:  
Matrícula:  
Responsável: MARIA DE OLIVEIRA  
Município: VICOSA DO CEARÁ  
CRM/UF: 10671/CE  
Funcionário: EILÁ MARIA LINHARES  
CPF do Responsável:

Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (mpm): PA (mmHg):

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Resultados)

FRATURA 12/07/13

PT ANTEROBRACIO (E) ADTP

Mãe com PK

P.O 15/07/13

Apresenta condicoes

col. OPST



SGT 1531 / 1507 / 1507 / 1507 / 1507 / 1507  
Marcel Pita  
Médico Assistente e Traumatologista


MARCEL DE ALENCAR PITA CRM. 10671

X Raimundo Fco dos S  
Assinatura Paciente/Responsável

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES  
TIANGUA - CE

Guia de atendimento - EMERGENCIA

Prontuário: 142504      Atendimento: 0005  
Paciente: RAIMUNDO FRANCISCO DOS SANTOS  
RG : 98028034067  
Pai: FRANCISCO JOAO DOS SANTOS  
Endereço: SÍTIO SARAIVA, SN  
Bairro: ZONA RURAL  
Profissão: AGRICULTOR  
Convênio: SUS  
Cônjuge:  
Endereço: SÍTIO SARAIVA, SN  
Data Atendimento: 29/07/2013      Hora: 12:41      CID:  
Médico: MANOEL MUNIZ DO BONFIM  
Tipo Atendimento: CONSULTA SIMPLES  
Indicador de Acidente: Nenhum  
Observação:

U29.9  
CNS       Guia Aut:      Sexo M: 21  
Data Nascimento: 19/02/1982      Idade: 31 Anos(s)  
Mãe: AMELIA OLINDA DOS SANTOS  
Telefone: 88 94920342      CEP: 62300-000  
Município: VICOSA DO CEARA      UF: CE  
Empresa:  
Matrícula:  
Responsável: MARIA DE OLIVEIRA      UF: CE  
Município: VICOSA DO CEARA      Sala:  
CRM/UF: 2839/CE  
Funcionário: CHARLIANE COSTA DE MOURA  
CPF do Responsável:

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

Rx de Baixo e Piel



DR. MANOEL MUNIZ DO BONFIM  
CRM/CE: 2839



MANOEL MUNIZ DO BONFIM - CRM: 2839

Quisora Muniz



Assinatura Paciente/Responsável



MS-DATASUS  
VERSÃO: 08.31

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAH01  
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES  
ESPELHO DA AIH

22  
PAG.: 213  
DATA: 14/10/2013

O.E: M231340101 ESFERA: PRIVADO APRESENTAÇÃO: 09/2013 Data Autorização: 15/07/2013  
Num AR: 231310453364-1 Situação: EXPORTADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 09/2013  
Especialidade: 01 - CIRURGICO Orgão Emissor: M231340101 CRC: 054E912C46 Enfermaria: 110 Leito: 0001  
Doc autorizador: 980016277614148 Doc med resp: 210280379580002 Doc diretor clínico: 203799857260005 Doc médico solíc: 210280379580002  
CNES: 2680052 - HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES Prontuário: 142504  
Paciente: RAIMUNDO FRANCISCO DOS SANTOS Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: Identidade Doc: 98028034067  
Data Nasc.: 19/02/1962 Sexo: MASCULINO Nome da Mãe: AMELIA OLINDA DOS SANTOS  
Responsável pac.: MARIA DE OLIVEIRA Raça/Cor: 01-BRANCA Etnia: 0000-NAO SE APLICA Telefone: (88)0949-20342 Muda Proc.? : NÃO  
Endereço: SÍTIO SARAIVA SN CASA BEIRO ZONA RURAL Raça/Cor: 01-BRANCA Etnia: 0000-NAO SE APLICA Telefone: (88)0949-20342 Muda Proc.? : NÃO  
Município: 231410 - VICOSA DO CEARA UF: CE CEP: 62300-000  
Procedimento solicitado: 04.08.02.042-3 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRACO (C/ SINTESE)  
Procedimento principal: 04.08.02.042-3 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRACO (C/ SINTESE)  
Diag. principal: S523-FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO Diag. secundário: W199  
Complementar: Causa Óbito: Modalidade: HOSPITALAR  
Carator atendimento: 02 - URGENCIA AIH Anterior: AIH Posterior:  
Data internação: 15/07/2013 Data saída: 19/07/2013 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO  
Liberação SISAH01: CNS

[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]  
CNPJ do Empregador: CNAER:  
Vínculo Previdência: CBOR:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Unidade	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor pl	Qtde	Cmp	Descrição
1	0408020423	203680649420006	225151(6)	203680649420006	2560852	1	07/2013	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
2	0408020423	203680649420006	225151(6)	203680649420006	2560852	1	07/2013	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
3	0202020480			2327090	2560852	1	07/2013	HEMOGRAMA COMPLETO
4	0202020029			2327090	2560852	1	07/2013	CONTAGEM DE PLAQUETAS
5	0202020070			2327090	2560852	1	07/2013	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO
6	0202010473			2327090	2560852	1	07/2013	DOSAGEM DE GLICOSE
7	0204040019			2580852	2560852	1	07/2013	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO

Número de Nascidos: Número de Saídas: Nº Pré-Natal:  
Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

Domíngos Gomes de Lima  
Diretor Interacional  
ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

\*De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12988, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente\*





1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE Hospital e Maternidade Madalena Nunes

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Joana Freire dos Santos

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO: 15/02/89

9 - SEXO: Masc

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSAVEL: AMELIA OLIVEIRA

12 - ENDEREÇO AV. Nº, BAIRRO: R. SANDOVA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: UICUGUA DO CEBANA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

3 dias 3 dias Acute MOU Rx fratura de fêmur - Radio e Ula

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fratura ungueal

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

A - - - + est + R

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura ossos fêmur e Ula

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: cirurgia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 041018020423

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 15/10/13

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Luiz Fernando Panizo CRM - CE 3825

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº HETE

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 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

231310453364

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. David Lima Nogueira Médico Auditor CRM - RJ 117



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

24

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital e Maternidade Madalena Nunes

4 - CNES

2560852

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MARIMUNDO FRANCISCO DOS SANTOS

6 - Nº DO PROMITUÁRIO

142509

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

190282

9 - SEXO

Masc. X Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

AMELIA OLINDA

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

ST. SANAIVA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

VICOSA DO CEDRAL

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31-OTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34-OTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37-OTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Stamp: Hospital e Maternidade Madalena Nunes, 27/11/13, with signature.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



# SÃO CAMILO

## HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

TIANGUÁ - CE

Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - CEP: 62320-000 - Fone: (88) 3671.2100  
 CNPJ: 60.975.737/0060-01 - www.saocamilotiangua.org.br

25

### FOLHA DE ANAMNESE

Nome: Paulo do Nascimento dos Santos Nº Prontuário 142504

Idade	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Profissão	Procedência
31a	♂				

Diagnóstico Provisório: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Definitivo: fratura Acliar  
 Diagnóstico Secundário: \_\_\_\_\_

Data:    /    /   

- I - Histórico
- II - Exame Físico
- III - Sumário - Impressões Diagnosticas - Sugestões

Dr. Luiz Fernando  
 Ortopedia / Traumatologia  
 CRM - CE 12525 / TEOT 12025

Médico - Cremec  
 Conferido com Original  
 27/11/13

diagnóstico de fratura de  
ulna

Luiz Panizza  
 Ortopedia / Traumatologia  
 CRM - CE 12525 / TEOT 12025





# SÃO CAMILO HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

26

TIANGUÁ - CE  
Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - CEP: 62320-000 - Fone: (88) 3671.2100  
CNPJ: 60.975.737/0060-01 - www.saocamilotiangua.org.br

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SAÚDE

## FOLHA DE OPERAÇÃO

PACIENTE		ARMUNDO F. SANTOS		Nº REG. 142504	
DATA DA OPERAÇÃO		15/7/13		LEITO	
OPERADOR		DCH		1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR		3º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA		Dr. Jose L.		TIPO DE ANESTESIA	

OSTIÓ PRE-OPERATÓRIO  
fractura do osso da mão direita

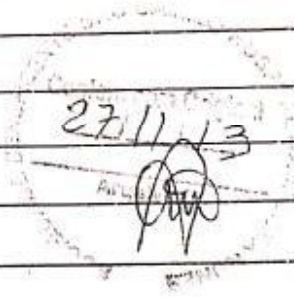
TIPO DE OPERAÇÃO  
Redução plástica com fixação externa

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA

EXAME RADIOLOGICO NO ATO

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO



## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCN. LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA  
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOVISCERAS

- 1) PC DCH A 2ª mão direita
- 2) Quebrao Halstead
- 3) Anest. I. m. m. 4 frax. 160ml
- 4) Ue-7 com 20
- 5) Reduz Ue-9 frax. 7 placa DCP
- 6) 3.5 8 frax.
- 7) T. cir. e uso de frax. 7
- 8) Reduz Reduz e frax. DCP
- 9) L. 3.5 7 frax.

CRM - CE 12525 / 1401 12025  
Ortopedia Traumatologia  
Dr. Luiz Fernando Panizza





# Sociedade Beneficente São Camilo

## Hospital e Maternidade Madalena Nunes

27

NOME: MUNDO F<sup>o</sup> DOS SANTOS FRONTEIRO Nº 142504

CLÍNICA: Otorrinolaringologia CATEGORIA: QT./ENF. LEITO

IDADE <u>31</u>	PESO <u>75</u>	ALTURA	SEXO <u>M</u>	TEMP.	PULSO <u>70</u>	RESP. <u>10</u>	PR.ART.MX/MIN	DATA DA ANESTESIA
Tipo Sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia	Urina		

Ap. Respiratório fnvf Asma x Bronquite

Ap. Circulatório RCR ECG x

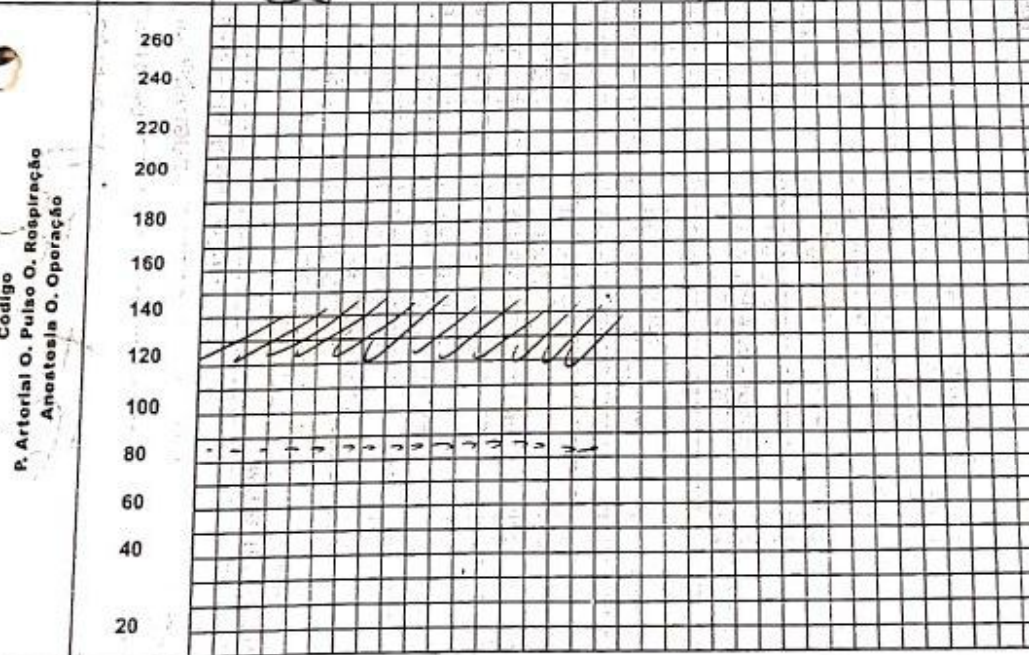
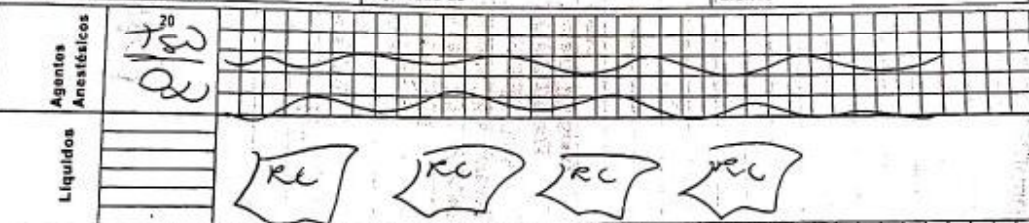
Ap. Digestivo RAD Dentes Pescoço Alergia ruca

Ar. Urinário amuseo Estado Mental

Diagnóstico Pré-Op. Risco Ataraxicos

Anestesias Anteriores Corticóides

Medição Pré-Anestésica Aplicada às Efeitos Hipotensores Outras Drogas



SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES LSO DDA

OSIÇÃO D. Oral  
GENTES Propofol + atacurium  
ECNICA Arterial

INDUÇÃO

Satisf.      Excit.      Tosse     

Laringoespasmo      Lenta     

Náuseas      Vômitos     

Outros     

MANUTENÇÃO

Propofol 180 ml

atacurium 30 ml

Kefozol 10 ml

Anestesias Satisfatória  SIM  NÃO

Não, porque?     

DESPERTAR

Reflexos na S. O.     

Obstr.      Co.      Excit.     

Náuseas      Vômitos      Outros     

Para leito com Cânula  SIM  NÃO

Condições     

Perdas Sanguíneas Aproximada     

VOLUME Sanguíneo Repouso     

TEMPO DE ESPERA

De      a     

     Anestesiologia CRM



# HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

## Prescrição Médica

Prescrição: 0001  
Data: 16/07/2013  
Hora: 07:22  
Convênio: SUS  
Diagnóstico: S52.9 Frat do antebraço parte NE S52.9 Frat do antebraço parte NE

Paciente: RAIMUNDO FRANCISCO DOS SANTOS  
Aposento: ENFERMARIA  
Profissional Resp.: LUIS FERNANDO PANIZZA  
Setor: POSTO ENF 2

26  
Página 001  
16/07/2013 07:22  
Prontuário: 142504/0004  
Quanto/Leto: 110/0001  
CRM: 12525  
Data de Internação: 15/07/2013

Prescrição	Dosagem	Via	Freq.	Aprazamento
01. DIETA GERAL				
02. CEFALOTINA 1 GRAMA EV				
03. ALTA HOSPITALAR APOS CURATIVO				ALTA

### Evolução Clínica:

1 POS OPERAOTRIO OSTEOSINTESE FRATURFA OSSOS ANTEBRACO EF BÉG BPP SEM DO9R EXTENSAO PASSIVA DE QUIRODACITLOS CD ALT AHOSPITALAR

Luis Fernando Panizza  
CRM: 115601

RESPONSÁVEL: LUIS FERNANDO PANIZZA - CRM-CE 12525

Maria Cristina Gomes Ibiapina  
Enfermeira  
COFEN-CE 364565

08:00 hs. Paciente teve alta hospitalar. *Maria Cristina Gomes*

