ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: Vinival Lino Nascimento			Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: Solteiro	Profissão: Pedreiro		Carteira de Identidade: 3277214 - 98
CPF nº: 846.094.433 - 68	Residência: Rua Nonato Elias, 245		
Bairro: Buriti	Cidade: Acaraú	Estado/UF: CE	CEP: 62.580-000

OUTORGADO: **ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS,** brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 103, Fátima I, Crateús/CE, CEP n° 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicia et extra*", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias medicas,** em nome do(a) outorgante, substabelecer com ou ser reservas, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Crateús – CE., 14 de maio de 2018.

Vinival Lino Nascimento
(outorgante)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/05/2018 às 09:26 , sob o número 01322961420188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0132296-14.2018.8.06.0001 e código 366FABA.

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

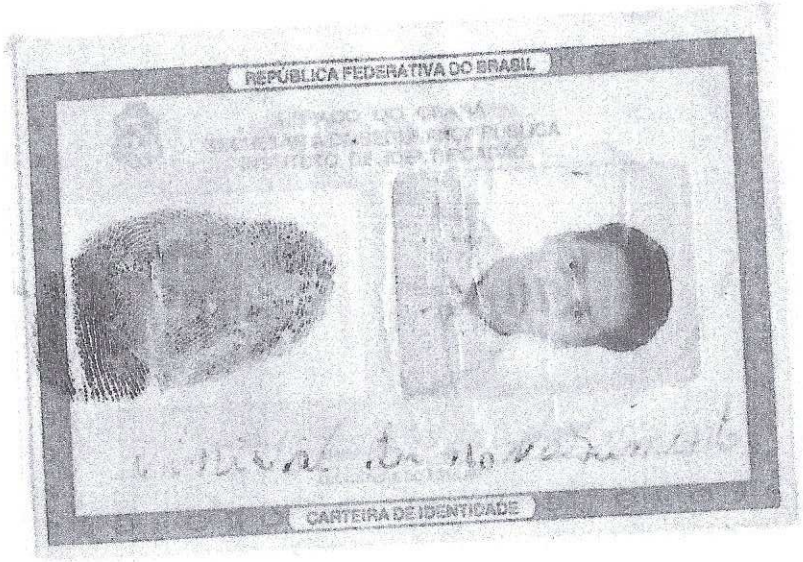
CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição
846.094.433-68

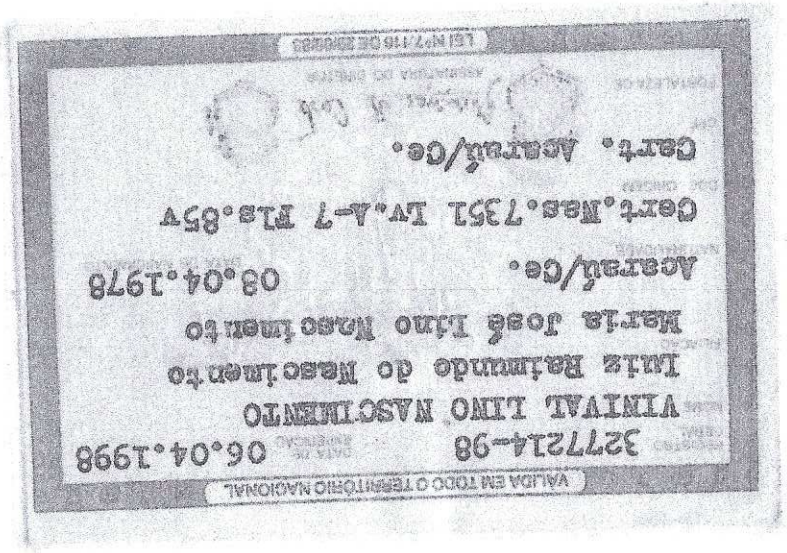
Nome
VINIVAL LINO NASCIMENTO

Nascimento
08/04/1978



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

327721 4-98 06.04.1998

VINIVAL LINO NASCIMENTO

Luiz Raimundo do Nascimento

Maria José Lino Nascimento

Acaraú/Ce. 03.04.1978

Cert.Nas.7351 Lv.A-7 Fls.85v

Cart. Acaraú/Ce.

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

fls. 7

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/05/2018 às 09:26 , sob o número 01322961420188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0132296-14.2018.8.06.0001 e código 366FABB.

ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: *Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce*
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declarante: Vinival Lino Nascimento		Nacionalidade: Brasileira
Residência: Rua Nonato Elion, 245		Profissão: Pedreiro
CPF nº: 846.094.433-68	RG nº: 3277214 - 98	Estado Civil: Solteiro
Bairro: Buriti	Cidade: Acaraú	Estado/UF: CE
CEP: 62.580-000	Telefone:	

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Crateús - Ce., 14 de maio de 2018.

Vinival Lino Nascimento
Declarante

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/05/2018 às 09:26 , sob o número 01322961420188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0132296-14.2018.8.06.0001 e código 366FABB.

ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: *Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce*
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declarante: Vinival Lino nascimento		Nacionalidade: Brasileira
Residência: Rua Nonato Pinto, 245		Profissão: Pedreiro
CPF nº: 846.094.433-68	RG nº: 3277254 - 93	Estado Civil: Solteiro
Bairro: Buriti	Cidade: Acaraú	Estado/UF: CE
CEP: 62.580-000	Telefone:	

DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Crateús - Ce., 14 de maio de 2018.

Vinival Lino nascimento
(declarante)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/05/2018 às 09:26 , sob o número 01322961420188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0132296-14.2018.8.06.0001 e código 366FABB.

Indiscreto
Rua Raimundo
Leite Barreira

UNIDADE POLICIAL DE MARCO-CE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR – D.P.I.
DELEGACIA REGIONAL DE ACARAÚ
UNIDADE POLICIAL DE MARCO/CE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA – B.O. Nº 375/2017

Data Reg.: 1/12/2017
Natureza: LESÃO CORPORAL – ACIDENTE DE TRÂNSITO

NOTICIANTE

Nome: VINIVAL LINO NASCIMENTO
Endereço: Rua Nonato Elias, N° 245 Sítio Burití – Acaraú/CE
RG Nº 3277214-98-SSP/CE
CPF Nº 846.094.433-68
Telefone: (88)9.96261681

HISTÓRICO:

Compareceu na sede desta Unidade Policial o senhor VINIVAL LINO NASCIMENTO, no objetivo de registrar um BO com a finalidade de dar entrada no Seguro DPVAT em razão de ter sido vitima de acidente de trânsito do tipo queda de moto. Que o noticiante foi indagado por qual motivo procurou registrar o BO nesta Unidade Policial, o qual respondeu que na Delegacia de Acaraú/CE, não havia atendimento no momento oportuno. Que o noticiante foi cientificado de que prestar informações falsas a Policia é crime previsto no Código Penal Brasileiro. Que estando aqui presente o noticiante passou a narrar a ocorrência informando que no dia 27 de Agosto de 2017, por volta das 17:30 horas, trafegava no asfalto nas imediações da localidade de Macajuba, Acaraú/CE, pilotando a motocicleta de marca HONDA/CG 150 TITAN ESD, de cor Branca, ano de fabricação e modelo 2014/2014, placa PMU5400/CE, Chassi Nº 9C2KC1650ER024601, registrada em nome de Claiton Alves Freitas, ocasião em que acabou passando por sobre um buraco existente no meio da pista de rolamento e que em conseqüência disso o mesmo acabou perdendo o controle do guidom da motocicleta vindo a cair ao solo, sofrendo lesões corporais, se encontrando prejudicado. Que o noticiante foi socorrido por terceiro até o Hospital Municipal de Acaraú/CE onde recebeu o atendimento médico de urgência e logo em seguida transferido até a Santa Casa de Misericórdia de Sobral/CE, onde recebeu o atendimento médico necessário. Que na cidade de Acaraú/CE não existe atendimento feito através de Corpo de Bombeiros, SAMU, Anjos do Asfalto e similares. Que Nada mais tem a declarar

Escrivão: Lauro Florentino Silva
Escrivão de Policia Civil
de Classe Especial
Mat.: 097.059-1-0

Responsável/Reg.: Vinival Lino Nascimento

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/05/2018 às 09:26 , sob o número 01322961420188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0132296-14.2018.8.06.0001 e código 366FABB.

SOC ACARAU DE PROT A MAT E INFANCIA
HOSPITAL DR. MOURA FERREIRA

Impressão: 27/08/2017 18:04
Página 1
v2017002

Guia de atendimento - RECEPCAO

Prontuário: 036216 Atendimento: 0003 Guia Aut:
Paciente: VINIVAL LINO NASCIMENTO Sexo: M
RG : 3277214-98 CNS: Data Nascimento: 08/04/1978 Idade: 39 Ano(s)
Pai: LUIZ RAIMUNDO DO NASCIMENTO Mãe: MARIA JOSE DO NASCIMENTO
Endereço: RUA NONATO ELIAS, 242 Telefone: 88 92097476
Bairro: SITIO BURITI Município: ACARAU UF: CE
Profissão: PEDREIRO Empresa:
Convênio: SUS Matrícula:
Cônjuge: Responsável: FRANCISCA CARLA DO NASCIMENTO
Endereço: RUA NONATO ELIAS, 242 Município: ACARAU UF: CE
Data Atendimento: 27/08/2017 Hora: 18:03 CID: Sala:
Médico: FRANCISCO MIGUEL DE LIMA JUNIOR CRM/UF: 13352/CE
Tipo Atendimento: Indicador de Acidente: Funcionário: LUCIANA MARIA PEREIR
Peso: kg Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (mpm): PA (mmHg): X
Altura (cm):

Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta

( )Consulta Simples ( )Consulta com Medicação ( )Observação ( )Encaminhado p/ Internação ( )Curativo

( )Procedimento Enfermagem ( )Sutura ( )Procedimento Cirúrgico ( )Não Aguardou Atendimento

Q.P. Vítima de acidente motociclístico.

HDA Nega uso de capacete. Refere perda de consciência no local. Referindo dores na mão (D). Ao exame:

Exame Físico
- Glasgow 15, usecônes FR, s/ sinais focais
- Escoriações difusas
- Feridas contocontusas na mão

Exames Solicitados

Diagnóstico CD: Sol. Rx

Prescrição Médica

	Horário
- Dipirona 1g - 1 amp - AD EV	
- Veltren 50mg - 1cp VO	

Evolução Médica Rx: fratura de falange interme dia do 4º 2DD (D) (local c. ferida contocontusa)

CD: À referência

v2017002
p. 1 27/08/2017 17:59

SOC ACARAU DE PROT A MAT E INFANCIA
HOSPITAL DR. MOURA FERREIRA - ACARAU-CE
SERVIÇO DE RADIOLOGIA

Laudo: 073885/0005
Prioridade: Normal

Alta: Tipo de Alta: ( )Alta ( )Internação ( )Referência ( )Retorno ( )Retorno com SADT / Cirúrgico

Dados do Paciente

Paciente: JOAO PEDRO VERISSIMO DOS SANTOS CNS: ___.___.___.___
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 09/09/2013 Idade: 3 ano(s) 11 mes(es) e 18 dia(s)
Documento: RN: 057006054838 Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: Cor: Branca
Endereço: CORREGO DE ANA VERISSIMO, S/N Bairro: CORREGO DE ANA VERISSIMO
Município: ACARAU CEP: 62580-000 UF: CE Telefone: 88 99265265 Mãe: LUCIENE VERISSIMO DE SOUSA
Guia: Regime: Externo

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO MIGUEL DE LIMA JUNIOR - CRM: 13352

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/05/2018 às 09:26 , sob o número 01322961420188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0132296-14.2018.8.06.0001 e código 366FABB.

mãe - maria José do Nascimento

fls. 12

39 anos

Hospital Maternidade Dr. Moura Ferreira

FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

DISTRITO SANITÁRIO: MUNICÍPIO:

Nome: Vinival Lima Nascimento Prontuário Nº:

Sexo: M [X] F [ ] Data de Nascimento: 08/04/1978 Ocupação:

Endereço: Bairro: Telefone:

Motivo do Encaminhamento: Acidente motocicletístico com perda de consciência no local. Deformidade óbvia em mão. Ao exame: Glasgow 15, hígido FR, N sinais focais; Resultado de Exames: [illegible] fratura metacarpo mão (D) - Radiografia mostra fratura do 4º metacarpo com [illegible] de 4º dedo, segmento c/ [illegible] com [illegible] Solicita avaliação de ortopedia

Conduta Realizada:

Impressão Diagnóstica: fratura exposta?

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro | Função: enfermeira | Data: 27/02/17 | Hora: 18:45h

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 segmento

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

Assinatura do Consultante - Nº Registro | Função | Data: / /

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/05/2018 às 09:26 , sob o número 01322961420188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0132296-14.2018.8.06.0001 e código 366FABB.

http://10.10.10.4/stacasa/

SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - EMERGÊNCIA ADULTA

Informações do Paciente:
Nº ACOLHIMENTO: 54893 | 27/08/2017 21:49:17
etiqueta atendimento:

verde

Aten: 4948953 Dt. Atende: 27/08/2017 - 22:06
Reg.: SP 3L 5 7 4 C Dt Nasc: 08/04/1978
Nome: VINIVAL LINO NASCIMENTO
End.: SITIO BURITI 0
ZONA RURAL: ACARAU-CE: CEP: 62580000

Descrição da História Prévia do Atendimento:
PACIENTE 39 ANOS, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, HÁLITO ETÍLICO, VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO LESÃO EM MÃO DIREITA + EDEMA EM REGIÃO TEMPORAL DIREITA,QUEIXA-SE DE CEFALEIA.

Sinais Vitais do Paciente:
Pressão Arterial: 100/80, Nº Pulso: 80, Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura: ,

Eu, X Mª Carla Nascimento, ( ) Paciente ( ) Responsável (Grau de Parentesco) _____, RG Nº _____, declaro que:

1º) Recebi informações enquanto a classificação de risco, segundo Protocolo HumanizaSUS, e sobre o tempo máximo de espera para o atendimento; considerando que a classificação vermelha (Emergência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de tempo de espera até 50 minutos, classificação verde (não - urgente) com orientação de tempo de espera até 120 minutos, e classificação azul (atendimento ambulatorial) com orientação de tempo de espera de até 240 minutos.

2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicação durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro plantonista do Acolhimento com Classificação de Risco.

3º) Li, concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, as quais informei ao profissional de saúde o qual realizou meu acolhimento onde afirmo a veracidade das mesmas.

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

Sobral/CE, _____ de _____ de _____ às _____

X Mª Carla Nascimento
Assinatura do Paciente ou Responsável

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/05/2018 às 09:26 , sob o número 01322961420188060001
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0132296-14.2018.8.06.0001 e código 366FABB.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Sistema de Internação Hospitalar
Anamnese de Internação Hospitalar

DADOS DO PACIENTE

Matrícula...: 915740
Paciente...: VINIVAL LINO NASCIMENTO
Sexo.....: MASCULINO
Dt. Nasc...: 8/4/1978
Mae.....: MARIA JOSE LINO NASCIMENTO
Pai.....: LUIZ RAIMUNDO DO NASCIMENTO
E. Civil.....: SOLTEIRO
Endereço..: SITIO BURITI
Bairro.....: ZONA RURAL
Cidade.....: ACARAU
Fone.....: 996261651

CPF...:
Idade..: 39a 4m 21d
Cor.....: PARDA
CNS...:

Nº.....:0
CEP.: 62580-000
UF....: CE

DADOS DO RESPONSAVEL

Nome.....:
Endereço....:
Documento.:
Fone.....:

DADOS DA INTERNACAO

Atendimento..: 4948963 Atendente.: DHONLENO.SOUSA
Data.....: 27/08/2017 Hora.....: 22:31 **Permanência.: 2 Dias**
Procedimento.: 0408020342– TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃ
Medico.....: GEORGE AUGUSTO COELHO DE OLIVEIRA
Unidade Int.....: EMERG ADULTO - OBSERVACAO
Leito.....: OBS. ADULTO 1-3
Convenio.....: SUS - SIH
Plano.....: 1
Carteira.....:
N. Guia.....:

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

1-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
MV2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1/1
Emitido por: ROSALIA
Em: 31/08/2017 22:

Atendimento: 4948963

Dt Atendimento: 27/08/2017 - 22:31 Dt Alta: 31/08/2017 - 22:20

Paciente: 915740 VINIVAL LINO NASCIMENTO

Serviço: 35 OUTROS SERVICOS Convênio: 1 SUS - SIH

Leito: 472 LEITO 1-5 - ONCOLOGIA Plano: 1 SUS - SIH

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: ROSALIA

CID: T07 TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS

Procedimento de Alta 0415030013 - TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Observação de Alta

RASALIA OLIVEIRA DA SILVA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/05/2018 às 09:26 , sob o número 01322961420188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0132296-14.2018.8.06.0001 e código 366FABB.

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
2 - CNES: 3 0 2 1 1 1 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
4 - CNES: 3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
6 - Nº DO PRONTUÁRIO

ATEND.: 4948963 DT. ATEND.: 27/8/2017 - 22:31
MATRI.: 915740 NASCIMENTO.: 8/4/1978
NOME..: VINIVAL LINO NASCIMENTO
MAE...: MARIA JOSE LINO NASCIMENTO
CPF...: CNS: SUSFACIL:
ENDER.: SITIO BURITI 0
BAIRRO: ZONA RURAL - ACARAU -CE- CEP: 62580000

9 - SEXO: Masc. 1 Fem. 3
10 - RAÇA/COR
12 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE
14 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
CÓD. IBGE MUNICÍPIO
18 - UF
19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente sofreu trauma em mão direita resultando em fratura e perda de substância

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima

Santa Casa de M. de Sobral
GAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

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

Exame físico e radiografia

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Trauma contuso e lesão direita
24 - CID 10 PRINCIPAL: S619
25 - CID 10 SECUND.
26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Limpeza cirúrgica da mão
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0 4 1 3 0 4 0 2 4 0
29 - CLÍNICA: 1
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 2
31 - DOCUMENTO: ( ) CNS (X) CPF
32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 2 1 8 5 7 9 6 2 3 2 0
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Antonio Agostinho Moura
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 27/08/17
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Antonio Agostinho Moura Médico CREMEC 5430

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TIPICO
38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
39 - CNPJ DA SEGURADORA
40 - Nº DO BILHETE
41 - SÉRIE
42 - CNPJ EMPRESA
43 - CNAE EMPRESA
44 - CBOR
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR
48 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: CPF: 144.571.803-97
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Cadmo Silton Andrade Portella CRM: 4771 - Diretor Clínico
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Dr. José Ronaldo Vasconcelos da Graça
Médico Auditor - DEMAS/SUS Sobral
24 NOV. 2017
CPF: 405.325.433-34
CRM: 6011

COD. 9166(A) 9167(V)

Gráfica CLEIDE - (88) 3611.3723

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/05/2018 às 09:26 , sob o número 01322961420188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0132296-14.2018.8.06.0001 e código 366FABB.

Hospital Maternidade Dr. Moura Ferreira

39 anos

FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

DISTRITO SANITÁRIO: MUNICÍPIO:

Nome: Vinival Lima Nascimento Prontuário Nº:

Sexo: M [X] F [ ] Data de Nascimento: 08/04/1978 Ocupação:

Endereço: Sítio Buriti Bairro: Telefone:

Motivo do Encaminhamento: Acidente motociclístico com perda de consciência no local. Referindo dores na mão. Ao exame: Glasgow 15, isocórico FR, s/ sinais focais; escoriações difusas; feridas corto-contusas na mão (D). - Radiografia mostra fratura de falange intermédia de 4º QD (D), segmento c/ ferida corto-contusa. Solicita avaliação do traumatologista

Conduta Realizada:

Impressão Diagnóstica: fratura exposta?

Dr. Miguel de Lima Cirurgia Geral, Cabeça e Pescoço CREMEC 13352 Cirurgião

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro | Função: cirurgião | Data: 27/08/17 | Hora: 18:45h

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial [ ] Hospitalar [ ] Auxilio Diagnóstico [ ]

Procedimento: Profissional:

Unidade de Referência: Data: / / Hora:

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência: SCMS

Município: Sobral Prontuário Nº: 915740 Alta: 31/08/17

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Resultado de Exames: 1 exame Capuzto de cuer 8

Diagnóstico Principal: CID:

Secundário 1 CID:

Secundário 2 CID:

Santa Casa de M. de Sobral CONFERE COM O ORIGINAL Maria Cleide da Silva COORDENADORA

Proposta de conduta para segmento

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

Antonio Agostinho Moura Médico CREMEC: 5430

Assinatura do Consultante - Nº Registro | Função | Data: / /

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/05/2018 às 09:26 , sob o número 01322961420188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0132296-14.2018.8.06.0001 e código 366FABB.

mãe - maria José do Nascimento

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/05/2018 às 09:26 , sob o número 01322961420188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0132296-14.2018.8.06.0001 e código 366FABB.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/05/2018 às 09:26 , sob o numero 01322961420188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0132296-14.2018.8.06.0001 e código 366FABB.

fls. 18

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: 3677.1930 - Sobral-CE.

Boletim de Cirurgia

(Preencher todos os campos após a cirurgia - verso a anverso)

CIRURGIA POTENCIALMENTE CONTAMINADA

NOME DO PACIENTE: Vinival Paiva Nascimento

DIAGNÓSTICO: Fratura exposta de mão D

OPERAÇÃO: Lavagem cirúrgica

Nº DA AIH

REG.:

CÓDIGO CID

CONVERSÃO	CATEGORIA	DETALHES

CÓDIGO SSM

CIRURGIA

1. PEQUENA 4. SIMULT.
2. MÉDIA 5. MUI. T.
3. GRANDE 6. ESPECIAL
7. PRINC. E SECUNDÁRIA

INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO

DIA	MÊS	ANO	DIA ÚTIL
			☐ Sim ☐ Não

61 MATERIAL DE SALA	TIPO	CALIBRE (espessura)	QUANT.

65 MEDICAMENTOS DE SALA	TIPO	DOSAG.	QUANT.	VIA
BLOQUEIO COM RAQUIANE				
B. LIDOCAÍNA - 10ml				

Ricardo Régis A. Mont'Alverne
Médico Anestesiologista
CREMEC: 4523

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

74 OXIGÊNIO		
INÍCIO HORAS	TÉRM.HORAS	TOTAL DE HORAS

Ass. da Enfermeira

Ass. do Cirurgião

Antonio Agostinho Moura
Médico
CREMEC: 5430

CLEIDE - (88) 3611.31

fls. 19

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIA PRINCIPAIS)

T-L

- Incidente ao tecido mesenquimal
- prolongamento da fratura e
Placa contenção.
- Sem mostrar
cortiço

Cirurgião Antonio Agostinho Moura Médico CREMEC: 5430 Assinatura e Carimbo do Cirurgião	**1º Auxiliar** Assinatura e Carimbo
2º Auxiliar Assinatura e Carimbo	**3º Auxiliar** Assinatura e Carimbo

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
SAMU
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/05/2018 às 09:26 , sob o numero 01322961420188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0132296-14.2018.8.06.0001 e código 366FABB.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
ENTIDADE FILANTRÓPICA

EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA

FACULDADE DE MEDICINA SOBRAL UFC

PROFISSIONAL:

NOME: Vinival Lino Nascimento Nº PRONTUÁRIO 915740

SETOR: — ENFERMARIA: — LEITO: —

DATA	
27/08/17	Dr. Jorge Augusto MÉDICO CRM 13.269
28/08/17	# Evolução Médica #
	# Vinivaal Lino, 39 anos, 1º DIH por:
	Fratura exposta mão (D)
	# Parâmetros: Não há registro.
	# Em uso de: Cefalotina + Sintomáticos.
	# Evolução: Paciente estável, sem queixas no
	momento. Em dieta zero.
	# Ao exame: BEG, AAA, eupnéico, múltiplas escoriações
	ACV: fisiológico
	ABD: indolente.
	EXT: ↓ edema.
	Santa Casa de M. de Sobral SAME CONFERE COM O ORIGINAL Maria Cleide da Silva COORDENADORA
	Marcello Weyne MÉDICO CRM-CE 17972
	Antonio Agostinho Moura Médico CREMEC: 5430
	27/8
	Antonio Agostinho Moura Médico CREMEC: 5430

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURÃO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/05/2018 às 09:26 , sob o número 01322961420188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0132296-14.2018.8.06.0001 e código 366FABB.

DATA	EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA
30/8	Cliente retorno a aval, proposta cirurgia pertinente Antonio Agostinho Moura Médico CREMEC: 5430
31/8	Cliente retorno a aval [illegible] [illegible] 05/09/2018 [illegible] cirurgia
	Santa Casa de M. do Sobral SAME CONFERE COM O ORIGINAL Maria Cleide da Silva COORDENADORA
	Antonio Agostinho Moura Médico CREMEC: 5430

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/05/2018 às 09:26 , sob o número 01322961420188060001
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0132296-14.2018.8.06.0001 e código 366FABB.

SANTA CASA

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
FICHA DEADMISSÃO - EMERGÊNCIA

FACULDADE DE MEDICINA SOBRAL UFC

ATEND.: 4946963 DT. ATEND.: 27/8/2017 - 22:31
MATRI.: 915740 NASCIMENTO.: 8/4/1978
NOME..: VINIVAL LINO NASCIMENTO
MAE...: MARIA JOSE LINO NASCIMENTO
CPF...: CNS: SUSFACIL:
ENDER.: SITIO BURITI 0
BAIRRO: ZONA RURAL - ACARAU -CE- CEP: 62580000

QP:

HDA: PACIENTE QUEDA DE MOTO COM LESÃO EM MÃO D

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA EXPOSTA MÃO

CONDUTA:

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

DIAGNÓSTICO FINAL:

Antonio Agostinho Moura
Médico
CREMEC: 5430

DATA: / / **Hora:** **Ass./CRM:**

COD. 125

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/05/2018 às 09:26 , sob o número 01322961420188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0132296-14.2018.8.06.0001 e código 366FABB.

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **519400440**
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | 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
ABR/2018
Utilize o nº abaixo sempre que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE 3203164 DV 5

VENCIMENTO 09/04/2018

TOTAL A PAGAR (R$) 118,94

DADOS DO CLIENTE

Rota 01 035020 03 091200
Nome VINIVAL LINO NASCIMENTO
Endereço Postal

Medidor 2440673
Poste 0000 0

End. da Unidade Consumidora RU NONATO ELIAS 00245 BURITI ACARAU 62580000

RG / CPF / CNPJ 846.094.433-68
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	7138	6963	1	175	0	175

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
02/04/2018	02/05/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FC43.D36C.5ABF.9F5E.B9E6.2DF4.BA9D.E469

ICMS

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
82,88	27%	32,63

OUTROS PAGAMENTOS

MULTA MORATORIA	1,21
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	2,29
TITULO DE CAPITALIZACAO BOA ACAO BOA SORTE	2,99
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	10,26
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	19,31

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO_2 (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica(%CO_2)
		0 — 100

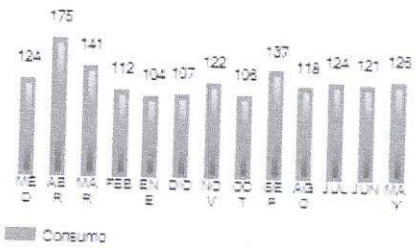
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 13,55
Conjunto ACARAU
Mês FEV/ 2018

	Padrão Individual Mensal	Trim.	Anual	Apuração Individual Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica **cliente**

N° do Cliente: **3203164-5**
Data de Emissão: **27/04/2018**
N° da Nota Fiscal: **519400440**
Referência: **ABR/2018**
Total a Pagar (R$): **118,94**
N° de Controle: **0003203164 00138 4353 2 63**

83880000001-1 18940031000-5 00032031640-8 01384353261-2

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/05/2018 às 09:26 , sob o número 01322961420188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0132296-14.2018.8.06.0001 e código 366FABB.

SINISTRO 3180159448 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA VINIVAL LINO NASCIMENTO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO VINIVAL LINO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 84609443368

Posição em 12-05-2018 11:29:17

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/04/2018	R$ 4.725,00	R$ 0,00	R$ 4.725,00

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 16/05/2018 às 09:26 , sob o número 01322961420188060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0132296-14.2018.8.06.0001 e código 366FABB.