

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Felipe de Paiva Albuquerque,
portador da carteira de identidade nº 2005097064000 SSP/CE e inscrito no CPF sob
o nº 033.569.673-20, residente e domiciliado no endereço
Av. St. Vicente de Paula, 22A, Jurema, Caucaia - CE, 61655-000.
DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de
arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de
minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 e
seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício
abranja a todos os atos do processo.

Fortaleza, 02 de Maio de 2018.

Felipe de Paiva Albuquerque

DECLARANTE

Elke Castelo Branco ADVOCACIA
Rua 24 de Maio, n.º 1009, SL118 – Centro
Fortaleza/CE – CEP 60.020-001
Fone: (85) 98809.2001

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Nome:			
Felipe de Paula Albuquerque			
Carteira de Identidade:		CPF nº:	
0005097064000 554/CE		033.569.673-20	
Residência:			
Avenida Santo Vicente de Paula, 22 A			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Jurema	Canalvieira	CE	61655-000

OUTORGADO:

ELKE CASTELO BRANCO LIMA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o n.º 23.113 e VITOR LOPES ARARUNA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE nº 27.450, ambos com escritório na Rua Vinte e Quatro de Maio, n.º 1009, Sala 118 – Centro, CEP: 60.020-001, Fortaleza – CE.

PODERES:

Concede amplos e ilimitados poderes com os da cláusula "AD JUDICIA et EXTRA" para o foro em geral, podendo o Outorgado defender o Outorgante em qualquer ação em que seja autor, réu, assistente, oponente ou de qualquer modo interessado para promover a Ação Judicial competente para o receber indenização que lhe cabe, incluindo também poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, assim como interpor todos os recursos em direito permitidos, propor ações e delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os seus termos até o final, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimentos e os documentos necessários, produzir provas e justificações, bem como poderes especiais para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito que se funda a ação, acordar, receber, dar quitação, fazer retenção da importância referente aos honorários contratuais, finalmente tudo mais fazer, para o completo desempenho deste mandato, inclusive subestabelecer, com ou sem reserva de iguais.

Fortaleza, 02 de Maio de 2018.

x Felipe de Paula Albuquerque

OUTORGANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

FELIPE DE PAIVA ALBUQUERQUE

CPF: 000197764000
RG: 033.549.673-20
Data de Nascimento: 12/08/1989

Nome: JOSE FRANCISCO DE ALBUQUERQUE
Razão Social: RAYMONDA CÉSIA DE PAIVA ALBUQUERQUE

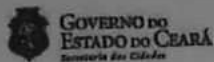
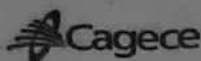
Permissão: PERMISSÃO
Vigência: 14/09/2008

SEM OBSERVAÇÃO:

Endereço: FORTALEZA, CE

158479530





Nº de Inscrição:

010723374

DADOS DO CLIENTE

Nome: FELIPE DE PAIVA ALBUQUERQUE
End. Leitura: AV STO VICENTE DE PAULA, 22, A. ARATURI/JUREMA
Cidade: CAUCAIA
End. Entregar:
Cidade:
Local: 120 Setor: 006 Quadra: 0274 Lote: 0141 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(m³)	Média Semestral(m³)
ÁGUA	R09F006390	222	235	13	10

DATAS

Leitura Atual: 18/01/2018 Emissão: 18/01/2018 Lacre Água: 110034
Leitura Anterior: 18/12/2017 Próxima Leitura: 19/02/2018 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	1-19	1-19	0-13	1-19	1-19
Analisadas	166	166	166	166	166
Em conformidade	164	161	160	162	160

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 8 m³ ! META: 10 m³.
Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2017, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição dos Serviços	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA	31,92	Mês/Ano
JUROS/MULTA TARIFA CONT	0,10	OUT/17
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,65	Água (m³)
MULTA DE 2%	0,46	Esgoto (m³)
TARIFA DE CONTINGENCIA	14,16	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	0,48	Descrição	65,58
COFINS	2,39	VALOR DO SERVIÇO	15,30
		VALOR DO SUBSÍDIO	50,19
		VALOR TOTAL A PAGAR	

MÊS/ANO

01/2018

VENCIMENTO

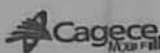
07/02/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

50,19

ONDE PAGAR SUA FATURA

I: 352967053943233 L: 0210 H: 11:53:55 R: 021 P: 001
Bancos: Bradesco, BNBr, Itaú, BCB, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: Pagafatura. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Atente-se para o prazo. Consulte sua agência.

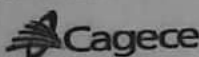


É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Para informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 283 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3438.

Fatura Mensal

Via do agente arrecadador



DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 010723374

Código de Responsável:

Mês/Ano:

01/2018

Local: 120 Setor: 006 Quadra: 0274 Lote: 0141 Comp: 0000

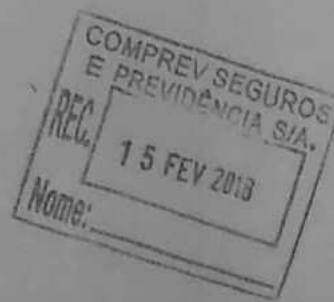
Subsetor: 00 Subquadra: 00

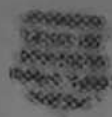
Cidade: CAUCAIA Vencimento: 07/02

Total (R\$):

50,19

30009800 2 01072





SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 23. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 123 - 1003 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **01/06/2017 15:09:14**
Data / Hora da Ocorrência: **07/03/2017 10:20:00**
Endereço da Ocorrência:
Complemento:
Bairro: **CONJ. NOVA METRÓPOLE** Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FELIPE DE PAIVA ALBUQUERQUE**
Nascimento: **12/08/1989** CPF: **033.569.673-20**
RG: **2005097064000** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **RAIMUNDA CELIA DE PAIVA ALBUQUERQUE**
JOSE FRANCISCO DE ALBUQUERQUE
Endereço: **AVENIDA SÃO VICENTE DE PAULA, 22**
Bairro: **ARATURI** CEP:
Município: **CAUCAIA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98522-2425**

Histórico

AFIRMA A VÍTIMA QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, PILOTAVA SUA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 SPORT, CHASSI 9C2KC08608R029096, RENAVAM 984984500, ANO 2008 DE COR VERMELHA E PLACA HYY-985 / FORTALEZA-CE, QUANDO AO PASSAR POR UM BURACO EXISTENTE NAQUELA VIA, PERDEU O EQUILÍBRIO E CAIU AO SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDA E LEVADA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTONIO BEZERRA, COM UMA FRATURA NA CLAVICULA ESQUERDA, LOCAL ONDE FOI MEDICADA E EM SEGUIDA RECEBEU ALTA MÉDICA: QUE POSSUI PLANO DE SAÚDE E NO DIA SEGUINTE, SE DIRIGIU AO HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE, ONDE TAMBÉM FOI MEDICADA, QUE NO REFERIDO ACIDENTE, TEVE PERDIDO SUA CNH, NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 23. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIO XAVIER DE FREITAS - MAT.: 134006-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Felipe de Paiva Albuquerque*

VISTO DO DELEGADO(A) :

DOMINGOS SAVIO DIÓGENES PINHEIRO - MAT.: 133815-1-8



**ANTONIO
PRUDENTE****ATESTADO MÉDICO**

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **FELIPE DE PAIVA ALBUQUERQUE** às 11:09 hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por **14 (QUATORZE)** dias
a partir de **26/03/2017**, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S420

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

MARCOS DIAS COSTA XEREZ**CRM 11273**

Dr. Marcos Xerez
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia de Joelho
CREMEC: 11.273/2007-14.358

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BSJLA37C6I0K0

Solicitacao da Senha : 26/03/2017 10:59:31

Inicio do Atendimento : 26/03/2017 11:06:59

Final do Atendimento : 26/03/2017 11:09:45

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133224/10

17/04/2017 10:04

Paciente:	FELIPE DE PAIVA ALBUQUERQUE	Atendimento:	41968771	Prontuário:	4078492	Convênio:	HAPVIDA
Profissional(is):	MARCOS DIAS COSTA XEREZ CRM 11273 [1]	Nº:	09803838	26/03/2017	às	11:07	

ANAMNESE

Queixa Principal	RETORNO DE FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA HA 17 DIAS	[1]
CID10	S420 FRAT DA CLAVICULA	[1]

DIAGNÓSTICO

Hipótese Diagnóstica		
CID10	S420 FRAT DA CLAVICULA	[1]

PLANEJAMENTO TERAPÉUTICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

fls. 24

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133224/10

17/04/2017 10:05

Paciente: FELIPE DE PAIVA ALBUQUERQUE**Atendimento:** 41968771**Prontuário:** 4078492**Convênio:** HAPVIDA**Profissional(is):** ANTONIO RICARDO MIRANDA SOUSA COREN 5252 [1]**Nº:** 09804074 **26/03/2017 às 11:19****CUIDADOS DE ENFERMAGEM****ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE
SUPORTE**TIPO VELPEAU 1 REALIZADO AS 11:19, EM 26/03/2017 RESP.
ANTONIO RICARDO MIRANDA SOUSA, COREN/CE 5252.

[1]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE T4300C LGFOITE 17/04/2017 09:57:22 20 0032 00091

Data inicial: 18/03/2017 Atendimento: 41578848 Médico prescritor: Consultar PEP Histórico

Data final: 17/04/2017 Prontuário: Convenio: T3488 T43A8

☐ Atendimentos com Pendências no Prontuário ☐ Atendimentos com alta administrativa ☐ Atendimentos liberados pela enfermagem ☐ Atendimentos liberados pela auditoria

Documentos

Atendimento	Prontuário	Nome do Paciente	Dt Nascimento	Idade	Sexo
18/03/2017	41578848	FELIPE DE PAIVA ALBUQUERQUE	12/08/1988	27.6 AN	Masculino

Pendências do Atendimento de Alta Imp. por Tipo de Documento Nome da Mãe Nome do Pai

RAMUNDA CELIA DE PAIVA ALBUQUERQUE JOSE FRANCISCO DE ALBUQUERQUE

Tipos de documentos

- 1 Registros Médicos
- 12 Formulário de Atendimento na Emergência
- 7 Prescrição Médica
- 14 Receita Médica Especial
- 9 Receitas Médicas
- 10 Atestado Médico
- 11 Declarações
- 6 Pareceres Médicos
- 5 Solicitação de Parecer Médico
- 4 Admissão do Paciente
- 3 Evolução Médica
- 17 Solicitação de Exame em Laboratório

Ver histórico de digitalizações

Visualizar **Imprimir Doc. Assinado**

Data/Hora	Profissional	Situação
18/03/2017 17:00:29	FREDERICO THALES DE VASCO	ASSINADO

CONFERE O PRONTUÁRIO

LEANDRO 431

Assinatura



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
41578848

!L\{S" fls. 26

ESTE PRONTUÁRIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

17/04/2017 10:07:26

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
4078492	FELIPE DE PAIVA ALBUQUERQUE	M	12/08/1989	27

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
98002432324 SSP CE	43364950334		1-CASADO

Endereço

R DOUTOR PERILO TEIXEIRA,730 - GRANJA PORTUGAL, FORTALEZA(CE) CEP 60534080

Telefone Residencial

32947134

Telefone Trabalho

DADOS DO CONVENIO

Convenio	INDIVIDUAL
22 HAPVIDA	14 NOSSO PLANO ENFERMARIA - INDIVIDUAL
Carteira	Validade
00100293986019026	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
08/03/2017	15:32		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
1938509 LEANDRO REBOUÇAS BEZERRA			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg)
			Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

CONFERE O PRONTUÁRIO
LEANDRO 431
Assinatura



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX REC TRAUMA - HAP FORTALEZA

NºPedido: 19579382

Data 17/04/2017

Pag 1 de 1

Paciente...: 4078492 FELIPE DE PAIVA ALBUQUERQUE

Nascimento.: 12/08/1989 Sexo: M RG.: 98002432324 CPF.: 43364950334

Endereco...: R DOUTOR PERILO TEIXEIRA 730 GRANJA PORTUGAL FORTALEZA CE

Convenio...: HAPVIDA

Tel.: 32947134

Matricula...: 00100293986019026

Solicitante: Dr(a) ANTONIO LUIZ VIEIRA

Exame:

RX CLAVICULA - ESQUERDO

!MQ>X

4246275321

Queixa Principal:

LAUDO :

Presença de fratura em clavícula.

Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN



ANTONIO
PRUDENTE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **FELIPE DE PAIVA ALBUQUERQUE** às 21:47 hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por **30 (TRINTA)** dias,
a partir de 17/04/2017, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S420

Código da Doença

Local e Data
Dr Antonio Luiz V Gonçalves
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM 12444

Assinatura do Médico

ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES

CRM 12444

Aceito a Colocação do CID Assinado us

Código de Autenticação : BAVVR47C6A0K0

Solicitação da Senha : 17/04/2017 21:03:59

Início do Atendimento : 17/04/2017 21:11:42

Final do Atendimento : 17/04/2017 21:47:52

R3002

ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES

17/04/2017 21:50

192.85.1.101



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao Sr. **FELIPE DE PAIVA ALBUQUERQUE**, portador do RG 2005097064000 e inscrito no CPF 033.569.673-20, no dia 7/03/2017, às 10h47, no município de Caucaia/CE, na Av. Contorno Leste, no bairro Metrôpole, vítima de queda de moto, sendo o mesmo encaminhado para o **Hospital I.J.F Antônio Bezerra**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 17 de Abril de 2017


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - Ce Fone: (85) 3433 7434 Fax: (85) 3260 2061
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br

Prefeitura de
Fortaleza

59

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE
FELIPE DE PAIVA ALBUQUERQUE

NOME MÃE
RAIMUNDA CELIA DE PAIVA ALBUQUERQUE
ENDEREÇO
SAO VINCENTE DE PAULO ARIANÓPOLIS (JUREMA)
CONTATO

DADOS PESSOAIS

NASCIMENTO
12/08/1989 (27 ANOS)
NOME RESPONSÁVEL
NI
LAUDIBEIRO
CAUCAIA

Nº DO PRONTUÁRIO
109760
SEXO
M

Nº DOBIL
124748
RACÃO
NAO INFORMADO

CE

OCCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
MOTIVO
QUEDA DE MOTO

ESCALA DE DOR
5 (ADULTO)

SINAIS VITAIS
SAROC
NI%

PULSO
NI

TEMPERATURA
NI

RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO
NERY LAND MAIA DE LIMA

ÁREA DE ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

Fratura clavícula E
(0303090120)

DIAGNÓSTICO

EXAT. SOLICITADO
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X

CCD. PROCEDIMENTO

DIAGNÓSTICO

() OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

MEDICAMENTO

Rx imuno E AD 30x40

Rx Bpca AD

TIPO DE ALTA-SAÍDA

ALTA-SAÍDA
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL
DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por nery land maia de lima em 07/03/2017 às 12:06:23
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no Código Penal.

Felipe de Paiva Albuquerque

Prefeitura de
Fortaleza
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
FROTHA ANTONIO BEZERRA
Mirlene Menezes Marques Soares
Mat. 45310-01
Coordenadora SAME - HDEAM
CONFERE COM ORIGINAL



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133224/15

17/04/2017 09:59

Paciente: FELIPE DE PAIVA ALBUQUERQUE	Atendimento: 41578848	Prontuário: 4078492	Convênio: HAPVIDA
Profissional(is): LEANDRO REBOUÇAS BEZERRA CRM 13156 [1]	Nº: 09421456	08/03/2017	às 15:56

ANAMNESE

Queixa Principal	ACIDENTE DE MOTO ONTEM. FOI NO FROTINHA ONTEM E FIZERAM UMA IMOBILIZAÇÃO PROVISORIA	[1]
CID10	M255 DOR ARTICULAR	[1]

CONFERE CI/PRONTUÁRIO
LEANDRO 431
Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133224/15

17/04/2017 09:59

Paciente: FELIPE DE PAIVA ALBUQUERQUE	Atendimento: 41578848	Prontuário: 4078492	Convênio: HAPVIDA
Profissional(is): FREDERICO THALES DE VASCONCELOS CRM 11332 [1]	Nº: 09422898	08/03/2017	às 16:59

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta 08/03/2017

Hora Da Alta 16:59

CONFERE CI PRONTUÁRIO
LEANDRO 431
Assinatura



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133224/15

17/04/2017

Paciente:	FELIPE DE PAIVA ALBUQUERQUE	Atendimento:	41578848	Prontuário:	4078492	Convênio:	HAPVIDA
Profissional(is):	FRANCISCO ALEXANDRE ARAUJO DE SOUZA COREN 010101 [1]			Nº:	09425091	08/03/2017	às 18:50
CUIDADOS DE ENFERMAGEM							
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE		IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO) 1 REALIZADO AS 18:50, EM 08/03/2017 RESP. FRANCISCO ALEXANDRE ARAUJO DE SOUZA, COREN/CE 010101.					[1]

CONFERE CI PRONTUÁRIO
LEANDRO 431
 Assinatura



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página:

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Posto:

Leito: /

17/04/2017

Paciente: FELIPE DE PAIVA ALBUQUERQUE

Atendimento: 41809198

Prontuário: 4078492

Convênio: HAPVIDA

Profissional(is): JACKCIRLEI ARAGAO DA SILVA CRM 11401 [1]

Nº: 09643000 18/03/2017 às 23:08

ANAMNESE

Queixa Principal

...

[1]

CID10

M255 DOR ARTICULAR

[1]

Queixas e Sintomas Gerais

FX DE CLAVICULA DIREITO HA ~14 DIAS

[1]

DIAGNÓSTICO

Hipótese Diagnóstica

CID10

M255 DOR ARTICULAR

[1]

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**Posto:****Leito: /****17/04/2017 10:03**

Paciente: FELIPE DE PAIVA ALBUQUERQUE	Atendimento: 41809198	Prontuário: 4078492	Convênio: HAPVIDA
Profissional(is): JACKCIRLEI ARAGAO DA SILVA CRM 11401 [1]	Nº: 09643720 19/03/2017 às 00:35		

ANAMNESE

Queixa Principal		[1]
CID10	M255 DOR ARTICULAR	[1]
Queixas e Sintomas Gerais	FX DE CLAVICULA ESQUERDA	[1]

DIAGNÓSTICO

Hipótese Diagnóstica		
CID10	M255 DOR ARTICULAR	[1]

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2018

Carta nº: 12520984

A/C: FELIPE DE PAIVA ALBUQUERQUE

Nº Sinistro: 3180075023
Vítima: FELIPE DE PAIVA ALBUQUERQUE
Data do Acidente: 07/03/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANO ARAUJO BRAGA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FELIPE DE PAIVA ALBUQUERQUE

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001469

Conta: 000000063482-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

