

PROCURAÇÃO AD E EXTRAJUDICIA

OUTORGANTE(S): DAIANE BATISTA GOMES, brasileira, solteira, visitador(a) social do RG: 2007005048379 SSPCE, CPF sob o nº 042.921.563-01, residente e domiciliada na rua Joaquim felix , nº 177 BAIRRO: Zezinho costa Várzea Alegre-CE.

OUTORGADO(S): JOSÉ ERLANIO RODRIGUES – Sociedade individual de advocacia, pessoa jurídica de direito privado, com CNPJ 30.435.059/0001-73, Com endereço Profissional na Av. Duque de Caxias, 318, Centro, Crato-CE, CEP 63.100-390, representado por **JOSÉ ERLANIO RODRIGUES**, brasileiro, casado advogado inscrito na OAB sob o nº 12.855, com endereço profissional na Avenida Duque de Caxias, 318, Centro, Crato-CE, CEP: 63.100-390.

PODERES: A quem confere os poderes da "**Cláusula Ad Judicia**", para defender em qualquer Juízo, Instancia ou Tribunal, repartição pública ou autarquia e onde com esta se apresentar; os direitos do (a) outorgante, podendo para tanto ingressar em Juízo com as ações que achar competentes, em que o(s) mesmo(s), sejam partes ou de qualquer modo interessado(s), acompanhar ação em andamento, **bem com poderes específicos para requerer benefícios, cópias de processos administrativos, informações e outros agendamentos junto ao INSS, podendo propor ações, acompanhando-as em todos os seus termos**, impetrar recursos; receber citações e intimações; transigir, desistir, acordar, discordar, receber e dar quitação em qualquer instituição financeira do país, podendo inclusive, substabelecer com ou sem reserva de iguais poderes, enfim praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARO, que em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e do art. 98 e ss do Código de Processo Civil.

Crato- Ceará, 27 de Agosto de 2019.

DAIANE BATISTA GOMES

CONTRATO DE HONORÁRIOS

OUTORGANTE (S): DAIANE BATISTA GOMES, brasileira, solteira, agricultora, portadora do RG nº 2007005048379, CPF sob o nº 042.921.563-01, residente e domiciliada na **Rua Joaquim Felix, nº 177, bairro Zezinho costa, Várzea Alegre-CE.**

CONTRATADO: JOSE ERLANIO RODRIGUES – SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, Pessoa jurídica de Direito Privado, com CNPJ nº 30.435.059/0001-73 e endereço profissional na Avenida Duque de Caxias, 318, Centro, CEP 63.100-390, Crato/CE, inscrito na OAB sob o nº 12.855.

OBJETO: Por este instrumento particular as partes têm, entre si, justo e contratado, o presente contrato de prestação de serviços profissionais advocatícios na **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, caso necessário, até o esgotamento das instâncias recursais cabíveis.

CLÁUSULA 1ª: Para execução do serviço ora contratado, a CONTRATANTE pagará ao CONTRATADO:

- a) O contratante se compromete a remunerar os serviços do CONTRATADO a importância equivalente a **30% (trinta por cento) das parcelas condenatórias fixadas pela sentença, em caso de êxito;**
- b) Os honorários de sucumbência pagas pela parte adversa do processo pertence em sua totalidade exclusivamente ao contratado.

CLÁUSULA 2ª: O total dos honorários será exigido imediatamente em caso de composição amigável realizada pelos litigantes em qualquer fase processual, tendo preferência o CONTRATADO em receber, se o acordo estipular o pagamento em prestações.

CLÁUSULA 3ª: Todas as despesas processuais correrão por conta do (a) CONTRATANTE, fornecendo o CONTRATADO os recibos das importâncias adiantadas, prestando contas das quantias recebidas quando assim lhe convier ou for solicitado.

CLÁUSULA 4ª: O inadimplemento do pagamento das verbas acima mencionadas importará na rescisão do presente contrato, a critério do CONTRATADO, independentemente de aviso prévio ou interpelação judicial ou extrajudicial, sujeitando-se o(a) CONTRATANTE ao pagamento integral dos honorários advocatícios previstos na cláusula 3ª retro, acrescido de juros de mora de 2% (dois por centos) e atualização monetária com base no índice IGP-M.

CLÁUSULA 5ª: O presente contrato terá duração até o final do processo, a partir de sua assinatura, podendo, entretanto, ser rescindido com aviso prévio escrito de 30 (trinta) dias.



CLÁUSULA 6ª: Ocorrendo rescisão por parte do (a) CONTRATANTE, esta se obriga a pagar ao CONTRATADO o percentual indicado na cláusula 1ª.

CLÁUSULA 7ª: Os honorários previstos contrato são devidos pelo(a) CONTRATANTE apenas nos casos de êxito total ou parcial da demanda objeto deste contrato, sendo desincumbida do pagamento destes apenas na hipótese de não procedência da ação em sua totalidade e em fase última de recurso, devendo o(a) CONTRATANTE arcar apenas com as despesas processuais.

CLÁUSULA 9ª: Fica eleito o Foro da Comarca de Crato/CE para dirimir qualquer litígio oriundo do presente contrato.

Por estarem justos e contratados assinam as partes o presente contrato de honorários advocatícios, juntamente com as testemunhas em duas vias de iguais teor e forma.

Crato, 08 de julho 2019.

Darlene Batista Gomes

CONTRATANTE

10- E-17-12-17-

CONTRATADO

Glória Estefani de Oliveira Silva

TESTEMUNHA

Minimundo A. dos Santos

TESTEMUNHA







Nº DO CLIENTE
8881572
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 578333120

Rota 09 12170 15 157000 - 0 Data de Emissão 14/06/2019
Nome ZENEIDE BEZERRA BATISTA GOMES
End. Postal JOAQUIM FELIX 00177
SEM BAIRRO 1217-170 - VARZEA ALEGRE - 63540000
Medidor 5133719 Poste 0000 0000
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 984734683-68 CGF
Nome do Responsável

DATAS
Mês de Referência Jun/2019 Data de Apresentação 14/06/2019 Previsão Próxima Leitura 17/07/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto 100% (100%)
Mês Ab/2019 EUSD 23,94
DICI = 0,00 P

ICMS
Base de Cálculo (R\$) 77,06 Alíquota 27,00% Valor do Imposto 20,80

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
5200.7300.001E.703F.3F46.756D.9650.C05E

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 26999	26999	1,00	100	0,00	100	0,77063	77,06
14/06/19	15/05/19		30 DIAS		100		77,06

DESCRIÇÃO
VALOR CONSUMO DO MES 77,06
MULTA MORATORIA REF 05/2019 1,67
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 6,46

VENCIMENTO 24/06/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 85,19

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO
Energia 49,72
Transmissão 2,46
Distribuição 17,46
Encargos Retorvais 0,96
Tributos (ICMS PIS/COFINS) 20,57
TOTAL 77,06

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

103	100	109	100	112	108	101	107	103	112	101	98	86
MED	Jun	Jul	Ag	Sep	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido (kg CO₂) 39,04 Compensado (kg CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (% CO₂) 0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO
CONTAS EM ATRASO
Prezado Cliente, constata(m) em nossos controles conta(s) em atraso. Segue o detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a emissão desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CREDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.
Consta desta fatura R\$ 2,77 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,64% e COFINS:2,90% (Art. 9, Res. 100-2005 - ANEEL e Lei n. 10.637/02 e 10.833/03).
Bandeira Verde em Jun/2019, sem custo para os consumidores. Informações: www.aneel.gov.br

DEBITOS ANTERIORES
Mês/Ano 05/2019 Valor R\$ 109,38
Total 109,38

Nº do Cliente: 8881572-2 Referência: Jun/2019
Data de Emissão: 14/06/2019 Total a Pagar (R\$): 85,19
Nº da Nota Fiscal: 578333120 Nº de Controle: 0008881572 00017 39192 96
838900000000-5 851900310000-1 00088815720-7 00173919270-0



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VARZEA ALEGRE
Impresso nº 2019428250



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 569 - 621 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/06/2019 14:01:33**
Data / Hora da Ocorrência: **25/05/2019 19:00:00**
Endereço da Ocorrência: **BR 230**
Complemento:
Bairro:
Município: **VARZEA ALEGRE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DAIANE BATISTA GOMES**
Nascimento: **11/10/1991** CPF:
RG: **2007005048379** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **ZENEIDE BEZERRA BATISTA GOMES**
FRANCISCO GOMES DA SILVA
Endereço: **RUA JOAQUIM FELIX, 177**
Bairro: **ZEZINHO COSTA**
Município: **VARZEA ALEGRE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POR6039** Uf: **CE** Município: **LAVRAS DA MANGABEIRA** Chassi: **9C2KC2200KR028702** Renavam: **1176983129** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 FAN** Ano Fabricação: **2018** Ano Modelo: **2019** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **CINZA**
Proprietário: **REGILANE RIBEIRO DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Advertido (a) das sanções penais a respeito da denúncia caluniosa e da falsa comunicação de crime, Art. 340 e 342 do Código Penal Brasileiro, informa a vítima acima qualificada que na data, hora e local supra, seguiu na garupa da motocicleta **HONDA CG 160 FAN**, (de cor **CINZA**, de placa **POR6039** de Renavam **1176983129**, de chassi **9C2KC2200KR028702**, registrado em nome de **REGILANE RIBEIRO DA SILVA**, e pilotada por **FRANCINILDO ADERSON SABINO RIBEIRO** cnh1764742220, sentido sanharol/Varzea Alegre, quando um cachorro atravessou na frente da motocicleta, sendo que vinham a colidir com o cachorro, e caíram ao solo; Que foi socorrida pelo próprio condutor da motocicleta para o Hospital São Raimundo desta cidade, onde consta que foi vítima de acidente automobilístico, e transferido para outro hospital de fraturas na região do cariri; Que diante do acidente consta no prontuário de atendimento medico que apresentava exposição de falange desfal em 4º quirodacfilo E; Que, possui como testemunhas de tal acidente as pessoas de **ANTONIO CESAR GONÇALVES FELIX** (RG: 2000099063370, SSP/CE) residente na Rua Vicente Alves Costa, 334, Varzea Alegre/CE e **FRANCISCO ANDERSON DA SILVA SANTOS** (RG: 10828496 SSP/PE), residente NA RUA FRANCISCO DE FREITAS 361, várzea Alegre/CE; Que, não esteve internado em caráter particular,

DELEGACIA MUNICIPAL DE VARZEA ALEGRE

Consolidado em: 26/06/2019 14:07:12

Pág. 1 de 2

Impresso em: 26/06/2019 14:07:12

Daiane Batista Gomes



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VARZEA ALEGRE
Impresso nº 2019428260



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 569 - 621 / 2019

tendo seu atendimento hospitalar sido realizado pelo S.U.S; Que, devido a tal acidente teve gastos com a compra de medicamentos e deslocamento para consultas; E, nada mais havendo, encerrou-se o presente BO.//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VARZEA ALEGRE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA ELIANE NUNES FREITAS - MAT.: 3011101X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

DANIEL MACEDO LEITE - MAT.: 300796-1-2

DELEGACIA MUNICIPAL DE VARZEA ALEGRE

Consolidado em: 26/06/2019 14:07:12

Pág. 2 de 2

Impresso em: 26/06/2019 14:07:12

**REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE**

Nome DAIANE BATISTA GOMES	Data de Nascimento 11/10/1991	Nacionalidade BRASILEIRA
Endereço RUA JOAQUIM FELIX	Nº 177	
Complemento	Bairro ZEZINHO COSTA	
Cidade VARZEA ALEGRE	Estado CEARA	CEP 63540000
Sexo Masc. Fem. X	Doc. Inscrição (Nº e Série)	
Estado Civil Solteiro X Casado Viúvo Desquitado/ Divorciado	Tem outra atividade com vinculação à previdência social? Sim NÃO X	

Assinatura: _____

Nome do Procurador ou Curador	
Endereço	

ATESTADO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

Empresa PREFEITURA MUNICIPAL DE VARZEA-ALEGRE	Nº CNPJ 07539273000158
Endereço AV. DEP. LUIZ OTACÍLIO CORREIA	Nº 153
Complemento	Bairro CENTRO
Cidade VÁRZEA-ALEGRE	Estado CEARÁ
Último dia de trabalho do segurado 25/05/2019	CEP 63540000
Afastado por: X Doença Acidente do trabalho Férias	

Dependentes para Salário Família

Prenome dos Filhos	Data Nasc.	Prenome dos Filhos	Data Nasc.

Localidade: Várzea Alegre 31 de maio de 2019

JOSE HELDER MÁXIMO DE CARVALHO
Assinatura do responsável pelo pagamento do CGC da Empresa

Instruções

1. O requerimento deve ser preenchido sem rasuras e preferencialmente à máquina
2. No caso de segurado empregado, a empresa é responsável pelo preenchimento do Atestado de Afastamento do Trabalho
3. No mês do afastamento do trabalho se a empresa efetuar o pagamento integral do Salário Família, o INSS fará o mesmo no mês da cessação do benefício, evitando-se assim, cálculo de valores fracionados



INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Página 1 de 1

Comunicação de Decisão

18/06/2019 11:15:17

NIT: 160.11968.91-1

Número do Benefício: 628.320.668-2

Espécie: 31

Número do Requerimento: 196882191

Ao Sr. (a): DAIANE BATISTA GOMES

Endereço: JOAQUIM FELIX N 177, CENTRO

CEP: 63.540-970

Município: VARZEA ALEGRE

UF: CE

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, Artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 10/06/2019, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho. O benefício foi concedido até 31/07/2019. Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (31/07/2019), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de Solicitação de Prorrogação. A partir de 31/07/2019 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social. O requerimento de Solicitação de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS. A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: CRATO

Endereço: R JOSE MARROCOS DE 1 AO FIM, PINTO MADEIRA

CEP: 63.101-005

Município: CRATO

UF: CE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, 17 de Junho de 2019

Assinatura do Requerente / Representante Legal



Você pode conferir a autenticidade do documento em
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>
com o código 190618SUU3SB48



ATESTADO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que **DAIANE BATISTA GOMES** esteve em atendimento nesta unidade, necessitando de afastamento das suas atividades laborais durante **30 (TRINTA)** dias, a partir desta data.

CID: S68.1

Dr. Diego Teixeira Brito
Ortopedia / Traumatologista
Clínica do Ombro e Cotovelo
CRM-CE 15.167 - TE-OT 15440

Crato, 26 de maio de 2019

Dr(a) DIEGO TEIXEIRA BRITO

Ass. Paciente

FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES / HOSPITAL SÃO RAIMUNDO
AV. TEODORICO TELES Nº99, CENTRO | CRATO-CE | CEP: 63.100-160
TEL: 088 3523.2600 | www.hsraimundo.com.br



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VARZEA ALEGRE
Impresso nº 2019428237



GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 569 - 621 / 2019

GUIA Nº 569 - 95 / 2019

VARZEA ALEGRE, 26 de Junho de 2019

Natureza do Exame: CORPO DE DELITO

Requisito à Perícia Forense o exame LESAO CORPORAL da pessoa abaixo qualificada:

Nome: **DAIANE BATISTA GOMES**

Nacionalidade: **BRASIL**

Data de Nascimento: **11/10/1991**

Grau de Instrução: **2o. GRAU COMPLETO**

Filiação: **FRANCISCO GOMES DA SILVA**

ZENEIDE BEZERRA BATISTA GOMES

Documento de Identificação: **RG**

Órgão Emissor: **SSPDS**

Residência: **RUA JOAQUIM FELIX, 177, ZEZINHO COSTA - VARZEA ALEGRE/CE**

Local da Ocorrência: **BR 230 - VARZEA ALEGRE/CE**

Data e Hora da Ocorrência: **25/05/2019 19:00**

Observação: **EXPOSIÇÃO DE FALANGE DESFAL EM 4ª QUIRODACFILO E**

Laudo para: **DELEGACIA MUNICIPAL DE VARZEA ALEGRE**

Naturalidade: **VARZEA ALEGRE/CE**

Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**

Profissão: **VISITADORA SOCIAL**

Número: **2007005048379**

UF: **CE**

DELEGADO(A) DANIEL MACEDO LEITE - 300796-1-2

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

Declaro que recebi a Guia de número 569 - 95 / 2019 em ____/____/____.

X Daiane Batista Gomes

Impresso em: 26/06/2019 14:05:40



25/05/2019 21:34

- FICHA CADASTRAL DO PACIENTE -

PRONTUÁRIO: 00086125

CNS-CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: 160119689110003

PACIENTE: DAIANE BATISTA GOMES Pront.: 00086125

ENDEREÇO: AV. VICENTE ALVES COSTA, 272

BAIRRO: ALTO DA PREFEITURA

CIDADE: VARZEA ALEGRE CEP: 63.540-000.

DT. NASC.: 11/10/1991 IDADE: Idade: 27 anos, 7 meses e 14 dias

NATURALIDADE: VARZEA ALEGRE

SEXO: FEMININO COR: PARDA

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO(A)

PROFISSÃO: DO LAR

RG: 2007005048379

CPF: 042.921.563-01

Fone: (88)9411-8186

CERTIDÃO: NASCIMENT N° CERTIDÃO: 2395

PAI: FRANCISCO GOMES DA SILVA

MÃE: ZENEIDE BEZERRA BATISTA GOMES

RESPONS.: DAIANE BATISTA GOMES Pront.: 00086125

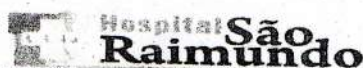
PP NTESCO: A PRÓPRIA

DATA DO CADASTRO: 30/09/2013

T-13430017948

Ar 22:59 hr

Tranquilizada em vaga zero p/ o HSR
por fratura exposta.



SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

DIRETOR CLÍNICO: Dr. Zitoirino Jr. CRM: _____
 MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Amaroella CRM: _____
 RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: Ana Luiza DATA: 25/05/19
 NÚMERO DA TRANSFERÊNCIA: _____
 DESTINO: _____

AUTORIZAÇÃO: _____ DADOS DO PACIENTE

NOME: Laiane Batista Gomes CNS: 160119889110003
 DATA DE NASCIMENTO: 11/10/1991 NATURALIDADE: Paraná - PR
 N° DO DOCUMENTO: 2007005048379 () IRG () CPF () REGISTRO DE NASCIMENTO
 N° DO PRONTUÁRIO: _____
 PAI: João Gomes da Silva
 MÃE: Fernanda Bezerra Batista Gomes
 RESPONSÁVEL: a mãe
 ENDEREÇO: Rua Vicente Gomes Costa, 272, Alto do Tenente

DADOS DA INTERNAÇÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura Exposta 4º Quirodactilo E
 () MÉDICA () CLÍNICA CIRÚRGICA () UTI () UTI NEO () OBSTÉTRICA
 () PEDIATRIA () CLÍNICA NEUROLÓGICA () CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com dor crescente, rubor, inchaço e perda de movimento da
fratura exposta em 4º dedo da mão com
perda da pele da ponta do dedo, ferida
aberta

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente vítima de acidente motociclístico
apresenta exposição da falange distal em 4º quirodactilo E

Ana Luiza de Moraes
 Enfermeira
 COREN-CE 370368

TRIAGEM NEUROLÓGICA

	SIM	NÃO
Alteração da fala		
Alteração da marcha		
Perda de força de um lado do corpo ou formigamento		
Alteração do comportamento		
Dificuldade de compreender ou de se expressar		
Alteração da visão		
Vertigem		

PA: 120 x 80 mmHg, T: 36 °C, GLICEMIA: _____ mg/dL, P: _____ bpm,

FR: _____ irpm, SAT O₂ _____ % ESCALA DE GLASGOW 15

CONVULSÃO: () SIM (X) NÃO

RENAL/DIURESE: () OLIGÚRIA, () ANÚRIA, () IRC, () HEMODIÁLISE

HEPÁTICO: () SEM ALTERAÇÕES () INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA

ENDÓCRINO: () DIABETES () TIREOIDEOPATIA () GLICEMIA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS CEARÁ	
FICHA DE REFERÊNCIA	
Unidade de Origem: <u>Hospital São Raimundo</u>	
Distrito Sanitário: _____	
Nome: <u>Adriane Batista Gomes</u>	Sexo: ☒ F ☐ M
Idade: <u>27</u>	Ocupação: <u>Ido lar</u>
Endereço: <u>Cm. Quint. Alvará Costa, 272, Bairro J. do Tumbé, Fone: (88) 944113</u>	
Motivo do Encaminhamento: <u>Para ser avaliada por equipe de saúde mental com foco na rede de atenção primária e secundária</u>	
Resultado de Exames: <u>sem foco na rede de atenção primária e secundária</u>	
Conduta já Realizada: _____	
Assinatura do Encaminhante: <u>Dra. Emanuela Farias Brito</u> CRM: 19737	
AGENDAMENTO	
Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico	
Procedimento: _____	
Unidade de Referência: _____	
Data: _____ Hora: _____	
FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)	
Município: _____	
Prontuário Nº: _____	
Resultado de Exames: _____	
Diagnóstico: Principal _____ Secundário 1 _____ Secundário 2 _____	
Conduta Realizada: _____	
Proposta de Conduta para Seguimento: _____	
O problema justifica a referência? ☐ Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? ☐ Sim ☐ Não	
Assinatura do consultante - Nº Registro: _____	Função: _____
Data: _____	Hora: _____

1. Preencher esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento
entregar 2 vias ao usuário, orientando-o
para retornar com a 1ª via à Unidade
Origem



SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO

Todas as informações sobre a assistência prestada ao paciente no Hospital São Raimundo são confidenciais e protegidas por legislação vigente, sendo assim, a liberação das cópias de prontuários só serão realizadas com a devida autorização do paciente ou de seu representante legal, sob autorização da lei. Desta forma, o acesso (total ou parcial) a quaisquer informações do prontuário do paciente somente será possível mediante a apresentação de consentimento, por escrito, do paciente ou de seu representante legal. Havendo qualquer tipo de impedimento do paciente, a autorização para acesso às informações do prontuário seguirá a seguinte ordem:

- Representante legal atuante de direito.
- Tutor, no caso de menores
- Autoridade Judicial ou policial.

Segundo o parecer nº 6/10 do Conselho Federal de Medicina, a liberação do prontuário de paciente falecido só deve ocorrer mediante decisão judicial ou requisição dos Conselhos de Medicina (Federal e Regional). Salvas as exceções descritas, existe outra que decorre do ordenamento jurídico: os representantes legais de pessoas que não têm aptidão para praticar pessoalmente os atos da vida civil, como por exemplo, os pais de um menor de idade. Devem ser apresentados no momento da retirada do documento:

- Se pelo próprio paciente: documento de identificação com foto e assinatura.
- Se por terceiros e paciente lúcido: autorização do paciente, escrita de próprio punho, com firma reconhecida (o portador deve apresentar um documento de identificação com foto).

Os prazos estabelecidos para a entrega do documento solicitado são:

- Cópia integral ou parcial de prontuários: **30 (trinta) dias úteis**, contados a partir da data do protocolo do pedido. Se por algum motivo, este prazo não puder ser cumprido será justificado a parte interessada estabelecendo um novo prazo que não ultrapasse os **40 dias (úteis)**.
- Declarações: **7 (sete) dias úteis**.

Casos de extrema urgência, se comprovada, deverão ser submetidos à apreciação da Coordenação do SAME para análise da possibilidade de atendimento em menor prazo.

Os documentos ficarão disponíveis para retirada por 30 (trinta) dias. Após este período, os mesmos serão devolvidos para o SAME.

VALORES - CÓPIA INTEGRAL OU PARCIAL DE PRONTUÁRIOS EM PAPEL: R\$ 0,30 POR PÁGINA.

OBS 01: anexar à requisição cópia de documento que comprove o grau de parentesco indicado, se for o caso.

OBS 02: devido à alta demanda de solicitação de cópias, fornecer o pedido ao cliente mais de uma vez em um período de 03 meses, torna-se inadequável. Portanto, ao receber a cópia do prontuário, atendimento ou exames, antes de enviar para Seguradora ou qualquer que seja o destino, por precaução, queira guardar uma cópia em seu poder.

A solicitação deve ser feita pessoalmente no hospital de segunda a sexta-feira, das 8h às 16h. O paciente precisa dirigir-se à recepção/ Serviço Social do Hospital. Para outros esclarecimentos, o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), responsável pelos prontuários, atende no telefone: 88-3523-2600.

Na oportunidade, o solicitante se comprometer, sob as penas da lei, a não divulgar ou dar publicidade as referidas cópias, exceto para fins de solicitações jurídicas.

SOLICITAÇÃO

TIPO:

- (x) CÓPIA INTEGRAL DO PRONTUÁRIO MÉDICO
() CÓPIA PARCIAL DO PRONTUÁRIO MÉDICO. QUAL PARTE? _____
() DECLARAÇÃO. QUE TIPO DE DECLARAÇÃO? _____

DESCREVER O MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

DADOS DO SOLICITANTE E PACIENTE:

O solicitante é:

- (x) Próprio Paciente () Responsável pela Internação do Paciente
() Representante Legal do Paciente () Autoridade Judicial ou Policial

Nome Completo do Paciente: Dairane Batista Gomes RG: 2007105048379

Nome Completo do Solicitante: _____ RG: _____

Telefone para Contato: 99411-8186 Período em que o paciente ficou internado no HSR: 26/05/19

Data da Solicitação: 12/06/19 Assinatura do Solicitante: Dairane Batista Gomes

Funcionário responsável pela solicitação ao SAME: Thaís Vasconcelos de Albuquerque 12/06/19

**RECEITUÁRIO MÉDICO****PACIENTE: DAIANE BATISTA GOMES****IDADE...: 27a 7m****Nº ATENDIMENTO: 558252****DATA DO RECEITUÁRIO: 26/05/2019****MÉDICO...: DIEGO TEIXEIRA BRITO****USO ORAL:**1 - CEFALOXINA 500MG ----- 28CP
TOMAR 1CP DE 6/6H POR 7 DIAS2 - CETOPROFENO 100MG ----- 10CP
TOMAR 1CP DE 12/12H POR 5 DIAS

RETORNAR DIA 12/06 - 09H - RETIRAR PONTOS - RX DA MÃO

Crato, 26 de maio de 2019



Dr. Diego Teixeira Brito
Ortopedista / Traumatologista
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CRM-CE 19167 - EOD 1500

DIEGO TEIXEIRA BRITO CRM:19167-CE

FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES / HOSPITAL SÃO RAIMUNDO
AV. TEODORICO TELES Nº99, CENTRO | CRATO-CE | CEP: 63.100-160
TEL: 088 3523.2600 | www.hsraimundo.com.br