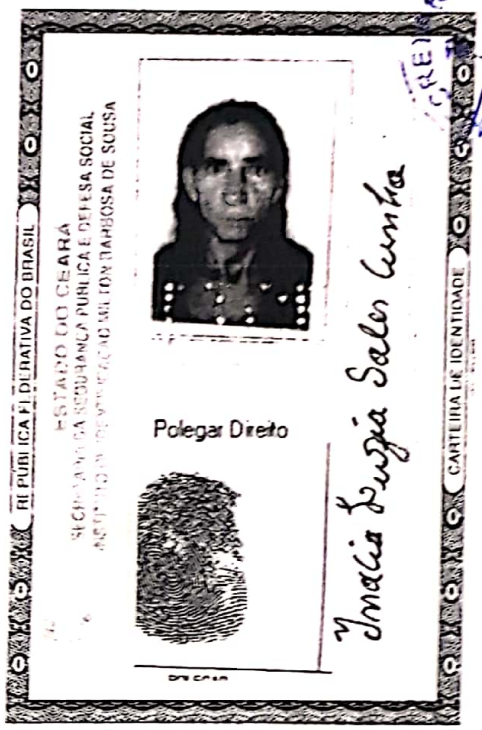
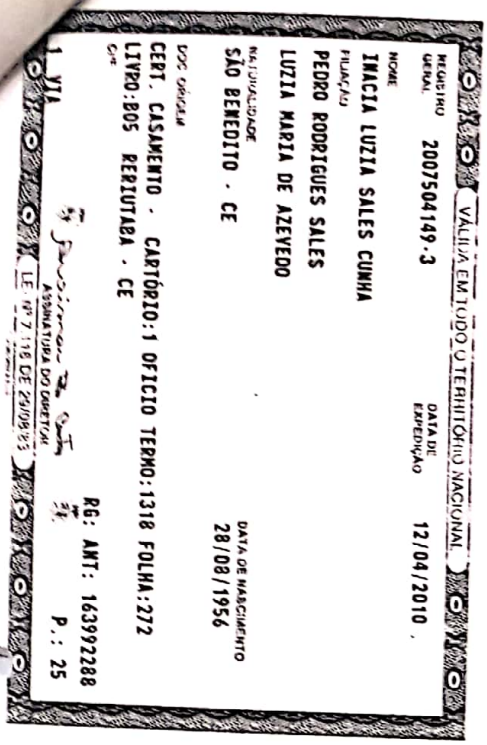




https://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/Con

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **846.757.487-91**

Nome: **INACIA LUZIA SALES CUNHA**

Data de Nascimento: **28/08/1956**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **07:48:06** do dia **21/08/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **D88C.04D0.5D56.BB34**

Scanned by CamScanner

enel

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **538694689**
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
AGO/2018

Utilize o nº abaixo sempre que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE 1603430 DV 9

VENCIMENTO 01/10/2018

TOTAL A PAGAR (R$) 101,39

DADOS DO CLIENTE

Rota 37 039071 01 030100 | Medidor | Posto
Nome INACIA LUZIA SALES CUNHA | 3116465 | 0000 0000
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora: OITIZEIRO 00000 RERIUTABA 62260000

RG / CPF / CNPJ: 846.757.487-91 | CGF

Classe: B1 - 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	15713	15575	1	138	0	138

DESCRIÇÃO DA CONTA

	Quantidade	Tarifa	Valor (R$)
OUTROS PAGAMENTOS			
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA			0,77
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT			17,59
COB. SALDO FATURA ANTERIOR			36,35
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R$ 4,46)			

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
24/08/2018	24/09/2018

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5F14.5070.CA3F.EEB1.A083.B844.2B3E.DD6E

ICMS

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

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

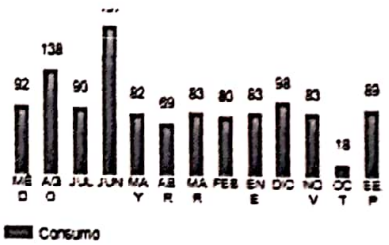
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 33,01

Conjunto ARARAS I

Mês JUN/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,73	21,46	42,92	0,00	0,15	0,00
FIC (un)	7,59	15,19	30,39	0,00	2,00	0,00
DMIC (h)	5,78			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica **cliente**

Nº do Cliente: **1603430-9** | Nº da Nota Fiscal: **538694689** | Total a Pagar (R$): **101,39**
Data de Emissão: **31/08/2018** | Referência: **AGO/2018** | Nº de Controle: **0001603430 00528 4363 2 04**

83800000001-7 01390031000-8 00016034300-3 05284363297-9

Scanned by CamScanner

Dr. Dayvsson Pontes
Advogado
OAB/CE 27.689

PROCURAÇÃO "AD NEGOTIA e AD JUDICIA"

INACIA LUZIA SALES CUNHA, brasileira, casada, aposentada, Rg: 2007504149-3 SSPDSCE, CPF: 846.757.487-91, residente à Localidade de Oitizeiro, Zona rural de Reriutaba-CE CEP: 62260-000, nomeia procurador **DAYVSSON PONTES MAGALHÃES**, inscrito na OAB/CE sob o nº. 27.689 e no CPF/MF sob o nº. 040.152.833-25, com endereço profissional constante ao rodapé deste instrumento de mandato, conferindo-lhe amplos poderes para o foro geral, bem como com cláusula "AD JUDICIA" para representá-lo em qualquer Juízo, instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e os acompanhando, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, transigir, desistir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, receber intimações, e também substabelecer esta a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Reriutaba-CE, 15 de abril de 2019

Inacia Luzia Sales Cunha

Avenida Santo Antonio nº 579, Centro, Reriutaba-CE.
(88) 99941.1866
dayvsson1@hotmail.com

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA
09.248.608/0001-04 MATRIZ		10/12/2007

NOME EMPRESARIAL
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)
****

PORTE
DEMAIS

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
65.12-0-00 - Sociedade seguradora de seguros não vida

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS
65.11-1-01 - Sociedade seguradora de seguros vida

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA
205-4 - Sociedade Anônima Fechada

LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
R DA ASSEMBLEIA	100	ANDAR 26

CEP	BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF
20.011-904	CENTRO	RIO DE JANEIRO	RJ

ENDEREÇO ELETRÔNICO	TELEFONE
PRESIDENCIA@SEGURADORALIDER.COM.BR	(21) 3861-4600

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)
*****

SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA	10/12/2007

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL
********	********

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia **15/04/2019** às **15:58:35** (data e hora de Brasília).

Página: **1/1**

Scanned by CamScanner

Correios

AVISO DE RECEBIMENTO
AVIS CN07

AR

CÓDIGO DE BARRAS OU Nº DE REGISTRO DO OBJETO
JR 79450607 5 BR

DATA DE POSTAGEM / DATE DE DÉPOT	TENTATIVAS DE ENTREGA / TENTATIVES DE LIVRAISON		
03/03/2018 03 SET 2018	__/__/__ : h	__/__/__ : h	__/__/__ : h
UNIDADE DE POSTAGEM / BUREAU DE DÉPOT: AC - Reritaba/CE DR/CE			

AC REPITABA

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO / RETOUR

PREENCHER COM LETRA DE FORMA

NOME OU RAZÃO SOCIAL DO REMETENTE / NOM OU RAISON SOCIALE DE L'EXPÉDITEUR
INACIA LUZIA SALES CUNHA

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO / ADRESSE
DISTRITO DE DITIZEIRO S/N
ZONA RURAL DE RERITABA

CIDADE / LOCALITÉ: RERITABA
UF: CE
BRASIL / BRÉSIL

62260-000

CRETARIA VARA CIND

AR

PREENCHER COM LETRA DE FORMA

DESTINATÁRIO DO OBJETO / DESTINATAIRE

NOME OU RAZÃO SOCIAL DO DESTINATÁRIO DO OBJETO / NOM OU RAISON SOCIALE DU DESTINATAIRE
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT

ENDEREÇO / ADRESSE
RUA SENADOR DANTAS Nº 74, 5, 6, 9, 14 e 15 ANDARES

CEP / CODE POSTAL	CIDADE / LOCALITÉ	UF	PAÍS / PAYS
20031-205	RIO DE JANEIRO	RJ	

DECLARAÇÃO DE CONTEÚDO (SUJEITO A VERIFICAÇÃO) / DISCRIMINACION

NATUREZA DO ENVIO / NATURE DE L'ENVOI
- [ ] PRIORITÁRIA / PRIORITAIRE
- [ ] EMS
- [ ] SEGURADO / VALEUR DÉCLARÉ

05 OUT 2018

ASSINATURA DO RECEBEDOR / SIGNATURE DU RECEPTEUR

DATA DE RECEBIMENTO / DATE DE LIVRAISON: __/__/__

CARIMBO DE ENTREGA / UNIDADE DE DESTINO / BUREAU DE DESTINATION

CDD 1º DE MARÇO - DR/RJ
12 SET 2018

NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR / NOM LISIBLE DU RÉCEPTEUR

EDIFÍCIO SEGURADORAS-MENSAGEIRA
12 SET 2018
Renato Lima de Oliveira
RG. 20.883.982-9 DETRAN

Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEBEDOR / ÓRGÃO EXPEDIDOR

RESPONSÁVEL DO EMPREGADO / SIGNATURE DE L'AGENT

R. Júnior
8.956.534-7

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO NO VERSO / ADRESSE DE RETOUR DANS LE VERS

75240203-0 FC0463 / 16 114 x 186 mm

Scanned by CamScanner

Seguradora LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

SECRETARIA VARA ÚNICA Fls. 12

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **INACIA LUZIA SALES CUNHA**

Nº Sinistro: **3180440623**
Vítima: **INACIA LUZIA SALES CUNHA**
Data do Acidente: **07/09/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180440623.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.**

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13421014

Scanned by CamScanner

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de:	**INACIA LUZIA SALES CUNHA**
Nº Sinistro:	**3180440623**
Vítima:	**INACIA LUZIA SALES CUNHA**
Data do Acidente:	**07/09/2015**
Cobertura:	**INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180440623**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo
faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00629/00630 - carta_03 - INVALIDEZ

00060315

Carta nº 13423713

Scanned by CamScanner

SINISTRO 3180440623 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA INACIA LUZIA SALES CUNHA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO INACIA LUZIA SALES CUNHA
CPF/CNPJ: 84675748791

Posição em 15-04-2019 15:38:56

Verificamos que seu pedido de indenização foi feito após o prazo estabelecido em lei para dar entrada no seguro DPVAT e, por esse motivo, seu processo foi negado, conforme carta abaixo enviada para seu endereço.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
02/10/2018	Exigência Documental	
02/10/2018	Aviso de Sinistro	

Scanned by CamScanner

Estado do Ceará

PREFEITURA MUNICIPAL DE RERIUTABA

Hospital e Maternidade Rita de Vale Aragão

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito e para que ANTONIO ALVES DA SILVA, brasileiro, solteiro, portador do RG: [illegible], filho de Francisco Pereira da Silva e Maria Alves Pereira, residente em Quixelô, neste município, que o mesmo foi atendido nesta unidade Hospitalar, conforme Boletim de Atendimento de Pacientes Externos (anexo).

Reriutaba/CE, 11 de Março 2013

Francisco Angelina Carvalho Araújo
CAME

SASSMI SEGURADORA S/A
11 AB 2013
RIO DE JANEIRO-RJ

RERIUTABA
Construindo um novo futuro

Rua Dr. Osvaldo Rocha [illegible] - Vila Nova
CEP: 62 [illegible]
Reriutaba - Ceará
(085) [illegible]
E-mail: hospitalmaternidade@hotmail.com

SASSMI SEGURADORA S/A
11 AB 2013
RIO DE JANEIRO-RJ

Paciente: ANTONIO ALVES DA SILVA

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTERIANA D. ESQ.

Cirurgia: TR. CIRUR. Data: 11/03/13

RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES MÉDICAS

1) Fazer curativo diariamente

2) Retirar os pontos cirúrgicos em 11/04/13 no posto

- [x] SENTAR
- [x] PISAR COM APOIO AO RETIRAR OS PONTOS
- [ ] ANDAR
- [ ] ELEVAR MEMBRO INFERIOR
- [x] DOBRAR O JOELHO
- [x] NÃO PISAR
- [x] USAR MOLETAS
- [x] NÃO ANDAR
- [ ] USAR TIPÓIA

3) Ao retorno trazer esta parte da receita para facilitar o atendimento.

Retorno: Dia 11/04/13 Hora 09:00 Dia ___/___/___ Hora ___:___

Dia: ___/___/___ Hora: ___:___ Dia: ___/___/___ Hora: ___:___

Dr. [illegible]
CRM [illegible]

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 - Aldeota - CEP: 60170-002 - Fortaleza Ce

PABX: (85) 3244 2144 - Fax: (85) 3224 7225

SASSMI SEGURADORA S/A
11 AB 2013
RIO DE JANEIRO-RJ

Scanned by CamScanner

18 Sala 03.

- 18 02 - Dr. Estevão
- 20 02 - Dr. Thiago Chilton

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE

1. Preencher esta ficha em 3 vias.
2. Ao terminar o atendimento, entregar 2 das as vias, orientando para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: Hospital Regional Dr. Scapin
Distrito Sanitário: Município: Sobral
Nome: Prontuário Nº: 16
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: Ocupação:
Endereço: Bairro: Tel.:

Motivo do Encaminhamento:

Resultado de Exames:

Conduta Já Realizada:

Impressão Diagnóstica: Edmundo Coelho Timbó
GERIATRIA
CRM 11.551-81
Assinatura do Encaminhador: Rua Manoel Vasconcelos Nº 55 Função: Data: Hora:

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: Profissional:
Unidade de Referência: Data: / / Hora:

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA ☐

Unidade de Referência: SCMS
Município: Prontuário Nº: 707265 Alta: 23 02 13

Resumo Clínico/Cirúrgico: Fratura de colo de fêmur

Resultado de Exames:

CONFERE COM O ORIGINAL
Secretaria de Saúde
Sobral de Sobral

Diagnóstico: Principal CID:
Secundário 1 CID:
Secundário 2 CID:

SOGEM SEGURADORA S/A
RIO DE JANEIRO-RJ

Proposta de Conduta Para Seguimento:

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

Assinatura de Consultante - Nº Registro Função Data

(*) Utilizar também como resumo de alta

DIGITADO

PLANO TERAPÊUTICO

Nome: Maria da Silva Clínica: Enf.: Leito: Alta: Peso:

Data: 21/02/13	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
21	Dieta Geral	07:00	Paciente consciente, orientado, deambulando com auxílio, queixa-se de dor no quadril esquerdo.
21	SG 5% 500 ml + Dipirona 2 amp EV 6/6 h	13:00	Paciente consciente, orientado, deambulando com auxílio, queixa-se de dor no quadril esquerdo.
21	Ceftriaxona 1 g EV 12/12 h		

SOGEM SEGURADORA S/A
RIO DE JANEIRO-RJ

DIGITADO

PLANO TERAPÊUTICO

Nome: Maria da Silva Clínica: Enf.: Leito: Alta: Peso:

Data: 20/02/13	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
20	Dieta Geral	07:00	Paciente consciente, orientado, deambulando com auxílio, queixa-se de dor no quadril esquerdo.
20	SG 5% 500 ml + Dipirona 2 amp EV 6/6 h	13:00	Paciente consciente, orientado, deambulando com auxílio, queixa-se de dor no quadril esquerdo.
20	Ceftriaxona 1 g EV 12/12 h		

SOGEM SEGURADORA S/A
RIO DE JANEIRO-RJ

Scanned by CamScanner

DIGITADO

PLANO TERAPEUTICO

DIGITADO

PLANO TERAPEUTICO

EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA

PROFISSIONAL:

NOME: André Luiz da Silva Nº PRONTUÁRIO: 367265

SETOR: Emergência ENFERMARIA: Observação LEITO:

DATA	
21/09/13	André Luiz, 39 anos - Gastrite de Refluxo de Refluxo (?) - Paciente clinicamente estável a seria quadro Vômito imediato sem melhora. - Nº hospitalização - Melhora imediata
22/09/13	André Luiz, 39 anos - Gastrite de Refluxo (?) - Paciente clinicamente estável a seria quadro - Nº hospitalização - Melhora imediata - Alta hospitalar sem [illegible]
23/10/13	André Luiz, 39 anos 3ª DTH 08/10 h Diagnóstico DTG [illegible]

CARLOS EDUARDO SILVA
CRM-RJ 52-[illegible]

EVOLUÇÃO
OUTRAS ESPECIALIDADES CLÍNICAS

NOME: André Luiz da Silva Nº PRONTUÁRIO: 367265

SETOR: Emergência ENFERMARIA: Observação LEITO:

DATA	
Nome	André Luiz
Gastrite	Gastrite, [illegible]
04/09	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]

CARLOS EDUARDO SILVA
CRM-RJ 52-[illegible]

Scanned by CamScanner

① Alta hoje SOBRAL ev. alta em dois anos.
② Retorno na sobral

Edmilson Correia Timbó
CEBALON
Avenida Wenceslau Braz, nº 95
5613 5747 / 8818 0005

SABEMI SEGURADORA S/A.
RIO DE JANEIRO-RJ

SUS · Sistema Nacional Único de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Órgão Emissor: 0231290001 Protocolo: 178199
AIH: 2313100742014-3
Est: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
ANTONIO ALVES DA SILVA
Nascimento: 08/11/1973
D.Autorização: 23/02/2013
Procedi: 0408050622-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE
Op.Sistema: BONITILA

Identificação do Estabelecimento de Saúde
SANTA CASA DE MISERICÓRDI
SANTA CASA DE MISERICÓRDI

Identificação do Paciente
ATDD.: 3307669 DT. ATDD.: 20/2/2013
PATRI.: 767265 NASCIMENTO.: 8/11/1973
NOME...: ANTONIO ALVES DA SILVA
MAE...: MARIA ALVES
OF...: ÓG: SEFAZ/CE
ENDER.: FUNRUA 0
BAIRRO: ZONA RURAL - SOBRAL

CONFERE COM O ORIGINAL
Luciana do C. Gomes

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
• Paciente com fratura do colo do fêmur esquerdo, com indicação de internação

Risco de Comorbidade

RX Pulmonares sem alterações

Fratura do colo do fêmur

PROCEDIMENTO SOLICITADO
Osteossíntese

0408050622

CLÍNICA 1 CARÁTER DA INTERNAÇÃO 2 DOCUMENTO CNS

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)
( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO

AUTORIZAÇÃO
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
DOCUMENTO CNS CRM
DATA DA AUTORIZAÇÃO

CONFERE COM O ORIGINAL
Luciana do C. Gomes

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
FILIADA À CONFEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS DO BRASIL
Praça Monsenhor Eufrásio, 419 - Sobral - Ceará - CEP: 62.020-580
Fone: (88) 3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908
CNPJ 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0
Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74 E-mail: stacasa@sobralnet.com.br

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

PRONTO - SOCORRO

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO
Antonio Alves da Silva

HDA: Paciente com fratura de colo de fêmur esquerdo. Hoje evoluindo-se clinicamente estável e sem queixas.

EXAME FÍSICO: BEG, AAA, hidratado, normocorado, eupneico s/ edema de membros inferiores. ACV: ritmico, normocardico, 2T; Extremidades: MIE imobilizado

EXAMES REALIZADOS: Realizados

DIAGNÓSTICO: Fratura de colo de fêmur esquerdo

CONDUTA: Tratamento cirúrgico; Retorno no ambulatório de ortopedia com 15 dias.

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: Evolução de conduta

HOSPITAL REFERENCIADO: Hospital de origem

SABEMI SEGURADORA S/A. RIO DE JANEIRO-RJ

CONFERE COM O ORIGINAL
Luciana do C. Gomes

SOBRAL 23 / 02 / 13 MÉDICO: Dr. Flávio Chaves de Jesus

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
FILIADA À CONFEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS DO BRASIL
Praça Monsenhor Eufrásio, 419 - Sobral - Ceará - CEP: 62.020-580
Fone: (88) 3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0
Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74 E-mail: stacasa@sobralnet.com.br

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

PRONTO - SOCORRO

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO
Antonio Alves da Silva

HDA: Paciente com fratura de colo de fêmur esquerdo. Hoje evoluindo-se clinicamente estável e sem queixas.

EXAME FÍSICO: BEG, AAA, hidratado, normocorado, eupneico s/ edema de membros inferiores. ACV: ritmico, normocardico, 2T; Extremidades: MIE imobilizado

EXAMES REALIZADOS: Realizados

DIAGNÓSTICO: Fratura de colo de fêmur esquerdo

CONDUTA: Tratamento cirúrgico; Retorno no ambulatório de ortopedia com 15 dias.

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: Evolução de conduta

HOSPITAL REFERENCIADO: Hospital de origem

SABEMI SEGURADORA S/A. RIO DE JANEIRO-RJ

SOBRAL 23 / 02 / 13 MÉDICO: Dr. Flávio Chaves de Jesus

Scanned by CamScanner

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA

QP:
HDA:
EXAME FÍSICO:
DIAGNÓSTICO INICIAL:
CONDUTA:
DIAGNÓSTICO FINAL:
DATA: 20 / 02 / 2012 HORA: ASS/CRM

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
LEITOS DE OBSERVAÇÃO

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	HORA	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

TIPO DE TRAUMA
☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO:
HDA DO MÉDICO:
CONDUTA:
DIAGNÓSTICO:
MOTIVO DO ATENDIMENTO:
☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☒ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS
DESTINO DO ATENDIMENTO: ☒ CONSULTA
☐ COM MEDICAÇÃO
☒ SEM MEDICAÇÃO
☐ ALTA COMPLEXIDADE
☐ INTERNAÇÃO
☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
OBSERVAÇÃO: DESTINO
☐ INTERNADO: ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ ALTA
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS
ALTA DO PACIENTE
Data / / Hora:

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIAL
ATENDIMENTO: ADL CIRÚRGICO ☒
ACOLHIMENTO
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: HORA DA CLASSIFICAÇÃO:
PROCEDÊNCIA:
☐ PROCUROU PSF: SIM ☐ CAUSAS:
☐ ENCAMINHADO
☐ NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
☐ NÃO TINHA MÉDICO
☐ POSTO ESTAVA FECHADO
☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA
NÃO ☐ CAUSAS:
☐ NÃO É EFICIENTE
☐ É LONGE DE CASA
☐ NUNCA TEM MÉDICO
☐ TEM PLANTÕES
☒ TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:
☐ UBS
☐ SAMU
☐ CARRO
☐ DEAMBULANDO
☒ OUTRAS AMBULANCIAS
☐ MOTO, BICICLETA
HDA DO ACOLHIMENTO
PA: PULSO FR: TEMP.: PESO:
TIPO DE ACIDENTE:
☐ Acidente c/ objetos cortante-contusivos ☐ Acidente por arma de fogo ☐ Afogamento
☐ Choque elétrico ☐ Queda
☐ Ingestão acidental ☐ Contraceptivo ☐ Produtos químicos farmacêuticos
☐ Queimaduras ☐ Água ☐ Óleo ☐ Álcool ☐ Elétrico
☐ Atropelamento ☐ Carro ☐ Moto ☐ Bicicleta ☐ Outros
☐ Carro ☐ com cinto ☐ sem cinto ☐ Moto ☐ com capacete ☐ sem capacete
☐ Mordedura de animais ☐ Peçonhento ☐ Serpentes ☐ Ofídios
☐ OUTROS
LOCAL DO ACIDENTE:

Scanned by CamScanner

Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antonio Cristóstomo de Melo, 919 - Fone: (88)3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

LEITOS DE OBSERVAÇÃO

Paciente: Ant. Alves da Silva Matrícula: 767265 Reg.: 3353791 Leito: 06

Diagnóstico: Queixas:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	HORA	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
				[illegible]

Carimbo e Assinatura do Chefe do Setor (COREN)

Santa Casa de Misericórdia de Sobral

LEITOS DE OBSERVAÇÃO

Paciente: Ant. Alves da Silva Matrícula: 767265 Reg.: 3385784 Leito:

Diagnóstico: Queixas:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	HORA	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
				[illegible]

Carimbo e Assinatura do Chefe do Setor (COREN)

Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antonio Cristóstomo de Melo, 919 - Fone: (88)3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

LEITOS DE OBSERVAÇÃO

Paciente: Ant. Alves da Silva Matrícula: 767265 Reg.: 3385784 Leito:

Diagnóstico: Queixas:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	HORA	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
			14:20	Permanece em observação [illegible]
			20:00	[illegible]

Carimbo e Assinatura do Chefe do Setor (COREN)

Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antonio Cristóstomo de Melo, 919 - Fone: (88)3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

LEITOS DE OBSERVAÇÃO

Paciente: Ant. Alves da Silva Matrícula: 767265 Reg.: 3385784 Leito:

Diagnóstico: Queixas:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	HORA	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
				[illegible]
			4:30	[illegible]
			22:00	[illegible]

Carimbo e Assinatura do Chefe do Setor (COREN)

Scanned by CamScanner

ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
VARA ÚNICA DA COMARCA DE RERIUTABA

Av. José Cassimiro de Albuquerque, s/n, Carão, Reriutaba, Ceará
CEP.: 62.260-000 Tel.: (88) 3637-2045 E-mail: reriutaba@tjce.jus.br

TERMO DE REGISTRO E AUTUAÇÃO

Nesta data, após recebidos, estes autos foram registrados e autuados por processamento eletrônico, na forma do demonstrativo abaixo discriminado.

Número do Processo: 804-76.2019.8.06.0157/0.
Número de volumes: 01.
Assunto: Procedimento do Juizado Especial Cível.
Segredo de Justiça: Sim ( ); Não (x).
Competência: Vara Única da Comarca de Reriutaba/CE.

Reriutaba, 25 de abril de 2019.

Antônio Osmar Neto
Auxiliar Judiciário
Mat. nº 555 TJ/CE

Scanned by CamScanner

Lote : 2019.00001172
Remetido : 25/04/2019

Origem : Secretaria da Vara Única da Comarca de Reriutaba
Destino : Antônio Edilberto Oliveira Lima(Juiz)

Tipo de carga: Processos

Ord	Processo	Classe	Partes principais	Volumes	Folhas
1	0000804-76.2019.8.06.0157	Procedimento do Juizado Especial Cível	Inacia Luzia Sales Cunha x Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT	1	
2	0000803-91.2019.8.06.0157	Procedimento do Juizado Especial Cível	Manoel Ferreira de Oliveira x Companhia Energética do Ceará - ENEL	1	
3	0000796-02.2019.8.06.0157	Procedimento do Juizado Especial Cível	Maria Eunice Lopes Aragao x Clovis Luiz Paiva Linhares	1	

Total : 3

Recebido em ___/___/___ Hora : ___:___ Por : _____ Assinatura : _____

Scanned by CamScanner