

Novo

24=V

0178438-13.2017

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: Maria Alana Cunha de Souza brasileiro(a),
estado civil Solteira, profissão Advogada inscrito(a) sob o CPF nº
041.974.953-58 e RG nº _____, residente
e domiciliado na Rua _____, nº _____,
Bairro _____, na cidade de Fortaleza, telefone 988494371
abaixo firmado, nomeia e constitui o seu bastante procurador judicial:

OUTORGADO: MÔNICA ALMEIDA DA SILVA, brasileira, divorciada, advogada devidamente inscrito na OAB-CE sob os números 25.813, com endereço profissional, para onde deverão ser encaminhadas às intimações e notificações, Rua 24 de Maio, nº 220, Bairro Centro, Fortaleza-CE, telefones: (85) 98834.5308 – 99737.8888.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante acima qualificado nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado também supra qualificado, ao qual concede procuração para o foro em geral, com os poderes das cláusulas "ad judicium e et extra judicium", para sua representação e defesa, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, nos termos do artigo 5º, parágrafo 2º da Lei n.: 8.906, de 04.07.1994, combinado com os poderes especiais do artigo 38, do CPC, ou seja, confessar, desistir, transigir, renunciar o direito em que se funda a ação, firmar compromissos e acordos, ratificar em Juízo, receber, dar quitação, receber alvará judicial, requerer falência ou concordata, podendo, ainda, o outorgado, substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

Fortaleza (CE), 24 de Junho de 2017.

x Maria Alana Cunha de Souza

OUTORGANTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 22/04/2018 às 11:52, sob o número 01261765220188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0126176-52.2018.8.06.0001 e código 358A7E4

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA DE RENDA

NOME:

Maria Alana Cunha DE Sousa

CPF:

041.974.953-58

DECLARO, com fins de pleitear os BENEFÍCIOS DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA, previsto no inciso LXXIV, do art. 5º da Constituição Federal, c/c parágrafo único, do artigo 4º da lei nº. 1060/50, não ter condições financeiras para arcar com as despesas da justiça, especialmente das custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família; indicando para o patrocínio de minha causa a advogada em PROCURAÇÃO.

Fortaleza-CE, 27 de Junho de 2016

x Maria Alana Cunha de Souza

Declarante



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 504 - 3399 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRANSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **29/08/2015 12:56:11**
 Data / Hora da Ocorrência: **07/06/2015 05:30:11**
 Endereço da Ocorrência: **VIA ESTRADA DA LAGOA FUNDA**
ZONA RURAL. MORADA NOVA /CE
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Víma(s)

Nome: **MARIA ADRIANA CUNHA DE SOUZA**
 Nascimento: **16/08/1993**
 RG: **2006032095058** Órgão Emissor: **SSP UF: CE** - CPF:
 Filiação: **FRANCISCO IRANILDO CLEMENTE DE SOUZA**
MARIA ADRIANA DA CUNHA
 Endereço: **SIT LAGOA FUNDA**
ZONA RURAL
MORADA NOVA CE BRASIL
 Telefone: **8596939556**

Histórico

A vítima qualificada informa que no dia 07.06.2015, por volta das 05h30min, seguia no garupa da motocicleta CCF 150, ano 2011/2011, cor preta, placa OCE-7786, Chassi 9C2KC1670BR637331, em nome de José Anicésio de Oliveira, que o veículo seguia conduzido pela pessoa de nome José Anicésio, que os dois saíam da casa de um primo da vítima e no instante em que entraram na estrada, outro motociclista que seguia na estrada colidiu na lateral esquerda da motocicleta da vítima; que a vítima caiu desacordada e foi socorrida por um casal que passava no local; que a vítima deu entrada no hospital local, Fundação São Lucas, apresentando trauma na perna direita e desacordada; que por conta dos ferimentos a vítima foi transferida para o IJF Centro, sendo constatado trauma em duas partes do fêmur direito, dilaceração de parte de um dos dedos do pé direito; que no IJF, a vítima ficou internada por durante dois dias, sendo transferida para o PSA, onde foi submetida a cirurgia na perna. Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANGELO WAGNER PONTES DE PAULA - MAT.: 198246-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

Maria Adriana Cunha de Souza

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUCIANO BARRETO COUTINHO BENEVIDES - MAT.: 133843-1-2

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 22/04/2018 às 11:52, sob o número 01261765220188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfcej.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0126176-52.2018.8.06.0001 e código 358A7E4



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 08/07/2015 10:44:37

Por: EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA:	07/06/2015 11:43:25
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 706205588476567	NOME: MARIA ALANA CUNHA DE SOUZA		Registro: 5376480		
CPF:	RG:	D. NASC: 16/09/1993	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR:
NOME DA MÃE: MARIA DRIANA DA CUNHA			NOME DO PAI: FRANCISCO IRANILDO CLEMENTE DE SOUZA		
TIPO DE LOGRADOURO: Fazenda	ENDEREÇO DO PACIENTE: lagoa seca		NP: shn	BAIRRO: zona rural	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: MORADA NOVA	UF: CE	CEP: 62940000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: MARIA ALANA CUNHA DE SOUZA		PARENTESCO:	TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO:	Acidente com motociclista, Colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas				
QUEIXAS:	COLISAO MOTO x MOTO HA 6h, ECG 15, APRESENTA HEMATOMA PERIORBITAL a E e REFERE CEFALALGIA				
OBSERVAÇÕES:	TRAUMA CRANIDENCEFALICO - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO				
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escola de Dcr: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					

SERVIÇO DE REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL - IJF
 PELO SISTEMA E-SUS
 DATA 08/07/2015
 MATRÍCULA 13826
Eduardo Romário Costa
 SERVIDOR(A)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 22/04/2018 às 11:52, sob o número 01261765220188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0126176-52.2018.8.06.0001 e código 358A7E4

sdº 1260001346

4:13/06

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA		2 - CNES: 2529149	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: P.S.A.		4 - CNES: 	
5 - NOME DO PACIENTE: MARIA ALANA CUNHA DE SOUZA			6 - Nº PRONTUÁRIO: 56947
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 708210151518189165677	8 - DATA NASCIMENTO: 16/08/1993	9 - SEXO: Masc ou Fem	10 - RAÇA/COR
11 - NOME DA MÃE: MARIA ADRIANA DA CUNHA		12 - TELEFONE DE CONTATO: 85-88993943	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: NI		14 - TELEFONE DE CONTATO: 85-98503781	
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): LAGOA SECA SN-ZONA RURAL			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: MORADA NOVA	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: CE	19 - CEP: 60.743-218
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR D +MAO D ,NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO .			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS LTDA Antonio de Almeida Neto - CRM 1038 Diretor Clínico			
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL FX.FEMUR +MAO	24 - CID 10 PRINCIPAL: S723	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TTO CIRÚRGICO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0127 0128	
29 - CLÍNICA: TRAUMA	30 - CARACTER DE INTERNAÇÃO: URGENTE	31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF	32 - NOME DO ESTABELECIMENTO DO SOLICITANTE: Trauma-Ortop
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Trauma-Ortop 08 JUN. 2015		34 - DATA SOLICITAÇÃO: 08/06/2015	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CRM): 08 JUN. 2015 CRM 7409
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO CRM 7409	37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	38 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO	39 - CNPJ DA SEGURADORA:
40 - Nº DO BILHETE:	41 - SÉRIE:	42 - CNPJ DA EMPRESA:	43 - CNAE DA EMPRESA:
44 - CBOR:			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR:	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: () CNES () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO): Denise Azevedo C. de Andrade Apoiladora CRM 5762 08 JUN. 2015		

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

Médico: *Dr. Newton*
Leito: *431*
Registrante: *Baurinda*

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 22/04/2018 às 11:52, sob o número 01261765220188060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0126176-52.2018.8.06.0001 e código 358A7E4

SUS-SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Dr. Carlos Alpa

FICHA DE REFERENCIA

UNIDADE DE ORIGEM: A. 51 MUNICÍPIO: M. Nova

NOME: Ms. Hanna da Cunha

SEXO: M () F (x) DATA DO NASCIMENTO: 16/08/93 OCUPAÇÃO:

ENDEREÇO: Lepra Fundos BAIRRO: FONE:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Traumatologia + Neurologia.

RESULTADO DE EXAMES: Teste viticos de queda de motor, esforço pouca dor na cabeça, olho de guaximira, e prateado fechado de femur d. = teste consciente, no peito, sibil, resp. ausc. ∴ PA = 110x70/70 = 80

CONDUTA REALIZADA: Salt = 96% gloop. 15.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO- Nº REGISTRO: [Assinatura] FUNÇÃO: Med. pl DATA: 07/06/15 HORA: 06:46

UNIDADE DE REFERÊNCIA: JJF

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

MUNICÍPIO: FRONTEIRO: ALTA 1 1

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: CID:

SECUNDÁRIO 1: CID:

SECUNDÁRIO 2: CID:

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO:

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM () NÃO ()

O MOTIVO DO DIAGNÓSTICO COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM () NÃO ()

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO- Nº REGISTRO: FUNÇÃO: DATA: HORA:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 22/04/2018 às 11:52, sob o número 01261765220188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0126176-52.2018.8.06.0001 e código 358A7E4



HOSPITAL PSA - DATA: 08/06/2015 - HORA: 23:11
 NOME: MARIA ALANA CUNHA DE SOUZA
 CONVENIO: SUS
 MEDICO: JOSE NEWTON MACEDO
 ATEND.: 15002563 - FRONT.: 00156947

REGISTRO DE ATENDIMENTO

- URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA
 AMBULATORIO
 INTERNAÇÃO

ATENDIMENTO
 Dia 08 Mês 06 Ano 2015 Hora 23:11

1º Atendimento
 Retorno

Registro Nº 15002563
 Frontalório Nº 00156947

13/06

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE	PACIENTE		Procendência		Profissão		Data Nascimento		IDADE	
	MARIA ALANA CUNHA DE SOUZA		IJF		BABA		16 08 1993		21anc	
	SEXO 1 MASC 2 FEM		NATURALIDADE/ NACIONALIDADE FORTALEZA		ESTADO CIVIL Solteiro(a)		ESCOLARIDADE		CPF	
	ENDEREÇO RUA AFONSO LOPES, 503 - 8598503781		BARRIO PARQUE DOIS IRMÃOS		MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE		TELEFONE 8588993973	
	PAI FRANCISCO IRANILDO CLEMENTE DE SOUZ		MÃE MARIA ADRIANA DA CUNHA		ACOMPANHANTE		PARENTESCO 60.743-218		TELEFONE	

ID CV	CONVENIO SUS	CARTERANP
	SEBURADO	

INF. INTERNAÇÃO	MÉDICO SOLICITANTE SIDNEI TORRES VIEIRA JUNIOR	MÉDICO RESPONSÁVEL JOSE NEWTON MACEDO
	POSTO CLÍNICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	IPPP / FPD 0431
	DIAGNÓSTICO S723 - Frat da diafise do femur	REGISTRANTE LAURINDA
	PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	PERMANÊNCIA MÍNIMA

MÉDICO SOLICITANTE	CONDIÇÕES DO PACIENTE <i>Edob, Gurgow 15, Eupmãia, cari eor + Incurva furiosa a. cora e mas @. Culinha Numa Numa.</i>
	IMAGEM LABORATÓRIO (PEDIDO DE EXAMES)

MÉDICO RESPONSÁVEL	DADOS DA ALTA	
	CID PRIMÁRIO / CID SECUNDÁRIO S723	PROCEDIMENTO SISREG 0408050519

MOTIVO DA ALTA	PROCEDIMENTO REALIZADO 0408050519	
	DATA 13/06/15	HORA

8 Fabiana Patricia Alves.
 ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

José Newton Macedo
 CPF: 036.872.333-34
 CRM 3113
 2112 JOSE NEWTON MACEDO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 22/04/2018 às 11:52, sob o número 01261765220188060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0126176-52.2018.8.06.0001 e código 358A7E4

Endereço completo e telefone: Av. Desembargador
Moreira, nº 2283 - (85) 3244.2144
 Endereço completo e telefone: Av. Desembargador
Moreira, nº 2283 - (85) 3244.2144
 Cidade: Fortaleza UF: CE

Cidade: _____ UF: _____
 Cidade: _____ UF: _____
 Telefone: _____

Paciente: Maria Alina Chaves de Souza
 Endereço: Av. Afonso Celso, 503 - P. 2013 - Ed. 1000
 Prescrição: 1. C/1000 500mg - 2x/dia
de 11/12 a 14/12
2. Difenidramina 50mg - 1x/dia
de 11/12 a 14/12

Data: 13/06/15

Dr. José Newton Macedo
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 3113



Paciente: Maria Alina Chaves de Souza

Diagnóstico: Fratura da fíbula distal

Cirurgia: TT. Cirúrgica Data: 11/06/15

RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES MÉDICAS

- 1) Fazer curativo diariamente
- 2) Retirar os pontos cirúrgicos em 26/06/15 no posto

<input checked="" type="checkbox"/> SENTAR	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO PISAR
<input type="checkbox"/> PISAR COM APOIO AO RETIRAR OS PONTOS	<input checked="" type="checkbox"/> USAR MOLETAS
<input type="checkbox"/> ANDAR COM APOIO AO RETIRAR OS PONTOS	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO ANDAR
<input type="checkbox"/> ELEVAR MEMBRO INFERIOR	<input type="checkbox"/> USAR TIPÓIA () DIAS
<input checked="" type="checkbox"/> DOBRAR O JOELHO	

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

Retornos:
 Dia: 3/07/15 Hora: 10:00 Dia: 1/1 Hora: :
 Dia: 1/1 Hora: : Dia: 1/1 Hora: :

Dr. José Newton Macedo
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 3113

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS
 Av. Desembargador Moreira, 2283 - Aldeota - CEP: 60170-002 - Fortaleza-Ce
 PABX: (85) 3244.2144 - Fax: (85) 3224.7225



SOLICITAÇÃO DE ATESTADO

PACIENTE: Mania Alana

MÉDICO SOLICITANTE: _____

PRONT.: 156947 DATA: 13-06-19

30 45 60 90 120

Alta definitiva Sem prazo

Dr. José Renato Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113
Ass. Médico



ATESTADO MEDICO

ATESTO que o segurado Mania Alana
Chaves de Souza

portador da carteira profissional n.º _____

Série _____, necessita de 30 (trinta)


dias de afastamento do Trabalho, a partir desta data, por

Motivo de _____

Dr. José Renato Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113
Ass. Médico - CRM n.º _____

Fortaleza, 13/06/19

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas

 Boletim de Descrição Cirúrgica		Data: <u>11/06/18</u>	
		Paciente: MARIA ALANA CUNHA DE SOUZA Prontuário: 156.947 Leito: 431	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Doença de Crohn D12</u>			
Descrição/Procedimento: <u>Ressecção de íleo terminal</u>		Código: <u>2600050519</u>	
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>sem</u>		Asepsia/antisepsia <input checked="" type="checkbox"/> Aposição de campos estéreis <input checked="" type="checkbox"/>	
Cirurgião: <u>Wagner</u>		EXAMES RADIOLOGICOS TRANSOPERATORIO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Auxiliar 1: <u>Claudio José Fernandes Eufreixo</u> <u>CRM 166.496.983-87</u>		EXAME HISTOPATOLOGICO: <input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Não Solicitado	
Auxiliar 2: <u>Carla</u>		<input type="checkbox"/> Enviado do Laboratório <input type="checkbox"/> Entregue à Família	
Anestesiologista: <u>Carla</u>		Instrumentação: <u>laparoscopia</u>	
Antibióticos Utilizados:		<input type="checkbox"/> Profilático <input type="checkbox"/> Terapêutico <input type="checkbox"/> Pré-Operatório <input type="checkbox"/> Transoperatório <input type="checkbox"/> Não	
Dreno/Localização:		<input type="checkbox"/> Limpa <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Infectada <input type="checkbox"/> Potencialmente contaminada	

1. Paciente sob anestesia.
 2. Asepsia normal.
 3. Abundância de conteúdo.
 4. Ressecção de íleo terminal.
 5. Colóculo normal.
 6. Síntese normal.
 7. Lavagem.

Dr. Wagner
 Cirurgião e Anestesiologista
 CRM 166.496.983-87
 Assinatura do Cirurgião/Anestesiologista



Av. Desembargador Roberto de Albuquerque Torres, CEP: 60170-000.
Fortaleza-CÉ. PABX: (86) 3244-2144

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 09/06/15 Paciente: MARIA ALANA CUNHA DE SOUZA Leito: 431 Prontuário: 156947

Item	Prescrição Médica	Horário	Visto			
			8h	15h	21h	24h
1. Dieta Geral		SUB	140/80/36			
2. Diclofenaco 50mg VO 8/8h		11 20 06	130/80 36			
3. Dipirona 500mg VO 6/6h SN		20	120/80 36			
4. Ranitidina 150mg VO 12/12h		17 08				
5. Deltaparina Sódica 2500UI 24/24h						
6. SSV						

Evolução de Enfermagem:

Mamma: pac. coracil
 Orientada, desassada,
 higiene de forma, dieta
 aceita e segue em
 obs.: A seguir
 Tumor p.f. e
 baccado acuta
 cura p.f. e
 segue em obs.
 Não há aumento contínuo
 de crescimento tumoral
 há melhora sintomática
 apresenta sinais de
 seguimento em obs. para

[Handwritten Signature]
 Dra. Luciana Maria
 Crispim da Trindade
 CRM 27.12

Atividade de Saúde:
 Clínica de Enfermagem
 CREN-CE 7000

Fórmula de Prescrição 1.doc



Av. Lauro de Sousa Melo, 1301 - Centro, Fortaleza - CE, CEP: 60111-914
Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 01/06/15	Paciente: Monica A. Lana Cunha de Souza	Leito: 431	Prontuário: 156947
Item	Prescrição Médica	PA(mmHg)	FC(bpm)
		T(°C)	FR(ppm)
		Horário	Visto
1. Dieta Geral	SMD	8h 120/80	36
2. Diclofenaco 50mg VO 8/8h	14 2208	15h 130/77	36
3. Dipirona 500mg VO 6/6h SN	SN 1324	22h 120x80	36,2
4. Ranitidina 150mg VO 12/12h	17 65pp	Horário 6 horas	11 horas
5. Daltaparina Sódica 2500UI 24/24h	19 69ppm	Glicemia	17 horas
6. SSVV		Evolução de Enfermagem:	21 hora
7. SF 1 no.		Monhã: part. consciente	
8. Fim: 2 horas	(120x77)	orientado, verbalizava	
9. S de 21/12.	12	aconteceu o seguinte	
		em observação Pulso	
		69x33,5	
		Saúde: pt consciente	
		orientado, necessidades	
		acumadas, após 1,5h	
		em repouso no Solário	
		5/21/15	
		Marta Lima de Souza	
		Enfermeira	
		CORREN-GE: 488612	
		Muito: Paciente evoluindo	
		paciente, orientado, segue	
		mantendo repouso no leito	
		e pulso	
		582047	

Formulário de Prescrição 1.doc

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 12/12/18	Paciente: MARIA ALANA CUNHA DE SOUZA	Leito: 431	Prontuário: 156947					
Item	Prescrição Médica	Horário	Hora	PA(mmHg)	T(°C)	FC(bpm)	FR(ppm)	Visão
1. Dieta Geral	2. Dieta 4.2.1 e 4.2.2	SND	8h	110x80	36,2			φ
2. Diclofenaco	50mg VO 8/8h	SND	15h	100x80	36,2			φ
3. Dipirona	500mg VO 6/6h SN	SND	22h	120x80	36,2			φ
4. Ranitidina	150mg VO 12/12h	SND	Horário	6 horas	11 horas	17 horas	21 hora	
5. Daltaparina Sódica	2500UI 24/24h	SND	Glicemia					
6. SSW								
	1. S.F. 1.2.1	SND	Evolução de Enfermagem:					
	2. S.F. 1.2.2	SND	Aguardando cirurgia, a					
	3. S.F. 1.2.3	SND	de medicação					
	4. S.F. 1.2.4	SND	de medicação					
	5. S.F. 1.2.5	SND	de medicação					
	6. S.F. 1.2.6	SND	de medicação					
	7. S.F. 1.2.7	SND	de medicação					
	8. S.F. 1.2.8	SND	de medicação					
	9. S.F. 1.2.9	SND	de medicação					
	10. S.F. 1.2.10	SND	de medicação					
	11. S.F. 1.2.11	SND	de medicação					
	12. S.F. 1.2.12	SND	de medicação					
	13. S.F. 1.2.13	SND	de medicação					
	14. S.F. 1.2.14	SND	de medicação					
	15. S.F. 1.2.15	SND	de medicação					

Luciano R. Rodrigues
Farmacêutico
CRM 231.980

Formulário de Prescrição 1.006



AV Desembargador Helyer de Albuquerque, nº 1212, CEP. 011.000.000,
Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 12/11/18	Paciente: Monica Adelar Cunha de Souza	Leito: 431	Prontuário: 156947
Item	Prescrição Médica	Horário	PA(mmHg) T(°C) FC(bpm) FR(lpm) Visto
		9h	120/80 36,5
1. Dieta Geral		15h	130/80 36,5
2. Diclofenaco 50mg VO 8/8h		22h	140/80 36
3. Dipirona 500mg VO 6/6h SN		Horário	6 horas 11 horas 17 horas 21 hora
4. Ranitidina 150mg VO 12/12h		Glicemia	
5. Daltaparina Sódica 2500UI 24/24h		Evolução de Enfermagem: normal	
6. SSW		Paciente consciente, mobilizando	
7- SF 1200		incapacidade de fumar e em banhos presente	
8- C 1200		abundante tam, 2º dia P.O, multípulo	
9- 12/12		ausência PA - 180 x 80 mmHg	
10- T 1200/1200		temperatura 36,5; 1	
11- C 1200		T 1200/1200 - Paciente consciente	
12- 12/12		orientada, verbaliza	
13- 12/12		operada, clado de	
14- 12/12		Pentobarbital em aplicação	
15- 12/12		em H4, segue em obs. Alimenta	
16- 12/12		Noite: Paciente consciente,	
17- 12/12		orientada, em repouso	
18- 12/12		no leito, segue em	
19- 12/12		abrigado	
20- 12/12		Shizobeta	
21- 12/12		973.815	

Formulário de Prescrição 01.doc



AV. Beneditina, s/n - Centro, Fortaleza - CE, CEP: 60114-000
Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 30/06/15 Paciente: MARIA ALANA CUNHA DE SOUZA Leito: 431 Prontuário: 156947

Item	Prescrição Médica	Horário	Visto			
			8h	15h	22h	21 hora
1. Dieta Geral		SND				
2. Diclofenaco 50mg VO 8/8h						
3. Dipirona 500mg VO 6/6h SN						
4. Ranitidina 150mg VO 12/12h						
5. Daltaparina Sódica 2500UI 24/24h						
6. SSW						
7. Paracetol 500mg						
8. ALTA						

Evolução de Enfermagem:

Pac. em contatã-se de alta hosp. - Alcania Souza

10:40 pdt. saiu de alta hospitalar

(Circular stamp: Dr. José Wagner Moura, CRM 1402, Conselho Regional de Medicina do Ceará)

A

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

DECLARAÇÃO

Eu, MARIA ALANA CUNHA DE SOUZA portador da carteira de
identidade nº 2006-032095058 e inscrito no CPF sob o nº 041 974 953 38

residência e domiciliado na RUA PIRITIBA 408

Cidade: CAUCAIA Estado CEARA declaro, sob as penas da lei, que estou
impossibilitado de apresentar; PRONTUÁRIO COMPLETO INCLUINDO PROCEDIMENTO
CIRÚRGICO, realizado no Hospital DE MORADA NOVA Data de Entrada: 7.1.15

Data de Saída:

realizado em; MORADA NOVA

O hospital se nega a disponibilizar a Xerox do PRONTUÁRIO COMPLETO ONDE INFORMA
TODOS OS PROCEDIMENTOS CIRURGICO REALIZADOS.

Por esse motivo venho através desta comunicar e solicitar e requerer indenização do Seguro
Dpvat (Lei nº 6.194/74)

Com o objetivo de permitir o andamento do meu pedido de indenização do Seguro Dpvat, para
a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via
terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha
documentação enviada.

Concordando desde já, em me submeter à pericia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT
para a correta avaliação da existência e aferição do grau, ou lesões para os fins do art. 3º da Lei
nº 6.194/74.

Maria Alana Cunha de Souza

Assinatura do Declarante

FORTALEZA CEARA 31.08.2015

Local e Data

DECLARAÇÃO À SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS.

Eu, MARIA ALANA CUNHA DE SOUZA,
 cédula de identidade nº. 2006032095058 e CPF nº 04197495398, residente e domiciliado
 na RUA PIRATUBA 408
 Bairro CENTRO (Cidade: CAUCAIA), beneficiário do seguro DPVAT, do acidente no dia
7/6/15, venho perante a Seguradora Líder, em resposta as exigências da apresentação da prova de
 todas as providências legais, enumeradas no guia de regulação, afirmar que NÃO tenho nenhum desses
 documentos abaixo citados, ora exigidos:

- a). Atendimento e/ou remoção pelo Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Polícia Civil ou
- b). Atendimento e/ou Remoção pela Polícia Rodoviária Federal, ou
- c). Atendimento e/ou Remoção pelas "Ações de Asfalto", ou Concessionárias de Vias Públicas ou
similares, ou
- d). Remoção pela SAMU, Defesa Civil, ou
- e). Inquérito Policial, ou
- f). Aviso de Sinistro em Seguradora do Ramo Autos, ou
- g). Outro documento que evidencie o acidente.

Diante do exposto, a carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não
 poderá implicar no recebimento da indenização do seguro DPVAT, venho apresentar o rol de testemunhas
 abaixo, servindo como prova, conforme preceitos o Art. 212, III, do Código Civil Brasileiro, e para tanto
 me coloco a inteira disposição do controle fiscalizador da Seguradora Líder.

art. 212. Salvo o negócio a que se impõe forma especial, o fato
 jurídico pôde ser provado mediante:
 III - testemunhas;

Atenciosamente,

FORTALEZA - CE, 31 de AGOSTO de 2015.

* Maria Alana Cunha de Souza

Declarante:

Test. 1:

CPF:

Test.2:

CPF:



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MARIA ALANA JUNNA DE SOUZA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2006 0370 950 58 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 20/08/2014
 CPF 040974953-53 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA A MESMA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 012 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3406 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 9801-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

FORTALEZA, 31 de AGOSTO de 2015

LOCAL E DATA

Maria Alana Junna de Souza

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradorstransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 22/04/2018 às 11:52, sob o número 01261765220188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0126176-52.2018.8.06.0001 e código 358A7E4

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



Polgar Direito



Maria Maria Cunha de Souza

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

THOMAS BORG & SOUS

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **2006032095058** DATA DE EXPEDIÇÃO **20/08/2014**

NOME **MARIA ALANA CUNHA DE SOUZA**

FILIAÇÃO **FRANCISCO IRANILDO CLEMENTE DE SOUZA**

MARIA ADRIANA DA CUNHA

NATURALIDADE **FORTALEZA - CE** DATA DE NASCIMENTO **16/08/1993**

DOC. ORIGEM **CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: MESSEJANA TERMO: 114.308 FOLHA: 39**
LIVRO: A-97 FORTALEZA - CE
CPF **041.974.953-58**

Assinatura de Bonato P.: 1
ASSINATURA DO DIRETOR

2 VIA LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

TEIMAS GREG & SOUS

Paciente: MONICA ALANA CUNHA DE SOUZA

Diagnóstico: FITN FEMO DI

Cirurgia: FTC - L - K Data: 11.06.15

RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES MÉDICAS

1) Fazer curativo diariamente

2) Retirar os pontos cirúrgicos em 26/06/15 no posto

<input checked="" type="checkbox"/>	SENTAR	<input checked="" type="checkbox"/>	NÃO PISAR
<input type="checkbox"/>	PISAR COM APOIO AO RETIRAR OS PONTOS	<input checked="" type="checkbox"/>	USAR MOLETAS
<input type="checkbox"/>	ANDAR COM APOIO AO RETIRAR OS PONTOS	<input checked="" type="checkbox"/>	NÃO ANDAR
<input type="checkbox"/>	ELEVAR MEMBRO INFERIOR	<input type="checkbox"/>	USAR TIPIÓIA () DIAS
<input checked="" type="checkbox"/>	DOBRAR O JOELHO	<input type="checkbox"/>	

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

Retornos:
Dia: 31/08/15 Hora: 08:00 Dia: Hora:
Dia: Hora: Dia: Hora:

Dr. José Newton Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS
Av. Desembargador Moreira, 2283 - Aldeota - CEP: 60170-002 - Fortaleza-Ce
PABX: (85) 3244.2144 - Fax: (85) 3224.7225

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 22/04/2018 às 11:52, sob o número 01261765220188060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0126176-52.2018.8.06.0001 e código 358A7E5

Nº DO CLIENTE
3419623-4

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Velho, 150
CEP 50130-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047261/0001-70 | CEP DE 405-848-5

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO 4 | SERIE B-4 | Nº 515023391

Rota 19 26001 18 080500 - 8 Data de Emissão 26/02/2018

Nome **MARIA DA CONCEICAO TAVARES**

End. Postal **RU 0018 SANTO SATIRO 00181 CS 131**
SANTO SATIRO - MARACANAU -

Medidor 23014873 Poste 0000 E50E

Classe **01-RESIDENCIAL 02-BX. RENDA MONOFASICO**

RG/CPF/CNPJ 023389653-88 CGF

Nome do Responsável

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Letura	Consumo	Valor (R\$)
Fev/2018	26/02/2018	27/03/2018	DISTRITO INDUSTRIAL I	R\$ 17,50

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor da Imposta	Percentual de Atuação		
			Mensal	Trim.	Anual
10,00		10,00	10,00	30,00	100,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ICMS	PIC	DMIC
0,00	0,00	0,00

Let. Anual	Let. Abator	Const.	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF 10200	10214	1,20	120	0,00	0,00	0,1500	18,00

VR. CONSUMO DO MES RESIDENCIAL NORMAL 65,41

DESCONTO TARIFA SOCIAL - BAIXA RENDA -24,56

MULTA MORATORIA REF 11/2017 0,82

JUROS DO MES 0,27

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 10,92

-PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,94

VENCIMENTO 10/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 59,78

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)
Energia	18,00
Distribuição	10,00
Encargos	10,00
Outros	10,00
Total	59,78

CONSUMO DOMICILIAR - EMISSÃO DE CO₂ (kg/Ano)

Consumo base emissões pelo consumo de energia elétrica

Emissão kg (CO₂) 59,78

Consumo kg (CO₂) 0,00

Correlação Equivalente (PICO)

CONTAS EM ATRASO

DEBITOS ANTERIORES

01/2018 35,63

Total 35,63

Esta conta refere-se à prestação de serviços de energia elétrica. O cliente deve pagar o valor devido dentro do prazo estabelecido no boleto. Caso não seja pago, a empresa poderá tomar as providências cabíveis para o atendimento do cliente, incluindo a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

Nº do Cliente: 3419623-4 Referência: Fev/2018

Data de Emissão: 26/02/2018 Total a Pagar (R\$): 59,78

Nº de Nota Fiscal: 515023391 Nº de Controle: 0003419623 00124 30412 90

