

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA" 09
ty

OUTORGANTE: RITA ROSA DE OLIVEIRA LINS, Brasileira, BR,
VENCISPS, AGRICULTORA, CPF. Nº 639.117.604-34,
RENOGENTE E DOMICILIADA À RUA GOMES OLIVEIRA,
Nº 547, CENTRO, AUSTÓRIA / PE

OUTORGADOS;

MARCOS ANTONIO INÁCIO DA SILVA, brasileiro, casado,
advogado, OAB-PB 4007, OAB/PE 573-A, OAB/AL 5732-A,
CPF nº 206.448.414-00, EDSON BATISTA DE SOUZA,
brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB nº
3183, OAB/PE 569-A, OAB/AL 5.731-A, CPF nº
185.572.524-0, JOÃO CARDOSO MACHADO, brasileiro,
casado, advogado, inscrito na OAB/RS nº 19.368, CPF nº
008.846.850-04 e NELSON AZEVEDO TÔRRES, brasileiro,
casado, advogado OAB- PB, 11488, inscrito no CPF sob o
nº 031.129.754-48, todos com escritório à Rua
Francisca Moura, 548, centro, João Pessoa-PB.

PODERES:

Por este instrumento o outorgante supra qualificado, nomeia e constitui os Outorgantes acima identificados, seus bastantes procuradores, conferindo-lhes os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agirem, em conjunto ou separadamente, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes poderes especiais para requerer em Juízo ou fora dele, como também confessar, transigir, desistir, firmar acordos ou compromissos, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, além de outros não expressamente constantes nesse mandato. Os poderes aqui descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

Auto-Clis. PE, 29 de Abril de 2008.

Rita Rosa de Oliveira Lins
outorgante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL

120

Rita R. de Oliveira Lima

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NUM. 4214055 DATA DE EXPEDIÇÃO 14.07.1989

NOME RITA ROSA DE OLIVEIRA LIMA.

FILIAÇÃO Pedro Raimundo de Oliveira. *JO*
Rosa Queiroz de Oliveira. *ty*

NATURALIDADE Flores-PE. 19.07.1950.

LOCAL DE ORIGEM C. Casamit. PLO. 24.07.1950.

Flores-PE.

CPF 009.264

Paulo Sousa

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 116 DE 29/01/81

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR RITA ROSA DE OLIVEIRA LIMA

DATA DE NASCIMENTO 19/07/1950 Nº INSCRIÇÃO 195490808/33 SEÇÃO 069 0062

MUNICÍPIO CUSTODIA IPE DATA DE EMISSÃO 01/07/93

JUIZ ELEITORAL *[Assinatura]*

VÁLIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Rita Rosa de Oliveira Lima

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição 639.117.604-34

Nome RITA ROSA DE OLIVEIRA LIMA

Nascimento 19/07/1950

5 de NOVEMBRO de 1988

PROGRAMA FRENTE PRODUTIVAS DE TRABALHO

MIR/SUDENE/GOVERNO DE PERNAMBUCO

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO - 598.798.9

RITA ROSA DE OLIVEIRA

APELIDO CUSTODIA

MUNICÍPIO BAIRRO REDENÇÃO

COMUNIDADE 19.07.50 TIPO CI

DATA NASC. 4214055

DOCUMENTO B. BRASIL - CUSTODIA

AG PGTO 001913

ASSINATURA / POLEGAR DO BENEFICIÁRIO

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA



WWW.CELPE.COM.BR
COMERCIAL 0800 81 0120
PRONTIDÃO 0800 81 0196

AGÊNCIA NACIONAL DE ENERGIA
ELÉTRICA - ANEEL 144
LIGAÇÃO GRATUITA DE TELEFONES FIXOS E
TARIFADA NA ORIGEM PARA TELEFONES CELULARES

DADOS DO CLIENTE
RITA ROSA DE OLIVEIRA LIMA

CPF: 63911760434

ENDEREÇO

RUA GOMES OLIVEIRA, 547

CENTRO - CUSTÓDIA
CUSTÓDIA-PE CEP-56640000

DATA DE VENCIMENTO

25/04/2008

TOTAL A PAGAR (R\$)
10,80

RESERVADO AO FISCO

FCF4.5801.4151.A88D.E9EF.4FF9.FF2E.F5A7

DATA DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

03/04/2008

DATA DA APRESENTAÇÃO

17/04/2008

NÚMERO DA NOTA FISCAL

00000000000095236

NÚMERO DO CONTRATO

0900576021

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
MONOFÁSICO
B1-Residen

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL E INFORMAÇÕES IMPORTANTES

CONSUMO ATIVO (kWh)

QUANTIDADE

Preço

Valor (R\$)

30,00

0,36026

10,80

Reaviso de Débitos Anteriores

O não pagamento da nota fiscal de 04/03/2008, no valor de R\$ 11,73, vencida desde o dia 27/03/2008 poderá implicar na suspensão do fornecimento de Energia Elétrica logo após o 15 (décimo quinto) dia do recebimento deste REAVISO DE DÉBITO. O pagamento deste débito não quite débitos anteriores que constam como não pagos e nem impeçam a suspensão do fornecimento por faltas e reaviscadas e não pagas. DATA: 04/03/2008 - R\$ 11,73 DATA: 06/02/2008 - R\$ 10,80

Caso já tenha efetuado o(s) pagamento(s), favor entrar em contato com a CELPE

Faturado pelo mínimo da fase
- Custo de Disponibilidade,
Artigo 48, Resolução ANEEL
456/2000

HISTÓRICO DO CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (kWh)
ABR 08	30
MAR 08	30
FEV 08	30
JAN 08	30
DEZ 07	30
NOV 07	30
OUT 07	30
SET 07	30
AGO 07	30
JUL 07	30
JUN 07	30
MAI 07	30
ABR 07	30

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 456/2000), tarifas e tributos se encontram à disposição em nossas unidades de atendimento. Para esclarecimentos sobre o consumo, verifique o valor atual da leitura

TOTAL A PAGAR

10,80

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

INTERRUPÇÃO	ENGLA	ENSCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO
Todo Consumidor pode solicitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica por períodos de até 30 dias, sem ônus para o cliente. A suspensão deve ser solicitada por escrito, com antecedência de 15 dias, e o cliente deve pagar a tarifa de disponibilidade. (Res. ANEEL 024/2000).	DIC	Número de horas, em média, que o cliente ficou sem energia	CUSTÓDIA	0,00	28,00
	PIC	Número de vezes, em média, que o cliente ficou sem energia		0,00	18,00
	DMIC	Duração máxima de interrupção contínua por unidade consumidora		0,00	13,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MÊS	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO
01/06/07	CAT	03/03/2008	02/04/2008	30
		3916	3929	13

DATA PREVISTA PARA PRÓXIMA LEITURA: 02/05/2008

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO IMPOSTO	ICMS	OPFUS
			0,11	0,54

INFORMAÇÕES SOBRE A NOTA FISCAL

Pagamento em atraso gera multa 2% (Res. 456/ANEEL 29/11/00) e Juros 1% a.m. (Lei 10.438 26/04/02). Tarifas com reajuste médio de 0,73% para baixa tensão e 5,68% para alta tensão, a partir de 29/04/2007. (Res. 459/07). Isenção do ICMS conforme Art.9.XLVIII, a, 2, do RICMS-PE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

NÚMERO DO CONTRATO

0900576021

MÊS / ANO

04/2008

TOTAL A PAGAR (R\$)
10,80

VENCIMENTO

25/04/2008

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Defeito Físico (Descrever)



185816

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº

190/2008 32

(Cópia autêntica, vale como certidão)

Unidade Operacional		Circunscrição		Data do Registro		Hora do Registro		Nº de Folha / Total de Folhas	
15-05-08		159ª - CUSTÓDIA / PE		15/05/08		12:25		01 / 02	
Descrição da Natureza				Data do Registro		Hora do Registro		Nº de Folha / Total de Folhas	
ACIDENTE DE TRÂNSITO				15/05/08		12:25		01 / 02	
Data (dd / mm / aaaa)		Hora (hh:mm)		Consumado		Culposo		Flagrante	
15/05/08		18:05		Tentado		Doloso		Atos Infracionais	
Circunscrição do Fato		Local Principal da Ocorrência		Consumado		Culposo		Flagrante	
159ª - CUSTÓDIA / PE		RUA A 32 232 - KM 330		Tentado		Doloso		Atos Infracionais	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)				Complemento (Apto., Sala, Andar)		Bairro		Município	
RUA A 32 232 - KM 330						Rexua		CUSTÓDIA	
Município				UF		Ponto de Referência		CEP	
CUSTÓDIA				PE		RUA A 32 232 - KM 330		58.640-000	
☒ VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA				Nº		Nome / Razão Social		Sim Não	
				159ª CIRCUNSCRIÇÃO		RUA ROSA DE OLIVEIRA LIMA			
						Pai			
						Mãe			
						Apelido / Nome Fantasia			
						Sexo		Estado Civil	
						M F		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amasiado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
						Data de Nascimento		Idade Aparente	
						15/07/50		11	
						1. Recém-nascido / Lactente 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos) 4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos) 7. Analfabeto 8. Superior Completo 9. Superior Incompleto 10. Superior Incompleto 11. Superior Incompleto			
						RG CNH		Orgão Expedidor UF	
						233.472.529-20		PE	
						Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)		Número Complemento	
						RUA GOMES DE OLIVEIRA		394	
						Bairro		CEP	
						CENTRO		58.640-000	
						Município		UF	
						CUSTÓDIA		PE	
						Profissão		Número Complemento	
						AGENCIARIA			
						Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)		Número Complemento	
						Bairro		CEP	
						Município		UF	
						Altura Aparente		Peso	
						1. Até 0,5 m 2. 0,6-1,0 m 3. 1,1-1,5 m 4. 1,51-1,70 m 5. 1,71-1,80 m 6. Acima de 1,80 m		1. Até 20 kg 2. 21-40 kg 3. 41-60 kg 4. 61-80 kg 5. 81-100 kg 6. Acima de 100 kg	
						Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Barba (Descrever)	
						Tipo da Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)	
						Dentes (Descrever)			
						☐ VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA		Sim Não	
						Nome / Razão Social			
						Pai			
						Mãe			
						Sexo		Estado Civil	
						M F		1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amasiado(a) 6. Separado(a) 7. Não Informado	
						Data de Nascimento		Idade Aparente	
						1. Recém-nascido / Lactente 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos) 4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos) 7. Analfabeto 8. Superior Completo 9. Superior Incompleto 10. Superior Incompleto 11. Superior Incompleto			
						RG CNH		Orgão Expedidor UF	
						Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)		Número Complemento	
						Bairro		CEP	
						Município		UF	
						Profissão		Número Complemento	
						Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)		Número Complemento	
						Bairro		CEP	
						Município		UF	
						Altura Aparente		Peso	
						1. Até 0,5 m 2. 0,6-1,0 m 3. 1,1-1,5 m 4. 1,51-1,70 m 5. 1,71-1,80 m 6. Acima de 1,80 m		1. Até 20 kg 2. 21-40 kg 3. 41-60 kg 4. 61-80 kg 5. 81-100 kg 6. Acima de 100 kg	
						Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Barba (Descrever)	
						Tipo da Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)	
						Dentes (Descrever)			



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

113738

BO N°

13012008 13

Modus Operandi (Fato)	Unidade Operacional 3ª VSC	Circunscrição	Data do Registro 15/04/08		Hora do Registro	Nº da Folha / Total de Folhas 02 / 02		
	Forma de Aproximação? 1599 - Contato		Forma de Ação da Abordagem?		Forma de Entrada?			
	Local de Entrada?		Forma de Evasão?		Estelionato?			
	Alterações no Local?							
Pessoas Envolvidas	Nº	Envolvido	Tipo de Objeto		Marca / Modelo	Número de Série		
		Quantidade	Valor		Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não		
		Qual o motivo do registro do objeto?						
	Nº	Envolvido	Tipo de Objeto		Marca / Modelo	Número de Série		
		Quantidade	Valor		Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não		
		Qual o motivo do registro do objeto?						
	Nº	Envolvido	Tipo de Objeto		Marca / Modelo	Número de Série		
		Quantidade	Valor		Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não		
		Qual o motivo do registro do objeto?						
Dados dos Veículos	Nº	Envolvido	Marca / Modelo		Cor	Ano	Renavam	
		UF	Chassi		Placa	Veículo Apreendido? ☐ Sim ☐ Não		
		Qual o motivo do registro do veículo?						
	Nº	Envolvido	Marca / Modelo		Cor	Ano	Renavam	
		UF	Chassi		Placa	Veículo Apreendido? ☐ Sim ☐ Não		
		Qual o motivo do registro do veículo?						
	Dados Complementares	Comparamos a este Depol e vimos em tela a informação que no dia 13 de junho de 1998, por volta das 18h30h, uma atropelada por um veículo Gu branco de cor preta conduzido pelo fonoas conhecido por "Anna". Que, devido a gravidade dos ferimentos, Anna morreu logo após o atropelamento de cabeça de Arcoverde PE, permanecendo o (obj) das informações.						
Responsáveis	Exames Periciais: S. Solicitado R. Realizado		Envolvido ☐ S ☐ R		Tipo do Exame		Envolvido ☐ S ☐ R	
	Tipo do Exame		Matrícula		Assinatura		Unidade	
	☐ Condutor ☐ Recebedor		Interessado(a)		Ass:		Nome:	
	Responsável pelo Preenchimento Matrícula Nº 228.236-3		Ass: [Assinatura]		Ass: [Assinatura]		Nome:	

CASA DE SAÚDE SÃO LUCAS

Rua Prudente de Moraes, 28
Arcoverde - Pernambuco

SETOR ENFERMARIA 11 LEITO 22

CLÍNICA CIRÚRGICA Dr. Roberto
NOME Rita Rosa de Oliveira Nº REGISTRO 1577
SEXO feminino IDADE 18/10/1950 ANOS ESTADO CIVIL casada
RESPONSÁVEL Rosa Américo de Oliveira PROFISSÃO do lar
RESIDÊNCIA R. Corina Pereira 66 (custódia) ADMISSÃO 10/10/1998

ANAMNESE

QUEIXA PRINCIPAL
Dor no cotovelo, ombro, joelho
HIST. DA DOENÇA ATUAL
Vítima de acidente por
rebarbado de ferro
pi.
SE/DAS/DECARH
☒ INTERNAMENTO AUTORIZADO
☐ INTERNAMENTO CLOSADO
MOTIVO:
☐ LAUDO MÉDICO NÃO AUTORIZADO
MOTIVO:
☐ MUDANÇA DE FICAR EN
PROB. AUTORIZADO:
EXAME FÍSICO GERAL

EXAME FÍSICO GERAL
Assinatura do Supervisor
ESTADO GERAL Regular - MUCOSAS VISÍVEIS Hipocrômicas
ESTADO DE NUTRIÇÃO Regular - FÁCEIS Hipocrômicas
OUTROS
AP. CARDIO-RESPIRATÓRIO
PA 120/80 PULSO RADIAL + bpm FREQ. bpm
AUSCULTA CARDÍACA RCM
PULMÕES RCM
AP. DIGESTIVO
INSPEÇÃO DO ABDOMEM Plano
PERCUSSÃO timpanica
PALPAÇÃO plano
Assinatura do Médico
Ortopedia - Traumatologia

Ap. genito-urinario	

Exame Local da Região ou Órgão Afetado

Exame local na região da bexiga e uretra
normal - n

Hipótese Diagnóstica Pol. traumática

Diagnóstico definitivo omento

Intervenção Cirúrgica

Início: _____

Diagnóstico pré-operatório: Pol. traumática

Diagnóstico operatório: _____

Operação principal: _____

Operação(ões) secundária(s): _____

Cirurgião: _____ Anestesista: _____

Auxiliares: _____ Anestesia: _____

Relato da Intervenção

Chicó.

Peça operatória: _____

[illegible]

ORDENS MÉDICAS

15
27

[illegible]

16
27
T

Rita Rosa de Oliveira
EXAME FÍSICO

Inspeção:

Palpação:

Ausculção:

Hipótese Diagnóstica: Col. transmissa L2/3

CONDIÇÕES DE ALTA

ALTA:

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

Óbito

☐
☒
☐
☐
☐

Tempo de Permanência Hospitalar 04

Dias

Óbito em

Hora

1 - 48 Horas

- 48 Horas

Decisão Médica

Alta Pedida

Transferência

Indisciplina

MOTIVO

☒
☐
☐
☐

Transferido para

Diagnóstico Definitivo

Tratamento

Diagnóstico Anátomo-Patológico

23, 06, 98
DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO-CREMEPE
Dr. Luiz Inocêncio S. S. S. S.
CRM 8849
Ortopedia - Traumatologia

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM - SUS-PE

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

Nome da Unidade: AIDA DE ANDRADE LIMA RABELLO C.G.C. Nº 09734237/000170

Informações do Paciente

Nome do Paciente: Rita Rosa de Oliveira
Data do Nascimento: 190750 Sexo: F Inf. 11 Leito 02
Nome da Mãe: Rosa Queiroz Oliveira Nº do Prontuário 1577
Endereço: (Av./Rua) Rua Morina Pereira
Nº 66 Bloco: Apto: Balro:
MUNICÍPIO Custodia UF: PE CEP: 56.640.000

Justificativa de Internação

História Clínica: *Doença crônica, fase aguda, com sintomas de dor, febre, tosse, falta de ar, etc.*
Exame Físico: *Respiração rala, com roncos, sem wheezes. Pulso regular, com ritmo normal. Pressão arterial normal. Temperatura normal. Sinais vitais estáveis.*

Principais resultados de exames complementares: *sem alterações.*

Diagnóstico Inicial: *Pneumonia* Código: 91500109
Procedimento Solicitado: *tratamento clínico*

Descrição da Clínica / Especialidade
Data: 19.06.98
Carimbo e Assinatura do Médico Solicitante da Internação: *Dr. Proencio Guido*
Data:
Carimbo e Assinatura do Médico Autorizador da Internação

Para Uso das Unidades Públicas

Autorização para Internação em Unidades Complementar

Nome da Unidade

Carimbo e Assinatura do Médico Responsável pelo Encaminhamento

Data do Encaminhamento

19.6
23.6

SES/DAS/ ECAEN

☒ INTERNAMENTO AUTORIZADO

☐ INTERNAMENTO FLOADO

MOTIVO: _____

☐ LAUDO MÉDICO NÃO AUTORIZADO

MOTIVO: _____

☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

PROC. AUTORIZADO: _____

[Signature] Assinat. do Supervisor

23/05/2018

PROCEDIMENTOS DO CRM

CRM 1.º Aux. _____

CRM 2.º Aux. _____

CRM 3.º Aux. _____

Anestesiologista CRM _____

Clinico CRM _____

Pediatra CRM _____

Consultas CRM _____

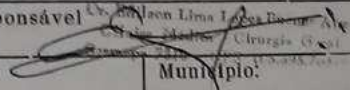
8649

No Plus

18 20 21

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM

LAUDO PARA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DE ARCOVERDE		Reg. VI DIRES	
Nome do Paciente: Rita Rosa de Oliveira			
Quadro Clínico: Dor e ferimentos no corpo com lesão de membros superiores e inferiores. Permeabilidade dos órgãos e sistema urinário.			
Diagnóstico: Lesão de membros superiores e inferiores com ferimentos e escoriações e contusões generalizadas corporais.			
1ª REMOÇÃO	Destino: C.S.S.C.	Município: Arcoverde	H. Saída: H. Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado): Lesão traumática de membros superiores e inferiores.		
	Assinatura do Responsável: 	Nº CRM: 7310	Data: 12/06/99
2ª REMOÇÃO	Destino:	Município:	H. Saída: H. Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado):		
	Assinatura do Responsável:	Nº CRM:	Data:
3ª REMOÇÃO	Destino:	Município:	H. Saída: H. Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado):		
	Assinatura do Responsável:	Nº CRM:	Data:
Unidade Prestadora do Serviço:		Município:	
Especificação do Atendimento Prestado:			
Assinatura do Responsável:		Nº CRM:	Data:

VERSAO: 8.90 NNN DATA ULT.ATUAL.: 20/06/98
F.N.S. / DATASUS

AIDA DE ANDRADE LIMA RABELO - 696
09.734.237/0001-70 Natureza Hospital: 20

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH
RELATORIO DE CONFERENCIA
CTA : 696

Apresentacao: 07/98

DATA: 07/07/98
Especialidade: 3

Num AIH : 1981510400

Pront : 0001577

Orgao Local : 15.400.06 Identificacao: 1

NPP: 0020

Paciente : RITA ROSA DE OLIVEIRA

Endereco: RUA ORINA PERERIA

66

Municipio: CUSTODIA

UF: PE CEP: 56640000

Nascimento: 19/07/50

Sexo: 3

Condicao: 2

Municipio Origem do Paciente: 260510

CUSTODIA

- PE

AIH POSTERIOR: 000000000-0

AIH ANTERIOR: 000000000-0

Respons. : RITA ROSA DE OLIVEIRA

CPF PACIENTE: 000000000-00

Vinculo: 1

CGC Empr.:

CPF Med.Solic.: 233472524-20

Proced.Solic.: 91.500.10.9

Carater Intern.: 9 Emissao : 19/06/98

CPF Resp.: 195725904-30

Enfermaria : 11

Leito : 2

Proc. Autor.:

1 1
2 1
3 1
4 1
5 1

Data Auditor : 19/06/98

DIAS

CPF Auditor : 001817734-49

Mes Inicial : 00
Mes Anterior : 00
Mes Alta : 00
Total : 00
Acompanhante : 00

0 <-- Num.de linhas preenchidas

CPF Dir. Cli.: 001817734-49 Proc. Real: 91.500.10.9 Esp. : 3 Intern.: 19/06/98 Saída: 23/06/98 Diag. Princ.: T141
Diag. Secund.: X588 Mot. Cobr.: 12 Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Obitos:

Tipo	CGC/CPF Profis.	Ato Profis.	Tipo Ato	Qte. Ato	Data Ato
01	07 : 000233472524-20	25.001.01.7	07	04	
02	03	21.001.04.7	16	01	
03	03	21.006.03.2	16	01	
04	03	21.001.01.4	16	01	
016			055	0007	



SERVIÇO DE RADIOLOGIA

Rua Prudente de Moraes, 28 Fone: 821-0794 - Arcoverde - PE
Tradição com Qualidade

NOME: Rita Rosa de Oliveira

MAT: INT. SUS

DATA: 20.06.98

CONVÊNIO SUS

Nº RX: 3541 Ombro AP/P RX Crânio AP/P

LAUDO MÉDICO

Ausência de fraturas no Crânio e
Ombro direito.


Jeová Fernandes de Gouveia
CRM - PE 3956

CERTIDÃO

CERTIFICO, que registrei o presente feito à
fs. 143 do livro de tombo nº 07 sob
o nº. de ordem 40, Dou fe:
Custódia, 30 de 05 de 2008

21
my

PODER JUDICIAL
DE DIREITO DA COMARCA DE CORTINA

CONCLUSÃO

Nesta data, em cartório, faço estes autos conclusos ao Dr. Juiz
de Direito desta comarca Custódia, 30 05 / 2008

Eu,

[Signature] o subscrevi

R. L.

I - Defiro a gratuidade.

II - cite-se a ré para,
querendo, oferecer resposta no
prazo legal.

Custódia, 30/05/08

[Signature]
Juiz de Direito

DATA

Nesta data, em cartório, me foram entregues estes autos pelo
Dr. Juiz de Direito
Custódia, 31 07 / de 2008.

Eu,

[Signature] Subscreevi