



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

REGISTRO GERAL 1376896-87 DATA DE EXPEDIÇÃO 11.09.1987

NOME MARIA IRIS FERNANDES MAIA

FILIAÇÃO Severino Fernandes de Moura
Isabel Maia Rocha

NATURALIDADE José da Penha-RN DATA DE NASCIMENTO 10.02.1962

Cert. Nasc. 25.498, Lv. A-53, Fls. 34v

Cartório de Russas-CE.

CPF ***

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

Este documento é o comprovante de Inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura: *Maria Iris Fernandes Maia*

MARIA IRIS FERNANDES MAIA

S
E
R
P
R
C

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 13/03/99



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **558250403**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | 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
JAN/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
6819193 DV **6**

VENCIMENTO
22/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
92,93

Rota 33 025004 77 028000

Medidor

Poste

Nome JOSE CARLOS SOMBRA JUNIOR

6041325

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora SITIO RETIRO 00000 IPIRANGA RUSSAS

RG / CPF / CNPJ 070.541.683-64

CGF

Classe B2 - 04-RURAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 50052

49806

1

246

0

246

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA
CONSUMO

246

0,36315

89,33

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

Prev. Próxima
Leitura

16/02/2019

16/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DF36.00C9.8DB5.3965.CF78.E32C.EA23.AC95

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 46,36
TRANSMISSÃO 4,94
DISTRIBUIÇÃO 26,42
ENCARGOS SETORIAIS 7,08
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 4,53

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE
SEU NUMERO DO CLIENTE SEM O DIGITO VERIFICADOR."

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor

NAO FOI POSSIVEL COLHER LEITURA POR: - FAT MEDIA-
LEIT BIMESTRAL ART 86 RES 414

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

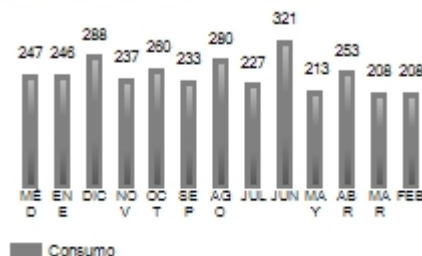
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 39,71

Conjunto

Mês NOV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,23	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,23		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

6819193-6

N° da Nota Fiscal: **558250403**

Total a Pagar (R\$): **92,93**

Data de Emissão:

14/02/2019

Referência: **JAN/2019**

N° de Controle: **0006819193 00044 4353 2 20**

83860000000-0 92930031000-0 00068191930-2 00444353203-9



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

MARIA IRIS FERNANDES MAIA, brasileira, solteira, portadora da cédula de identidade nº 1376896-87, SSP/CE e inscrita no CPF sob o nº 410186133-15, residente e domiciliado no Sítio Retiro, S/N, Zona Rural, Município de Russas, CEP: 62.900-00.

OUTORGADOS:

FAGNER XAVIER GOMES, casado, inscrito na OAB – CE sob o nº 30.339, residente na Rua Ocion Lopes da Silveira, 686 – Bairro Várzea Alegre, CEP: 62.900-000, Russas-CE, onde recebe intimações.

PODERES:

Os das cláusulas “AD JUDITIA ET EXTRA” ao qual confere amplos poderes, por prazo indeterminado, para, de acordo com o Art. 105 do Código de Processo Civil, atuar judicial ou administrativamente praticando todos os atos necessários à defesa do outorgante além de poderes inerentes ao mandato, podendo propor e contestar ações, receber citações, intimações e notificações, confessar, reconhecer a procedência do pedido, recorrer, impugnar, concordar, discordar, transigir, desistir do direito em que se funda a ação, receber e dar quitação, declarar, fazer acordos, negociar, assinar, firmar compromissos, levantar valores mediante alvarás judiciais e/ou requisitórios de pequeno valor (RPV's), enfim, praticar todos os demais atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato, podendo substabelecer no todo ou em parte, com ou sem reserva os poderes ora conferidos, e ainda os poderes específicos de promover ações judiciais em face da União Federal (Fazenda Nacional) para ação de restituição do imposto de renda cobrado sobre o saque ou benefício de aposentadoria privada fechada.

Russas, 14 de fevereiro de 2019



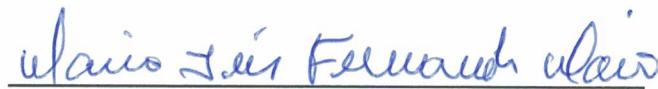
MARIA IRIS FERNANDES MAIA
RG: 1376896-87

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENTE

MARIA IRIS FERNANDES MAIA, brasileira, solteira, portadora da cédula de identidade nº 1376896-87, SSP/CE e inscrita no CPF sob o nº 410186133-15, residente e domiciliado no Sítio Retiro, S/N, Zona Rural, Município de Russas, CEP: 62.900-00.

DECLARA para os devidos fins legais que se fizerem necessários que não tem condições financeiras, não podendo arcar com o ônus processual em face da lei Nº. 1060/50 e no artigo 5º, inciso LXXIV da Constituição Federal, requerendo por fim o benefício da gratuidade judiciária.

Russas, 14 de fevereiro de 2019



MARIA IRIS FERNANDES MAIA
RG: 1376896-87



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

Impresso nº 2018253758



BOLETIM DE Ocorrência Nº 541 - 4146 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/11/2018 15:04:25**
Data / Hora da Ocorrência: **21/02/2018 12:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA DR. JOÃO MACIEL PEREIRA, 2542**
Complemento:
Bairro: **FÁTIMA** Município: **RUSSAS/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA IRIS FERNANDES MAIA**
Nascimento: **10/02/1962** CPF:
RG: **137689687** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **ISABEL MAIA ROCHA**
SEVERINO FERNANDES DE MOURA
Endereço: **RUA DR. JOÃO MACIEL PEREIRA, 2542**
Bairro: **N S FÁTIMA**
Município: **RUSSAS/CE** CEP: **62.900-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99125-3476**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWL0589** Uf: **CE** Município: **LIMOEIRO DO NORTE** Chassi:
9C2HA07103R055575 Renavam: **842706356** Tipo do Veículo:
MOTONETA Marca / Modelo: **HONDA/C100 BIZ ES** Ano Fabricação:
2003 Ano Modelo: **2003** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **GRACIR JOSE DE SOUZA** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

Afirma a vítima que na data e horário acima citados sofreu um acidente de motocicleta quando trafegava na Rua Dr. João Maciel Pereira, em frente ao número 2542; QUE trafegava na motocicleta de placa HWL-0589; QUE estava saindo de sua residência, quando o pneu da motocicleta passou sobre uma pedra solta e derrapou, fazendo com que viesse perder o controle do veículo; QUE caiu ao chão e a moto caiu sobre o pé da vítima, fraturando-o; QUE foi socorrida por pessoas que moram nas proximidades onde o acidente ocorreu; QUE foi levada ao Hospital e Casa de Saúde de Russas; QUE fraturou o pé esquerdo e sofreu queimaduras no mesmo local; E NADA MAIS DISSE.//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DAVI ARAÚJO DE SANTIAGO - MAT.: 300639-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

Consolidado em: 26/11/2018 15:22:14

Pág. 1 de 2

Impresso em: 26/11/2018 15:22:14



Cartório do 2º Ofício
Hércules Agharian - Titular

Av. Dom Lino, nº 1.151 - Loja 2/3 - Centro - Russas/CE
Tel. (85) 3411-0107 e 98841-6228
cartoriado2oficioderussas@gmail.com

Autentico, para todos os fins de direito, que a presente cópia reproduz o original, que me foi apresentado, em Cartório. Dou fé, Russas/CE, 26/11/2018

Luciana Silva Oliveira - Escrevente
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS



fls. 17

Impresso nº 2018253758

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 4146 / 2018

VIVIANE FREIRE MOREIRA DE ALMEIDA - MAT.: 30123476

DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

Consolidado em: 26/11/2018 15:22:14

Pág. 2 de 2

Impresso em: 26/11/2018 15:22:14



Cartório do 2º Ofício
Hércules Aghiarian - Titular

Av. Dom Lino, nº 1.151 - Loja 2/3 - Centro - Russas/CE
Tel. (88) 3411 - 0107 e 98841 - 6238
cartorio2oficioderussas@gmail.com

Autentico, para todos os fins de direito, que a presente cópia reproduz o original, que me foi apresentado, em Cartório, Dou fé, Russas/CE, 26/11/2018.
Luciana Silva Oliveira - Escrevente
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 010308671152
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA RENAVAM RNTC EXERCÍCIO
01 01 942706356 0000000000 2013

GRACIR JOSE DE SOUZA

LIMOEIRO DO NORTE/CE

74089692334

HWL0589

PLACA ANTAF

CHASSI

902HA07103R055575

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

PIR/MOTONETA/NAO APLIC. GASOLINA

MARCA/MODELO

ANOT. ANO

HONDA/C100 BIZ ES

2003

2003

CAP/POT/CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2P/3CV/437CC

PARTIC

VERMELHA

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC. COTAS

1	*****	2	*****
2	*****	3	*****
3	*****	4	*****

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

286.75 1.11 292.16 25/11/2013

OBSERVAÇÕES

LIMOEIRO DO NORTE

16/12/2013

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA - fls. 18
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 010308671152 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2013
CPF / CNPJ 74089692334
PLACA HWL0589

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CE Nº 010308671152 EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 16/12/2013

VIA RENAVAM CPF / CNPJ PLACA
01 74089692334 HWL0589

RENAVAM MARCA / MODELO
842706356 HONDA/C100 BIZ ES

ANO / PSE CAT. TARIF. N.º CHASSI
2003 09 902HA07103R055575

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
286.75	14.34	143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO (R\$)
4.15	1.11	292.01

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO 25/11/2013

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A
LOTE/DOC: 87055470
MOTOR: HAU/813055575
CNPJ: 09.248.608/0001-04



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE RUSSAS
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE TRÂNSITO E RODOVIÁRIO

Gonçalves
 Francisco Gilson Gonçalves da Silva
 Diretor Adjunto
 DETRAN DE RUSSAS/CE
 Portaria 840/2017

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BAT

LOCAL: Bua do João maciel Pereira 254 **BAIRRO** Poco REDONDO

DATA: 21/02/18 **HORA:** 12:00 **MUNICÍPIO:** RUSSAS **UF:** CE **CEP:** 62900-000

- | | |
|--|--|
| ☐ COLISÃO | ☐ TOMBAMENTO |
| ☐ ATROPELAMENTO DE PEDESTRE | ☐ CHOQUE COM OBJETO FIXO |
| ☐ ATROPELAMENTO DE ANIMAIS | ☐ ATROPELAMENTO DE CICLISTA |
| ☐ CAPOTAMENTO | ☒ OUTROS: <u>QUEDA</u> |

VI: PLACA: H | W | L | - | 0 | 5 | 8 | 3 **MUNICÍPIO** Limão do Norte **UF** CE

MARCA/MODELO: Honda / C100 B37 ES **ANO** 2003

TIPO MOTONEVA **COR DO VEICULO** VERMELHA

CONDUTOR (A):

NOME: Maria Iris Fernandes **NASC.:** 1 / 1

PAI: Sérgio Fernandes

MÃE: ISABEL Maria Rocha

CPF: 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 **RG:** 137683687

CNH: 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 **UF:** CE **CAT.:** 1 **FONE:** ()

ENDEREÇO: João maciel Pereira 254 **Nº** 254

CIDADE: RUSSAS **UF:** CE **CEP:** 62900-000

FOI VÍTIMA? ☐ NÃO ☐ LESÕES LEVES ☐ LESÕES GRAVES ☐ ÓBITO

ENCAMINHADO(A) PARA: DETRAN DE RUSSAS/CE

V2: PLACA: 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 **MUNICÍPIO:** RUSSAS **UF:** CE

MARCA/MODELO: 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 **ANO:** 1

TIPO: 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 **COR DO VEICULO:** 1

CONDUTOR(A):

NOME: 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 **NASC.:** 1 / 1

PAI: 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1

MÃE: 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1

CPF: 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 **RG:** 1

CNH: 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 **UF:** CE **CAT.:** 1 **FONE:** ()

ENDEREÇO: 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 **Nº** 1

CIDADE: 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 **UF:** CE **CEP:** 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1

FOI VÍTIMA? ☐ NÃO ☐ LESÕES LEVES ☐ LESÕES GRAVES ☐ ÓBITO

ENCAMINHADO(A) PARA: DETRAN DE RUSSAS/CE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE RUSSAS
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE TRÂNSITO E RODOVIÁRIO

VÍTIMA		
NOME: _____		
PAI: _____		
MÃE: _____		
RG: _____	CPF:	
DATA NASC.: ____/____/____	FONE/CELULAR: () _____	
ENDEREÇO: _____	Nº _____	
CIDADE: _____	UF: _____	
SITUAÇÃO: ☐ PASSAGEIRO(A) DO V1	☐ PASSAGEIRO V2	☐ PEDESTRE
ESTADO FÍSICO: ☐ LESÕES LEVES	☐ LESÕES GRAVES	☐ ÓBITO
ENCAMINHADO(A) PARA: _____		

VÍTIMA		
NOME: _____		
PAI: _____		
MÃE: _____		
RG: _____	CPF:	
DATA NASC.: ____/____/____	FONE/CELULAR: () _____	
ENDEREÇO: _____	Nº _____	
CIDADE: _____	UF: _____	
SITUAÇÃO: ☐ PASSAGEIRO(A) DO V1	☐ PASSAGEIRO V2	☐ PEDESTRE
ESTADO FÍSICO: ☐ LESÕES LEVES	☐ LESÕES GRAVES	☐ ÓBITO
ENCAMINHADO(A) PARA: _____		

NARRATIVA DOS FATOS E OBSERVAÇÕES:

Fomos informados pela P.M., que havia ocorrido um acidente. Ao chegarmos no local, socorremos a vítima na VTR de DEMUTRAN para o Hospital de Russas (H.C.S.R.)

AGENTE: Roginaldo Marques Nogueira MATRÍCULA: 4533 ASS: Rmn

Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190096399

Vítima: MARIA IRIS FERNANDES MAIA

Data do Acidente: 21/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FAGNER XAVIER GOMES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA IRIS FERNANDES MAIA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará

Recepção
Enfermagem
Farmácia



21/02/2018 12:11:58 1800235085 GUIA DE: ☒ ATENDIMENTO ☐ OBSERVAÇÃO - DIURNO - 16

Paciente: 00112574 - MARIA IRIS FERNANDES MAIA DN: 10/02/1962 - 56 A 0 M 11 D Sexo: F - Est. Civil: Solteiro(a)
 Identidade: 137689687 - SSP CE Raça/Cor: Parda - CPF: 410.186.133-15 Ocupação: AGRICULTOR
 Endereço: RUA - DR JOAO MACIEL PEREIRA - 00 - FATIMA - RUSSAS - CE CEP: 62.900-000 Nat.: RUSSAS - CE
 Contato: (88) 99601-7457 Mãe: ISABEL MAIA ROCHA Pai: SEVERINO FERNANDES
 Convênio: SUS - SUS Carteira: DE MOURA Validade:
 Autorização: Sis prenatal: CNS: Caráter Atend.: URGÊNCIA
 Motivo: URGENCIA / EMER Especialidade: CLINICA MEDICA Profiss. Atend.: DRA MARIA JO Setor: EMERGENCIA

OUTRAS ANOTAÇÕES (Enfermagem)

Peso: — KG. Temp.: — °C. Pressão: 130x90 mmHg. D. X: —

Classificação de Risco: ☐ VERMELHO ☐ LARANJA ☒ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Paciente apresenta queda de náuseas. Dor intensa
 no abdômen + pt e escuridão. Eructos de
 espuma. Sem outros sintomas.
 Negativa alergia a medicamentos.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

fratura MC (Permeio anteroagelo (E))

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

☐ RAIOS-X ☐ ULTRASSOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: —

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
1) R - x Permeio (E) + pt e anteroagelo (E)	> rx (OK)	Dor em pt (E)
2) Analgesia imediata	> 12:30h	após queda de med.
3) Avaliação de fratura	> atenção	Glasgow 15/
4) Monitorização	> (OK)	6

CONDUTA:

☐ ALTA POR DECISÃO MÉDICA ☒ AMBULATÓRIO ☐ ALTA A PEDIDO
☐ OBSERVAÇÃO (Até 24 Horas) ☐ ALTA A REVELIA ☐ INTERNAÇÃO
☐ TRANSFERÊNCIA PARA: DATA E HORA DA SAÍDA/ALTA: 21/02/18 13:00

ÓBITO

Antes do 1º Atendimento? ☐ SIM ☐ NÃO Destino: ☐ Família ☐ IML ☐ Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: MARCUS MAIA SIMPLICIO

Carimbo e Assinatura do Médico: Renata Santiago
 Atendimento registrado por: renata.santiago





HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará



1800235234 22/02/2018 10:29:00		GUIA DE ADMISSÃO ()		GUIA DE ATENDIMENTO ()		TRAUMA/CIRÚRGICO-01.004.002	
Paciente		Nascimento		CNS		CPF	
00112574 - MARIA IRIS FERNANDES MAIA		10/02/1962 Id: 56 A 0 M 12 D				410.186.133-15	
Documento		Sexo Estado Civil		Raça/Cor		Escolaridade Ocupação	
Identidade - 137689687 - SSP CE - 11/09/1987		F Solteiro(a)		Parda -		AGRICULTOR	
Endereço		CEP		Complemento			
RUA - DR JOAO MACIEL PEREIRA - 00 - FATIMA - RUSSAS - CE		62.900-000		PROX AS CASAS DO MAR			
Naturalidade		Contatos				SisPreNatal	
RUSSAS - CE		(88) 99601-7457					
Mãe		Pai					
ISABEL MAIA ROCHA		SEVERINO FERNANDES DE MOURA					
Plano - Convênio		Carteira		Validade		Autorização	
SUS - SUS							
Caráter de Atendimento		Procedencia		Especialidade		Profissional Solicitante	
Urgência				TRAUMA/ORTOPEDIA		ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA P	
CID Principal		Procedimento Solicitado				Perm. Máxima (dias)	

ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer () Exames Laboratoriais () RX () Ultrassonografia () Prótese () Mudança de Procedimento ()
 Convênio: Autorizado Até: ____/____/____ Prorrogado Até: ____/____/____
 Outros () Especificar: _____
 Data da Saída: 28 / 02 / 18 Motivo: () Curado () A pedido () Evasão () Transferido () Óbito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

PRINCIPAL:

OPERAÇÃO

SECUNDÁRIA:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

Médico Responsável

Diretor Responsável

Paciente ou Responsável

Guia emitida por: maria.aubetiza

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS				232800-3			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS				4 - CNES 232800-3			
Identificação do Paciente				6 - Nº. DO PRONTUÁRIO			
5 - NOME DO PACIENTE MARIA IRIS FERNANDES MAIA				00112574			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO		10 - RAÇA / COR	
898 0500 3124 5279		10/02/1962		3 - Feminino		Parda	
11 - NOME DA MÃE ISABEL MAIA ROCHA		12 - TELEFONE DE CONTATO (88) 99601-7457		13 - NOME DO RESPONSÁVEL MÁRIA IRIS FERNANDES MAIA		14 - TELEFONE DE CONTATO (88) 99601-7457	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA: DR JOAO MACIEL PEREIRA - 00 - PROX AS CASAS DO MAR - FATIMA				16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA RUSSAS		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO 231180	
		18 - UF CE		19 - CEP 62.900-000			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Pr d. febre</i>							
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Unidade de adm</i>							
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Pr d. febre</i>							
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Pr d. febre</i>		24 - CID 10 PRINCIPAL <i>5826</i>		25 - CID 10 SECUNDÁRIO		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>100 yr</i>							
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0408050497</i>		29 - CLÍNICA TRAUMATOLOGICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA		31 - DOCUMENTO C. N. S.	
32 - Nº. DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE 182215039540018		33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 22/02/2018		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		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			
AUTORIZAÇÃO							
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CDD, ORGÃO EMISSOR		48 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR		50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>02/03/18</i>		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)			


HCSR
 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**
BOLETIM DE OPERAÇÃO
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

 NOME: Marcelo dos Santos Fernandes Moais

 DATA: 26 / 08 / 2019 120 / 18

 LEITO: 3.2
DIAGNOSTICO CLÍNICO:
DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:
CONDIÇÕES DO PACIENTE

TEMPO	PULSO	RESP.	P.A.	GERAIS

ANESTESIA:
OPERAÇÃO:
CLASSIFICAÇÃO:

INÍCIO: _____ FIM: _____

ACHADOS (DESCREVER OS ÓRGÃOS EXPLORADOS E REGISTRE OS OS ACHADOS PATOLÓGICOS)

O QUE FOI FEITO:
CONTAGEM COMPRESSAS:

Operador

Auxiliar

Anestesista

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE.CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0447 / Telefax (088) 3411-6611

www.hcsrussas.com.br

 Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FAGNER XAVIER GOMES e Tribunal de Justiça do Estado de Ceará, protocolado em 22/02/2019 às 16:10, sob o número 0113059572019060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113059-57.2019.8.06.0001 e código 44A54CO.



HCSR

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

SANTAS CASAS UNIDAS

FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Mario Luis Fernandez Main

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

DATA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
		Intake p/ Cyne Dr. Walter Parreira Ortopedia & Traumatologia CRM-CE: 4078
		Subst. e apm de Surgul Dr. Walter Parreira Ortopedia & Traumatologia CRM-CE: 4078
	25/04/18	pneu e xonun e Gene D. Apnd meen DR. CLAUDIO EUFRASIO ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-CE: 4078
	25/04/18	pneu Apnd meen e quei DR. CLAUDIO EUFRASIO ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-CE: 4078
6/02/16		Art opulo. du iulh

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

www.hcsruissas.com.br



HCSR

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: m^{re} Gláucia Fernandes Maria

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

DATA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
28/02/08		1º PO frente à vítima Jr
28/02/08		Atte. hospitalar Jr

07.770.001/0001-64
 HOSP. TAL. RUA DE JACQUE
 RUA... 1430
 CENTRO
 RUSSAS
 CEP: 62.900.000
 CEARÁ

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

www.hcsrussas.com.br

Exames Laboratoriais - Tomografia Multislice - Mamografia Digital - Ultrassonografia - Raio-X Digital - Densitometria Ossea - Eletrocardiograma - Endoscopia Digestiva Alta - Colonoscopia - Audiometria - Clínica Médica - Cirurgias Ambulatoriais - Cirurgias Gerais - Patologia

Clínica São Bernardo

Rua Dr. José Ramalho, 1352
Centro - Russas - Ceará
Fones: 88 3411.1008 / 3411.0225
Fax: 88 3411.0939

Nome: Maria Iris Fernandes Maia

Endereço: _____

Declaro para os devidos fins que a Sra. Ma. Iris Fernandes Maia portadora do CPF: 430.386.133-15 com diagnóstico clínico de pós-operatório de tonsilomieloma (E) apresenta diminuição da amplitude de movimento: dorsiflexão 10°; flexão plantar 30°, inversão/eversão 8°, com presença de edema sendo que intensifica durante a deambulação.

Russas, 16 de fevereiro de 2019

Dra. Raquel Nêia de Oliveira Mendes
Fisioterapeuta
CREATO 179582 F

Angiologia - Dermatologia - Neurologia - Fonoaudiologia - Endocrinologia - Obstetrícia - Pediatria - Otorrinolaringologia - Fisioterapia - Patologia



**Clínica
São Bernardo**
Rua Vicente Veloso, nr.258 - Centro - Russas - Ceará.
Fones: (88)3411-0225/(88)3411-1008 - FAX:(88)3411-0939

Centro de diagnóstico por Imagem

Nome: MARIA IRIS FERNANDES MAIA - **Idade:** 56 - **Sexo:** F
EXAME: RX TORNOZELO ESQ AP E PERFIL (PARTICULAR) (CR) - **Data:** 05/04/2018

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO

Relatório:

- Densidade óssea preservada.
- Solução de continuidade na fíbula distal com placa e parafuso de fixação.
- Solução de continuidade na tíbia distal com desalinhamento de fragmentos posteriores e material metálico denso de síntese.
- Redução da amplitude do espaço articular tibio-talar.
- Esporões calcaneanos plantar e posterior.

Dra Eline Kristal Lopes Maia
Médica Radiologista
CREMEC 10884

Observação: Este é um exame complementar e deve ser analisado pelo médico solicitante em correlação com dados clínicos e laboratoriais.

RECEITUÁRIO

Nome: MAMA IDAS FERNANDES

End.: MAIA

Indo para

Atesto que a

paciente acima

foi submetida a

cirurgia de

Fúculo do

Tórax Esq.

Data: Fev/11

Médico - CRM

Rua Dr. José Ramalho, 1436, Centro - CEP: 62.900-000 - Russas/CE

Fone: (88) 3411.0147 - Fax: (88) 3411.6611

Don E Limita
CÃO DA FLEXO-
EXTENSÃO.

Feito - e
em pto

18/03/19
deputado

Valterno Pinheiro
Traumatologista
CRM-CE 6193

RECEITUÁRIO

Nome:

End.:

Atento fui e
ponto cirúrgico
foi realizado e
cirurgia por FRA-
tura TINTA -
-Mecanismo do
Tubo Exub.

Data:

Médico - CRM

Rua Dr. José Ramalho, 1436, Centro - CEP: 62.900-000 - Russas/CE
Fone: (88) 3411.0147 - Fax: (88) 3411.6611

funes - re

re

plty

sfuntis

14/

17



Valério Pinheiro
Traumatologia
CRM-6123

Valério Pinheiro
Traumatologia
CRM-6123

Exames Laboratoriais - Tomografia Multislice - Mamografia Digital - Ultrassonografia - Raio-X Digital - Densitometria Óssea - Eletrocardiograma - Endoscopia Digestiva Alta - Colonoscopia - Audiometria - Clínica Médica - Cirurgias Ambulatoriais - Cirurgias Gerais - Patologia - Angiologia - Dermatologia - Neurologia - Fonoaudiologia - Endocrinologia - Obstetrícia - Pediatria - Odontologia - Otorrinolaringologia - Fisioterapia



**Clínica
São Bernardo**

Rua Dr. José Ramalho, 1352
Centro - Russas - Ceará
Fones: 88 3411.1008 / 3411.0225
Fax: 88 3411.0939

Nome: Ma Iris F. Maia

Endereço: _____

- Solicito TC lombar

11

27/07/18



Dr. Josafá Fernandes
Traumato - Ortopedista
CREMEC: 5253 CPF: 068.854.713-04

Patologia - Angiologia - Dermatologia - Neurologia - Fonoaudiologia - Endocrinologia - Obstetrícia - Pediatria - Odontologia - Otorrinolaringologia - Fisioterapia



Clínica
São Bernardo

Rua Dr. José Ramalho, 1352
Centro - Russas - Ceará
Fones: (88) 3411.1008 / 3411.0225
Fax: (88) 3411.0939

Nome:

Endereço:

Clínica São Bernardo

Solicitado Rx da coluna
tóraco-lombosacral em
A P / L

14/02/14

[Handwritten signature]

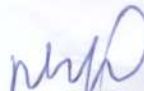

HCSR
 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Uma História Cuidando de Vidas

CNPJ: 07.770.001/0001-64

RECEITUÁRIO

Nome: Maria Fria Maria
 End.: _____

Ref. 12/03/18

Rx fonofto An


Data: ____/____/____

Médico - CRM

Rua Dr. José Ramalho, 1436, Centro - CEP: 62.900-000 - Russas/CE
 Fone: (88) 3411.0147 - Fax: (88) 3411.6611



RECEITUÁRIO

Nome: Maurício Pinheiro
End.: rua

Ativo ip
09/04/18

[Signature]

Dr. Valter Pinheiro
Farmacologia - Ortopedia
CRM 8183

[Signature]
Médico - CRM

Data: ____/____/____

Rua Dr. José Ramalho, 1436, Centro - CEP: 62.900-000 - Russas/CE
Fone: (88) 3411.0147 - Fax: (88) 3411.6611



RECEITUÁRIO

Nome: Maurício Pinheiro
End.: rua

uso oral
1 Fitosol ple-olp
glime

09/04/18

uso oral
uso oral

[Signature]
Médico - CRM

Data: ____/____/____

Rua Dr. José Ramalho, 1436, Centro - CEP: 62.900-000 - Russas/CE
Fone: (88) 3411.0147 - Fax: (88) 3411.6611

Sistema Único de Saúde
SUS / CEARÁ
FICHA DE REFERÊNCIA



Rua Dr. José Ramalho, 1436 - Russas - CE
Tel.: (0**88) 3411-0147 - Telefax: 3411-6611

1-Preencher esta ficha em 3 vias
2-Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retorno com a 1ª via à unidade de origem.

Unidade de Origem **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Distrito Sanitário: _____ Município: **RUSSAS-CE**

NOME: Luiz Tiago Furtado Pront. Nº 1234

SEXO: M () F () Data de Nascimento ____/____/____ Ocupação _____

Endereço _____ Fone: _____

Motivo de Encaminhamento _____

Resultado de Exames _____

Conduta já Realizada _____

Impressão Diagnóstica _____

Ass. Do Encaminhante - Nº Registro _____

Função _____

DATA _____

HORA _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento p/ atendimento: Ambulatorial () Hospitalar () Auxílio Diagnóstico ()

Procedimento _____ Profissional _____

Unidade de referência _____ Data _____ Hora _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência _____

Município _____ Prontuário Nº _____ ALTA ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico _____

Resultado de exames _____

Diagnóstico : PRINCIPAL _____ CID _____
SECUNDARIO 1 _____ CID _____
SECUNDARIO 2 _____ CID _____

Conduta Realizada _____

Proposta de Consulta para Seguimento _____

O problema justificou a referência?
SIM () NÃO ()

O movimento da referência coincide com o diagnóstico?
SIM () NÃO ()

Ass. Do Consultante - Nº Registro _____

Função _____

DATA _____

Sistema Único de Saúde
SUS / CEARÁ
FICHA DE REFERÊNCIA



Rua Dr. José Kamalho, 1436 - Russas - CE
Tel.: (0**88) 3411-0147 - Telefax: 3411-6611

1-Preencher esta ficha em 3 vias
2-Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retorno com a 1ª via à unidade de origem.

Unidade de Origem

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Distrito Sanitário:

Município: **RUSSAS-CE**

NOME:

SEXO:

M () F ()

Data de Nascimento

Ocupação

Endereço

Fone:

Motivo de Encaminhamento

Resultado de Exames

Conduta já Realizada

Impressão Diagnóstica

Ass. Do Encaminhante - Nº Registro

Função

DATA

HORA

AGENDAMENTO

Encaminhamento p/ atendimento:

Ambulatorial ()

Hospitalar ()

Auxílio Diagnóstico ()

Procedimento

Profissional

Unidade de referência

Data

Hora

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência

Município

Prontuário N°

ALTA

Resumo Clínico / Cirúrgico

Resultado de exames

Diagnóstico:

PRINCIPAL

SECUNDARIO 1

SECUNDARIO 2

CID

CID

CID

Conduta Realizada

Proposta da Consulta para Seguimento

O problema justificou a referência?

SIM () NÃO ()

O movimento da referência coincide com o diagnóstico?

SIM () NÃO ()

Ass. Do Consultante - Nº Registro

Função

DATA

09/04/18



Unidade de Origem

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Distrito Sanitário: _____

Município: **RUSSAS-CE**

NOME: _____

Pront. Nº _____

SEXO: M () F ()

Data de Nascimento ____/____/____

Ocupação _____

Endereço _____

Fone: _____

Motivo de Encaminhamento _____

Resultado de Exames _____

Conduta já Realizada _____

Impressão Diagnóstica _____

Ass. Do Encaminhante - Nº Registro _____

Função _____

DATA ____/____/____

HORA _____

Encaminhamento p/ atendimento: _____

Ambulatorial ()

Hospitalar ()

Auxílio Diagnóstico ()

Procedimento _____

Profissional _____

Unidade de referência _____

Data _____

Hora _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência _____

Município _____

Prontuário Nº _____

ALTA ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico _____

Resultado de exames _____

Diagnóstico:

PRINCIPAL _____

SECUNDARIO 1 _____

SECUNDARIO 2 _____

CID _____

CID _____

CID _____

Conduta Realizada _____

Proposta da Consulta para Seguimento _____

O problema justificou a referência?

SIM () NÃO ()

O movimento da referência coincide com o diagnóstico?

SIM () NÃO ()

Ass. Do Consultante - Nº Registro _____

Função _____

DATA ____/____/____