



End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>Eva Antonia Mourao</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>Solteira</u>	Profissão: <u>Da Lei</u>	Carteira de Identidade: <u>2001099021730</u>	
CPF nº: <u>041.168.743-37</u>	Residência: <u>R. Boacão I, S/Nº</u>		
Bairro: <u>Boacão</u>	Cidade: <u>Jiquiá de</u> <u>Jericócoara</u>	Estado/UF: <u>CE</u>	CEP: <u>62.598-000</u>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURÃO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 103, Fátima I, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do(a) outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

CRATEÚS - CE., 22 de maio de 2018.

Eva Antonia Mourao
(outorgante)



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **041.168.743-37**

Nome: **EVA ANTONIA ARAUJO**

Data de Nascimento: **11/06/1989**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **28/03/2007**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:59:56** do dia **21/05/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **1693.8F14.C38C.8D7B**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declarante: <u>Eva Antonia Araújo</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Av. Boiácio I, S/Nº</u>		Profissão: <u>De Lda</u>
CPF nº: <u>041.168.743-37</u>	RG nº: <u>2004099021730</u>	Estado Civil: <u>Solteira</u>
Bairro: <u>Boiácio</u>	Cidade: <u>Itapococa de Jericó/CE</u>	Estado/UF: <u>CE</u>
CEP: <u>62.698-000</u>	Telefone: _____	

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Proterús - CE, 22 de maio de 2018.

Eva Antonia Araújo

Declarante



End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declarante: <u>Eva Antonio Anauze</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>R. Boiocio I, S/Pº</u>		Profissão: <u>Do lar</u>
CPF nº: <u>041.168.743-37</u>	RG nº: <u>2001099021730</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Boiocio</u>	Cidade: <u>Juazeiro de Jericoacoara</u>	Estado/UF: <u>CE</u>
CEP: <u>62.898 - 000</u>	Telefone: _____	

DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Crateús - CE, 22 de maio de 2018.

x Eva Antonio Anauze
(declarante)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE JIJOCA DE JERICOACOARA



BOLETIM DE Ocorrência Nº 578 - 193 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **07/02/2018 16:53:57**
Data / Hora da Ocorrência: **09/07/2017 14:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA DEZESSETE DE OUTUBRO**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **JIJOCA DE JERICOACOARA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EVA ANTONIA ARAUJO**
Nascimento: **11/06/1989** CPF: **041.168.743-37** UF: **CE**
RG: **2001099021730** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **ROSIMAR MARIA DE SALES**
JOSÉ VALDERI ARAUJO
Endereço: **RUA PARANÁ**
Bairro: **CENTRO** CEP: **62.598-000**
Município: **JIJOCA DE JERICOACOARA/CE** Telefone: **(88) 99834-4422**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OHZ9234** Uf: **CE** Município: **JIJOCA DE JERICOACOARA** Chassi: **9C2JC4820CR041226** Renavam: **467178046** Tipo do Veículo: **MOTONETA** Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 125 ES** Ano Fabricação: **2012**
Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA**
Proprietário: **NEIDIANE ROZILDA ARAUJO** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Afirma a noticiante que na data supracitada, trafegava pela Rua Dezesete de Outubro, centro de Jijoca de Jericoacoara-CE, conduzindo a motocicleta HONDA/BIZ 125 ES, ano de fabricação/modelo 2012, placa OHZ9234, renavam 00467178046, chassi 9C2JC4820CR041226, cor predominante PRETA, documentada em nome de NEIDIANE ROZILDA ARAUJO, quando inesperadamente sofreu uma colisão lateral esquerda ocasionada por um automóvel que se evadiu logo em seguida; Que não teve tempo para reagir e caiu no chão; Que a noticiante foi socorrida ao Centro de Saúde de Jijoca Gabriel Brandão de Souza, em uma ambulância, acionada por populares; Que sofreu fratura exposta em MID; Que após realizado os procedimentos clínicos de urgência, a noticiante foi encaminhada para o Hospital da Santa Casa de Misericórdia, em Sobral-CE, onde passou por procedimentos cirúrgicos; Que indica como testemunhas: EDINEUZA JANETE ARAUJO RIBEIRO, telefone (88) 996878407, residente na Travessa Vicente de Paulo, nº 1425, centro de Jijoca de Jericoacoara-CE, e SILVANETE DE FATIMA ARAUJO, telefone (88) 999924060, residente na localidade de Baixio, s/nº, zona rural de Jijoca de Jericoacoara-CE; Que não foi socorrida por SAMU nem CORPO DE BOMBEIROS, por ausência desses órgãos na região; Que deseja dar entrar no SEGURO DPVAT; Que a noticiante não possui CNH; Nada mais.



PREFEITURA MUNICIPAL DE
JIJOCA DE JERICOACOARA
Adm: AMAMOS E CUIDAMOS

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

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

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: UPA Jericoacoara

Distrito Sanitário: _____

Município: Tirol de Jericoacoara

Nome: Fra Antonio Araujo

Sexo: M ☐ F ☒

Data de Nascimento: 11/06/74

Prontuário Nº _____

Endereço: Rua Senador 1941

Ocupação: _____

Pai: _____

Bairro: _____

Fone: _____

Mãe: Raimon Mano de Sales

Motivo do Encaminhamento:

Paciente com história de atropelamento/ocidente automobilístico, apresentando ferimentos múltiplos em tórax e abdômen direito e lesão sangrante em pantufilha de

Resultado de Exames: curta. Ao Ex. físico: ECG: Sinus. Freq. de dor. aca. ACI: RIF, GNR, P, N, S, N. MVD: NEN. Ex. pendentes. Abdominal: volume idêntico em abdômen direito. Gb: Lesão e presença de subarabno em pantufilha direita. PA: 114/82 FC: 76. Salto: 49.

Consulta já realizada: Rx do tórax direito e AWE + analgesia.

Impressão Diagnóstica:

Fra hua em região normal e lesões de tórax e abdômen direito.

Assinatura do Encaminhante-Nº Registro

Médica

09/01/17

15:34

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☒

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Transf. Hosp. local

Profissional: Obstetra

Unidade de referência: _____

Data: / /

Hora: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº _____

Alta / /

Resumo: Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____

Secundário 1 _____

Secundário 2 _____

CID: _____

CID: _____

CID: _____

Proposta de Conduta para seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do consultante - Nº Registro

Função

Data

(*) Utilizar também como resumo de alta



DATA: 09/07/17

HORA: 15:16

REGISTRO DE ATENDIMENTO

ETIQUETA DE CLASSIFICAÇÃO

Amarello

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 15:186

NOME: *Evo Antonio Prayo* IDADE: 27

☐ MORADOR: ☒ TURISTA: *fizica*

ATENDIMENTO

☐ ADULTO ☐ PEDIÁTRICO Resp: _____

PROCUROU PSF: SIM ☐

CAUSAS: ☐ ENCAMINHAMENTO
☐ NÃO TINHA FICHA PARA CONSULTA
☐ NÃO TINHA MÉDICO
☐ POSTO ESTAVA FECHADO
☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

NÃO ☒

☐ NÃO É EFICIENTE
☐ LONGE DE CASA
☐ NUNCA TEM MÉDICO
☐ ESTAVA FECHADO

TRIAGEM:

Paciente vítima de atropelamento, apresentando edema, dificuldade de movimentação e lesão corte contuso em M.D. Refere algia

ALÉRGICO: ☒ *João* ☐ SIM

Amanda M. Martins Marques
Enfermeira
COREN/CE: 17700

ASSINATURA DO ENFERMEIRO - COREN

PA: 111x82 Pulso: 76 bpm RF: *Suave 99%* TEMP: 36°C Peso: _____

**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL***Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil***RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório**

P/Eva Antônio Araújo

Relatório de Alta

- Debridamento cirúrgico + osteossíntese com fixador externo (08/07/17) devido a fratura exposta grau III B de 1/3 distal de tíbia direita.

- 1) Retirar pontos em 10 dias
- 2) Retorno com Dr Thales em 15 dias
- 3) Não pisar
- 4) Tomar medicação

Dra. Laila Ponte
RESIDENTE DE ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA
CRM-AC 18467

11/07/17

Cód. 1983

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

Fone: (88) 3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908

CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Atendimento: 4900428 | **Paciente:** 911629 - EVA ANTONIA ARAUJO
Data e Hora do Acolhimento: 09/07/2017 19:34:04

TIPO DE ACOLHIMENTO: ADULTO
TIPO DE ATENDIMENTO: CIRÚRGICO
CLASSIFICAÇÃO: AMARELO

Paciente Referência: NÃO / **Paciente Regulado:** NÃO / **SAMU:** NÃO

Descrição da História Prévia do Atendimento:

PACIENTE 28 ANOS VITIMA DE COLISÃO MOTO MOTO APRESENTANDO DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA NEGA LOMBALGIA NEGA CERVICALGIA CONSCIENTE ORIENTA

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: 110/70, **Nº Pulso:** 70, **Nº Freq. Resp.:** DX: , **Temperatura:**

INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE DO PACIENTE:

☐ Objeto Corto ☐ Arma de Fogo ☐ Afogamento ☐ Choque Elétrico
☐ Contuso

☐ Queda? Descrição da Queda:

☐ Intoxicação ☐ Queimadura Tipo de Queimadura:

Causa da Queimadura:

☐ Atropelamento Tipo de Atropelamento: ☐ Carro

☐ Utilizava cinto

☐ Moto ☐ Utilizava Capacete

☐ Mordedura de Animais Tipo de Animal:

☐ Agressão Física

☐ Outros

Descrição do Local do Acidente:

História da Doença Atual:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO SEM SINAIS PATA TCE COM FRATURA EXPOSTA DE MID SEM SINAIS DE CHOQUE HIPOVOLEMICO

Exame Físico:

AOK BKO COK DOK E LESAO EM MID

Destino do Atendimento: INTERNACAO CIRÚRGICO

JOSE MAURO RIOS NETO - CRM.: 15077

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA

ATEND.: 4700431 DT. ATEND.: 9/7/2017 - 20:56
 PATRI.: 911627 NASCIMENTO.: 11/5/1957
 MOVE.: EVA ANTONIA ARAUJO
 PAE.: ROSIMAR MARIA DE SALES
 EFF.: 04116874337 CNB: BUREACIL:
 ENDE.: RUA PARANA 4241
 BAIRRO: CENTRO - JUIZ DE JERICOACARA - CE - CEP: 62300000

QP:

HDA: Paciente vítima de colisão moto-moto, apresentando deformidades em M.I.D., com diagnóstico comum: bidadas e alergias

EXAME FÍSICO:

- A: via aérea permeável
- B: respiração espontânea em ambiente, MV 200ml
- C: hemodinamicamente estável, PA 110x70
- D: Glasgow 15
- E: lesão contuse em panturrilha direita, com fraturas expostas de tíbia e fíbula

DIAGNÓSTICO INICIAL: Politrauma

CONDUTA: Internamento

Santa Casa de M. de Sobral
 SAME
 CONFERE COM ORIGINAL
 Maria Cleide da Silva
 COORDENADORA

DIAGNÓSTICO FINAL: Politrauma

DATA: 09 / 04 / 17

Hora:

Ass JCRM:

SUS Único de da Saúde Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL			2 - CNES 3 0 2 1 1 1 4
Identificação do Paciente ATEND.: 4900431 DT. ATEND.: 9/7/2017 - 20:56 PATRI.: 911629 NASCIMENTO: 11/6/1989 NOME: EVA ANTONIA ARAUJO NOME: ROSIMAR MARIA DE SALES CPF: 04116874337 CNIS: SUSFACIL ENDER.: RUA PARANA 4241 BAIRRO: CENTRO CIDADE DE JERICÓCARA - CE CEP: 62598000			4 - CNES 3 0 2 1 1 1 4
6 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3	10 - RAÇA/COR
12 - TELEFONE DE CONTATO DDD: Nº DO TELEFONE:		14 - TELEFONE DE CONTATO DDD: Nº DO TELEFONE:	
17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF	19 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 10 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente vítima de queda de moto, apresentando lesão em punho direito. Apresenta lesão com fratura exposta em fêmur e fíbula direita.			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Risco de complicação			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Anamnese e exame físico			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Politravma			
24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUND. 26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.			
PROCEDIMENTO SOLICITADO 27 - ESCRITAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO internamento hospitalar			
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO CNIS CPF	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0 4 1 1 5 0 3 0 0 1 3
32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 0 1 1 1 3 0 0 0 0 0 0 0		33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Mauro Rios	
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 09/07/17		35 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO Dr. Mauro Rios MÉDICO CRM 15077	
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 EMPRESA			43 - Nº DO AUDITOR - Demais - SOBRESA EMPRESA
44 - CBOR			45 - Nº DO AUDITOR - Demais - SOBRESA EMPRESA
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR Dr. Mauro Rios			
47 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR 0 0 3 3 0 0 7 5 7 4 7			
48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 0 1 1 1 3 0 0 0 0 0 0 0			
49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 0 1 1 1 3 0 0 0 0 0 0 0			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 18 JUL 2017			
51 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO Maria Cleide da Silva COORDENADORA CRM 8282			



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
FICHA DE ANESTESIA

ENQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: Carla Antônia Araújo DATA: 09.09.13 REGISTRO:
IDADE: SEXO: COR: CLÍNICA: Neurológica

PRESSÃO ARTERIAL: 95/30 PULSO: RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGÜÍNEO:
ESTADO GERAL: BOM ☒ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO ☐ RISCO CIRÚRGICO (GOOD MAN) Grau I ☐ Grau II ☐ Grau III ☐ Grau IV ☐

EXAMES COMPLEMENTARES:

AP. RESPIRATÓRIO: NBE, em ps AP. CIRCULATORIO: RGR, 2T, BNF 1A

AP. DIGESTIVO: sem ESTADO MENTAL: deprimido DROGAS EM USO:

PRÉ-ANESTÉSICO DROGA/HORA: DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta de perna ESTADO FÍSICO (PMA) 023456

CIRURGIA REALIZADA: Desbridamento + Fixação

CIRURGIÃO: Dr. Thales ANESTESIA:

INÍCIO DA ANESTESIA: TÉRMINO DA ANESTESIA: DURAÇÃO DA ANESTESIA:

AGENTE/HORA:

LIQUÍDOS:

VENOSOS:

PULSO:

DIÁSTOLICA SISTÓLICA:

ARTERIAL:

ANESTESIA X CÓDIGOS CIRURGIA:

COMPLICAÇÃO:

ARTERIAL:

S.C.G. OX. PULSO:

ANOTAÇÕES:

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS ☐

TÉCNICA: Aspécia e antispécia lombar 13-14 com Quin

Q2G 9, 2K 1, 1mg, 1A, 1A

LIQUÍDOS:

GLICOSE:

NaCl:

SANGUE:

RINGER:

TOTAL:

DESTINO DO PACIENTE:

SRPA: PA: PULSO:

ASSINATURA / ANESTESISTA:

CONFERE COM O ORIGINAL:

Santa Casa de M. de Sobral

Maria Cleide da Silva

COORDENADORA

Unidade de Internação Hospitalar
Unidade de Internação Hospitalar

DADOS DO PACIENTE

Idade: 911629
Nome: EVA ANTONIA ARAUJO
Sexo: FEMININO
CPF: 04116874337
Nascimento: 11/6/1989
Idade: 26a 0m 29d
Nome: ROSIMAR MARIA DE SALES
Cor: PARDA
Nome: JOSE VALDERI ARAUJO
CNS:
Estado Civil: SOLTEIRO
Endereço: RUA PARANA Nº: 4241
Bairro: CENTRO CEP: 62598-000
Cidade: JIJOCA DE JERICOACOARA UF: CE
Telefone: 36691299

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:
Endereço:
Documento:
Telefone:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Identificação: 4900431 Atendente: RAIMUNDO COSTA
Data: 09/07/2017 Hora: 20:56 Permanência: 0 Dias
Procedimento: 0415030013 - TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
Médico: JOSE MAURO RIOS NETO
Idade Int: UI EMERGENCIA ADULTA
Quarto: LEITO EXT 5 EMERG. ADULTA
Procedimento: SUS - SIH
Tipo: 1
Teira:
Guia:

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Unidade de Internação Hospitalar

Unidade de Internação Hospitalar
Unidade de Internação Hospitalar

Identificação: 4900431

Atendimento: 09/07/2017 - 20:56

Data Adm: 11/07/2017

Hora Adm: 20:56

Nome: 911629 EVA ANTONIA ARAUJO

Qualificação: 4 CATEGORIA GERAL

Endereço: 191 LEITO 1447 - RECUPERAÇÃO

Unidade Clínica: 1 ALTA MELHORADA

CID: 107 TRAUMATISMOS MULT

Procedimento de Internação: 0415030013 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Endereço: de Alta:

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001
Data: 09/07/2017
Hora: 22:25

Ido de Cirurgia : 314806

Paciente : 911629

ivênio Atend.: 1

Leito : 1276

DI. Início : 09/07/2017 22:03

re-Operatório : T07

ós-Operatório : T07

Sala : 0001

SALA 01

EVA ANTONIA ARAUJO

SUS - SIH

LEITO EXTRA 11

DI. Fim : 09/07/2017 22:43

TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS

TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS

Atendimento : 4900431

Carteira :

Idade : 28 Anos 28 Dias 28 Horas

Procedimento: 0408050500

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Convênio: 001

SUS - SIH

Procedimento: 0415040035

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

Convênio: 001

SUS - SIH

Anestesia: 05

BLOQUEIO RAQUI

NESTESISTA

12312 ANA PAULA SCRAMOSIN

IRURGIAO

11811 THALES ARCANJO FONTELES

AUXILIAR

12560 JOSE DE ARAUJO CRUZ JUNIOR

Descrição Cirúrgica :

POSICIONAMENTO DO PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL

SQUÊMIA COM FAIXA DE SMACH NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIA COM CAMPOS CIRÚRGICOS PRIMÁRIOS

FIXAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS

AVISUALIZAÇÃO DE FRATURA EXPOSTA GRAU III-B DE 1/3 DISTAL DE PERNA COM GRANDE CONTAMINAÇÃO +

MANDELESÃO DE PARTES MOLES + GRANDE LESÃO DE ESTRUTURAS LIGAMENTARES E CAPSULA ARTICULAR LATERAIS

AVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9% (10 LITROS) + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

REDUÇÃO + COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO

HEMOSTASIA RIGOROSA E DEFINITIVA

SUTURA MINIMA DA PELE

CURATIVOS ACOLCHOADO

OBSERVAÇÕES: FRATURA COM GRANDE RISCO DE EVOLUIR COM QUADRO DE INFECÇÃO

DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

POSICIONAMENTO DO PACIENTE, NA MESA CIRÚRGICA, EM DECÚBITO DORSAL

ANTISSEPSE E ASEPSIA MID

ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIA, PERNA DIREITA COM CAMPOS CIRÚRGICOS PRIMÁRIOS

FIXAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS

DIÉRESE POR PLANOS ATÉ A VISUALIZAÇÃO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

DEBRIDAMENTO DA FERIDA

IRRIGAÇÃO INTENSA DA FERIDA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%

SUCÇÃO DA FERIDA

HEMOSTASIA DEFINITIVA DA FERIDA

SUTURA MINIMA DA PELE

CURATIVO ACOLCHOADO

OBSERVAÇÕES:

Achados Cirúrgicos.

Descrição Complementar

Dr. José de Araújo Cruz Junior
Ortopedia / Traumatologia
CIRURGIA DO JOELHO
CRM 12560

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Márcia Cleide da Silva
COORDENADORA

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
 Nº 1240 - Serviço de Atendimento da Unidade
 Hospitalar do Hospital / Sobral

Página: 1/1
 Data: 10/07/2017
 Hora: 16:27:23

PROTÓTIPO: 1125417 DATA: 10/07/2017 08:22
 EQUIPADO: 650557.000000
 ATENDIMENTO: 000431 EM REG. 11/06/1997 (294 QM 296)
 CONDIÇÃO: 305 - 314
 PACIENTE: 1125417 - SRA. ANTONIA MARIA
 RESID. 1125417 ALUGA: SLP. COOPERA:
 INTERVALO: 09/07/2017 20:06 1 DIAS(0) INT
 MÉDICO: 1125417 JOSÉ MAURO RIBEIRO NETO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
 UNID. INT. 1125417 DE SALA DE RECUPERAÇÃO LEITO: 1125417 LEITO 142 - PRONTO-SOCORRO CIEUTELA: ALTA COMPLEMENTAR AVULSO
 CID: 1125417 TUMOR TRATAMENTO MULTIPLO NO ESPECÍFICO CICLO: 1
 DIAGNÓSTICO:
 NOTIFICAÇÃO:
 1125417 DE RISCO:

EXAME FÍSICO

NOTAS

PACIENTE, 28 ANOS, ÚLTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, ENVIADO EM PRONTO-SOCORRO DE UM
 DIST. DE TUBA DIREITA.

REG. 1125417 DEPARTAMENTO CIRÚRGICO + OSTEOSSINTESE COM FRATURAS EXTENSAS NA DIA 09/07/2017

MD - 1125417
 - CIEUTELA (00)

RECEBI ESTABIL E SEM QUEIXAS.

SCD:
 1- 1125417 DE ANAMN.
 2- 1125417 DE COMPLET.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIAGNÓSTICO	Qtd Unidade	EM	ANL	Prescrição Médica
1. LINFOMA DE B. CL.	1	1	1	1125417 DE ANAMN.
INDICACIONES PRESCRITAS	Qtd Unidade	EM	ANL	Prescrição Médica
2. C.C. DE TUBA DE FRATURAS APILA	1	1	1	1125417 DE ANAMN.
Prescrição: 1125417	1	1	1	1125417 DE ANAMN.
3. 1125417 DE ANAMN.	1	1	1	1125417 DE ANAMN.
4. 1125417 DE ANAMN.	1	1	1	1125417 DE ANAMN.
5. 1125417 DE ANAMN.	1	1	1	1125417 DE ANAMN.
6. 1125417 DE ANAMN.	1	1	1	1125417 DE ANAMN.
7. 1125417 DE ANAMN.	1	1	1	1125417 DE ANAMN.
8. 1125417 DE ANAMN.	1	1	1	1125417 DE ANAMN.
9. 1125417 DE ANAMN.	1	1	1	1125417 DE ANAMN.
10. 1125417 DE ANAMN.	1	1	1	1125417 DE ANAMN.

Santa Casa de M. de Sobral
 CONFERE
 SAME
 COMO ORIGINAL
 Maria Cleide da Silva
 COORDENADORA

LUIS EUFRASIO FARIAS NETO EPP AV D M JOSE TUPINAMBA DA FROTA, 661 - ALTO DO CRISTO 62020-720 SOBRAL - CE		DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 000.005.409 SÉRIE 1 FOLHA 1/1	 CHAVE DE ACESSO 2317 0707 8276 6400 0178 5500 1000 0054 0912 0170 7127 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 123170040403056 12/07/2017 16:50:34	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 06.192.431-8	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ 07.827.664/0001-78	

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME / RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL		07.818.313/0001-09	12/07/2017
ENDEREÇO	Bairro / Distrito	CEP	DATA DA SAÍDA
RUA A ANTONIO CRISOSTOMO MELO, 919	CENTRO	62010-550	12/07/2017
MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
SOBRAL	CE	06.322.262-0	16:52:00

CÁLCULO DO IMPOSTO		VALOR ICMS		VALOR ICMS ST		TOTAL DOS PRODUTOS	
BASE CÁLCULO		0,00		0,00		778,67	
VALOR FRETE	VALOR SEGURO	VALOR DESCONTO	OUTRAS DESP.	VALOR IPI	VALOR APROX TRIB	TOTAL DA NOTA	
0,00	0,00	200,00	0,00	0,00	165,08	578,67	

TRANSPORTE		PRETE POR CONTA	CODIGO ANTI	PLACA DO VEIC	UF	CNPJ / CPF
NOME / RAZÃO SOCIAL		0-EMITENTE				
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS												
CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ ICMS	V.APROX TRIBUTOS				
264	FIXADOR FBM 800 FEMUR TIBIA 300 MM	1	578,67	578,67	0,00	0,00	0	122,68				
383	PINO DE SHANZ 4,8 X 200 MM	4	50,00	200,00	0,00	0,00	0	42,40				

Dr. José Ronaldo Vasconcelos da Graça
 Médico Auditor - DEMASUS - Sobral
 19 JUL 2017
 GPF: 404.225.423

DADOS ADICIONAIS		RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PCTE EV A ANTONIA ARAUJO MAT: 911629 DR: THALES DATA 09.07.17 UNIV: SUS 07020304 6.0408050500 *INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE INTERESSE DO FISCO: PAF Requisito XI Item 1c: 7A9F4B66A 05355E1FB6F73B83FEFE7E		

UmlNFe: NF-e 07020304 6.0408050500

Gerado em 12/07/2017 às 16:50 pelo UmlDANFE 3.5.7 Free | www.unidanfe.com.br

RECEBEMOS DE LUIS EUFRASIO FARIAS NETO EPP OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS DESCRITOS NA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO.	NF-e
07/2017 VALOR TOTAL: 578,67 DESTINATÁRIO: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL - RUA ANTONIO CRISOSTOMO MELO, CENTRO.	000.005.409
DATA DO RECEBIMENTO	SÉRIE 1

Santa Casa de M. de Sobral
 CONFERE COM O ORIGINAL
 Maria Cleide da Silva
 COORDENADORA

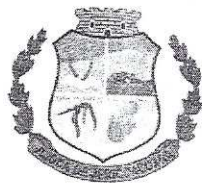
Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/05/2018 às 16:27, sob o número 01352339420188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0135233-94.2018.8.06.0001 e código 36FE698.

CEP: 62020-720 - Tel.: (88) 9273.7914 | 3611.4016

CIRURGIÃO: Rafael

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

 Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE ^{SAME} COMO ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA



PREFEITURA DE JIJOCA DE JERICOACOARA -
HOSPITAL DE SAÚDE DE JIJOCA GABRIEL BRANDÃO DE SOUZA

Declaração

Declaro para os devidos fins de direitos ou a quem possa interessar, que **Eva Antonia Araujo** portador do RG: 2001099021730, deu entrada nesta Unidade de Saúde no dia 09 de julho de 2017, vítima de acidente automobilístico, apresentando fratura exposta em MID. Realizado procedimentos clínicos, em seguida encaminhado para Santa Casa de Sobral. Certa das informações contidas nesta declaração, antecipo votos de estima e consideração.

Jijoca de Jericoacoara 07 de fevereiro de 2018.

Atenciosamente,

SANDRA ALVES DO NASCIMENTO
Respondendo pela Direção do Centro de Saúde

Sandra Alves do Nascimento
Sandra Alves do Nascimento
Diretora Administrativa
CPF 053.562.347-08
Hospital Gabriel Brandão de Sousa
Jijoca de Jericoacoara

AVENIDA JERICOACOARA, S/N CEP. 62598-000, JIJOCA DE JERICOACOARA-CE
TELEFAX (88) 3669 1299

7734823-0
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

criada pela Lei nº 10.438
de 28 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.948-3

enei

fls. 27

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

Rota 515927446
Nome 25 35121 06 106510 - 8 Data de Emissão 07/03/2018
End. Postal SILVANETE DE FATIMA ARAUJO
PV BAIXIO I 00000
BAIXIO - J.DE JERICOACOARA -
Medidor 7373035 Poste 0000 0000
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 006657213-40 CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Data da Apresentação Previsão Próxima Leitura
Mar/2018 05/04/2018 05/04/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto

CRUZ

Mês

Jan/2018

EUSD 16,43

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
52,50 27,00% 14,17

Padrão 100% P			Apuração Individual		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,44	20,88	41,76	0,00	0,00
FIC	7,59	15,19	30,39	0,00	0,00
DMIC	5,58		0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ED42.0028.7A31.EF8E.084D.9CBB.D6H0.092B

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1186	1110	1,00	76	0,00	76	0,6961	52,50
07-03-18	05-02-18		30 DIAS		76		52,50

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	52,50
MULTA MORATORIA REF 12/2017	1,41
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,59
JUROS DO MES	1,24

VENCIMENTO 12/04/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

55,74

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	17,89
Transmissão	1,19
Distribuição	12,14
Encargos Setoriais	4,20
Tributos (ICMS PIS-COFINS)...	16,49
TOTAL	52,50

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

79	76	85	73	92	64	115	52	121	46	90	41	96
FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

32,85

Compensado kg (CO₂)

0,00

Consciência Ecológica (%CO₂)

0%

100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Notificação de suspensão do fornecimento de energia elétrica
Prezado Cliente, constam em nossos controles contábeis em atraso.
Segue o detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica
na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias
após a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts.
172 e c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO
AO CREDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento,
favor desconsiderar o aviso.

NÃO FOI POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: FAT MEDIA-LEIT BIMESTRAL ART 86 RES 414

Consta desta fatura R\$ 2,32 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:1,08% e COFINS:4,94%

Para a Rota 100 2005 - ANEEL e Lei nº 10.677/02 e 10.745/03

Para esta vez a bandeira será verde, sem custo adicional para os consumidores. Mais
informações em www.aneel.gov.br

DEBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor R\$
02/2018	59,15
Total	59,15

Nº do Cliente: 7734823-0 Referência: Mar/2018
Data de Emissão: 07/03/2018 Total a Pagar (R\$): 55,74
Nº da Nota Fiscal: 515927446 Nº de Controle: 0007734823 00019 39192 64

83870000000-1 55740031000-2 00077348230-0 00193919281-9



SINISTRO 3180141369 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** EVA ANTONIA ARAUJO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** EVA ANTONIA ARAUJO**CPF/CNPJ:** 04116874337**Posição em 21-05-2018 14:58:07**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/04/2018	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00