



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>Tainara Almeida Alves</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>solteira</u>	Profissão: <u>Do lar</u>	Carteira de Identidade: <u>2007 7077 60-6</u>	
CPF nº: <u>070.728.223-30</u>	Residência: <u>Sítio Alegre</u>		
Bairro: <u>Corrego</u>	Cidade: <u>Itarema</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>	CEP: <u>62.590.000</u>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 998-A, Centro, município de Crateús/CE, CEP nº 63.702-885; Celular/WhatsApp: (88) 99619-6396.

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, substabelecer com ou sem reservas, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Crateús – CE., 21 de Maio de 2019.

Tainara Almeida Alves
(outorgante)



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declarante: <i>Tainara Almeida Alves</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Sítio Alegre</i>		Profissão: <i>Dono</i>
CPF nº: <i>070.728.223-30</i>	RG nº: <i>2007707760-6</i>	Estado Civil: <i>solteira</i>
Bairro: <i>Córrego</i>	Cidade: <i>Itauma</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>
CEP: <i>62.590-000</i>	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.

Crateús - Ce., 21 de Maio de 2019.

Tainara Almeida Alves

Declarante

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2007/0760 - 6	DATA DE EMISSÃO
NOME	TATIANA ALMEIDA ALVES	30/09/2010
FILIAÇÃO	VALDELAN DOS SANTOS ALVES FRANCILENE ALMEIDA DOS SANTOS ALVES MARCIALDO DE ITAHERA - CE	
DOC. PRESENT	CERT. NASCIMENTO - CARTÃO: 1 OFÍCIO TERMO: 19954 FOLHA: 131 V LIVRO: A 18 ITAHERA - CE	
		DATA DE NASCIMENTO: 25/08/1994

1 VIA

LIT N° 7-116 DE 29-08-93

P.: 126

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
NÚCLEO DE FOMENTO DO TRABALHO DE CENA
COMUNICAÇÃO DE FOMENTO AO NÚCLEO TÉCNICO DE CENAS



Taramana Almeida Alves



Polegar Direito

POLEGAR

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL


INSTITUTO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
070.728.223-30

Nome
TAINARA ALMEIDA ALVES

Marcamento
26/08/1984

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: <i>Tainara Almeida Alves</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Sítio Alegre</i>		Profissão: <i>100 hork</i>
CPF nº: <i>070.728.223-30</i>	RG nº: <i>2007707760-6</i>	Estado Civil: <i>solteira</i>
Bairro: <i>Conceição</i>	Cidade: <i>Crateús</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>
CEP: <i>62.590.000</i>	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., 21 de Maio de 2019.

Tainara Almeida Alves
(declarante)



Esta é a segunda via de
ABR/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
1310381 DV **4**

VENCIMENTO
22/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **569992761**
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

DADOS DO CLIENTE

Rota 30 035061 01 028300 Medidor Poste
Nome FRANCILENE ALMEIDA DOS SANTOS 0000 0000
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora ST ALEGRE 00000 CORREGO VOLTA ITAREMA 62590000

RG / CPF / CNPJ 970.013.503-97 CGF
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 20997 Leitura Anterior 20997 Constante 1 Consumo (kWh) 0 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 30

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	30	0,51825	15,54

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 14/05/2019 Prev. Próxima Leitura 15/05/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5A96.B4E2.F908.F949.668B.7958.D021.B7CF

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	8,22
TRANSMISSÃO	0,65
DISTRIBUIÇÃO	4,82
ENCARGOS SETORIAIS	1,09
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	0,76

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -16,74
MULTA MORATORIA 1,20

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

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor

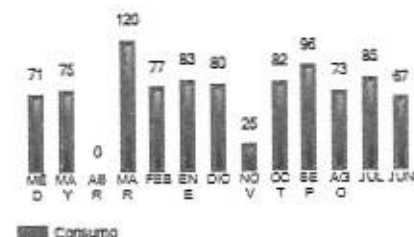
FATURADO TAXA MÍNIMA

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 18,43
Conjunto ACARAU
Mês FEV/ 2019

	Padrão Mensal	Individual Trim.	Individual Anual	Apuração Mensal	Individual Trim.	Individual Anual
DIC (h)	10,44	20,88	41,76	3,63	0,00	0,00
FIC (un)	7,59	15,19	30,39	5,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,58			1,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **1310381-4** Nº da Nota Fiscal: **569992761** Total a Pagar (R\$): **0,00**
Data de Emissão: **21/05/2019** Referência: **ABR/2019** Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 22/06/2019 às 12:08, sob o número 01446876420198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0144687-64.2019.8.06.0001 e código 4B2D4A4.



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR - D.P.I.
UNIDADE POLICIAL DE MORRINHOS/CE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA - B.O. Nº 274/2018

Data Reg.: 16/04/2018

Natureza: LESÃO CORPORAL - ACIDENTE DE TRÂNSITO

NOTICIANTE

Nome: FRANCISCO IURI DE AQUINO FREITAS, brasileiro, Solteiro, Agricultor, natural de Acaraú/CE, onde nasceu aos 15/07/1996, filho de Jose Oster de Freitas e Maria Eugênia de Aquino Freitas, residente na localidade de Sitio Alegre, Itarema/CE, portador do RG Nº 2008359702-0-SSP-CE e CPF Nº 071.726.093-36, Telefone: 88 - 989952069

HISTÓRICO:

Compareceu na sede desta Unidade Policial o senhor FRANCISCO IURE DE AQUINO FREITAS o qual informou que no dia 10 de Dezembro de 2017, por volta das 01:30 horas, se encontrava na condição de piloto da motocicleta de marca HONDA/NXR160 BROS ESDD, de cor Vermelha, ano de fabricação e modelo 2015/2016, placa OZA3302/CE, Chassi Nº 9C2KKD0810GR419493, registrada em nome de Manoel Sandro S de Sousa, conduzindo na garupa de sua moto sua amiga Tainara Almeida Alves, portadora do RG Nº 2007707760-6-SSP-CE e CPF Nº 070.728.223-30, pilotada através do noticiante ocasião em que o noticiante acabou batendo em um cavalo que estava no meio da pista de rolamento, e que em consequência disso o mesmo perdeu o controle da motocicleta, vindo a cair ao solo juntamente com sua amiga Tainara Almeida Alves, os quais sofreram lesões corporais, se encontrando prejudicados. Que o noticiante e sua amiga foram socorridos através de populares até o Hospital Municipal de Itarema/CE onde receberam o atendimento médico de urgência e posteriormente encaminhados até a Santa Casa de Misericórdia de Sobral/CE, onde receberam o atendimento médico necessário. Que na cidade de Itarema/CE não existe atendimento feito através de Corpo de Bombeiros, SAMU, Anjos do Asfalto e similares. Que o noticiante foi cientificado de que prestar informações falsas a Polícia é crime previsto no Código Penal Brasileiro. Que nada mais tem a declarar.

Escrivão:

Lauro Florentino Silva
Escrivão de Polícia Civil
de Classe Especial
Mat: 097.059-1-0

Responsável/Reg.:

FRANCISCO IURI DE AQUINO FREITAS

CARTÓRIO 1º OFÍCIO
ACARAÚ - CE

A presente cópia fornecida
contém o original existente
nestas notas Dou fe

Acaraú, 30/04/2018

Em test? meu da verdade

Maria Honrada Carmo - Notária
Claudia Regina Andrade Carmo - Substituta



T.O.

DADOS DO PACIENTE

Matrícula.: 924133
Paciente.: TAINARA ALMEIDA ALVES
Sexo.: MASCULINO
Dt. Nas.: 25/08/1994
Mãe.: FRANCILENE ALMEIDA DOS SANTOS ALVES
Pai.: VALDELAN DOS SANTOS ALVES
E. Civil.: SOLTEIRO
Endereço.: ALMOFALA
Bairro.: ZN
Cidade.: ITAREMA
Fone.: 97323022
CPF.:
Idade.: 23a 3m 10d
Cor.: PARDA
CNS.: 808001982338918
Nº.: 0
CEP.: 62590-000
UF.: CE

DIA: 10 12
Shôlo

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome.:
Endereço.:
Documento.:
Fone.:
Assinatura do Paciente ou Responsável

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento.: 5047068
Data.: 10/12/2017
Procedimento.: 0408020547 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO
Médico.: ANA CRISTINA FIUZA DE ALBUQUERQUE
Unidade Int.: UI EMERGENCIA ADULTA
Leito.: LEITO EXT 6 EMERG. ADULTA
Convenio.: SUS - SIH
Plano.: 1
Carteira.:
N. Guia.:
Atendente.: THIAGO MESQUITA
Hora.: 08:08
Permanência.: 3 Dias
Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

Assinatura do Paciente ou Responsável

Outras Observações:

NO SP. TO. 10/12/2017

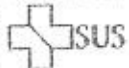
Serviço.: 22 TRAUMATO/ORTOPEDIA
Leito.: 193 LEITO 15-3 -C.S. 940 3
Convenio.: 1 SUS - SIH
Plano.: 1 SUS - SIH

Motivo Alta.: 1 ALTA MELHORADA
CID.: ULCERA DOS MEMBROS INTERIORES NAO CLASIFIC
Uso de.: ELISREGINA

Procedimento de Alta.: 41504003 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESV

Observação de Alta:

ELISREGINA FERNANDES BRAND

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES 3 0 2 1 1 1 4
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL		4 - CNES 3 0 2 1 1 1 4
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL		
Identificação do Paciente		
ATENÇÃO: 5647069 DT. ATEND.: 10/12/2017 - 09:08 NAT.: 929133 NASCIMENTO: 25/08/1994 NOME: TAINYVA ALMEIDA ALVES TEL.: FRANCISCA ALMEIDA DOS SANTOS ALVES CPF: 036001942338718 SUSFÁCIL: ENDER.: ALMEIDA 0 -CE- CEP: 62590000		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 10 - RAÇA/COR 12 - TELEFONE DE CONTATO 14 - TELEFONE DE CONTATO
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente vítima de acidente automobilístico apresentando fratura exposta em tornozelo direito		
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Risco de amputação		
Santa Casa de M. de Sobral SAME CONFERE COM O ORIGINAL Maria Cleide da Silva COORDENADORA		
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Grammaire + exame físico		
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura exposta de tornozelo direito		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Internar-se		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0 4 1 1 5 0 4 0 0 3 5
29 - CLÍNICA 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO () CNS (x) CPF
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ANA CRISTINA FIVEA DE ALBUQUERQUE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 10/12/17
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)		
35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		40 - Nº do RHC 41 - SÉRIE 42 - CNPJ EMPRESA 43 - CNAE EMPRESA 44 - CBOR
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO		46 - APOSENTADO () NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO		
48 - DOCUMENTO 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Cristiano Araújo Costa CRM-9382 - DOUTOR EM FISIOTERAPIA		26 DEZ. 2017 CPF: 002.380.567-47

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

Página.: 0001
Data.....: 10/12/2017
Hora.....: 18:39

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 324565
Paciente : 924133
Convênio Atend. : 1
Leito : 730
Dt. Início :

Sala : 0002 SALA 02

TAINARA ALMEIDA ALVES
SUS - SIH
LEITO EXTRA 1- REC
Dt. Fim :

Atendimento : 5047069

Carteira :
Idade : 23 Anos 15 Dias 17 Horas

Cid Pré-Operatório : S521
Cid Pós-Operatório : S521

FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO
FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO

Procedimentos

Procedimento: 0415040035

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

Convênio: 001

SUS - SIH

Anestesia: 03

SEDACAO

Equipe Médica

ANESTESISTA

14163 AQUYLLES SILVA MAGALHAES

CIRURGIAO

6011 FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA

1. AUXILIAR

12196 THIAGO MONT'ALVERNE LOPES PARENTE

Descrição

Descrição Cirúrgica :

- DEBRIDAMENTO CIRURGICO DE LESÃO EXTENSA DE COTOVELO DIREITO
- POSICIONAMENTO DO PACIENTE, NA MESA CIRÚRGICA, EM DECÚBITO DORSAL
- ANTISSEPSE E ASSEPSIA
- ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIO, COM CAMPOS CIRÚRGICOS PRIMÁRIOS
- FIXAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
- 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:

Acutos Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Francisco das Chagas Pereira
Ortopedia / Traumatologia
CRM 6011

DR(A) : FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA
CRM : 6011

Dr. Thiago Mont'Alverne L. Parente
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM 12196 - CPF: 641.348.503-9

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

PLANO TERAPEUTICO

ATA
COPIA

Nome: Marcelina Alves

Clinica: Amoroso

Enf: 1468

Reg: 34/33

Peso: 34

Altura: 1,33

Data: 11/12/17 PRESCRICAO MEDICA

HORARIO

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

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

30 minutos de caminhada
musculação de 15 a 20 min
4:00 banho pessoal - no
banho realizada higiene bucal
do paciente com água e
sabão, com fricção de
alho, com fricção de
alho. Realizada higiene
bucal com água e sabão.
14:22 - paciente acordou
sem dor, sem náusea e
9:30 - 10:00 - paciente
14:38 - paciente acordou
do mal de cabeça por
dor de cabeça e dor no
busto, com dor no
busto e dor no
busto. Realizada
higiene bucal com
água e sabão.
15:00 - paciente acordou
do mal de cabeça e
dor no busto. Realizada
higiene bucal com
água e sabão.
16:00 - paciente acordou
do mal de cabeça e
dor no busto. Realizada
higiene bucal com
água e sabão.
17:00 - paciente acordou
do mal de cabeça e
dor no busto. Realizada
higiene bucal com
água e sabão.
18:00 - paciente acordou
do mal de cabeça e
dor no busto. Realizada
higiene bucal com
água e sabão.
19:00 - paciente acordou
do mal de cabeça e
dor no busto. Realizada
higiene bucal com
água e sabão.
20:00 - paciente acordou
do mal de cabeça e
dor no busto. Realizada
higiene bucal com
água e sabão.
21:00 - paciente acordou
do mal de cabeça e
dor no busto. Realizada
higiene bucal com
água e sabão.
22:00 - paciente acordou
do mal de cabeça e
dor no busto. Realizada
higiene bucal com
água e sabão.
23:00 - paciente acordou
do mal de cabeça e
dor no busto. Realizada
higiene bucal com
água e sabão.

SINAIS VITAIS

HR: 80 TA: 120

USO O₂ e AR COMP.

LIG. DESL. CO

RESPIRADOR

LIG. DESL.

Monitor

LIG. DESL. CO

Oxímetro

LIG. DESL. CO

GLICEMIA

HORA VALOR HORA VAL

HORA VALOR HORA VAL

HORA VALOR HORA VAL

BOMBAS DE INFUSÃO

MEDICACAO LIQADO/DECI

ECG 12

Rio X 12

Cor. 121 - Oxi. 92,5 - 180/90



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA



fls. 18

ATEND.: 5047067 DT. ATEND.: 10/12/2017 - 09:08
MATR.: 924133 NASCIMENTO.: 25/03/1994
NOME.: TAINARA ALMEIDA ALVES
PAI.: FRANCILENE ALMEIDA DOS SANTOS ALVES
CPF.: DNS: 690001963330918 SUSFACIL:
ENDER.: ALMEIDA O - ITAREMA - CE- CEP: 62560000
BAIRRO: ZH

QP:

HDA: Paciente vítima de acidente automobilístico apresentando fraturas expostas em cotovelo direito

EXAME FÍSICO:

A } OK
B }
C }
D }

E: Fratura exposta em cotovelo direito

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Fratura exposta cotovelo (D)

CONDUTA:

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

DIAGNÓSTICO FINAL:

Fratura exposta cotovelo (D)

DATA: 10 / 12 / 17

Hora:

Ass./CRM:

SINISTRO 3180238645 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA TAINARA ALMEIDA ALVES****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Sabemi

Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO TAINARA ALMEIDA ALVES**CPF/CNPJ:** 07072822330**Posição em 16-03-2019 09:31:33**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
07/12/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50