



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | Nº 001120460

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135 040
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 sua conta de
08/2019

Nº DO CLIENTE
4230961 DV

VENCIMENTO
29/10/2019

TOTAL A PAGAR (RS)
0,00

DATA EMISSÃO
08/08/2019

DADOS DO CLIENTE

Nome JOSE CARLOS VASCONCELOS SOUSA

Endereço FZ OFICINA 00000
62115-000 FORQUILHA LESTE
Classificação Rural Residencial Rural

Modalidade Tarifária B2 RURAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 4345600-CPN-308 - FQ124R05

CPF / CNPJ

042.033.743-16

DATAS DE LEITURA

Anterior	Atual	Prev. Próx. Leitura
10/07/2019	08/08/2019	02/09/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

531E.E510.FC4B.966E.EDC2.94BE.4AC2.60FE

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (RS)
HFP	6430.00	6382.00	48.00	0.00	0.00	0.00	1.00	48.00	48.00	0.43500	20.88

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade	Tarifa	Valor (RS)
Consumo	48	20,88
Adicional Band. Amarela		0,55
Adicional Band. Vermelha		0,56
Credito De Pequenos Valores		21,69-

CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

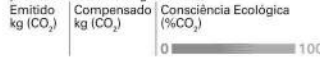
Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh) Atualizado	A Expirar Próximo Mês

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.



Tributo:	Base (RS):	Alíquota (%):	Valor (RS):
PIS/PASEP	21,99	1,3500	0,31
COFINS	21,99	6,1600	1,34
ICMS	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 11/07 - 31/07 Vermelha : 01/08 - 08/08 **INFORMAÇÃO IMPORTANTE:** o vencimento informado na fatura de julho-19 foi prorrogado. Essa conta poderá ser paga até o dia 16/08/2019 sem acréscimo de juros ou multas.

FATURA PAGA. NÃO RECEBER



Para a sua comodidade, utilize o sistema de débito automático em conta corrente. Pague sua conta até a data de vencimento. Você evita a cobrança de juros e multa, o envio de informações aos Órgãos de Proteção ao Crédito, Cartórios de Protesto de Títulos e a Suspensão do Fornecedor de Energia Elétrica.

JOSE CARLOS VASCONCELOS SOUSA
FZ OFICINA 00000
FORQUILHA LESTE
62115-000

DADOS PARA ENTREGA
FQ124R05 4345600-CPN-308
4230961
08/08/2019 20/09/2019

ENEL & VOCÊ
Central de Relacionamento Internet
0800 285 0196 www.eneldistribuicao.com.br
Atendimento 24 horas

OBSERVAÇÕES

As regras para a cobrança da Contribuição de Iluminação Públicos poderão ser encontradas em www.eneldistribuicao.com.br

Informações sobre Legislação

Comunicamos aos nossos clientes que quaisquer informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores para consulta em todas as nossas lojas de atendimento e no nosso site.

Importante

Informações sobre os atendimentos comerciais realizados podem ser obtidas em todas as nossas lojas de atendimento e no nosso site.

LEGENDA DE TERMOS E ABREVIÇÕES

HFP: Hora fora ponta.
Contrat: Contratada.
Registr: Registrada.
Ultrapass: Ultrapassagem.
UFER: Unidade de faturamento de energia reativa.
DMRC: Demanda máxima correspondente ao Reativo.

LEGENDA DOS INDICADORES DE QUALIDADE E FORNECIMENTO

DIC: Número de horas que o cliente ficou sem energia.
FI: Número de vezes que o cliente ficou sem energia.
DMC: Duração máxima, em horas contínuas, que o cliente ficou sem energia.
DICRI: Duração de interrupções ocorridas em Dias Críticos.
Dias Críticos: Dias em que o número de interrupções emergenciais supera o padrão normal.
Clientes cujos padrões de continuidade de fornecimento não foram atingidos, deverão receber uma compensação financeira através da conta de energia, conforme critérios definidos no Procedimento de Distribuição Módulo 8, além de poder solicitar à distribuidora a apuração dos indicadores DIC, FI, DMC e DICRI, sempre que for necessário. Para mais informações entre no site www.enel.gov.br.

INFORMAÇÕES/RECLAMAÇÕES

Regionais de Atendimento Enel:
Fortaleza e Região metropolitana: (85) 4353 4788/4368
Juazeiro: (88) 3561 2225
Iguatu: (88) 3081 1101
Limoeiro: (88) 3423 4101
Canindé: (85) 3343 2025
Sobral: (85) 3677 2234
Itapipoca: (85) 3627 4188

CENTRAL DE TELEATENDIMENTO

- Ouvidoria: 0800 280 4100, dias úteis, das 8h às 12h e das 14h às 18h.
Com protocolo de atendimento anterior
2 - Agência Reguladora de Serviços Públicos do Estado do Ceará
- ARCE - 0800 727 0167 - ligação gratuita de telefones fixos e móveis.
3 - Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167 - ligação gratuita de telefones fixos e móveis.
Em caso de falta de energia, envie um SMS para 26816 com: faltadelluz + espaço + número do cliente

DEVOLUÇÃO DA CONTA

Senhor Entregador: assinale com "X" o motivo da devolução desta conta.

Casa fechada
 Endereço insuficiente
 Não existe o nº indicado
 Recusou-se a receber

Matrícula: _____ Rubrica: _____

Data: _____ Hora: _____

Outros - especificar: _____

Para garantir a segurança dos dados impressos nesta conta, arquivar a mesma em local seco, sem contato com plástico, óleo ou produtos químicos. Caso haja cobrança de valores referentes a serviços e/ou produtos não relacionados ao consumo de energia elétrica, o cliente poderá solicitar a emissão de nova fatura com e exclusão destes valores, com excessão de cobranças de taxas e contribuições previstas em lei ou regulamentos, como a CIP (contribuição de iluminação pública).

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSÉ CARLOS VASCONCELOS SOUSA, BRASIELRIO, SOLTEIRO, INDUSTRIÁRIO, PORTADOR DA RG Nº 2005031064720 E CPF Nº 042.033.743-16, RESIDENTE NA FAZENDA OFICINA, SN, LESTE – ZONA RURAL, FORQUILHA-CE., CEP: 61115-000.

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº 8.119.595 SSP/CE e CPF nº 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza – CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3231-6493.

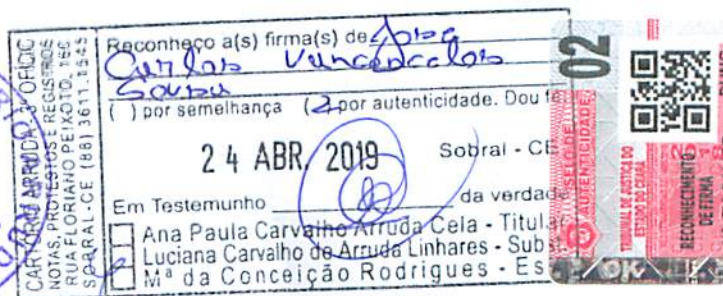
PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastantes procuradores, 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 LIDER, participante do Convênio 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 outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 24 de ABRIL de 2019.

José Carlos Vasconcelos Sousa

 Outorgante



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 12/09/2019 às 11:01, sob o número 01721082920198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172108-29.2019.8.06.0001 e código 5158365.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU, José Carlos Mascenales Sousa,
 Brasileiro, solteiro, industrial,
 Portador da Carteira de Identidade/RG nº 2005031064720 -SSP/CE,
 inscrito no CPF/MF sob o nº 042.033.743-16, residente e
 domiciliado na cidade de Jaguinha, estado do CE na
 Rua Fazenda Opônia, nº SIN, no
 Bairro -----, 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 de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº
 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza - Ce., 26 de 04 de 2019.

José Carlos Mascenales Sousa

Declarante

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 12/09/2019 às 11:01, sob o número 01721082920198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0172108-29.2019.8.06.0001 e código 5158365

PROJUNTO PLASTIFICA
1493885306

CEARA

ASSOCIACAO DE VEICULOS

LOCAL: **BOBATAL, CE**
DATA EMISSAO: **25/08/2017**

ASSOCIACAO DE VEICULOS: **Soc. Carlos Alencar da Silva**

PLACA: **95649895117**

VALIDADEZ: **24/08/2022**

VALIDADEZ: **22/11/2012**

PROPRIETARIO: **OSCAR ARGAO DE SOUSA**
SREDIRA TORRES DE VASCONCELOS

CPF: **042.039.743-16**
DATA NASCIMENTO: **28/05/1989**

CPF: **2088031064229**
SSP: **899**

PROJUNTO PLASTIFICA
O TEXTO DO PROJUNTO
1493885306

PROJUNTO PLASTIFICA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 553 - 4997 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/06/2018 10:15:52**
Data / Hora da Ocorrência: **12/03/2018 03:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA QUE LIGA SANTA QUITÉRIA -**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **FORQUILHA/CE**
Ponto de Referência: **CAMPO NOVO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSÉ CARLOS VASCONCELOS SOUSA**
Nascimento: **29/05/1989** CPF:
RG: **2005031064720** Orgão Emissor: UF:
Filiação: **BENEDITA TORRES DE VASCONCELOS**
COSMO ARAGÃO DE SOUSA
Endereço: **RUA FAZENDA OFICINA**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **FORQUILHA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9253-9704**

Histórico

Informa o noticiante que no dia acima descrito (12/03/2018) por volta das 03:00h seguia pilotando a motocicleta Honda/CG 125 Titan ES de placa HXN0110/CE, de cor azul, ano 2000/2000, chassi nº 9C2JC3020YR026884, Renavam 750100141 registrada em nome de Benedita Torres de Vasconcelos Sousa, e que pertence a sua genitora; QUE, pilotava a motocicleta e levava consigo um garupeiro de nome Geovani, conhecido por "Branco", quando trafegavam pela rodovia que liga Santa Quitéria à Forquilha, na localidade de Campo Novo, eis que avistou a sua frente dois veículos vindo na direção contrária, um mais na frente e outro mais atrás; QUE, o veículo que vinha na frente ao passar pelo declarante passou muito próximo, foi quando desviou a motocicleta para o acostamento da via; QUE, ao olhar para frente de novo, eis que o segundo veículo, cruzou a frente de sua moto, ficando atravessado no meio da rodovia, não dando chance de desviar vindo a colidir de frente no veículo; QUE, ao cair da motocicleta, percebeu que o veículo em que colidiu tratava-se de uma viatura da polícia militar e o outro veículo que passou pelo declarante também era uma viatura da polícia militar; QUE, no momento do acidente foi socorrido pela ambulância do Pronto Atendimento de forquilha / CE, junto com seu amigo Geovani; QUE, em seguida foram transferidos para a Santa Casa de Sobral / CE, local onde ficou internado por cerca de 02 (dois) dias, e que teve a amputação do 5º dedo do pé esquerdo, limitação articular do 5º dedo da mão esquerda e limitação do movimento do joelho; QUE, foi autuado em flagrante delito por crime de Lei Seca conforme o IPL nº 553-307/2018 e foi posto em liberdade, pois havia ingerido bebida alcoólica; QUE, é habilitado para guiar motocicleta; QUE, seu colega Geovane, permaneceu internado até poucos dias atrás e ele quebrou o fêmur e perdeu a mobilidade do joelho esquerdo, e que ainda encontra-se em estado bastante grave; QUE, as viaturas policiais não vinham com intermitentes e nem com sirenes



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 553 - 4997 / 2018

ligadas; QUE, não houve em momento algum ordem de parada ao declarante; QUE, chegou a ser chamado ao Batalhão de Polícia Militar de Sobral para prestar esclarecimentos num Inquérito Técnico sobre o acidente e foi solicitado que pagasse o prejuízo na viatura policial; QUE, foi solicitado ainda que pagasse o prejuízo da viatura, porém disse ao Sub Tenente que não provocou o acidente e que não teria condições de pagar; QUE, apresenta cópia do registro de atendimento emergencial na Santa Casa de Sobral, cópia de laudo médico, cópia da CNH, cópia do RG e CPF, cópia do comprovante de endereço, cópia do documento do veículo envolvido no acidente, cópia do RG da proprietária do veículo, cópia do laudo radiográfico.

O noticiante foi cientificado dos crimes de falsidade ideológica

Falsidade ideológica

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

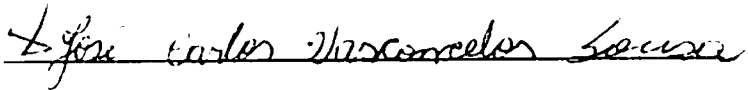
Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


CLEYTON GOMES DE PAULA - MAT.: 135495-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:



VISTO DO DELEGADO(A) :

RITA HELENA CAVALCANTE PORTO - MAT.: 198763-1-4



Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antônio Cristóvão de Melo 919 - Fone: (85) 3112-0400

Certificado Filantropico - Proc. 242.442/74

CNPJ: 07.915.913/0001-09 - CGF 08.522.252-0

Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

ATESTADO MÉDICO

Atesto que **Jose Carlos Vasconcelos Sousa** necessita de **30 dias** de Licença para tratamento de saúde.

C.I.D.: T07 - Traumatismos Múltiplos Não Especificados

Sobral
Dr. Sérgio L. C. Ibiapina 12/03/2018
Médico Residente
Traumatologia e Ortopedia
Assinatura do Médico e Carimbo

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 12/09/2019 às 11:01, sob o número 01721082920198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0172108-29.2019.8.06.0001 e código 5158365.

DRA. ANA OLÍVIA SARAIVA

FISIOTERAPIA
CREFITO 7133011

~~Dr. Hernani Campos de Oliveira Junior~~

Ortopedia e Traumatologia
Cremec: 4920

DR. HERNANI CAMPOS


CIRURGIA EM TRAUMA E ORTOPEDIA

CRM-CE 4920 TEOT - 5058
CPF: 378.930.503-06

LAUDO MÉDICO

RELATO QUE JOSÉ CARLOS VASCONCELOS SOUSA PORTADOR DE UMA DEFICIÊNCIA FÍSICA NO PÉ E COM A PERDA TOTAL DO 5º PODATILO DO PÉ E TAMBÉM UMA LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO TOTAL E DA FLEXÃO DO JOELHO E DO QUINTO DEDO DA MÃO E

SOBRAL 13 DE JUNHO DE 2018


Dr. José Hernani C. C. Jr.
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE 4920 TEOT - 5088
CPF: 378.930.503-06



DR. EDSON LOPES DR. HERNANI CAMPOS DRA. ANA OLÍVIA SARAIVA

Ed. Camaron Terra, Sala 904

**Avenida Aracati, nº 100 - F. 1 - CEP. 56200-000 - SOBRAL - PE
9 9811.0524 (fixo) • 9 9231.5122 (celular) • 9 8103.4346 (fax)**

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTEI e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 12/09/2019 às 11:01, sob o número 01721082920198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0172108-29.2019.8.06.0001 e código 51583365.

DR. HERNANI CAMPOS
 CRP 378.982.503-05
 CRM-CE 4820 TEST - 5084
 CIRCURGIA EM TRAUMA E ORTOPEDIA



LAUDO ULTRASSONICO
 RESPOSTAS SOBRE CARLOS
 WILSON CESAR SILVA SOBRINHO
 MEDICINA DE NERVIOS E ORTO
 MEDICINA DO JOELHO
 DO JOELHO DO PÉ, ESTA COM
 REINO DE JORNADA DO
 SÓ DA MÃO E! E FICAR
 TRABALHO CONSERVADOR! ANTE
 MENTE C/ CAMIÃO, PARA
 COM PENALIDADE DE SE PARAR
 TUDO N DE LIMITE DO PA

DR. HERNANI CAMPOS

DR. ANA OLIVIA SARAYA

FISIOTERAPIA

CRÉDITO 213901

EXTENSÃO TOTAL DO JOELHO
 ILIMITADA DA FLEXÃO TOTAL
 DO JOELHO E LIMITADA DA
 FLEXÃO TOTAL E DA EXTEN-
 SÃO TOTAL DO JOELHO DA
 MÃO E É ESTA DE
 ALTA DEFICIÊNCIA DO MANE-
 JAMENTO ORTOPÉDICO.

SUBSINA
 13/06/2018

[Handwritten Signature]
 Dr. José Rivaldo C. C. Jr.
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM-CE 4920 TEOT - 5098
 CPF - 378.930.503-06

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - EMERGÊNCIA ADULTA

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 16110 | 12/03/2018 02:34:16

Elipanda Mendonça

Aten: 512085 DL. Atende: 12/03/2018 - 02:30
Faq.: 7141 748 09 DL Base: 17/05/1987
Nome: RITA CRISTINA VASCONCELOS SILVA
End.: CAPOEIRA
DISTRITO: FORTALEZA - CE - CEP: 4011000

Descrição da História Prévvia do Atendimento:

PACIENTE, SEXO MASCULINO, VITIMA DE COLISAO MOTO X VIATURA DA POLICIA, SEM CAPACETE, HAUJO ETILICO, APRESENTANDO FRATURA EM FEMUR EM LADO ESQUERDO + LESÃO EM JOELHO ESQUERDO + DEFORMIDADE EM 5º PODODACTILO DO PÉ ESQUERDO CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO.

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: 90/60, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp.: , OX: , Temperatur:

Eu, _____, () Paciente () Responsável (Grau de Parentesco) _____, RG Nº _____, declaro que:

1º) Recebi informações enquanto a classificação de risco, segundo Protocolo HumanizaSUS, e sobre o tempo máximo de espera para o atendimento: considerando que a classificação vermelha (Emergência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de tempo de espera até 50 minutos, classificação verde (não - urgente) com orientação de tempo de espera até 120 minutos, e classificação azul (atendimento ambulatorial) com orientação de tempo de espera de até 240 minutos.

2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicação durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro plantonista do Acolhimento com Classificação de Risco.

3º) Li, concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, as quais informei ao profissional de saúde o qual realizei meu acolhimento onde afirmo a veracidade das mesmas.

Sobral/CE, _____ de _____ de _____ às _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado de Ceará, protocolado em 12/09/2019 às 11:01, sob o número 01721082929198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172108-29.2019.8.06.0001 e código 5158368.

TIPO DE TRAUMA

- TCE ABDOMINAL TORÁCICO ORTOPÉDICO POLITRAUMA
- ESPANCAMENTO VIOLÊNCIA SEXUAL
- PAI MÃE: OUTROS PAI PADASTRO DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HQA DO MÉDICO:

RESUMOS VITIMA DAS LESÕES UNIDY CASO PRO
SUBSIDIA DISCIPLINADO EM UNIDY GRUPO

CONDUTA Exat x + Intensiva (24h)

DIAGNÓSTICO: Alta da lesão

Dra. Mônica Felix Magalhães
 MÉDICA
 CREMEX - 10050
 Ass Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- CLÍNICO CARDIOLÓGICO NEUROLÓGICO OFTALMOLÓGICO
- CIRÚRGICO TRAUMAT. ORTOPÉDICO OTORRINO ODONTOLÓGICO
- TENTATIVA DE SUICÍDIO OUTROS _____

DESTINO DO ATENDIMENTO: CONSULTA

- COM MEDICAÇÃO
- SEM MEDICAÇÃO

- ALTA COMPLEXIDADE
- INTERNAÇÃO

- CLÍNICO CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- INTERNADO: CLÍNICO CIRÚRGICO
- ALTA
- TRANSFERÊNCIA HOSPITAL DE ORIGEM OUTROS

Santa Casa de M. de Sobral
 CONFERE EM O ORIGINAL
 M. de S. Silva
 COORDENADORA

ALTA DO PACIENTE

Data: ____/____/____

Hora: _____

DADOS DO PACIENTE


Matrícula... 549400
Paciente... JOSE CARLOS VASCONCELOS SOUSA CPF...
Sexo... MASCULINO Idade... 28a 9m 14d
Dt. Naso... 20/6/1989 Cor... PARDA
Mãe... BENEDITA SOUSA DE VASCONCELOS CNS...
Pai... COSMO ARAGÃO SOUSA
E. Civil... SOLTEIRO
Endereço... CAMPO NOVO Nº 0
Bairro... DISTRITO CEP.: 62115-000
Cidade... FORQUILHA UF...:CE
Fone...: 981818181

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome.....
Endereço.....
Documento.....
Fone.....

DADOS DA INTERNAÇÃO

Procedimento... 5110573 Atendente... NETO ARRUDA
Data... 12/03/2015 Hora... 04:59 Permanência... 0Dias
Processo... 315030013 TRATAMENTO CIRURGICO EM FORTALECIMENTO
Médico... GEORGE AUGUSTO COELHO DE OLIVEIRA REES
Unidade Int... EMERG. ADULTO - OBSERVAÇÃO
Leito... OBSERVAÇÃO EXTRA 28
Convênio... SUS - SIH
Plano... 1
Carteira.....
N. Guia.....

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

Assinatura Emitido em
Data: 13/03/2015

127618 - 04:59

Convênio: SUS - SIH
Leito... 1276 LEITO EXTRA

Usuário: ALBERTO
107 TRAUMATISMO

Procedimento de Alta: 4150300

ALBERTO WENDHELL FUGENIO DE



Ministério da Saúde
União de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

38: 26

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CIES
3 0 2 1 1 1 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE ATENDIMENTO
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CIES
3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

END.: 3130075 DT. ATEND.: 12/3/2018 - 04:59
 NATEL.: 549409 NASCIMENTO.: 29/5/1989
 END.: 3056 CARLOS VASCONCELOS SOUSA
 SENEDITA SOUSA DE VASCONCELOS
 CHS: 703402220681918 SUSFACIL:
 ENDER.: CAMPO NOVO 0
 BAIRRO: DISTRITO - FORQUILHA -CE- CEP: 62115000

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - SEXO
Masc. 1 Fem. 3

8 - RAÇA/COR

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de trânsito; uso
 operante lesão extensa do cda esquerda e fratura
 exposta do pé esquerdo

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Reqs de complexação

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

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

EF + Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Politraumático

24 - COLEÇÃO 25 - Nº DE PROVAS DE EXAMES
 697

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Abundamento

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
 0 4 1 5 0 4 0 0 3 5

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Audy Rocha da Silva

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/03/18

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Audy Rocha da Silva
 CRBM 182.887-72 CRM 2411

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
 37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
 38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJISTO
 39 - CNPJ DA SEGURADORA
 40 - Nº DO BILHETE
 41 - SÉRIE
 42 - CNPJ EMPRESA
 43 - CNIE EMPRESA
 44 - COOR
 45 - VÍCULO COM A PREVIDÊNCIA
 () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

48 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

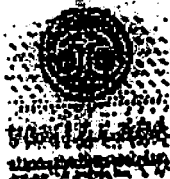
51 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Cadmo Sinton Andrade Portella
 CRM: 4771 - Diretor Clínico

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO

11 MAIO 2018
 CPF: 404.225.423-34
 CRM: 4444

Gráica CLEIDE - (88) 3011 2723



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
SERVICO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA

RELATÓRIO DE ALTA



Nome: José Carlos Vasconcelos Sousa
Tratamento para: T07 - Traumatismos Múltiplos Não Especificados

└ **Cirurgia:** DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS
Data: 11.3.18

└ **Antibioticoterapia:** CEFALOTINA D3

Recomendações:

- (X) Não Pisar
- (X) Não Sustentar Peso
- (X) Manter membro elevado (a 45°)
- (X) Crioterapia (Gelo) 3x ao dia
- (X) Retirar pontos após 14 dias
- (X) Fisioterapia precoce
- (X) Atentar à data de retorno (15 dias)
- (X) Fazer uso medicação prescrita
- (X) Trocar curativo diariamente

 Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL

 Maria Cleide da Silva
 COORDENADORA

Marcar retorno ao ambulatório de Ortopedia após 15 dias, com Radiografia do dia, com o Dr(a). AUDY ROCHA DE OLIVEIRA, para acompanhamento complementar.

Obs.: Antes de sair do Hospital, marcar o retorno na Sala de Cirurgia

Data: 13/03/2018

Dr. Sérgio L. de Albuquerque
 Médico Residência
 Traumatologia e Ortopedia
 CRM: 18580
Assinatura de Carimbo

SUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIA PRINCIPAIS)

Prontuário em assistência hospitalar
1) Admissão na clínica de UFE
1) História da região operatória, com aspectos cirúrgicos
Debitamento da glândula
1) Injeções de gordura
1) Fístula subcutânea na pele
1) Sutura subcutânea
1) Curativo

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

UF Audy Rocha de Oliveira
CIRURGIÃO
CPF 370 742.817-72 CRM: 2411

Assinatura e Carimbo do Cirurgião

1º Auxiliar

Assinatura e Carimbo
Dr. João Paulo L. Soares
Cirurgião em Geral
CRM: 10213/2019

3º Auxiliar

Auxiliar

REGISTRO: 1820532 DATA: 17/03/2018 08:49
 NOME: LAILA MONTE
 NÚMERO: 5100670
 SERVIÇO: SUS - SIH
 PROTOCOLO: 549409 - JOSE CARLOS VASCONCELOS SOUSA
 SEXO: M ALTURA: SUP. CORPORA: SUP.
 INTERNAÇÃO: 12/03/2018 04:59 1 DIAS(S) INT
 MÉDICO: GEORGE AUGUSTO COELHO DE OLIVEIRA (RES)
 UNID. INT.: UI SALA DE REQUERIMENTO LEITO: LEITO 10111
 CID: T07 TRATAMENTOS DE TUMORES E NEOPLASIAS
 DIAGNÓSTICO:
 PROTOCOLO:
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
 COBERTURA: COBERTURA

Dr. Sérgio L. C. Diniz
 Médico Residência
 Traumatologia Ortopédica
 CRM: 12582

EM EXAMENHO MÉDICO

HR ALDY
 PACIENTE, 28 ANOS - AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE MÃO DE
 DESTRELA E DE DÍGITO
 MÃO LIMPA E SEM SINAIS DE INFECÇÃO
 HCD: ALTA HOSPITALAR

EM EXAMENHO MÉDICO

Unidade	SH	Adm	Frequência	Data	Horários
UI SALA DE REQUERIMENTO	07	07	04X04	13/03	10 - 14
UI SALA DE REQUERIMENTO	07	07	04X04	14/03	08 - 12
UI SALA DE REQUERIMENTO	07	07	04X04	15/03	08 - 12
UI SALA DE REQUERIMENTO	07	07	04X04	16/03	08 - 12
UI SALA DE REQUERIMENTO	07	07	04X04	17/03	08 - 12

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.: 513875 DT. ATEND.: 12/09/2019 - 09:45
 PATR.: 50009 NASCIMENTO: 12/09/1975
 NOME: ROSE CARLOS NASCIMENTO
 RES.: BOENTA RUA DE SANTO ANTONIO
 CEP.: 62010-000 SOB. SOB.
 NOME: CAROLINA
 PATRÃO: DISTRITO - FORTALEZA

QP:

HDA: Paciente vítima de colisão moto x viação de pedestre, sem capacete, com halo cético, apresentando lesão em joelho esquerdo + amputação traumática do 5º dedo.

EXAME FÍSICO:

A → OK

B → OK

C → OK

D → Glogou 15

E → múltiplas escoriações pelo corpo + amputação traumática do 5º dedo.

DIAGNÓSTICO INICIAL: Poltraumatizado

CONDUTA: Internação hospitalar



Santa Casa de M. de Sobral
SAME

SEM REPROD. ORIGINAL

Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

DIAGNÓSTICO FINAL:

DATA: 12/09/2019

SINISTRO 3180515835 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE CARLOS VASCONCELOS SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO JOSE CARLOS VASCONCELOS SOUSA

CPF/CNPJ: 04203374316

Posição em 05-12-2018 12:45:03

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [clique aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
29/11/2018	R\$ 2.193,75	R\$ 0,00	R\$ 2.193,75