

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):
NOME: Reginaldo De Abreu Ribeiro,

 Brasileiro(a), Estado Civil: Casado

 Profissão: Agrônomo, Portador(a) da identidade nº 2761896-93

 SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 771.417.413-72

 Telefone: (85) 998616225 residente e domiciliado(a) a Rua

Miral Castelo Branco nº SIN?

 Bairro: Palmeira, Cidade: Itapiruma CEP: 62744-000

 Email: nao possui
OUTORGADOS: SOCIEDADE DE ADVOGADOS ROSSI E ROSSI ADVOCACIA,

pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ nº 28.563.742/0001-44 com inscrição da OAB/SC nº 3783, localizada na Rua João Jose da Silva nº 70, Bairro Aririu, Palhoça, SC, CEP 88.135.040, neste ato representada por seus advogados, **DR. REGINALDO PEREIRA ROSSI**, brasileiro, casado, advogado inscrito junto à OAB/CE sob nº 29.065 e OAB/SC sob nº 39.931, **DR.a JANAINA ROBERTO NUNES**, Advogada, inscrita junto a OAB/CE sob o nº 11.606.

PODERES:

O OUTORGANTE nos termos do art. 105 do CPC, nomeia e constitui os **OUTORGADOS** seus bastante Procuradores, para, em conjunto ou separadamente, **REPRESENTA-LO(A)** em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, com os poderes da cláusula "ad judicium" et "extra" e os especiais de **transigir, desistir, acordar, dar e receber quitação, receber intimações, coletar e sacar alvará e destacar os honorários contratuais e sucumbenciais, requerer o benefício da assistência judiciária gratuita nos termos do CPC e CRFB/88 e praticar todos os atos indispensáveis ao fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reservas. Podendo receber alvarás, sacar valores, receber e assinar acordos e contratos e todo e qualquer ato indispensável ao cumprimento do respectivo mandato, inclusive AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em meu nome, contra Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT.**

 Baturité, 04 / 12 / 2019.

Reginaldo De Abreu Ribeiro
ASSNATURA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: Reginaldo De Abreu Ribeiro
 Brasileiro(a), Estado Civil: Casado
 Profissão: Agricultor, Portador(a) da identidade nº 2761896-93
 SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 771417.413-72
 Telefone: (85) 9861-6225 residente e domiciliado(a) a Rua
Mral Castelo Branco n.º 511
 Bairro: palmatoria, Cidade: itapiuna CEP: 62744-000
 Email: não possui

DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98, §1º do Código de Processo Civil de 2015, de forma que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Baturité, 04 / 12 / 2019.


ASSNATURA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA DO TRANSITO CARTILHA NACIONAL DE HABILITACAO	
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1633086740	NOME REGINALDO DE ABREU RIBEIRO
	DOC. ENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 276189693 SSP CE
	CPF 771.417.413-72
	DATA NASCIMENTO 11/08/1975
PROIBIDO PLASTIFICAR 1633086740	RESIDUACAO RAIMUNDO NONATO RIBEIRO MARIA DE ABREU RIBEIRO
	PERMISSAO ACC CATIAA AD
	Nº REGISTRO 04939628360
	VALIDADE 01/02/2023
1ª HABILITACAO 12/05/2010	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO:	
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Reginaldo de Abreu Ribeiro</i>	
LOCAL Baturite, CE	DATA EMISSAO 16/02/2018
ASSINATURA DO EMISSOR <i>João Vitor</i>	50134263514 CE163514275
CEARA	

Nº DO CLIENTE
695183

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 02042261/0001-70 | CGF 08.105.808-8

enel

577541242

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | NP
05-27053-03-113500-1

Rota 05-27053-03-113500-1 **Data de Emissão** 10/06/2019

Nome ERINEUDA LIMA FERREIRA ABREU

End. Postal RU NRAL CASTELO BRANCO 60060
DISTRITO PALMATORIA - ITAPIUNA 62740000

Medidor 23852624 **Posta** 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX, RENDA MONOFÁSICO

RG / CPF / CNPJ 932042133-15 **CGF**

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jun/2019	10/06/2019	12/07/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legendagem desta conta.

Conjunta	Mês	Valor
46/2019	Jun/2019	0,00
11/21	0,00	0,00

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
122,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
695183-01-0001-70-113500-1

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
11639	11575	64	114	114	114	0,1194	13,58
10/06/19	09/05/19	32 dias					34,55

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	34,55
MULTA MORATORIA RFF 05/2019	0,77
JUROS DO MÊS	0,08
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	12,58
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,93

VENCIMENTO 17/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 48,91

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	18,51
Transmissão	1,47
Distribuição	10,87
Encargos setoriais	2,46
Tributos (PIS-COFINS)	2,17
TOTAL	35,48

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

116	114	114	90	104	120	116	111	111	111	113	118
-----	-----	-----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (% CO ₂)
44,51	0,00	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CONSULTAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e amigos e ajude no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 0,17 referente a PIS e COFINS (11,94% e 12,96% sobre o valor de 1,40) e sobre o valor de 1,40 (R\$ 0,17).

Bandeira Verde em Jun/2019, sem custo para os consumidores. Informações: analise@enel.ce.gov.br

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por REGINALDO PEREIRA ROSSI e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 11/05/2020 às 15:33, sob o número 02271693520208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0227169-35.2020.8.06.0001 e código 6747572.

DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

EU: Reginaldo De Abreu Ribeiro

Brasileiro(a), Estado Civil: Casado

Profissão: Agrônomo, Portador(a) da identidade nº 27.61896-93

SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 771.417.413-72

Telefone: (85) 9861-6225 residente e domiciliado(a) a Rua Mural Castelo Branco n.º 5102

Bairro: Palmatória, Cidade: Itapipuna CEP: 62744-000

Email: não possui

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS LEGAIS QUE RESIDO NA RUA

Mural Castelo Branco n.º 5102

Bairro: palmatória, Cidade: Itapipuna CEP: 62744-000

Por ser verdade, firmo a presente.

Baturité, 04 / 12 / 2019.

Reginaldo De Abreu Ribeiro
 ASSNATURA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

 EU: Reginaldo De Abreu Ribeiro

 Brasileiro(a), Estado Civil: Casado

 Profissão: Agrônomo, Portador(a) da identidade nº 2761896-93

 SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 771.417.413-72

 Telefone: (85) 9861-6225 residente e domiciliado(a) a Rua

Marl Castelo Ribeiro n.º S/N.º

 Bairro: palmatoria, Cidade: Itapipuma CEP: 62.744-000

 Email: não possui

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS LEGAIS QUE tenho total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em meu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza ou Baturité, resultando, ainda que até a presente data não propus ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos apresentados.

Outrossim, declaro ainda, estar ciente de minha responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos narrados, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial, de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a litude dos fatos juridicamente relevantes, exonerando os advogados **DR. REGINALDO PEREIRA ROSSI**, brasileiro, casado, advogado inscrito junto à OAB/CE sob n.º 29.065 e OAB/SC sob n.º 39.931 e **DR.ª JANAINA ROBERTO NUNES**, brasileira, casada, advogada, inscrita junto a OAB/CE sob nº 11.606, de qualquer responsabilidade civil e/ou Criminal.

Baturité 01/12/2019.
Reginaldo De Abreu Ribeiro
 DECLARANTE

TESTEMUNHAS:
NOME: ELTON JHONES ALVES DA SILVA
CPF: 063.185.183.63
ASSINATURA:
NOME: ALESSANDRA LOPES DA SILVA
CPF: 062.540.643-59
ASSINATURA:

DECLARAÇÃO DO IRRF

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB N.º 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a **DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO**, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei 7.115/83, o(a) acima qualificado(a) **DECLARA**, sob pena das sanções civis, administrativas e criminais, que **NÃO POSSUI RENDIMENTOS QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRRF À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**.

Declaro ainda, ter ciência do que dispõe o art. 299 do Código Penal Brasileiro:

“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, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.”

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente.

Baturité, 10 / 12 / 2019.

Reginaldo de Abreu Ribeiro
DECLARANTE

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e da outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. . 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. . 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. . 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. . 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. . 5º - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.

JOÃO FIGUEIREDO

Ibrahim Arbi-Ackel

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DO LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL

EU: Reginaldo De Abreu Ribeiro

Brasileiro(a), Estado Civil: Casado

Profissão: Agente, Portador(a) da identidade nº 2761896-93

SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 771.417.413-72

Telefone: (85) 9861-6225 residente e domiciliado(a) a Rua Marcel Castelo Branco n.º 511

Bairro: Palmatória, Cidade: Citapinense CEP: 62.744-000

Email: não possui

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que estou impossibilitado de aprestar o laudo pericial do Instituto Médico Legal – IML, para os requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/1974) e do processo judicial, uma vez que:

- ☒ não há estabelecimento do IML no Município de minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 dias do respectivo pedido, não havendo tempo hábil pra tal;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, seja administrativo ou judicial, para cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal – IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau de lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/1974.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação ou renúncia de direito em impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Baturité, 04/12/2019.

Reginaldo De Abreu Ribeiro
DECLARANTE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA
 Impresso nº 2019483294



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 872 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **03/07/2019 10:46:57**
 Data / Hora da Ocorrência: **31/03/2019 08:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **ESTRADA MUQUEM**
 Complemento:
 Bairro:
 Município: **ITAPIUNA/CE**
 Ponto de Referência: **PROXIMO LOCALIDADE SÃO JOSE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **REGINALDO DE ABREU RIBEIRO**
 Nascimento: **11/08/1975** CPF: **771.417.413-72**
 RG: **2761896-93** Orgão Emissor: **SSPDC** UF:
 Filiação: **MARIA DE ABREU RIBEIRO**
RAIMUNDO NONATO RIBEIRO
 Endereço: **RUA MRAL CASTELO BRANCO, 0**
 Bairro: **PALMATORIA**
 Município: **ITAPIUNA/CE** CEP: **62.744-000**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99861-6225**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSQ2699** Uf: **CE** Município: **ITAPIUNA** Chassi:
9C2KD0550DR100524 Renavam: **500389489** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
 Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
 Cor: **VERMELHA** Proprietário: **REGINALDO DE ABREU RIBEIRO**
 Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

A vítima informa que conduzia o veículo Motocicleta Honda NXR-150 BROS - Placa: OSQ-2699, de sua propriedade, quando ao passar pelo local citado derrapou em uma curva que havia terra e caiu sofrendo fratura no braço direito. A vítima informa que foi até a estrada onde havia algumas pessoas e pediu o celular emprestado para ligar para sua esposa Erineuda Lima Ferreira Abreu; QUE seu cunhado Francisco Lima Ferreira foi até o local para socorrê-lo e foi levado para a casa de seu cunhado e de lá foram para o Hospital de Itapiúna; QUE foi transferido no mesmo dia para o Hospital em Aracoiaba, mas teve que aguardar em casa porque no Hospital em Aracoiaba não havia médico especializado para atendê-lo, QUE passados dois dias voltou ao Hospital em Itapiúna e foi transferido de ambulância para o Hospital de Aracoiaba. A vítima informa que ao chegar no Hospital de Aracoiaba permaneceu internado por 15 dias, QUE realizou uma cirurgia no braço direito em razão da fratura; QUE recebeu alta após 02 dias da cirurgia e teve três retornos no Hospital de Aracoiaba.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA
Impresso nº 2019483294



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 872 / 2019

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ERIKA PACHECO - MAT.: 301199-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

PAULA PEREIRA SEBASTIAO - MAT.: 30124219

Paula Pereira Sebastião
Delegada de Polícia Civil
Mat. 301242-1-9

 		PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIÚNA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Rua. Cel. João Viana, 66, Centro - Itapipuna - CE CEP: 62.740-000 - Fone: (88) 3431-1371 CNPJ: 11.428.360/0001-05			
Data: 31.03.2019		Hora:		Chegou: Andando () Cadeira de Rodas () Maca ()	
Paciente: REGINALDO DE ABREU REBEIRO				RA	
Nome da Mãe:				Pulso	
Idade: 43				Temp.	
Sexo:				DK	
Data: 11/08/75				FR	
Endereço:				FC	
Bairro:				SatO2	
Cidade:				Recepcionista:	
Estado:				Anamnese e Exame Físico	
Anamnese e Exame Físico:					
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:					
EXAMES SOLICITADOS:					
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO		ENFERMAGEM	
1) Ipraxim, 1mg, 100mg		12/40			
2) TPLA					
Observações Adicionais:					
Assinatura do Responsável:				Assinatura e Carimbo Médico:	
				Rafael Braga CRM 17.354 Médico	




PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIÚNA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua. Cel. João Viana, 66, Centro - Itapituna - CE
CEP: 62.740-000 - Fone: (88) 3431-1371
CNPJ: 11.428.360/0001-05

1. PREENCHER 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: _____

DISTRITO SANITÁRIO: _____ MUNICÍPIO: _____

NOME: Reginaldo de Almeida PRONTUÁRIO Nº: _____
SEXO: M ☒ F ☐ DATA DE NASC.: 11/08/75 OCUPAÇÃO: _____
END.: PM. Aracatia BAIRRO: _____ FONE: _____

MO TIVO DO ENCAMINHAMENTO: _____

RESULTADO DE EXAMES: Exame de urina normal

CONDUTA REALIZADA: _____

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Infecção urinária

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE: _____ Nº REGISTRO: _____ FUNÇÃO: _____ DATA: 31/08/17 HORA: _____

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR ☐ AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐

PROCEDIMENTO: Exame de urina PROFISSIONAL: Enfermeiro

UNIDADE REFERÊNCIA: _____ DATA: 1/1 HORA: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

MUNICÍPIO: _____ PRONTUÁRIO Nº: _____ ALTA: 1/1

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO: _____

RESULTADO DE EXAMES: _____

DIAGNÓSTICOS: PRINCIPAL _____ CID.: _____

SECUNDÁRIO 1 _____ CID.: _____

SECUNDÁRIO 2 _____ CID.: _____

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGMENTO: _____

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO?

SIM ☐ NÃO ☐

SIM ☐ NÃO ☐

ASSINATURA DO CONSULTANTE - Nº REGISTRO: _____ FUNÇÃO: _____ DATA: 1/1

(*) Utilizar também como resumo de alta

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por REGINALDO PEREIRA ROSSI e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 11/05/2020 às 15:33, sob o número 02271693520208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 02271693520208060001 e código 6747578.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABÁ
SECRETARIA DA SAÚDE
FOLHA SUMÁRIO DE INTERNAMENTO

19 Dec

FOLHA SUMÁRIO DE INTERNAIMENTO

SAME	CLINICA	BLOCO/LITO	CATEGORIA
NOME	REGISTRO		
NATURIDADE	SEXO	INASCIMENTO	IDADE
ESTATO CIVIL	PROFISSAO	GRAU INSTRUCAO	PROCEDENCIA
RESIDENCIA	BAIRRO	FONE	
FILIACAO			
NOME DO CONJUGE	PARENTESCO		
PESSOA A NOTIFICAR EM CASO DE URGENCIA	RESIDENCIA	BAIRRO	FONE
RESPONSAVEL	PARENTESCO		
RESIDENCIA	BAIRRO	FONE	
DOCUMENTO APRESENTADO PARA INTERNACAO			
DATA DA INTERNACAO	DATA DA SAIDA	DIAS DE HOSPITALIZACAO	DESTINO DADO AO PACIENTE
ALTA	OBITO		
CONDICOES	TIPO		
DIAGNOSTICO DEFINITIVO	CODIGO		
DIAGNOSTICO SECUNDARIOS	CODIGO		
OPERACAO	CODIGO		
OBITO	AUTOPSIA		
OBSERVACOES			

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: _____				2 - CNES: _____			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: _____				4 - CNES: _____			
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE: <u>Reginael de Amor Junior</u>				6 - N.º DO PRONTUÁRIO: <u>056-045</u>			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <u>300910191018716121162019</u>				8 - DATA DE NASCIMENTO: <u>11/08/1975</u>		9 - SEXO: Masc. ☒ Fem. ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: <u>Maria de Jesus Pereira</u>				11 - TELEFONE DE CONTATO: _____			
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO): <u>Palmatória</u>				13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <u>Itapirina</u>			
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: <u>650-4</u>				15 - UF: <u>TE</u>		16 - CEP: <u>64000-000</u>	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <u>Perda de peso em 2 meses (5kg) e fadiga - já há 02m.</u>							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <u>neem d. R. cing</u>							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <u>Ex. em dor + R</u>							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>pat. de h. d</u>		21 - CID 10 PRINCIPAL: <u>5525/1022</u>		22 - CID 10 SECUNDÁRIO: <u>078</u>		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____	
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>Ex. cing</u>				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: <u>0308010019</u>			
26 - CLÍNICA: <u>ET</u>		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: <u>02</u>		28 - DOCUMENTO: () CNS () CPF		29 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: _____	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: _____				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: <u>02/04/19</u>		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO): _____	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA: _____		37 - N.º DO BILHETE: _____		38 - SÉRIE: _____	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA: _____		40 - CNAE DA EMPRESA: _____		41 - CBOR: _____	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____				44 - COD. ORGÃO EMISSOR: _____		45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>2319100179561</u> <u>2319100179858</u>	
46 - DOCUMENTO: () CNS () CPF		47 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____					
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <u>11</u>		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO): _____					

HISTÓRIA CLÍNICA

ANAMNESE:

MEDICAÇÃO:

ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM

ENCAMINHAMENTO:

EXAMES:

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DA ENFERMAGEM

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL
RUA GETÚLIO VARGAS, Nº 138 / CEP: 62.750-000 / CENTRO / ARACOIABA-Ce
Fone: (85)3337-5521

 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA (Preencher todos os campos após a cirurgia verso o anverso)						Nº DA GIR		CIRURGIA			ANESTESIA		
						REG.		1 - Pequ. 4 - Simu 2 - Média 5 - Multi. 6 - Grande 6 - Especial 7 - Princ. e Secundária			☐ Local ☐ Geral ☐ C Início Término Hora Min Hora Em minutos <i>o/</i> acrésc. para os de emergência fora do horário e dias não úteis (preencher). Anestesia Minutos total Minutos <i>o/</i>		
Nome do Paciente: <u>Reginaldo de Alencar Ribeiro</u> Diagnóstico: Operação:						CÓDIGO CID		Início		Término		Duração	
						Conversão Categoria Detalhes ☐ ☐ ☐		Dia Mês Ano		Dia útil			
						Código SSM		09/04/11		☐ Sim ☐ Não			

61	MATERIAL DE SALA	TIPO	Q	V.U	V.T	65	MEDICAMENTO DE SALA	TIPO	Q	V.U
			01							
			02							
			03							
			04							
			05							
			06							
			07							
			08							
			09							
			10							
			11							
			12							
			13							
			14							
			15							
			16							
			17							
			18							
			19							
			20							
			21							
			22							
			23							
			24							
			25							
			26							
			27							
			28							
			29							
			30							
			31							
			32							
			33							
			34							
			35							
			36							
			37							
			38							
			39							
			40							
			41							
			42							
			43							
			44							
			45							
			46							
			47							
			48							
			49							
			50							
			51							
			52							
			53							
			54							
			55							
			56							
			57							
			58							
			59							
			60							
			61							
			62							
			63							
			64							
			65							
			66							
			67							
			68							
			69							
			70							
			71							
			72							
			73							
			74							
			75							
			76							
			77							
			78							
			79							
			80							
			81							
			82							
			83							
			84							
			85							
			86							
			87							
			88							
			89							
			90							
			91							
			92							
			93							
			94							
			95							
			96							
			97							
			98							
			99							
			100							

74 Oxigênio

Início Horas Término Horas Total de Horas

Assinatura da Enfermeira

Assinatura Cirurgião

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS		ANESTESISTA	
1) Prognóstico para 2) Coloc. com 3) Incisão sobre o 4) Dissecar para 5) Incisão sobre o 6) Incisão sobre o 7) Incisão sobre o 8) Incisão sobre o		1º Auxiliar - Ass. e Carimbo 2º Auxiliar - Ass. e Carimbo	
DATA Cirurgião - Ass. e Carimbo		1º Auxiliar - Ass. e Carimbo 2º Auxiliar - Ass. e Carimbo	
Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação, da anestesia o maior consumo de material e medicamentos. <i>Relatado em 10/05/2020</i>		Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação, da anestesia o maior consumo de material e medicamentos. <i>Relatado em 10/05/2020</i>	

Dr. Paulo Roberto Pereira Braga
MEDICO ANESTESIOLOGISTA
RÉGULO DA TRIBUNAL



Menu Pesquisar Sair

LIDUINA FERNANDES UCHOA

PROLOG TECNOLOGIAS

SAME - HMSI

Código

26909

DATA DE ATENDIMENTO: *

31/03/2019

PSF: *

OUTROS ▼

CARTÃO SUS: *

209092876210009

PACIENTE: *

REGINALDO DE ABREU RIBEIRO

DATA DE NASCIMENTO: *

11/08/1975

IDADE: *

43

ENDEREÇO: *

PALMATORIA

BAIRRO: *

ZONA RURAL ▼

TELEFONE: *

(85) 9816-78550

MUNICIPIO/CEP: *

ITAPIUNA ▼

MUNICIPIO NÃO PACTUADO:

REGULAÇÃO: *

1 VEZ ▼

RAÇA/COR: *

PARDO ▼

SEXO: *

MASCULINO ▼

TRIAGEM ENFERMAGEM

QUEIXA PRINCIPAL:

ESCALA DE DOR

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

PROCEDIMENTO PRINCIPAL:

OBSERVAÇÕES:

Código

26909

DADOS DO ATENDIMENTO:

☐ CIRURGIA GERAL☒ CLINICA MEDICA☐ CURATIVO☐ INTERNAMENTO☐ OBSERVAÇÃO☐ ORTOPEDIA☐ PEQUENA CIRURGIA☐ RADIOGRAFIA☐ RETIRADA DE PONTOS☐ SALA DE PARADA☒ TRIAGEM☐ ULTRASSONOGRAFIA

NUMERO DO REGISTRO:

PROFISSIONAIS:

☐ CHARLES ROBSON DOURADO DE MACEDO☐ EDUARDO BEZEERA OLIVEIRA☐ EDUARDO DE LIMA MEDEIROS SILVA☐ Fernando Célio Gomes Camelo☐ FERNANDO HOLANDA COSTA JUNIOR☐ FRANCIRENE TAVARES AGUIAR OLIVEIRA☐ FRANCISCO FELINTO AGUIAR DE MOURA FILHO☐ FRANCISCO JARBAS LOPES DE ALMEIDA☐ FRANCISCO MARCIO DE OLIVEIRA LUZ☐ HELIO DE MORAIS PINHO☐ JOAO AGUIAR BRITO☐ JOSE MARCELO VIDAL PORTO☐ KAIKE VIEIRA PINHEIRO☐ LUIZ CARLOS A. MELO☐ MARCO ANTONIO ARAUJO COSTA☐ RAIMUNDO CARLOS CESAR VENANCIO BATISTA☐ THOMAS GREGORY☐ VALTER CESARIO DE FREITAS☐ Washington Luis Bezerra de Moraes

ASSINATURA DO PACIENTE:

Reginaldo de Abreu Ribeiro

ASSINATURA DO RESP. SAME:

LIDUINA-12.26 H

Seritama Samuli
Enfermeira - 17/03/2019

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio

Diretor do Hospital

SINISTRO 3190468988 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA REGINALDO DE ABREU RIBEIRO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV
Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE
BENEFICIÁRIO REGINALDO DE ABREU RIBEIRO
CPF/CNPJ: 77141741372

Posição em 23-01-2020 08:51:36

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
22/10/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
13/11/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	
27/08/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	
14/08/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	