

SETOR DE PERÍCIAS MÉDICAS

EU Francisco José Carloto Brasil
 RG.: 517 59 5FRE20 CPF: 029 845 833-02
 ENDEREÇO: Vl Interna 15 Conj. Alameda Palmeiras Ap101 Nº 49
 BAIRRO: Ancuri CIDADE: Fortaleza BL10 QD12 L104
 ESTADO: Ceará
 CONTATOS: (85)3226-1683 / (85) 98685.3187

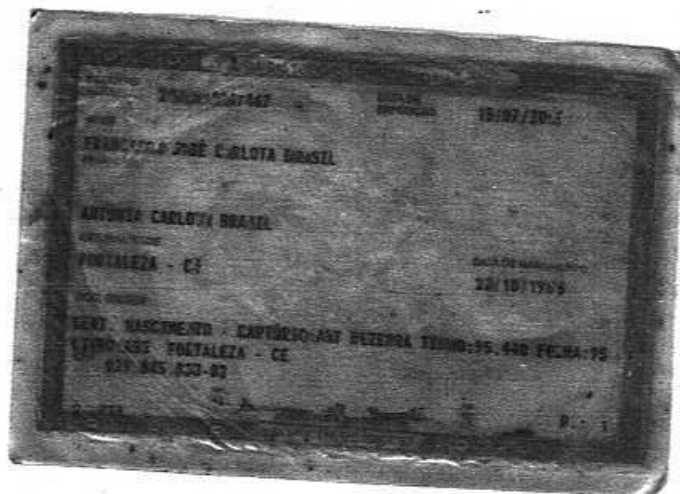
Venho por meio desta, informar que estou disponível neste endereço, telefone e e-mail citado acima, ficando assim, o prazo previsto em lei 6 194/74 do Seguro Dpvt.

FRANCISCO JOSÉ CARLOTA BRASIL

Assinatura

Fortaleza, 19 de dezembro de 2017

Local e Data





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 497537101
Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002

Esta é a segunda via de **OUT/2017**

Utilize o n° abaixo sempre que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
8016103 DV **0**

VENCIMENTO
 26/10/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
 98,33

DADOS DO CLIENTE
 Nota 11 01220 20 046300

Nome **MARISOL PIRES CENQUEGRANELLA** Medidor **6291036** Poste **0000 U96C**
 Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora **VI INTERNA 15 CONJ ALAMEDA PALMEIRAS 00049 AP 101 BL 10 QD 12 LT 04 ANCURI FORTALEZA 60000000**

RG / CPF / CNPJ **039.474.743-77** CGF

Classe **01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA** Fator de Potência **0**

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
1278	1135	1	143	0	143

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA		
Consumo faixa 0-30 Kwh	30	7,59
Consumo faixa 31-100 Kwh	70	30,37
Consumo faixa 101-220 Kwh	43	28,00

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
19/10/2017	18/11/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

C3ED.9728.06CL.0AA8.2SD9.3068.D031.EB09

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
65,96	27%	27,92

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	22,27
TRANSMISSÃO	2,23
DISTRIBUIÇÃO	15,13
ENCARGOS SETORIAIS	5,24
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	33,09

OUTROS PAGAMENTOS

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	1,88
MULTA MORATORIA	1,99
TAXA DE RELIGACAO	7,43
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CORFAZ 879	19,12
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP	18,95
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 3,91)	

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 23,33

Conjunto **JABUTI**
 Mês **AGO/ 2017**

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,43	10,86	21,73	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,11			0,00		

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)
 Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 6411 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **18/12/2017 15:14:45**
 Data / Hora da Ocorrência: **29/11/2017 18:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA EMILIO DE MENEZES**
 Complemento: **C/ RUA DUAS NAÇÕES**
 Bairro: **GRANJA PORTUGAL** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO JOSÉ CARLOTA BRASIL**
 Nascimento: **23/10/1986** CPF: **029.845.833-02**
 CTPS: **51759SERE20** Orgão Emissor: **CTPS** UF:
 Filiação: **ANTONIA CARLOTA BRASIL**
N/C
 Endereço: **RUA VIA INTERNA 15 CONJ ALAMEDA PALMEIRAS, 49 AP 101**
 Bairro: **BL 10**
ANCURI
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98799-2285**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA ATRAVESSANDO ANDANDO A RUA EMILIO DE MENEZES QUANDO FOI ATROPELADO POR UMA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADAS, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE.//////////
 OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x FRANCISCO JOSÉ CARLOTA BRASIL

VISTO DO DELEGADO(A) : DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÁ - MAT.: 012875-1-6

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 29/11/2018 às 15:44, sob o número 01825542820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0182554-28.2018.8.06.0001 e código 4115101.

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS			
PACIENTE FRANCISCO JOSE CARLOTA BRASIL		Nº DO PRONTUÁRIO 5089106	Nº DO BE 244949
NOME MÃE ANTONIA CARLOTA BRASIL		IDADE 23/10/1986(31 ANOS)	RAÇA M
ENDEREÇO RUA PRIMEIRO DE MAIO 2161 GRANJA PORTUGAL		NOME RESPONSÁVEL NI	RAÇA RESPONSÁVEL PARDO
CEP 98799-2285		MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
OCORRÊNCIA TRANSPORTE/DADOS DO ACCIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ATROPELAMENTO (HÁ 1 DIA). RELATA DOR EM MID. ESCORIAÇÕES NA CABEÇA.		MOTIVO AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA	
SINAIS VITAIS		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
TA 110	FC 70	SAT O2 97%	PULSO NI
TEMP 36,5	RESPIRACÃO NI	GLUCOSE NI	
RESPOSTA À TERAPIA NI/NI ALÉRGICAS NEGA		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO JANASSIA GONDIM MONTEIRO	
DATA DE ATENDIMENTO 30/11/2017		ÁREA ATENDIMENTO EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA	
ATENDIMENTO MÉDICO			
<p><i>DEE + natureza patológica D.</i> <i>Então farmacológica D.</i></p> <p><i>Acidente ontem às 18h. Enc. do Frotas</i></p>			
<p>HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIOS-X () OUTROS</p> <p>PRESCRIÇÃO MÉDICA <i>(0305080300)</i></p>			
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
<p>DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS</p> <p>DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL</p>			

Impresso por janassin gondim monteiro em 30/11/2017 09:39:00
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do C Penal.

Marcel Rios Cinquanteiro
FRANCISCO JOSE CARLOTA BRASIL

CONFERE COM ORIGINAL
18/12/17

04.835.197/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jamilma Torres Coelho, 1578
Messajana - CEP: 98799-2285

Carla Roberto Vinagre
CRM 22747-0/SP-07-0007
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

Fortaleza *Roberto* Ceará

SUS Ministério da Saúde Sistema Único de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO 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 *Fra de Antônia Brasil*

6 - Nº PRONTUÁRIO *5089106*

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____

8 - DATA DO NASCIMENTO *23/10/1986*

9 - SEXO Masculino Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL *Antônia Antônia Brasil*

11 - TELEFONE DE CONTATO *9187992285*

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO) *Rua primeiro de maio, 2126 - Vilaça portuguesa*

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA *Fortaleza*

14 - COD. IBGE MUNIC _____

15 - UF _____

16 - CEP _____

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS *Fratura da Patela ①*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO *AS ACIMA*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) *ANAMNESE + EX FÍSICO + RX*

20 - DIAGNÓSTICO *Fratura patela ①*

21 - CID 10 PRINCIPAL _____

22 - CID 10 SECUNDÁRIO _____

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO *Fratura Antebraço*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____

26 - CLÍNICA _____

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO _____

28 - DOCUMENTO CNES CPF

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE *Carla Nêta*

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO *01/12*

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO *Carla Nêta Médico Ortopedista CRM 11585*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA _____

37 - Nº BILHETE _____

38 - SÉRIE _____

39 - CNPJ DA EMPRESA _____

40 - CNAE EMPRESA _____

41 - CBOE _____

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA _____

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR *08035.197/0312-05*

45 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____

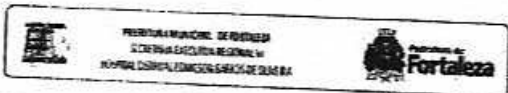
46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____

47 - DATA DO DOCUMENTO _____

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) *Av. Jansilista Tomaz Coelho, 1578 Macejans - CEP: 60.054-340*

49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR *EX 0408020547 - S-500*

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 29/11/2018 às 15:44, sob o número 01825542820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0182554-28.2018.8.06.0001 e código 4115101.



REGISTRO EMERGÊNCIA	MATRÍCULA NO HOSPITAL
---------------------	-----------------------

PACIENTE <i>fm José Carlota Buesi</i>	
DATA OPERAÇÃO <i>04/12/17</i>	ENFERMARIA
LEITO	
Dr. Paulo de Tasso C. Castro	
1º AUXILIAR <i>Ortopedia / Traumatologia</i>	2º AUXILIAR
3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA <i>Dr. Christiane</i>	TIPO DE ANESTESIA
DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: <i>fratura de fêmur D</i>	
TIPO DE OPERAÇÃO: <i>mf - c/comp</i>	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:	
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA:	
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:	
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCNICAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS

*Quiladas para de acesso e antep
 Incisão franca em fêmur com D
 fêmur long. acesso por D /
 aludagem - visualizar pedes e jointo
 fratura de fêmur c/ c/comp
 Sutura por Dr. Castro e fm*

Dr. Paulo de Tasso C. Castro
 Ortopedia / Traumatologia
 CRN: 1985

CONFERE COM ORIGINAL
18/12/17

04005.1970012-05
 HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
 BARROSO DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578
Messejana - CEP: 60.264-810

Gráf. HDEBO-SAME- Desc. Oper.-003

Fortaleza Ceará

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 29/11/2018 às 15:44, sob o número 01825542820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0182554-28.2018.8.06.0001 e código 4115101.



RABELO LEAL ADVOCACIA e SERVIÇOS DE SEGUROS

Dr. Felipe Leal – OAB/CE 17.528

PROCURAÇÃO

Nome: FRANCISCO JOSÉ CARLOTA BRASIL

Nacionalidade: BRASILEIRO, estado civil: SOLTEIRO

Profissão: AUTONOMO

RG: 517595820 SSP/CTPS/CPF: 029.845.833-02

Logradouro: RUA VIA INTERNA, 15 CONJUNTO ALAMEDA PALMEIRAS, Nº _____, Compl _____

Bairro: ANCURI CEP: 60.000-000

Cidade: FORTALEZA, UF: CEARA Tel: 85 98799-2285

OUTORGADO: Felipe Reinaldo Rabelo Leal, brasileiro, casado, advogado, inscrição na OAB/CE 17.458, ambos com escritório profissional situado na Rua do rosário 77 sala 1402 Centro, Fortaleza - Ceará, Fone: (85) 98685-3187/(85) 3226-1683, onde recebe intimações, notificações, etc. **PODERES:** Para o FORO EM GERAL, com Cláusula "ad-judicia et extra", para promover a defesa do mandante ou a de qualquer interesse seu, seja através de atos de representações, seja intentando ações ou defendendo-o das que contra si forem intentadas, podendo ainda confessar, reconhecer procedência de pedidos, receber citações, transigir, desistir, renunciar a direitos sobre que se fundam ações, dar quitação, firmar compromisso, receber e dar quitação, endossar cheque, receber alvará em nome do outorgante, dando tido por bom e valioso, com o fim específico para **AJUIZAR AÇÃO NA JUSTIÇA ESTADUAL DO CEARÁ**, podendo substabelecer com o sem reserva de iguais poderes em todas as instancias da Justiça Estadual deste estado.

Fortaleza (CE), 28 de NOVEMBRO de 2018.

FRANCISCO JOSÉ CARLOTA BRASIL

Assinatura



*RABELO LEAL ADVOCACIA e SERVIÇOS DE
SEGUROS*

Dr. Felipe Leal – OAB/CE 17.528

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

NOME: FRANCISCO JOSE CARLOTA BRASIL

RG: 51759 SERB 20 **SSP/CTB CPF:** 029.895.833-02

DECLARA de sã consciência e bem da verdade que VIVE E RESIDE em:

Logradouro: RUA VIA INTERNA, 15 CONJUNTO ALAMEDA
PALMEIRAS

Complemento: _____

Bairro ANCURI **CEP:** 60.000-000

Que a presente declaração é a expressão da verdade, a qual é feita nos termos e sob as penas da lei, pelo que me responsabilizo pela presente

Fortaleza/Ce, 28 DE NOVEMBRO 2018

*FRANCISCO JOSÉ CARLOTA BRASIL



*RABELO LEAL ADVOCACIA e SERVIÇOS DE
SEGUROS*

Dr. Felipe Leal – OAB/CE 17.528

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: FRANCISCO JOSÉ CARLOTA BRASIL

Nacionalidade: BRASILEIRO Estado: CEARA Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão: AUTONOMO

Rg: 5759 SEREZO SSP/STB-CPF: 029.895.833-72

Logradouro: RUA VIA INTERNA, 15 CONJUNTO ALAMEDA PALMEIRAS,

Desejamos obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da lei nº 1.060 de 05 de Fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.

Fortaleza/Ce: 28 de NOVEMBRO de 2016

FRANCISCO JOSÉ CARLOTA BRASIL

SINISTRO 3180038831 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** FRANCISCO JOSE CARLOTA BRASIL**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO FRANCISCO JOSE CARLOTA BRASIL**CPF/CNPJ:** 02984583302**Posição em 04-04-2018 10:29:18**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/04/2018	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00