

**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"**

Outorgante: <u>elsa noqueira de Queiroz</u>		Data Nasc: <u>03.02.1969</u>
Estado Civil: <u>solteira</u>	Profissão: <u>apicultora</u>	Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
RG: <u>2005021061108</u>	CPF: <u>996.554.843-53</u>	<u>(85) 991250112</u>
Endereço: <u>Rua Felix Pereira - Centro n: 1737</u>		CEP: <u>62795000</u>
Cidade: <u>Baneira - Pernambuco</u>		

**OUTORGADO:** CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada sua bastante procuradora, 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 FENASEG 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 demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar 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), 14 de março de 2014.

Elsa noqueira de Queiroz  
**OUTORGANTE**

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado de Ceará, protocolado em 11/07/2018 às 16:00, sob o número 01465768720188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://rsaj.jce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0146576-87.2018.8.06.0001 e código 39795C5.

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, Elisa Nogueira de Queiroz, b  
 brasileiro(a), solteira, agricultora, portador(a) de  
 cédula de identidade nº. 2005021061108, inscrito(a) no  
 CPF sob o nº 996.554.843-53 DECLARO que tenho  
 domicílio e sou residente na Rua Felix Pereira,  
 nº 1727, Bairro Centro-Barreira, CEP: \_\_\_\_\_ /CE,  
 conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 14 de maio 2014.

Elisa Nogueira de Queiroz

TESTEMUNHA:

1. \_\_\_\_\_

RG Nº :

CPF Nº:

2. \_\_\_\_\_

RG Nº

CPF Nº

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Pela Sr(a) Elisa Nequeira de Queiroz presente, (a) Declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, 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 sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 14 de março 2014.

Elisa Nequeira de Queiroz

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

**DECLARAÇÃO DE POBREZA**

Declaro para os devidos fins que eu, Elisa Nogueira de Queiroz, residente e domiciliado na Rua Felix Pereira, nº 1737, bairro: Centro, na cidade de Barnaíba, portador(a) do RG nº 2005021061108, inscrito(a) no CPF nº 996.55484353, estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 14 de março de 20 14.

Elisa Nogueira de Queiroz

DECLARANTE

**SINISTRO 3160056480 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA ELSA NOGUEIRA DE QUEIROZ****COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Comprev

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

**BENEFICIÁRIO ELSA NOGUEIRA DE QUEIROZ****CPF/CNPJ:** 99655489353**Posição em 18-01-2017 10:52:01**

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

<b>Data do Pagamento</b>	<b>Valor da Indenizacao</b>	<b>Juros e Correção</b>	<b>Valor Total</b>
23/02/2016	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00





79677877



**DADOS DO CLIENTE**

Nome: **ELSA NOGUEIRA DE QUEIROZ**  
 End. Letra: **RJ FELIX PEREIRA, 1727, CENTRO**  
 Cidade: **BARREIRA-LINHME** CEP: **82.795-000**  
 End. Entrega:  
 Cidade: CEP: **80.000-000**  
 Local: 430 Setor: 001 Quadra: 049 Lote: 0404 Comp: 0000  
 Subsetor: Subquadra:

LINHME - BARREIRA-LINHME

**ECONOMIAS**

Residência: 001 | Comércio: 000 | Indústria: 000 | Pólvora: 000

**INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO**

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen (m³)	Multa Demora(m³)
AGUA	AD4M74488	1318	1332	14	9

**DATAS**

Leitura Atual: 04/08/2015 | Entenda: 16/08/2015 | Leito Água: AD4M74488  
 Leitura Anterior: 03/08/2015 | Próxima Leitura: 09/08/2015 | Carga Engate:

**QUALIDADE DE AGUA DISTRIBUIDA REFERENTE A: 08/2015**

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Estágio	18	18	10	18	18
Análises	18	18	10	18	18
Em conformidade	18	18	0	18	18

**MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**  
 AGRADECEROS SUA PONTUALIDADE. AGUA TRATADA E SAUDE.  
 RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

**DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Milhões	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	27,12		0000	0
JUROS DE 0,02% AO DIA	0,89	10/2014	11	0
MULTA DE 2%	0,45	11/2014	16	0
		12/2014	4	0
		01/2015	13	0
		02/2015	13	0
		03/2015	10	0
		04/2015	12	0
		05/2015	18	0
		06/2015	12	0
		07/2015	4	0
		08/2015	10	0

**TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO**

Descrição	Valor (R\$)	Subsidio	Valor (R\$)
PIS	0,26	Descrição	
COFINS	1,32	Valor do Serviço	37,92
		Subsidio(-)	10,26
		Total do Serviço	27,66

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
09/2015	05/10/2015	27,66

CAGECE S.A.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nos horários de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou 24h mediante Cagece: 3491.1515, de 8h às 18h e 15h às 17h. Ouvidoria estadual: 135. Site do ANCE: [www.ance.gov.br](http://www.ance.gov.br)  
 Agência Reguladora Potólicas: ANEPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle das Serviços Pólicas de Saneamento Ambiental: 8000 288 1919 - Centro Localizador: ANCE - Agência Reguladora de Serviços Pólicas Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3333.

MOT\_FAT\_MENSAL\_RUTIMUN\_V1.FUN

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARA  
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARREIRA**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 422 - 39 / 2016**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 Hora da Comunicação: **19/01/2016 09:58:52**  
 Hora da Ocorrência : **23/11/2015 10:30:00**  
 Local da Ocorrência:

**CENTRO BARREIRA /CE**

Ponto de Referência: **PROXIMO A CADEMIA DA EDICLEUSA**

**Dados do(s) Veículo(s)**

TIPO: **MOTOCICLETA MARCA: HONDA/CG150 FAN ESDI**  
 PLACA: **OSF2605 MUNICÍPIO / UF: BARREIRA / CE**  
 MODELO/FABRICAÇÃO: **2014/2013 COR: PRETA**  
 RENAVAM: **575079169 CHASSI: 9C2KC1680ER403138**  
 NOME DO VEÍCULO: **NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: FRANCISCO ANISIO DE SOUSA DANTAS**  
 TIPO DE VEICULO: **COLISAO**

**Histórico**

A noticiante, que no dia 23 de novembro de 2015, em torno 10h30min, trafegava na garupa da motocicleta HONDA CG 150 FAN, ano 2013/2014, cor PRETA, placa OSF 2605, em nome de FRANCISCO ANISIO DE SOUSA DANTAS, pilotada por GENISFLAVIO GOMES DA SILVA, CNH 02440428072, no centro desta cidade, quando colidiu com o veículo CHEV PRISMA, placa OSM 7570, invadiu a mão de direção e que a noticiante trafegava. Vinda a colisão com a queda do moto: Que a noticiante perdeu o equilíbrio, vindo a cair, logo sendo socorrido ao hospital Local, apresentando lesão em face com hipótese de fratura de maxilar, conforme consta no prontuário de atendimento médico. Nada mais a declarar.

**Noticiante(s)**

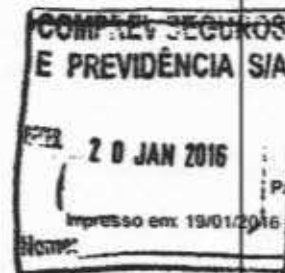
Nome : **ELSA NOGUEIRA DE QUEIROZ**  
 Endereço : **R FELIX PEREIRA 1727**  
 Bairro : **CENTRO**  
 Município/UF : **BARREIRA CE BRASIL** Telefone: **85991250112**

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA MUNICIPAL DE BARREIRA**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : **MARCIO DAS CHAGAS SILVA - MAT.: 133190-1-4**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : **Elsa Nogueira de Queiroz**

DELEGADO(A) : **ALEXANDRE PAULO DE BRITO SAUNDERS - MAT.: 404547-1-3**







HOSPITAL DE BARREIRA  
SOCIEDADE BENEFICENTE DE BARREIRA

FIGHA DE ATENDIMENTO

Data: 23/11/2015 Nº \_\_\_\_\_ HORA: 11:00h.

1) Identificação do paciente

Nome: Elza Nogueira Queiroz  
Endereço: R. Felix Pereira Idade: 46+ Sexo: ( ) M (x) F  
Estado Civil: solteira.

2) QUEIXA PRINCIPAL:

queda de peso → ata de claustrofobia

3) HISTÓRIA CLÍNICA:

vacante entre de queda de peso, com tra  
de fôlego. apresenta dueto patológico com  
afundamento

4) EXAME FÍSICO

Sinais Vitais: P.A.: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg GLICEMIA: \_\_\_\_\_ mg/Dl TEMP: \_\_\_\_\_ °C

Peso: \_\_\_\_\_ kg

5) PRESCRIÇÃO/CONDUTA

11010 x DE FACE

Epitácio Fátima Júnior  
Médico  
CRM 12450

CONFERE COPIA ORIGINAL

*invidua*



### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Elsa Nogueira de Queiroz, nascida em 03/02/1969, portadora de RG n°. 2005021061108 e CPF n°. 996.554.893-53, filha de Francisca Evaristo de Queiroz e Querino Nogueira de Queiroz, foi atendida nesta instituição no dia 23/11/2015, como "Elza" Nogueira "Queirões", o qual retifico, trazida por familiares, vítima de queda de moto, apresentando trauma em face com hipótese de fratura de maxilar, conforme registro de atendimento.

Barreira – CE, 29 de dezembro de 2015.

  
Maria Eleni de Lima  
Gerente administrativa



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em três vias.  
2. Ao terminar a consulta em tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade de Origem: Secretaria Municipal da Saúde de Pacajus  
Microregional de Saúde: 1ª CERES - IFE. DRº Sernando Relgado Leudo - 1444002368 Município: Pacajus

Nome: Ela n. de Azevedo. Pront. Nº: \_\_\_\_\_  
Sexo: M  F  Data de Nascimento: 1/1/ Ocupação: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Ponto de Referência: \_\_\_\_\_ Nome da ACS: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: Paciente refere edema frontal - carota -  
erca de 6h associado a perda temporária de  
consciência. Evolui com vômitos. Sem alterações  
Resultados dos Exames: do exame: Hemostasia normal + exames de  
diferença + estabilidade hemodinâmica,  
COTE. ECG: 15.

Conduta já Realizada: Analgesia + UAT.

Impressão Diagnóstica: IC (E?)  
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro 1073 Função \_\_\_\_\_ Data 23.11.15 Hora 15:50h.

**AGENDAMENTO**  
Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico   
Procedimento: IC de crônico + Avaliaç Profissional: Neurologista  
Unidade de Referência: \_\_\_\_\_ Data: 1/1/ Hora: \_\_\_\_\_

**FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (\*)**  
Unidade de Referência: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Prontuário Nº: \_\_\_\_\_ Alta: 1/1/

Resumo Clínico / Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: Principal: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
Secundário 1: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
Secundário 2: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Posta de Consulta para seguimento: \_\_\_\_\_

Problema justificou a referência? Sim  Não  O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim  Não

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/07/2018 às 16:00, sob o número 01465768720188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0146576-87.2018.8.06.0001 e código 39795C5.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em três 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.

Unidade de Origem: Secretaria Municipal da Saúde de Pacajus  
Microregional de Saúde: 1ª CERES

Município: Pacajus

Nome: \_\_\_\_\_  
Sexo: M  F  Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Ponto de Referência: \_\_\_\_\_  
Pront. Nº: \_\_\_\_\_  
Ocupação: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_  
Nome da ACS: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: \_\_\_\_\_

Resultados dos Exames: \_\_\_\_\_

Conduta já Realizada: \_\_\_\_\_

Impressão Diagnóstica: \_\_\_\_\_

*Assinatura*  
*da*  
*Unidade*  
*de*  
*Origem*

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

#### AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico   
Procedimento: \_\_\_\_\_ Profissional: \_\_\_\_\_  
Unidade de Referência: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (\*)

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Prontuário Nº: \_\_\_\_\_ Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resumo Clínico / Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: Principal: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
Secundário 1: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
Secundário 2: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Indicação de Consulta para seguimento: \_\_\_\_\_

O problema justificou a referência? Sim  Não  O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim  Não

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/07/2018 às 16:00, sob o número 01465768720188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0146576-87.2018.8.06.0001 e código 39795C5.



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 23/11/2015 18:37:53

Por: DENISE SALES ARAUJO

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 23/11/2015 18:33:07

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 70230955412408	Nome: ELSA NOGUEIRA DE QUEIROZ	Registro: 5411089
CPF: 96655480253	RG: 30.952.046	D. NASC: 03/02/1969
ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: FRANCISCA EVARISTO DE QUEIROZ		NOME DO PAI: QUEIRINO NOGUEIRA DE QUEIROZ
TIPO DE LOGRADOURA: Daltro	ENDEREÇO DO PACIENTE: BARRERA	Nº. SN: BARRA: BARRERA
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 991992186	MUNICÍPIO: BARRERA UF: CE CEP: 62795000

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: ANA DE PAZ CAVALCANTE	PARENTESCO:	TELEFONE: 991992186
-----------------------------	-------------	---------------------

ACIDENTE DE TRABALHO

CNPJ DO VEÍCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSDO DO CNAER:
------------------	-------------------	---------------------	-----------------

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motorista. Colisão com um carro, pick up ou camionete

COMPLA: vítima de colisão com o carro que com história de síncope, vomito. Apresenta hemorragia periorbitária D.

OBSERVAÇÕES:

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Frotas	Estado de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO
----------------------------------	-------------------------	------------------------------------

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLÍNICA MÉDICA

ATENDIMENTO MÉDICO

Atendimento e Exame Físico: *OK deulle*

Conduta: *TC*

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 23/11/15

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: *[Assinatura]*

*Dr. Colmanio Holanda*  
 (CRM 411) - RJ

*TC CMM*

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/07/2018 às 16:00, sob o número 01465768720188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0146576-87.2018.8.06.0001 e código 39795CC5.

<b>PARECER MÉDICO 1</b>			
EXAME CLÍNICO: <u>NZU</u>			
ESPECIALIDADE:	DATA/HORA DO ATENDIMENTO / / AS :	CONDUTA:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO:
<b>PARECER MÉDICO 2</b>			
EXAME CLÍNICO: TCE hie 12th 6-15 Pupari 18-190 - In da hie			
ESPECIALIDADE:	DATA/HORA DO ATENDIMENTO / / AS :	CONDUTA:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO:
<b>PARECER MÉDICO 3</b>			
EXAME CLÍNICO: TZ de (hies) Sua hies intuej trau hie			
ESPECIALIDADE:	DATA/HORA DO ATENDIMENTO / / AS :	CONDUTA:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO:
<b>PARECER MÉDICO 4</b>			
EXAME CLÍNICO: de Nde NZL + 00- BUD 23-11-18 23-14			
ESPECIALIDADE: BUD	DATA/HORA DO ATENDIMENTO / / AS :	CONDUTA:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO:
<b>PARECER MÉDICO 5</b>			
EXAME CLÍNICO:			
ESPECIALIDADE:	DATA/HORA DO ATENDIMENTO / / AS :	CONDUTA:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO:
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<b>TIPO DE ALTA / SAÍDA</b>			
<input type="checkbox"/> Declínio médico	<input type="checkbox"/> À Pedido	<input type="checkbox"/> Emissão	DATA/HORA
<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Internação	<input type="checkbox"/> Óbito	/ / AS :
OBSERVAÇÃO:		CARIMBO E ASS. DO MÉDICO:	
<b>INTERNACÃO</b>		<b>ÓBITO</b>	
PROCEDIMENTO:	DATA/HORA	CARIMBO E ASS. DO MÉDICO:	CARIMBO E ASS. DO MÉDICO:
	/ / AS :		/ / AS :
DESTINO DO CORPO:		ANTES DOS PRIMEIROS SOCORROS	
<input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> SVO	<input type="checkbox"/> ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do responsável: _____)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO



ESTADO DO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**BARREIRA**  
Unidos Cresceremos Mais!



# RECEITUÁRIO

*Ilmo. Elzo Rogério Albuquerque*

*OBSERVADO POR CE HORAS NA CLÍNICA  
MÉDICA*

*[Handwritten signature]*

*[Stamp]*

*23/11/15*

**"BARREIRA UNIDA CONTRA A DENGUE"**



**INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA**  
"24 hora de proteção à vida"



### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: ELZA NOGUEIRA QUEIROZ		ID Paciente: 5411058
Data de Nascimento: 03/02/1969	Idade: 46 anos	Sexo: F
Médico Solicitante: CRANIO	Data do Exame: 23/11/2015	
<b>LAUDO</b>		

### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA

**TÉCNICA:** Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, sem administração de contraste iodado:

- Parênquima encefálico com valores de atenuação preservada
- Sistema ventricular anatômico.
- Linha média centrada.
- Cisternas preservadas
- Fossa posterior sem peculiaridades
- Não evidenciado hematoma extra-axial
- Traço de fratura com afundamento do maxilar D, arco zigomático ipsilateral

SILVANA PINHEIRO  
CRM 3914





2º Via

Nº de Inscrição:

0079877877

## DADOS DO CLIENTE

Nome: ELSA NOGUEIRA DE QUEIROZ

End. Lettura: RU FELIX PEREIRA, 1727, CENTRO

Cidade: BARREIRA

CEP: 62.795-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 430

Setor: 001  
Subsetor:Quadra: 0049  
Subquadra:

Lote: 0404

Comp: 0000

## ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Lectura Anterior	Lectura Atual	Volumen <sup>m³</sup>	Medio Semestral (m³)
AGUA	A04N474468	1567	1568	1	2

## DATAS

Lectura Actual: 11/08/2018

Emissao: 11/07/2018

Lacre Agua: 669580

Lectura Anterior: 10/05/2018

Proxima Lectura: 20/07/2018

Lacre Esgoto:

## QUALIDADE DA AGUA DISTRIBUIDA REFERENTE A: 04/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	014	014	010	014	014
Analisadas	002	002	002	002	002
Em conformidade	002	002	002	002	002

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Constatamos debito de R\$ 10,34. Caso pago, desconsiderar.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRICO DO SERVIÇO	Valor (R\$)	HISTORICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Agua (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	2,44	JUN/2017	5	0
MULTA DE 2%	0,24	JUL/2017	3	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,21	AGO/2017	4	0
		SET/2017	8	0
		OUT/2017	5	0
		NOV/2017	3	0
		DEZ/2017	12	0
		JAN/2018	5	0
		FEV/2018	1	0
		MAR/2018	3	0
		ABR/2018	5	0
		MAI/2018	1	0

## TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descricao	Valor (R\$)
PIS	0,02
COFINS	0,13

## SUBSIDIO

Descricao	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	4,32
VALOR DO SUBSIDIO	1,43
VALOR TOTAL A PAGAR	2,89

MÉS/ANO  
06/2018VENCIMENTO  
09/07/2018TOTAL A PAGAR (R\$):  
2,89

## ONDE PAGAR SUA FATURA

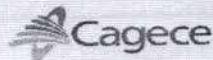
Bancos: Bradesco, BNC, Itaú, SIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ativa já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br)

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

## DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0079877877

Codigo de Responsável:

Mês/Ano: 06/2018

Local: 430

Setor: 1  
Subsetor:Quadra: 0049  
Subquadra:

Lote: 0404

Comp: 0000

Cidade: BARREIRA

Vencimento: 09/07/2018

Total (R\$): 2,89

82670000000-1 02890009800-6 07987787701-3 02005031025-7



EMISSÃO : ATENDIMENTO VIRTUAL 11/07/2018 03:31:44

996.534.395  
fls. 29Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/07/2018 às 16:00, sob o número 01465768720188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0146576-87-2018.8.06.0001 e código 39795C8.