



Fca. Lúcia Alves de Oliveira
Advogada
OAB/CE 33.519



Referente ao processo nº _____.

JUNTADA DE SUBSTABELECIMENTO

Pelo instrumento, Substabeleço com reserva de poderes, em favor do(a) advogado(a) Dr. Sérgio Manoel Gadelha - OAB/CE 25.057, (onde recebe intimações e avisos), os poderes que me foram outorgados no processo nº de Brismar V. de Castro, demandado perante a Vara Única da Comarca de Viçosa do Ceará, passando este(a) a ser representante legal da parte autora.

Viçosa do Ceará, 06/06/2018.


F. Lúcia A. de Oliveira
ADVOGADA
OAB/CE: 33519



PROCURAÇÃO

Mediante o presente instrumento a Outorgante,
Erismar Alina de Castro, Brasileiro, Solteiro, Agricultor,
RG: 2007887257-4, CPF: 506.280.033-15, Residente e
domiciliado no Sítio Campo Comprido, Zona Rural
Viçosa do Ceará, nomeia e construí como sua procuradora, a Outorgada
FRANCISCA LÚCIA ALVES DE OLIVEIRA, brasileira, advogada, OAB/CE 33.519,
com escritório profissional na Rua Salustiano de Pinho, 331-B, Viçosa do Ceará-CE,
a quem confere poderes da cláusula "ad judicium et extra", para representa-lo em qualquer
Juízo, Instância ou Tribunal, ou fora deles, e defendendo-o, propondo contra quem de
direito as ações competentes e defendendo seus interesses nas divergentes, seguindo
umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os,
conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar
compromissos ou acordos, receber e dar quitação, reconhecer procedência de pedido,
renunciar a direito no qual se funda ação agindo em conjunto ou separadamente,
podendo ainda substabelecer estes poderes a outrem, com ou sem reservas de iguais
poderes, cumprindo fielmente o mandato, especialmente para representa-lo perante a
ACÇÃO DE COBRANCA DE DIFERENÇA DE VALOR EM SEGURO OBRIGATÓRIO
DPVAT OU ACÇÃO DE COBRANCA DE SEGURO DPVAT (no caso de óbito) em
desfavor da Seguradora Líder.

Viçosa do Ceará, 27 / 09 / 2017.

Erismar Alina de Castro

Outorgante



Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)

Eu, Erismar Vieira de Castro, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Agricultor portador(a) do RG nº 2007887257-4 SSP/ce e CPF nº 06.280.033-15, filho de pai Antônio Vieira de Castro e mãe Maria Raimunda da Nascimento DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na Sítio Barro Comprido, nº SN, bairro Bom Rural, na cidade de Aliessa do Maranhão e ponto de referência (próximo à) _____.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surta seus efeitos legais.

Aliessa do Maranhão - ce, 27/09/2017.

Erismar Vieira de Castro



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu Enismar Vieira de Castro
nacionalidade Brasileiro, estado civil solteiro
profissão Agricultor, RG nº 2007887257-4 SSP/ Ce
CPF nº 506-280-033-15, residente e domiciliado(a) na
Sítio campo comprido, nº 5N, bairro Zona Rural,
na cidade de Riçosa do Ceará, venho por meio desta, Declarar, nos
termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para todos os fins de direito, que
não possuo condições financeiras de arcar com o pagar com o pagamento de custas
processuais, honorários advocatícios e demais cominações legais sem prejuízo próprio
e familiar, vindo requerer perante este Nobre Juízo, os benefícios da Justiça Gratuita
sob as penas da Lei.

Declaro ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso
inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplina no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Riçosa do Ceará - Ce, 27 de Setembro de 2017.

Enismar Vieira de Castro

Assinatura

Acompanhe o Processo de Indenização



Os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170437478 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ERISMAR VIEIRA DE CASTRO
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO UNIÃO (CTG) SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA-Filia: Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO ERISMAR VIEIRA DE CASTRO
CPF/CNPJ: 50628003315

Posição em 21-09-2017 07:44:04
Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.
Valor: R\$ 7.087,50
O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 30 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
21/09/2017	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50

ACESSIBILIDADE

- [/Pages/Acessibilidade.aspx](#)
- [/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx](#)

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- [Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicinas.aspx\)](#)
- [Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](#)
- [Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](#)
- [Dicas indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)

OUTROS SERVIÇOS

- [Pagamento \(/Pages/Pagamento.aspx\)](#)
- [Benefícios Efetivados \(/Pages/Beneficios-Efetivados.aspx\)](#)

pi

DE



Emido em: 12/03/2017 13:31:27

Por: ESUS DESENVOLVIMENTO

BOLETA DE ATENDIMENTO

12930009650

Data: 12-03-2017 Hora: 13:31

Incluido/Atualizado por: ESUS

ERISMAR VIEIRA DE CASTRO

RG: 74600617031829

MASCULINO

MARIA RAIMUNDA DO NASCIMENTO

Morada: VICOSA DO CEARA

CEP: 20078872574

Sítio JUA DOS VIEIRAS

ZONA RURAL

Data de Nascimento: 11-07-1971

Prontuario: 2732

Idade: 45a 08m 01d

País: ANTONIO VIEIRA DE CASTRO

Cor: ...

Ocupação: ...

Nacionalidade: BRASILEIRO

FONE: ...

CPF: 50628003315

SisPrenatal: ...

Número: ...

CEP: 62300000

Cidade: VICOSA DO CEARA (CE)

Documento: ...

CPF: ...

SUS: EMERGENCIA - HMVC

DADOS DE ATENDIMENTO

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Especialidade: ...

60 TEMPO PULSO: ... TEMP: ... PESO: ... ESTATURA: ...
SANGUE 112 URINA TC
LIQUOR EG ULTRASONOGRAFIA
DE VIOLÊNCIA OU MAUS TRATOS: SIM NÃO
SÍNTOMAS: DATA PRIMEIROS SÍNTOMAS:

paciente vítima de acidente de moto na 1ª via
SINTOMAS: HEMORRAGIAS DIFUSAS E COAG.
DA ENFERMAGEM: + TFC em C. cerebral.
Gusgon 14

D: TCE leve
DIETA: 200
SF 09: 1000 ml EV com RX 500 500
DIPLOMA 2:18 PM FY 16:05 L
KOLTAEM 75x FM 16:05 L
TENSÃO 100x + 100x 16:00 L

DECISÃO MÉDICA [] A PEDIDO [] EVASÃO [] DESISTÊNCIA [] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

NO PRÓPRIO HOSPITAL (SECTOR):
CIA (UNIDADE DE SAÚDE):
ATE 30HS [] ABOS 40HS [] FAMÍLIA [] IML [] ANATOMIA PATOLÓGICA

Rosa Maria de Azevedo

AUTENTICO A PRESENTE COM A REPRODUÇÃO
CONFIANÇA ORIGINAL APRESENTADA. DOU FE

Assinatura e Carimbo do Médico
Médico
16.122



Vicosa do Ceará 17 ABR. 2017

Maria Mary de Oliveira Carneiro
Escrivante

Em Test. da verdade
VALIDO SOMENTE COM O SELLO DE FISCALIZAÇÃO

15.55 Paciente admitido neste unidade de
 atendimento de pronto socorro, com quadro de
 dor no abdome inferior direito, com início
 súbito, de caráter generalizado, sem
 sinais de irritação peritoneal. Siga com
 analgésicos e antieméticos.



12/03/17 às 16:00 h - Paciente
 admitido no Pronto Socorro, apresentando
 dor no abdome inferior direito, com
 início súbito, de caráter generalizado,
 sem sinais de irritação peritoneal. Siga
 com analgésicos e antieméticos.

13.03.17 às 16:00 h - Paciente admitido no
 Pronto Socorro, apresentando dor no
 abdome inferior direito, com início
 súbito, de caráter generalizado, sem
 sinais de irritação peritoneal. Siga
 com analgésicos e antieméticos.

Jose Niluão S. de Carvalho
 T. Inf. 2017

17 de 10h PA - 100x70 T: 36 Paciente
 admitido no Pronto Socorro, apresentando
 dor no abdome inferior direito, com
 início súbito, de caráter generalizado,
 sem sinais de irritação peritoneal. Siga
 com analgésicos e antieméticos.

13/03/17 Paciente admitido no Pronto Socorro, apresentando
 dor no abdome inferior direito, com início
 súbito, de caráter generalizado, sem
 sinais de irritação peritoneal. Siga
 com analgésicos e antieméticos.

14.03.17 Paciente admitido no Pronto Socorro, apresentando
 dor no abdome inferior direito, com início
 súbito, de caráter generalizado, sem
 sinais de irritação peritoneal. Siga
 com analgésicos e antieméticos.



AUTENTICO A PRESENTE CÓPIA XEROGRÁFICA
 CONFORME ORIGINAL APRESENTADO. CUFPE

Vence
 do Ceará 17 ABR. 2017

Em Test. M da verdade.
 Maria Marly de Oliveira Carneiro
 Escrevente

VALIDO SOMENTE COM O SELCO DE FISCALIZAÇÃO

FICHA DE REFERÊNCIA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ
Instituição de Origem: _____
Município Sanitário: H. MMN

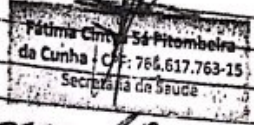


Nome: ERIANNA VIEIRA DE CARVALHO Município: _____
Sexo: M F Data de Nascimento: 11/02/71 Ocupação: _____
Endereço: Jardim das Virgins Prontuário Nº: _____

Motivo do Encaminhamento: Perda de consciência e queda de lapso
de 10 minutos com fratura na região do
ombro, apresentando fratura transtrocantérica E.

Resultado do(s) Exame(s): Rx e exame físico
de fratura transtrocantérica E.
Exame já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: Fract. transtrocantérica E.
Assinatura do Encaminhante: Dr. Pedro Tonatas Pereira da Silva Nº Registro: _____
Função: _____ Data: _____ Hora: _____



Encaminhamento para Atendimento: _____
Tipo de Atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico
Profissional: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: _____
Função: _____ Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Instituição de Referência: _____
Município: _____ Prontuário Nº: _____ Data da Alta: _____

Exame Clínico / Cirúrgico: paciente vítima de queda de umoto apresentando
fratura transtrocantérica de fêmur E, necessitando
de intervenção cirúrgica.

Resultado do(s) Exame(s): _____

Diagnóstico: Principal Fratura Transtrocantérica de fêmur E CID: _____
Secundário 1 _____ CID: _____
Secundário 2 _____ CID: _____

Indicação de Consulta para seguimento: guardar cirurgia eletiva no hospital de origem.

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não
Assinatura do Consultante: Dr. Julio César Chagas e Cavalcante Nº Registro: _____ Função: _____
Data: 14 / 03 / 17

Global Office - (84) 3613.1377

FICHA DE REFERÊNCIA



UNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

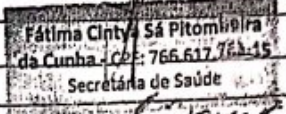
de Origem: H. MMV. Município: _____
Sanitário: _____ Prontuário Nº: _____

Encaminhado por: ERIAMAR VIEIRA DE LACERDA Ocupação: _____
Data de Nascimento: 14/02/72 Município: Vicosa Fone: _____

Exame(s): Exame físico
Fratura transrotorantérica de fêmur E.

Exame(s) Realizado: Exame físico
Fratura transrotorantérica de fêmur E.

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____
Dr. Paulo Renato Pereira da Silva
MÉDICO
CREMEC: 17373



AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico
Profissional: _____
Data de Referência: _____
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Data de Referência: _____ Prontuário Nº: _____ Data da Alta: _____
Município: _____

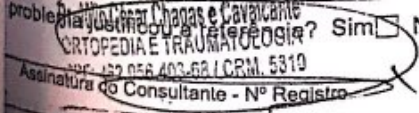
Exame(s) Realizado: Exame clínico / cirúrgico
Orienta vítima de queda de moto apresentando
fratura transrotorantérica de fêmur E, necessitando
de intervenção cirúrgica.

Resultado do(s) Exame(s): _____
Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Dr. Ana Laura
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

Diagnóstico: Principal: Fratura Transrotorantérica de fêmur E CID: _____
Secundário 1: _____ CID: _____
Secundário 2: _____ CID: _____

Destino de Consulta para seguimento: Aguardar cirurgia eletiva no hospital de origem.

problema de saúde? Sim Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não
Assinatura do Consultante - Nº Registro: _____ Função: _____ Data: 14 / 03 / 17



Global Editora (81) 3113.1377



☎ 66-9 9961.1814

DR. HERNANI CAMPOS

ORTOPEDIA
CREMEC 4920

LAUDO MÉDICO

RELATO DE FRISMAN

VICINA DE CASMU, SOBRE

ACIDENTE DE TRÂNSITO OCORRIDO NO DIA 12/3/2017

COM FRATURA TRANSVERSÁRIA DE FÊMUR F

E FOI OPERADO COM PLACA + PINA FV. ATUAL-

MENTE CONSOLIDADO,

PERMITE COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS P/



MULTIMED

DR. EDSON LOPES
ORTOPEDIA
GENICIA

DR. HERNANI CAMPOS
ORTOPEDIA
GENICIA

DR. ANA OLÍMIA SARAIVA
FISIOTERAPIA
GENICIA

Erl Cameron Tower, Sala 904

Av. Maria Amélia Pinto, 100 - D. Esperança - Sobradinho - CEP 06.060-000
9 9811.0624 (RJN) • 9 9231.5122 (CLARO) • 9 8103.4346 (MVC)

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

2 - CHES 3021111
4 - CHES 3021111

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - SEXO: Masc 1, Fem 3

9 - RACIA/COR

10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO EDEMA E DOR À PALPAÇÃO EM REGIÃO COXOFEMURAL ESQUERDA. EXAME FÍSICO: MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ENCURTADO E EM ROTACÃO EXTERNA.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RISCO DE COMPLICAÇÃO

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

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RAIO X

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL, 25 - CID 10 SECUND., 26 - CID 10 CAUSAS

27 - DATA TRANSTORCANTÉRIA DE FÊMUR ESQUERDO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

44 - CECR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ORGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nome do Paciente
 Nome do Paciente

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

6 - RACÃO COR

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - SEXO
 Masc 1 Fem 3

9 - DDD 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

10 - DDD 14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - 17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

16 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de queda de moto, apresentando
 trauma e dor à palpação em região coxofemural esquerda
 exame físico: membro inferior esquerdo encurtado e em
 posição externa.

20 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação

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

anamnese + exame físico + raio-x

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura transtrocantérica de fêmur esquerdo

24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUND. 26 - CID 10 CAUSAS ASS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

osteossíntese

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050630

29 - CLÍNICA 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

14/03/17

DR. JOÃO LEONARDO OLIVEIRA DE CARVALHO
 ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
 CPF: 402.056.403-68 / CRM: 5340

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE 41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA 43 - CNAE EMPRESA 44 - CBOR

45 - VÍNCULO 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 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde
 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES
30211114

Identificação do Estabelecimento Executante
 2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES
30211114

Identificação do Paciente
 5 - NOME DO PACIENTE
ERISMAR VIEIRA DE CASTRO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - SEXO
 Masculino Feminino

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - RAÇA/COR
 Branco Negra Amarela Indígena Parda

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
End.: RIACHO DO PTAU O DISTRITO CENTRO: VITÓRIA DO OCEANO-CE: CEP: 62300000

11 - DATA DO NASCIMENTO
11/07/1971

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

16 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO EDEMA E DOR À PALPAÇÃO EM REGIÃO COXOFEMURAL ESQUERDA. EXAME FÍSICO: MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ENCURTADO E EM ROTAÇÃO EXTERNA.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
RISCO DE COMPLICAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RAIO-X

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
FRATURA TRANSROCANTÉRICA DE FÊMUR ESQUERDO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
OSTEOSSÍNTESE

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0468050632

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

29 - DATA DA SOLICITAÇÃO
14/03/17

30 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO
DR. JONAS CAVALCANTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

31 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

32 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

33 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - CNPJ EMPRESA

36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
 EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

37 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

38 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

39 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

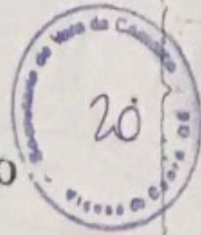
40 - DOCUMENTO
 CNS CPF

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

42 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Moroso
N.T



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

Atendimento do Paciente:
Atendimento: 37084 | 13:03:15 14/09/2017

Aten: 4789503 Dt. Atende: 14/03/2017 - 13:10
Reg.: 1.30405 Dt Nasc: 11/07/1971
Nome: ERISMAR VIEIRA DE CASTRO
End.: RIACHO DO PIAUI O DISTRITO
CENTRO; VICOÇA DO CEARA-CE; CEP: 62300000

História da História Prévia do Atendimento:

Paciente ENCAMINHADO DA EMERGENCIAB PARA AVALIACAO
CLINICA ORTOPEDICA. QUEIXA DE DOR NA PERNA E, OCASIONADO POR QUEDA DE NOTO

Vitais do Paciente:

Arterial: /, N° Pulso: , N° Freq. Resp: , DX: , Temperatura: ,

_____, () Paciente () Responsável
(Parentesco) _____, RG N° _____, declaro

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) com 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.

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

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

Sobral/CE, _____ de _____ de _____ às _____

Antonia Sales Guimaraes
Assinatura do Paciente ou Responsável

Santa Casa de M. de Sobral
S.A.M.E.
CONFERE COM O ORIGINAL
pp: *Andréia R. Montenegro*
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Registro: 4789503 | Paciente: 180406 - ERISMAR VIEIRA DE CASTRO
Data do Acolhimento: 14/03/2017 13:07:36

Idade do Paciente: ADULTO
Motivo do Atendimento: TRAUMATOLÓGICA
Coloração: AMARELO
Referência: NÃO / Paciente Regulado: NÃO / SAMU: NÃO

História do Atendimento:
Paciente encaminhado da EMERGEMCIAB PARA AVALIAÇÃO
TRAUMATOLÓGICA. QUEIXA DE DOR NA PERNA E, OCASIONADO POR QUEDA DE NOTO

Sinais do Paciente:
Arterial: /, N° Pulso: , N° Freq. Resp: , DX: , Temperatura:

OPINIÃO SOBRE O ACIDENTE DO PACIENTE:
Tipo de Acidente: Arma de Fogo Afogamento Choque Elétrico
 Corte Contuso Queimadura Tipo de Queimadura: Causa da Queimadura:
Descrição da Queda: QUEDA DE MOTO Utilizava cinto

Tipos de Atropelamento: Carro Utilizava Capacete
Tipo de Animal: Outros

Local do Acidente:
Tipo de Acidente:
Tipo de Animal:

História da Doença Atual:
Paciente Erismar Vieira de Castro, 45 anos, agricultor, paciente refere queda de moto há dois dias, com dor em região
coxofemural esquerda. Sem comorbidades. Cirurgia prévia de hérnia abdominal.

Exame Físico:
Paciente não deambula, apresentando edema e dor à palpação em região coxofemural esquerda. MIE
rotacionado e em rotação externa. Fratura transtrocanterica de fêmur esquerdo. Aguarda cirurgia eletiva, sem
momento. Prescrição de Clexane 40mg SC e Biprofenid

Plano do Atendimento: RETORNO AO HOSPITAL DE ORIGEM

JULIO CESAR CHAGAS B CAVALCANTE - CRM.: 5810

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
ENFERMEIRA

FICHA DE INTERNAÇÃO

Hospital
Unimed
Sobral



CONTUÁRIO: 63315

RA: 2017022558

IDENTIFICANTE: ERISMAR VIEIRA DE CASTRO
SEXO: Masculino NASCIMENTO: 11/07/1971

NOME DA MÃE: MARIA RAIMUNDA DO NASCIMENTO
ENDEREÇO: RUA SITI RIACHO, Nº 50, ZONA RURAL
BARRIO: CENTRO CIDADE: VICOSA DO
CEARA

IDADE: 45 Ano(s)

DATA: 04/04/2017

EST. CIVIL: CASADO

TIPUS DE CONVÊNIO: PARTICULAR

FONE: 8892357180;

PLANO: BÁSICO / ENFERMARIA

NOME DO ACOMPANHANTE: JOSE ANTONIO VIEIRA DE CASTRO

DOC:
OBS:

PARTICULAR

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: DR. JOSÉ HERNANI C. O. JUNIOR
FUNÇÃO: MÉDICO ASSISTENTE
UNIDADE: CIRÚRGICA QUARTO: E4

CRM: 4920

LEITO: L08

Unimed Sobral
Elis Márcia A. De Oliveira do Nascimento
FATURAMENTO
04.04.17

Dr. José Hernani C. O. Jr.
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - CE 4920
CPF: 378.930.503-08

HOSPITAL REGIONAL UNIMED SOBRAL
HOSPITAL DA CRIANÇA E DA MULHER
Rua Anahid Andrade, 370 - Centro - Sobral - C.E.
Av. Dom José, 472 - Centro - Sobral - Ce/Tel: (88) 3112-3300

RA:2017022558



REGISTRO: 63315
NOME: ERISMAR VIEIRA DE CASTRO
RUA SITIO RIACHO, SN.
ZONA RURAL
VICOSA DO CEARA - 231410.
11/07/1971 - 45 Ano(s) e 11 Mes(es)
19/06/2017 - 16:53

BAIROCENTRO.
CEP 62300000.
UF CE
SEXO Masculino

04/04/2017 - 11:17 (04/04/2017 - 11:17 - NATALIA QUEIROZ LIRA - COREN - 257211)

INTERNADOS
Paciente admitido no posto de enfermagem para a realização de procedimento cirurgico, fratura de
per. o mesmo encontra-se calmo, consciente, acordado, eupneico, afebril, normocorado, hidratado,
realizando. nega alergias, HAS e DM. segue no leito aos cuidados de enfermagem.

04/04/2017 - 13:51 (04/04/2017 - 13:51 - SHEYLA SOUSA MESQUITA - COREN - 196920)

INTERNADOS
Paciente encontra-se em repouso no leito, acordado, consciente, responsivo, ativo, hipocorado,
sem febre presente, em dieta zero, segue aguardando cirurgia.

04/04/2017 - 17:20 (04/04/2017 - 17:21 - SHEYLA SOUSA MESQUITA - COREN - 196920)

INTERNADOS
Pulsionado acesso venoso no MSD com jelco n:20 na 1 tentativa, instalado soro glicofisiologico em
medida administrado medicação dipirona conforme prescrição medica.

04/04/2017 - 19:01 - CONCEICAO DE MARIA PAIVA OLIVEIRA - COREN - 383735 (04/04/2017 - 19:01 - SHEYLA SOUSA MESQUITA
COREN - 196920)

INTERNADOS
Paciente transferido para o centro cirurgico

04/04/2017 - 02:59 (05/04/2017 - 03:09 - JULIANA DA SILVA FREITAS - COREN - 886209)

INTERNADOS

Em tempo às 19:10 Paciente adentrou a unidade cirúrgica para submeter-se ao procedimento cirú
gico fratura Transtrocanteriana em MIE com Dr.Hernani. Veio em maca, orientado quanto ao
procedimento a ser realizado, sem queixas. Admitido na SO 01, posicionado em mesa cirúrgica veio da
enfermaria com AVP em MSD em manutenção com SG, foi monitorizado. SSVV: SpO2: 97% FC:86 bpm, PA:
15X78.

Em tempo 19: 20 Paciente submetido a anestesia de raquí, procedimento realizado com Dr. Régis com
sucesso e sem intercorrências. SSVV: SpO2: 96% FC:84 bpm, PA: 107X73.

Em tempo 19:30 Realizado antisepsia e asepsia no MIE com povidine degermante e antisepsia com
álcool iodado, colocado paciente na posição, posicionado campos cirúrgicos e iniciado procedimento cirú
rgico sem intercorrências. SSVV: SpO2 97%, FC: 88bpm, PA: 116x77.

Em tempo 21:20 Finalizado procedimento cirúrgico com sucesso, materiais, instrumentais e compressas
conferidos e corretas, logo após, realizado curativo limpo com SF, gazes e micropore no local de incisão cir
úrgica. Instalado dreno de sucção de nº 6,4 . SSVV: SpO2:97%, FC: 83bpm, PA: 113x75.

Em tempo 21:40 Paciente transferido para enfermaria POSTO I, em maca, orientado e sem queixas àlgicas.
Recebido pela equipe de enfermagem com AVP funcionante mantido em HV e curativo compressivo em
incisão cirúrgica e dreno de sucção em débito com secreção sanguinolenta. Realizado ATBprofilaxia no
transoperatório SSVV : SpO2:99%, FC: 82bpm, PA: 110x70.

ANA ALINE DE SOUSA ALBUQUERQUE, 19/06/2017, 16:53



HOSPITAL REGIONAL UNIMED SOBRAL
HOSPITAL DA CRIANÇA E DA MULHER
Rua Anahid Andrade, 370 - Centro - Sobral - C.E
Av. Dom José, 472 - Centro - Sobral - Ce Tel: (88) 3112-3300



PRONTUÁRIO: 63315
NOME: ERISMAR VIEIRA DE CASTRO
ENDEREÇO: RUA SITIO RIACHO, SN.
COMPLEMENTO: ZONA RURAL
MUNICÍPIO: VICOSA DO CEARA - 231410.
NASCIMENTO: 11/07/1971 - 45 Ano(s) e 11 Mes(es)
ENTRADA: 19/06/2017 - 16:53

RA:2017022558

BAIRROCENTRO.
CEP 62300000.
UF CE
SEXO Masculino

04/04/2017 - 03:25 (05/04/2017 - 03:25 - CONCEICAO DE MARIA PAIVA OLIVEIRA - COREN - 383736)

INTERNADOS

Em tempo 21:40 Paciente veio do CC, em maca, orientado e sem queixas àlgicas. Recebido pela equipe de enfermagem com AVP SORODIFICADO, e curativo compressivo em incisão cirúrgica e dreno de sucção em débito com secreção sanguinolenta, FC: 82bpm, PA: 110x70.

05/04/2017 - 05:14 (05/04/2017 - 05:15 - CONCEICAO DE MARIA PAIVA OLIVEIRA - COREN - 383735)

INTERNADOS

ELIMINADO 320 ML DO DRENO DE SECREÇÃO SANGUINOLENTA

06/04/2017 - 09:44 - ALINE PINTO VIANA - COREN - 817005 (06/04/2017 - 07:40 - SHEYLA SOUSA MESQUITA - COREN - 196920)

INTERNADOS

Cliente no leito semi-sentado, calmo, orientado em tempo e espaço, responsivo, ativo, hipocorado, nega algia no momento, aceita a dieta oferecida, abdome flácido, diurese presente, curativo limpo, com dreno de sucção, escalpe heparenizado para uso de medicação.

06/04/2017 - 13:34 (05/04/2017 - 13:34 - SHEYLA SOUSA MESQUITA - COREN - 196920)

INTERNADOS

Paciente encontra-se em repouso no leito, acordado, consciente, responsivo, ativo hipocorado, nega algia no momento, aceita a dieta oferecida, abdome flácido, diurese presente, com dreno de sucção, escalpe heparenizado para uso de medicação, curativo limpo.

05/04/2017 - 17:12 (05/04/2017 - 17:13 - SHEYLA SOUSA MESQUITA - COREN - 196920)

INTERNADOS

Realizado troca de curativo.

05/04/2017 - 17:26 (05/04/2017 - 17:26 - ANA CRISTINA MESQUITA FERNANDES - COREN - 412072)

INTERNADOS

Paciente apresentando retenção urinaria realizado cateterismo vesical de alivio, drenou 1,500ml de diurese de cor amarelo concentrado, segue aos cuidados da enfermagem.

05/04/2017 - 19:21 (05/04/2017 - 19:21 - MARIA DO SOCORRO SOUZA DA SILVA - COREN - 641347)

INTERNADOS

Cliente encontra se em repouso no leito calmo, eupneico, afebril, normocorado, normotenso, verbalizando, consciente orientado na companhia de familiares, em abocath sorodificado para infusão de medicação endovenoso com AVP em MSE, aceita a dieta conforme a prescrição, diurese ausente ate o momento, apresenta curativo limpo em MIE com presença de dreno de sucção eliminando secreção sanguinolenta, sem demais alteração segue aos cuidados das equipe.

06/04/2017 - 05:02 (06/04/2017 - 05:02 - MARIA DE FATIMA DINIZ - COREN - 662787)

ANA ALINE DE SOUSA ALBUQUERQUE, 19/06/2017, 16:53



HOSPITAL REGIONAL UNIMED SOBRAL
 HOSPITAL DA CRIANÇA E DA MULHER
 Rua Anahid Andrade, 370 - Centro - Sobral - C.E.
 Av. Dom José, 472 - Centro - Sobral - Ce/Tel: (88) 3112-3300



RA.2017022558

QUÁRIO: 63315
ERISMAR VIEIRA DE CASTRO
 RUA SÍTIO RIACHO, SN.
 ZONA RURAL
 VICOSA DO CEARA - 231410.
 11/07/1971 - 45 Ano(s) e 11 Mes(es)
 19/06/2017 - 16:53

BAIROCENTRO.
 CEP 62300000.
 UF CE
 SEXO Masculino

TERNADOS
 Débito dreno de sucção =50 ml.
 Téc.Fátima coren 930154.

2017 - 10:31 - SHEYLA SOUSA MESQUITA - COREN - 196920 (06/04/2017 - 10:35 - ALINE PINTO VIANA - COREN - 817005)

TERNADOS
 Cliente permanece no leito, em ar ambiente, calmo, afebril, eupneico, normotenso

2017 - 10:48 (06/04/2017 - 10:48 - ALINE PINTO VIANA - COREN - 817005)

TERNADOS
 Cliente segue no leito, sentado, em ar ambiente, calmo, consciente, afebril, corado, higienizado, operativo, abdomen flácido, retirado dreno de sucção e renovado curativo, acesso venoso funcionando MSE sonificado, aceita dieta ofertada, diurese presente, sem evacuar, segue com bom estado geral.

2017 - 12:02 (06/04/2017 - 12:02 - SHEYLA SOUSA MESQUITA - COREN - 196920)

TERNADOS
 Retirado acesso venoso em seguida evolui com alta medica.

ANA ALINE DE SOUSA ALBUQUERQUE, 19/06/2017, 16:53



HOSPITAL REGIONAL UNIMED SOBRAL
 HOSPITAL DA CRIANÇA E DA MULHER
 Rua Anahid Andrade, 370 - Centro - Sobral - C.E
 Av. Dom José, 472 - Centro - Sobral - Ce Tel: (88) 3112-3300

ATUÁRIO: 63315

ERISMAR VIEIRA DE CASTRO

RA.2017022558

ENDREÇO:

RUA SITIO RIACHO, SN.

COMPLEMENTO:

ZONA RURAL

CIDADE:

VICOSA DO CEARA - 231410.

DATA DE NASCIMENTO:

11/07/1971 - 45 Ano(s) e 11 Mes(es)

HORA DA ADMISSÃO:

19/06/2017 - 16:54

BAIROCENTRO.

CEP 62300000.

UF CE

SEXO Masculino



09:17 - 09:17 - JOSÉ HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR - CRM - 4920 (NÃO ASSINADA)

INTERVALOS

DIA 4/4/17-PO IMEDIATO DE OSTEOSINTESE DE FRATURA TRANSTROCANTERICA DE FÊMUR E, COM 30 DIAS DO INICIO DO TRAUMA, COM JÁ EM CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA, SEM RECORRÊNCIAS

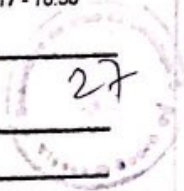
DIA 5/4/17-1º PO DE OSTEOSINTESE DE FRATURA DE QUADRIL E COM PLACA DHS E PARAFUSO, DOR MODERADA, DRENO COM 320ML

DIA 6/4/17-2º PO DE OSTEOSINTESE DE FRATURA TRANSTROCANTERICA DE FÊMUR E COM PLACA E PARAFUSO, DRENO COM 50ML E NÃO MAIS FUNCIONANTE, DOR LEVE, DEVERÁ SER ALTA PARACASA E REVISÃO EM 45 DIAS NA CLINICA

x
 Dr. José Hernani C. O. Jr.
 ORTODONTIA
 CRM 4920
 CPF: 378.030.907-66

ANA ALINE DE SOUSA ALBUQUERQUE, 19/06/2017, 16:54

Paciente: ERISMAR VIEIRA DE CASTRO
Documento: 11/07/1971 Sexo: Masculino Convênio: PARTICULAR
Alta



04/2017 - 08:40
Saída: LIBERADO
Esp.:
Mot.:
Médico:

FOI OPERADO DE UMA FRATURA TRANSTROCANTERICA DE FÊMUR E COM 30 DIAS DO INICIO DO TRAUMA,
A CORREÇÃO DO ENCURTAMENTO, ROTAÇÃO EXTERNA E DEVERÁ TER RETORNO NA CLINICA COM 45

X

Dr. José Herlani C. O. Jr.
O.M.F. nº 12.100-0/2001
C.R.M. nº 20.220
C.P.F. nº 78.220.502-05



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 849 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **01/06/2017 10:22:30**

Data / Hora da Ocorrência: **12/03/2017 13:00:00**

Endereço da Ocorrência: **SITIO RIACHO DO PIAUI**

Complemento:

Bairro:

Ponto de Referência:

Município: **VICOSA DO CEARA/CE**

Noticiante(s)

Nome: **ERISMAR VIEIRA DE CASTRO**

Nascimento: **11/07/1971** CPF: **506.280.033-15**

RG :

Orgão Emissor:

UF:

Filiação: **MARIA RAIMUNDA DO NASCIMENTO**

ANTONIO VIEIRA DE CASTRO

Endereço: **SITIO RIACHO DO PIAUI**

Bairro: **ZONA RURAL**

CEP: **62.300-000**

Município: **VICOSA DO CEARA/CE**

País: **BRASIL**

Telefone:

Histórico

O NOTICIANTE AFIRMA QUE NO LOCAL E DATA SUPRACITADOS, AO CONDUZIR O VEÍCULO HONDA/CG 150 FAN ESI, ANO E MODELO 2010/2010, COR PRETA, PLACA NUX 7154, CHASSI 9C2KC1550AR150613, DE PROPRIEDADE DE LUANA VIEIRA DE CASTRO, QUANDO ENVOLVEU-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO, QUANDO AO DESVIAR DE UM CARRO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, CHEGANDO O NOTICIANTE A CAIR AO CHÃO E FICANDO COM LESÕES CORPORAIS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRANSITO CONFORME OS DOCUMENTOS EM ANEXO. ESTE B.O. É PARA FINS DE DPVAT.QUE NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Sergio Henrique Oliveira Ferreira
 SERGIO HENRIQUE OLIVEIRA FERREIRA - MAT.: 300265-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Erismar Vieira de Castro

VISTO DO DELEGADO(A) :

Gregorio Jose de Oliveira Neto
 GREGORIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6

29

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO FOMENS E PERÍCIA FOMENS

Polg. Direito

Erismar Vieira de Castro

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007867257 - 4 DATA DE EMISSÃO 02/06/2011

NOME ERISMAR VIEIRA DE CASTRO

FILIAÇÃO ANTONIO VIEIRA DE CASTRO
MARIA RAIMUNDA DO NASCIMENTO

NATALIDADE VIÇOSA DO CEARÁ - CE DATA DE NASCIMENTO 11/07/1971

DOC. ORIGIN CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: PE. VIEIRA TERMO: 4491 FOLHA: 224-V

LIVRO: A-04 VIÇOSA DO CEARÁ - CE RG: ANT: 2029053-90

CPF 506.280.033-15 P.: 14

Erismar de Castro
ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 26/08/83

2707263-0
Para solicitar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Companhia Energética da Ceará
Rua Padre Valdevino, 180
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 06.108.849-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 467829340
Rota 22 31143 02 045750 - 8 Data de Emissão 02/03/2017
Nome ERISHAR VIEIRA DE CASTRO
End. Postal ST CAMPO COMPRIDO 00000
OESTE - VICOSA CEARA - 62300000
Medidor 11382793 Posts 0000 0000
Classe 04-RURAL MONOFASICO Fator de Potência
RG / CPF / CNPJ 506280033-15 CGF
Nome do Responsável



DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Próximo Proximo Leitura
Mar/2017	03/04/2017	03/04/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto	Mês	ELSI
VICOSA DO CEARA	Jan/2017	11,90
NICEL	0,00 P	

ICMS

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

Índice	Fórmula			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,73	21,46	42,92	0,00	0,00	0,00
FC	7,59	15,19	30,39	0,00	0,00	0,00
DMIC	5,76			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
2F6E.8E82.02B4.21A7.970A.61D6.737C.8776

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fel.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
17888	17814	1,00	74	0,00	74	0,3569	26,54
02/03/17	02/02/17		28 0166		74		26,54

VALOR CONSUMO DO MES 26,54
MULTA MORATORIA REF 12/2016 0,79
JUROS DO MES 0,42
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 2,74
COB. SALDO FATURA ANTERIOR 13,31
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,11)

VENCIMENTO 10/04/2017 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 43,80

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)
Energia	26,54
Transmissões	1,81
Distribuição	1,81
Encargos Setoriais	1,81
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	1,81
TOTAL	31,98

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
73	74
74	36
75	76
76	107
77	73
78	33
79	76
80	105
81	73
82	83
83	73
84	75

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)
 Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido kg (CO₂) 0,00
 Compensado kg (CO₂) 0,00
 Consolidação Ecológica (WCO) 100%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

A BANDEIRA PARA O MÊS DE ABRIL E VERMELHA, PATAPAR 1, COM CUSTO DE R\$ 3,00 A CADA 100 kWh consumidos. MAIS INFORMAÇÕES EM MAIL: ANEEL.GOV.BR

NÃO É POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: FMT MEDIA-LEIT BIMESTRAL ART 86 RES 414

Consta desta fatura R\$ 1,81 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1,22% e COFINS:5,65%

Cara Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2016, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.

Nº do Cliente: 2707263-0 Referência: Mar/2017
 Data de Emissão: 02/03/2017 Total a Pagar (R\$): 43,80
 Nº de Nota Fiscal: 467829340 Nº de Controle: 0002707263 00161 39732 32

