



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

| | | |
|---|----------------------------|----------------------------------|
| Outorgante: <u>Antonio Alves de Sousa</u> | | Data Nasc: |
| Estado Civil: <u>solteiro</u> | Profissão: <u>autônomo</u> | Nacionalidade: <u>brasileiro</u> |
| RG: <u>20085575652</u> | CPF: <u>583.939.273-15</u> | |
| Endereço: <u>Rua: DT Juazeiro S/Nº</u> | | |
| Cidade: <u>Choro-Ce</u> | CEP: <u>63.950-000</u> | |

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE nº23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Fortaleza-CE, Cep: 60.055-10, 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 FENASEM 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 e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar, retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimação 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), 25 de junho de 2018.

Yndemberg Penneira Aires
OUTORGANTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 27/06/2018 às 09:28, sob o número 01430658120188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0143065-81-2018-8-06-0001 e código 38C8257.



CAROLINA FREITAS
ADVOGACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, Antonio Alves de Sousa, residente e domiciliado na Rua DT Guajardo, nº 510, bairro: -, na cidade de Choro, portador(a) do RG nº 20085575652, inscrito(a) no CPF nº 583.939.273-15 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, 25 de junho de 20 18.



Lindemberg Penneira Aires

DECLARANTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 27/06/2018 às 09:28, sob o número 01430658120188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0143065-81.2018.8.06.0001 e código 38C8257.



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o Sr(a) Antonio Alves de Sousa (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 licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 25 de junho 2018



Mindembeng Penneina Aires

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonio Alves de Sousa, brasileiro(a), solteiro, autônomo, portador(a) de cédula de identidade nº. 20085575652, inscrito(a) no CPF sob o nº 583.939.273-15, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Pau. Dt. Guajumirim, nº SUV, Bairro _____, CEP: _____ /CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 25 de junho 2018.



Lindemberg Penneiro Aino

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº


CPF Nº

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 27/06/2018 às 09:28, sob o número 01430658120188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0143065-81.2018.8.06.0001 e código 38C8257.


REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



Polegar Direito



Mão: A1 febrilizado (a)

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL: 2008557565 - 2

DATA DE EMISSÃO: 17/07/2013

NOME: ANTONIO ALVES DE SOUSA

Matrícula: JOÃO ALVES DOS ANJOS

MARIA DO CARMO DE SOUSA

LOCALIDADE: QUIXADÁ - CE

DATA DE NASCIMENTO: 10/02/1959

RG: ANT: 1527861-88

P.: 30

RG: CASAMENTO - CARTÓRIO: DOM MAURICIO TERMO: 992 FOLHA: 227


LIVRO: B-4 QUIXADÁ - CE

CIF: 583.939.273-15

ASSINADO digitalmente

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Recita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
583.939.273-15

Nome
ANTONIO ALVES DE SOUSA

Nascimento
10/02/1959

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 523812056

Rota 24 28062 22 19400 - 6 Data de Emissão 04/05/2018

Nome ANTONIO ALVES DE SOUSA

End. Postal DT JUAZEIRO 00000

DISTRITO PALESTINA - CHORO - 63950000

Medidor 441076 Poste 0000 0000

Classe 04-RURAL 01-AGROPECUARIA MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 583939273-15 CGF

Nome do Responsável

DATAS **ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Mês de Referência 04/05/2018 Previsão Próxima Leitura 06/06/2018

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto QUITADA

Mês Mai/2018 EUSD 4,73

Índice Individual

ICMS

| Base de Cálculo (R\$) | Alíquota | Valor do Imposto | Mensal | Trim. | Anual | Mensal | Trim. | Anual | |
|--|----------|------------------|--------|-------|-------|--------|-------|-------|------|
| ISENTO | | | | | | | | | |
| ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL | | | DIC | 18,58 | 21,17 | 42,34 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | | | FIC | 7,52 | 15,04 | 30,09 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | | | DMIC | 6,68 | | | 0,00 | | |

FAGA.F24E.ERGE.BHDO.2800.0695.D4DC.661F

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual Leit. Anterior Const. Consumo (kWh) Cons. Incl. Cons. Fat. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

| FP | 2444 | 2437 | 1,00 | 7 | 0,00 | 30 | 0,25018 | 18,59 |
|----------|----------|------|------|---------|------|----|---------|-------|
| 04/05/18 | 04/04/18 | | | 30 D168 | | 30 | | 18,59 |

DESCRÇÃO VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES 10,59

MULTA MORATORIA REF 02/2018 0,21

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -32,46

COB. SALDO FATURA ANTERIOR 21,66

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,03)

VENCIMENTO 06/06/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

| | |
|----------------------------|-------|
| Energia | 10,59 |
| Transmissão | 0,00 |
| Distribuição | 0,00 |
| Encargos Setoriais | 0,00 |
| Tributos (ICMS PIS/COFINS) | 0,42 |
| TOTAL | 10,59 |

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

| MED | Ma | Ab | Mai | Jun | Jul | Ago | Sep | Out | Nov | Dez | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun |
|-----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 17 | 7 | 19 | 13 | 30 | 15 | 18 | 15 | 19 | 17 | 19 | 17 | 17 | 20 | | |

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) |
|-------------------------------|----------------------------------|---|
| 11,71 | 0,00 | 0 |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE RESULTADO VENCIDO:

Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 45,75. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

| DEBITOS ANTERIORES | Valor (R\$) |
|--------------------|-------------|
| 02/2018 | 45,75 |

FATURADO TAXA MÍNIMA.

Consta desta fatura R\$ 0,42 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,74% e COFINS:3,39%.

Para o Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade com sumidores vencidas até 31/12/2017, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitações anteriores.

Nº do Cliente: 8214156-8 Referência: Mai/2018

Data de Emissão: 04/05/2018 Total a Pagar (R\$): 0,00

Nº da Nota Fiscal: 523812056 Nº de Controle: 0008214156 00014 39142 90

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 27/06/2018 às 09:28, sob o número 01430658120188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0143065-81.2018.8.06.0001 e código 38C9257.

CARTÓRIO BEZERRA

CNPJ/MF 23.445.034/0001-95

Quixadá - CE - 1 OFÍCIO - Serventia Extrajudicial

MARLEIBA VANUZA VIANA SILVA

Tabeliã e Registradora

MARIA LUCIA LIMA SILVA**EDUARDO TERCIO VIANA BEZERRA**

Substitutos

1º Ofício

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS, NOTAS, DISTRIBUIÇÃO, PROTESTOS, REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS

TRASLADO DE PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que fazem: ANTONIO ALVES DE SOUSA como **OUTORGANTE** e LINDEMBERG FERREIRA AIRES como **OUTORGADO**.

SAIBAM quantos este público instrumento de procuração virá em vigor a partir de 26 dia(s) do mês de março do ano de 2018, nesta cidade de Quixadá, Estado do Ceará, neste cartório, perante mim Substituto compareceu como **OUTORGANTE** ANTONIO ALVES DE SOUSA, brasileiro, viúvo, agricultor aposentado, residente e domiciliado na localidade Juazeiro, Distrito Palestina, Choró - CE, portador do RG: 2008557565-2/SSPDS-CE e CPF: 583.939.273-15, em trânsito por esta cidade, reconhecido como o próprio por mim Notário Substituto pelos documentos originais a mim apresentados, bem como, reconheço a capacidade para o ato pelas respostas dadas às perguntas que lhe fiz, do que dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia e constitui como **PROCURADOR** LINDEMBERG FERREIRA AIRES, brasileiro, casado, empresário, residente e domiciliado na Travessa João Candido de Sousa, 700 Centro, Quixadá - CE, portador do RG: 2004024007408/SSPDS-CE e CPF: 037.399.243-22, a quem concede **PODERES** amplos, gerais e ilimitados, especialmente para praticar os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para recebimento, preenchimento e assinatura do Formulário Autorização de Pagamento crédito/indenização do seguro DPVAT, comprovante de residência, laudo médico, declaração de único herdeiro, declaração de ausência do Instituto Médico Legal - IML, podendo solicitar devolução e cancelamento de sinistro em qualquer Seguradora e assinar toda e qualquer documentação necessária para constituir advogados com a cláusula "ad judicia", para propor contendações quem de direito as ações competentes, defendendo-o(a) nas contrárias, seguindo umas e outras até decisão final, interpondo os recursos cabíveis, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromisso ou acordo, substabelecerem esta em outrem, com ou sem reserva de poderes, podendo ainda representá-lo(a) junto ao Banco Bradesco S/A, Agência: 1593, Conta: 30982-6, onde poderá abrir, movimentar e encerrar corrente ou poupança, revalidar senha, desbloquear cartão, fazer saques, solicitar extratos e saldos, assinar contratos e quaisquer outros documentos. O que tudo dará(ão) por bom, firme e valioso, com a assinatura por ele(a) (s) próprio(a) (s) fora feito.. E como assim o dito do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em alta, outorga, aceita e assina. Dispensado o comparecimento de testemunhas a este ato, conforme faculta o Art. 215, § 5º do Código de Processo Civil Brasileiro As: a rogo pelo outorgante, por ser analfabeto

Rua Francisco Enéas de Lima, 1945, Centro - Quixadá - Ceará - Fone: 88 3412-0491 /

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 27/06/2018 às 09:28, sob o número 0143065812018800001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0143065-81-2018-8.06.0001 e código 38C8257.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 534 - 965 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **06/03/2018 08:34:55**
 Data / Hora da Ocorrência: **30/12/2017 11:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **LARGO MACAMBIRA**
 Complemento:
 Bairro: **ZONA RURAL** Município: **CHORO/CE**
 Ponto de Referência: **BAR DO ELIA**

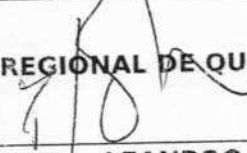
Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO ALVES DE SOUSA**
 Nascimento: **10/02/1959** CPF:
 RG: **2008557565-2** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA DO CARMO DE SOUSA**
JOÃO ALVES DOS ANJOS
 Endereço: **LARGO RIACHO DO JUAZEIRO**
 Bairro: **DISTRITO MARAVILHA**
 Município: **CHORO/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99334-9626**

Histórico

Boletim de Ocorrência registrado para fins de DPVAT; Que no dia e hora acima citados o noticiante fazia o trajeto para sua residência no distrito de Maravilha em Choró; Que o devido trajeto era feito na garupa da motocicleta HONDA NXR 150 BROS MI, PLACA NUT 2962, COR VERMELHA, CHASSI 9C2KDO520AR00324; Que na condução da referida motocicleta estava EVANGELISTA VIEIRA LIMA; Que o noticiante afirma que uma outra motocicleta de origem desconhecida colheu a motocicleta em que o noticiante estava; Que com a queda o noticiante foi levado para o Hospital de Choró e em seguida foi levado para o Hospital Eudázio Barros para ser conduzido para a cidade de Fortaleza no IJF onde passou 45 dias por conta da fratura na perna esquerda; Que o noticiante ainda na presente data continua a se recuperar.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : 
LEANDRO RAMOS LOPES - MAT.: 301100-

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : 

VISTO DO DELEGADO(A) :
MARCUS VINICIUS AZEVEDO DAMASCENO - MAT.: 300535-

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 27/06/2018 às 09:28, sob o número 01430658120188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0143065-81.2018.8.06.0001 e código 38C9257.



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Atestado - Serviço de Traumatologia-

Ortopedia

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

| | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------|------------|
| NOME: | ANTONIO ALVES DE SOUSA | | |
| LEITO: | | | |
| DATA DE INTERNACAO: | 30 12 2017 | DATA DA ALTA: | 29/01/2018 |
| BE/PRONT: | 4954625 | CIDADE DE ORIGEM: | QUIXADA |
| IDADE: | 58 | | |
| DIAGNOSTICOS: | LUXACAO DE JOELHO ESQ (OPERADA) + FRATURA DE PLANALTO (PLATO) TIBIAL ESQ (OPERADA) | | |
| CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO: | 1. NÃO PISAR 2. INICIAR FISIOTERAPIA 3. CURATIVOS DIARIOS 4. TOMAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS | | |
| STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA: | | | |
| STAFF DO LEITO: | JONATAS BRITO | | |
| RESIDENTE DO LEITO: | GUILHERME PATRICIO | | |

DR. GUILHERME PATRICIO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
MEDICO RESIDENTE
CREMESP - 10122

| | |
|---------------|--|
| Ass: | Retornar dia: ___/___/___ Hora: _____ para Dr. |
| Data: 29/1/18 | Dispensa do trabalho por: 120 dias |
| Imprimir | |

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 27/06/2018 às 09:28, sob o número 01430658120188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0143065-81-2018.8.06.0001 e código 38C8257.

No. HOSPGESTOR: 36182

LEITO:

NOME: ANTONIO ALVES DE SOUSA

DATA DE INTERNACAO: 30/ 12/ 2017

DATA DA ALTA: 29/01/2018

BE/PRONT: 4954625

CIDADE DE ORIGEM: QUIXADA

NASCIMENTO: 10021959

IDADE: 58

DIAGNOSTICOS: LUXACAO DE JOELHO ESQ (OPERADA) + FRATURA DE PLANALTO (PLATO) TIBIAL ESQ (OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS- 1. NÃO PISAR 2. INICIAR FISIOTERAPIA 3. CURATIVOS DIARIOS 4. OPERATORIOS: TOMAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS

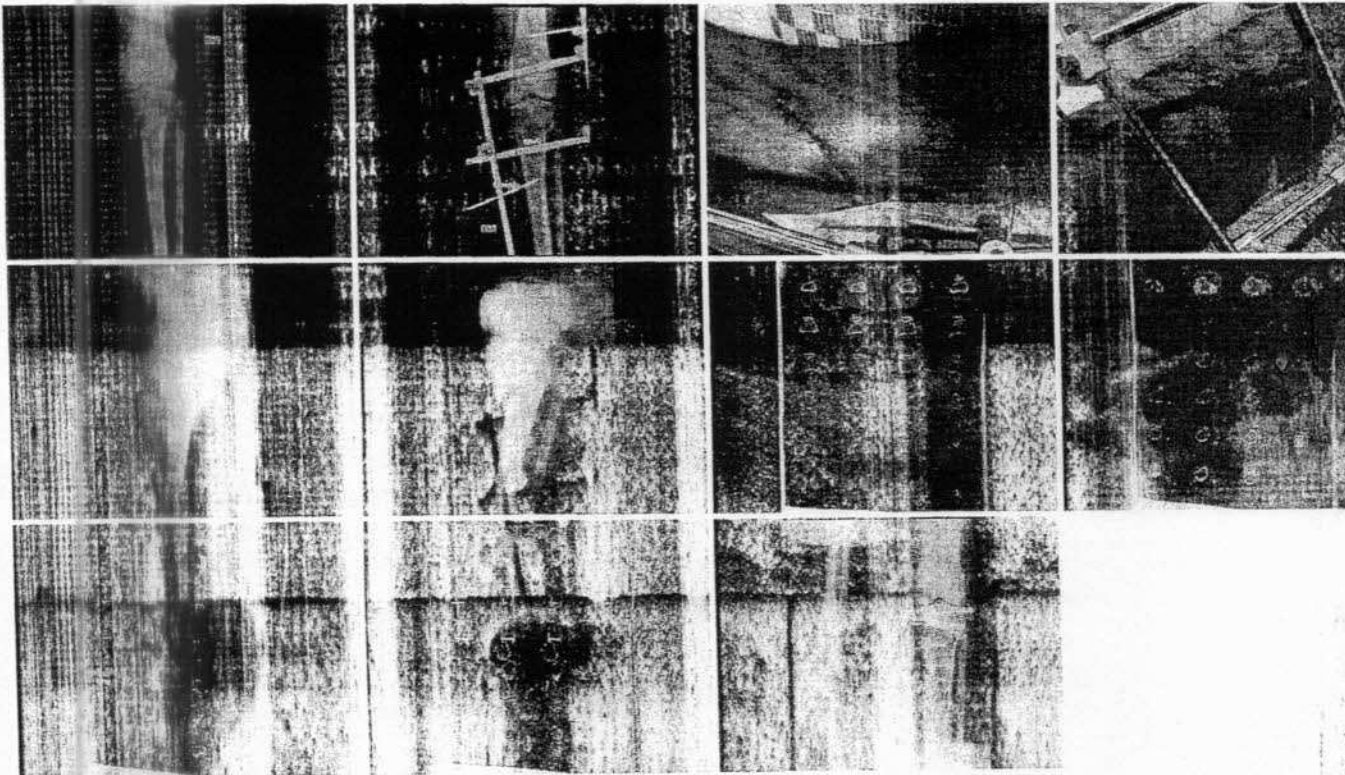
TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: JONATAS BRITO

RESIDENTE DO LEITO: GUILHERME PATRICIO



Mapa de Cirurgias

| Diã | Tr | Hora | Local | Cirurgia | Residente | Assistente | Observação | Status da realização | |
|--|----|-------|-------|--|---------------|--------------------|-------------|----------------------|-----------|
| MAPA DO DIA 29/01/2018 - Quinta-Feira | | | | | | | | | |
| 30 | 10 | 07:30 | PRON | LUXACAO DE JOELHO ESQ (OPERADA) + FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQ (OPERADA) | JONATAS BRITO | GUILHERME PATRICIO | A CONFIRMAR | BE:4954625 | REALIZADA |
| <p>Operado por: RONALDO SOBREIR em: 25-01-2018 12:30:14</p> | | | | | | | | | |

Ass. _____
 Data: 28/01/18
 Imprimir

Retornar dia: _____ Hora: _____ para Dr. _____
Retornar 15 dias para Jonatas

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado de Ceará, protocolado em 27/06/2018 às 09:28, sob o número 01430658/20188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, Informe o processo 0143065-81.2018.8.06.0001 e código 38C8257.

GOVERNO MUNICIPAL DE CHORO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SUS - Sistema Único de Saúde

1. Preencha esta Ficha em 03 (Três) vias
2. Ao terminar a Consulta ou Tratamento,
entregar 2 (duas) vias ao usuário,
orientado a retornar com a 3ª Via à
unidade de origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: _____
DISTRITO SANITÁRIO: _____ MUNICÍPIO: _____
Nome: ANDRÉ ASSIS DE SOUZA Prontuário Nº _____
Sexo: M Data de Nascimento: 1/1/1977 Ocupação: _____
Endereço: _____ Bairro: _____ Telefone: _____

Motivo do Encaminhamento: RET. CEFALICA DE ACIDENTE DE TRAFEGO POR
COLISÃO DAS ALAS, APRESENTANDO FRATURA EXPLOSA DO
CRANIO TIBIAL, ETC.
Resultado de Exames: PULSO E PERICIA MOVIMENTO EM LINF

Conduta Realizada: VENTILADOR + DIAPHRAGMA + CEFALICA LG AS 12L
Impressão Diagnóstica: CRANIO TIBIAL: FRATURA EXPLOSA DO CRANIO TIBIAL
Assinatura do Encaminhante: _____ Nº do Registro: _____
Função: _____ Data: 30/12/17 Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico: _____
Procedimento: _____ Profissional: TRAUMATOLOGISTA
Unidade de Referência: _____ Data: 1/1 Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____ Prontuário Nº _____
Município: _____

Prefeitura Municipal de Guixadá
Secretaria Municipal da Saúde
Hospital: Mat. Dr. Eudásio Barroso
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 18/03/2018
[Assinatura]
Maria das Graças Lira de Vasconcelos
CID: Coordenadora do SAME

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____
Diagnóstico Principal: _____ CID: _____
Secundário 1: _____ CID: _____
Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de Conduta para segmento: _____
O Problema Justificou a referência? SIM Não O Motivo da Referência coincide com o diagnóstico? sim não
Assinatura do Consultor: _____ Nº do Registro: _____
Função: _____ Data: _____ Hora: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 27/06/2018 às 09:28, sob o número 01430658120188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0143065-81.2018.8.06.0001 e código 38C8257.

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ
SUS - Sistema Único de Saúde - Secretaria Municipal da Saúde

Preenche esta ficha em 03(três) vias;
Ao terminar a consulta ou tratamento,
entregar 2(duas) vias ao usuário,
mantendo-o para retornar com a 1ª via
à unidade de origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE ORIGEM _____

DISTRITO SANITÁRIO _____ MUNICÍPIO Quixadá

Nome: Autônio Alves de Sousa Prontuário Nº: _____
 Sexo: M F Data de Nascimento: 10 02 1979 Ocupação: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____ Telefone: _____

Motivo do Encaminhamento: fratura luxação de joelho esquerdo
exposta (fratura de peroneo tibial)

Resultado de Exames: ex radiando joelho de fibia proximal + luxação patela
lateral exposta de joelho esquerdo

Conduta Realizada: Realizado manobra de redução e observação melhorias de redução
em melhorias de joelho esquerdo

Impressão Diagnóstica: fratura luxação de joelho de joelho esquerdo

Dr. Claudio Henrique R. Ramos
Ortopedia / Traumatologia
Assinatura no Encaminhamento: Nº Registro: _____ Função: Traumatologista Data: 30 11 17 Hora: 13:28

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico
 Procedimento: _____ Profissional: Vascular + ortopedia
 Unidade de Referência: IJE Data: 17 11 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: _____

Proposta de conduta para segmento _____

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

Assinatura do Consultante - Nº Registro: _____ Função: _____ Data: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 27/06/2018 às 09:28, sob o número 01430658120188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0143065-81.2018.8.06.0001 e código 38C8257.



Cartório dos Anjos - CE

A presente cópia fotostática confere com o original exibido nesta nota.

00018

Dou-ló. Choro-CE. Verdade.

Éri (testemunho)

Antônia Sirene dos Anjos F. e Silva

Válido somente com selo de autenticidade



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Hospital Pe. José Bezerra Filho

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

UNIDADE: Med. Ped. J.B. Filho DATA: 30/12/2017 Nº

1º Atendimento outros Previdenciário

SUS 16083873532000 Idade: 58 e 16/02/59

1- Identificação: Alves de Sousa Sexo: Msc Profissão: Agricultor

Nome: Antônio Alves de Sousa

Estado Civil: Viúvo

Naturalidade: Quixadá

Procedência: Meravilha

2- Qualidade Funcional:

Categoria: PLS

Residência: Ribeira do Juazeiro - Meravilha

3- História Atual: Retirada de Aspirator no MOTO

M-1 Nova com Fratura CX POETA

Dr. JIBIA 520

6 ATGOUV 15

emprego, ACP FUI OBRIGADO

4- Exames solicitados:

Dr. José Carlos

Médico

CREMES-17.592

Assinatura do Médico



NOME: ANTONIO ALVES DE SOUSA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS DE SEGURIDADE SOCIAL E TRABALHISTAS QUE O PACIENTE SUPRACITADO É ACOMPANHADO NO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA POR FRATURA DE PLATO TIBIAL TRATADO CIRURGICAMENTE.

EVOLUI COM CONSOLIDACAO DA FRATURA

APRESENTA ARCO DE MOVIMENTO COMPLETO DO JOELHO.

EM DEMBULACAO COM AUXILIO DE MULETAS

RECEBE ALTA AMBULATORIAL DEFINITIVA TENDO COMO SEQUELAS:

- DEAMBULAÇÃO CLAUDICANTE
- CICATRIZ CIRURGICA
- DOR RESIDUAL

CID: S82.1

23/03/18

Marcel Rolim Queiroz
Médico
CREMEC-17421



(1)

Buscar no site

A
COMPANHIA

SEGURO
DPVAT

PONTOS DE ATENDIMENTO
(/Pontos-de-Atendimento)

CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICAS

SALA DE
IMPrensa

TRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos 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 3180143999 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO ALVES DE SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO ANTONIO ALVES DE SOUSA

CPF/CNPJ: 58393927315

Posição em 03-05-2018 15:57:36

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 |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 04/05/2018 | R\$ 4.725,00 | R\$ 0,00 | R\$ 4.725,00 |

| Histórico das correspondências enviadas | | |
|---|----------------------|-----------|
| Data da Carta | Referência | Ver Carta |
| 27/04/2018 | Interrupção de Prazo | ↓ |
| 10/04/2018 | Exigência Documental | ↓ |