



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: DIEGO ASEVEDO FARIAS, nascido em 21/04/1987, brasileiro, casado, desempregado, portador da cédula de identidade 2000010271814 SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 018.822.883-78, residente e domiciliado na Avenida São José, nº 870, Centro, Groaíras-CE, CEP 62.190-000.

OUTORGADO: RENAN MARTINS ALBUQUERQUE, brasileiro, solteiro, advogado de OAB/CE nº 28.534, portador da cédula de identidade nº 2004010416904, inscrito no CPF sob nº 043.291.343-22, com escritório profissional na Rua José Ferreira do Nascimento, nº 1.010, Bairro Chico Jerônimo, Groaíras-CE, CEP: 62.190-000.

PODERES: para o fim especial de representar o(s) outorgante(s) em juízo, em qualquer processo ou ação, em qualquer instância ou tribunal em que for(em) autor(res), réu(s), oponente(s), assistente(s) ou de qualquer forma participante(s) de procedimentos, quaisquer que sejam, podendo requerer as medidas que forem necessárias, preparatórias, preventivas ou incidentes, variar de ações e intentar outras de novo, usando dos poderes conferidos pela cláusula *ad judicium et extra*, mais os de desistir, transigir, acordar, receber quantias, dar e aceitar quitação, agravar, apelar, protestar e levantar protestos, penhorar e seqüestrar bens, promover arrestos, prestar cauções, firmar compromissos, inclusive o de inventariante, optar, em procedimento de inventário pelo rito do arrolamento sumário, acompanhando-o em todas as fases processuais, renunciar heranças, fazer composições amigáveis e requerer perante entidades públicas, privadas ou associativas, enfim, requerer o que preciso for para o fiel desempenho das obrigações decorrentes deste mandato, podendo substabelecê-lo, com ou sem reserva de poderes.

DECLARAÇÃO POBREZA: Declaro com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, que sou pobre na forma da lei e que não possuo condições financeiras de arcar com as despesas processuais sem prejuízo de meu próprio sustento, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

Groaíras-CE, 29 de novembro de 2017.


DIEGO ASEVEDO FARIAS
Outorgante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS DERMATOLÓGICAS

Posse Direta

Diego Azevedo Farias

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
DE RM 2000010271814 DATA DE
EXERCÍCIO 04/07/2013

NOME
DIEGO ASEVEDO FARIAS

FILIAÇÃO
ANTONIO AIRTON FARIAS
MARTA ALBETISA ASEVEDO

NATURALIDADE
FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO
21/04/1987

DOC. ORGEM
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 1326 FOLHA: 20 LIVRO: 006
GROATIRAS - CE
CPF 018.822.883-78

2 VIA *Diego Azevedo Farias* P.: 179
ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.118 DE 29/09/83

Nº DO CLIENTE

741 759-9

Para mais informações consulte o site: www.celpe.com.br

A 1ª linha social de energia elétrica
for criada pela Lei nº 10.438,
de 24 de abril de 2002.

celpe

Rua Pedro Valdeano, 150

CX 00130 040 Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.845-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO D | SER-20-4 | N°

Rota 12 32100 02 032701 - 4 Data de Emissão - 19/07/2016

Nome ELITAZIA RODRIGUES MESQUITA

End. Postal AL SÁD JOSÉ 00000

LESTE - GROATIRAS - 62190000

Medidor 247 4478

Posta 0000 0000

Classe 01-R SIDENCIAL MONOFASICO BAIXA Renda de Potência 0,00

RG / CPF / CNH 68847543-56

CGF

Nome do Responsável

INÍCIAS

Data de Referência	Data de Apresentação	Período de Faturamento
Jul/2016	15/07/2016	19/08/2016

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECEDOR

Vaga e legenda (verifique esta conta)
Condição 06/12
Mês 06/2016
BIS 22,96

ICMS

Rateio de Cidades (%)	Alíquota	Valor do Imposto
100,00	27,00%	27,00

Descrição	Período de Referência			Apuração Individual	
	Atual	Anterior	Atual	Anterior	Atual
DOC	5,67	11,74	22,4	3,00	8,00
FDC	0,36	6,72	15,4	0,00	9,00
DMUC	3,27			0,00	

ÁREA RESERVADA AO CONTRIBUÍVEL

372.807.564 5914.5411.1434.367.076

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMIDOR

Unid. Anual	Unid. Anterior	Cont.	Consumo Bônus	Carga Incl.	Carga Incl.	Taxa (R\$/mês)	Valor (R\$)
0075	7947	1,00	159	0,00	0,00	0,00	72,00
15/07/16	17,36/16		32 DES		150		72,00

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	72,00
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	9,91
MULTA MORATORIA REF 06/2016	0,85
JUROS DO MES	0,17
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	8,95
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,91

VENCIMENTO 16/07/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 93,85

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)
Energia 31,55	
Transmissão 0,28	
Distribuição 11,00	
Encargos Setoriais 5,67	
Tributos (ICMS e IPI) 54,99	
TOTAL 83,88	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (Kg/mWh)
Compreensão errônea pelo consumo de energia elétrica emitida do Coeficiente
Emissões kg(CO₂) Compensadas kg(CO₂)

68,29 0,00

Informações importantes e avisos de vencimento

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA DIEGO ASEVEDO FARIAS
DATA DO ACIDENTE 10/11/2016 CPF DA VÍTIMA 018.822.883-78
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO DIEGO ASEVEDO FARIAS
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (N) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É DIEGO ASEVEDO FARIAS
ENDEREÇO DO PORTADOR AV. SÃO JOSÉ BAIRRO CENTRO
Nº 870 COMPLEMENTO - UF CE CEP 62.190-000
CIDADE GRATIAS TELEFONE (85) 98806-2368
E-MAIL _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☒ NÃO
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
☒ LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☒ NÃO
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO - CÍRCULO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() OUTROS DOCUMENTOS: _____
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☒ NÃO
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTES (ORIGINALS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() OUTROS DOCUMENTOS: _____
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
• O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
• -M BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER LICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, CILTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OI GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204
• TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03/04/17

IDENTIDADE 80000102728844

ASSINATURA Diego Asevedo Farias

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CO

DATA 03/04/17

NOME Jose Cesar Pereira

ASSINATURA





ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
As: 12301671 - A: GROAIRAS

GROAIRAS - CE
CNPJ....: 34028316236654 Tel.:
Ins Est.: 068420960

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 229057658
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao...: 62267655

Movimento...: 03/04/2017 Hora.....: 15:22:54
Caixa.....: 80434326 Matrícula...: 81808283
Lancamento...: 021 Atendimento: 00006
Modalidade...: A Faturar ID Tiqueta...: 1284286792

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT	1	21,75+

Valor do Porte(R\$)...: 21,75
CNPJ/CPF Remet.: 01882288378
Nome Remetente.: DIEGO ASEVEDO FARIAS
Endereço Remet.: AVENIDA SAO JOSE, 870 - CE
Cont. Endereço...: NTRD
Cap Remetente...: 62190-000
Cidade Remet....: GROAIRAS
UF Remet.....: CE

SEDEX DPVAT ESPELHO	1	41,96+
---------------------	---	--------

Valor do Porte(R\$)...: 41,96
Cap Destino: 20031-205 (RJ)
Peso real (KG).....: 0,100
Peso Tarifado.....: 0,100
OBJETO.....: SN0053980548R

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 63,71

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG:
Ass. Responsável.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

CAC - Capitais e Regiões Metrop. 30030100
Demais Localidades: 08007257282 Sugestões e
Reclamações: 08007250100-www.correios.com.br

VIA-CLIENTE

SARA 7.7.04

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2017

Carta n°: 11559552

A/C: DIEGO ASEVEDO FARIAS

Sinistro: 3170224661 ASL-0150840/17
Vítima: DIEGO ASEVEDO FARIAS
Data Acidente: 10/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: DIEGO ASEVEDO FARIAS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000702-1

Conta: 0000023202-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Entre em contato conosco
SAC DPVAT 0800 022 12 04
www.seguradoralider.com.br

DEVOLUÇÃO Seguradora Líder - DPVAT CAIXA POSTAL 40.970 CEP: 20.270-971 www.seguradoralider.com.br		☐ Mudou-se ☐ Desconhecido ☐ Recusado ☐ Ausente ☐ Não procurado		Para usa dos correios ☐ Endereço atualizado ☐ Não existe o nº indicado ☐ Faltando Data: _____	☐ Motorista ☐ Sinistro ☐ Porteiro Responsável pela informação: _____ Assinatura: _____
--	--	---	--	---	---

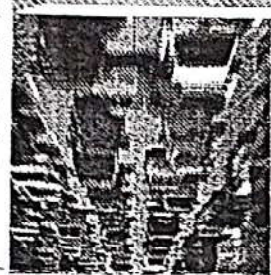


DIEGO ASEVEDO FARIAS
AV SÃO JOSE, 870
CENTRO
CEP 62190000 - GROAIRAS - CE

Seguro DPVAT - Proteção para todos

O Seguro DPVAT, Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, foi criado por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Nao) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro eminentemente social.

saiba +
www.seguradoralider.com.br





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SOBRAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 553 - 3698 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **07/12/2016 08:34:57**
Data / Hora da Ocorrência: **10/11/2016 12:00:00**
Endereço da Ocorrência: **LOCALIDADE DE AROEIRA DOS MACIEIS**
Complemento:
Bairro:
Município: **GROAIRAS/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DIEGO ASEVEDO FARIAS**
Nascimento: **21/04/1987** CPF:
RG: **2000010271814** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA ALBETISA ASEVEDO**
ANTONIO AIRTON FARIAS
Endereço: **AVENIDA SÃO JOSÉ, 870**
Bairro: **CENTRO**
Município: **GROAIRAS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

DE ORDEM DO DELEGADO PLANTONISTA FOI REGISTRADO O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, E QUE NA DATA E HORA ACIMA MENCIONADA (10/11/2016 ÀS 12:00H), GUIAVA A MOTOCICLETA HONDA CG 125 TITAN DE PLACA HVU-8723, CHASSI Nº 9C2JC250WWR132719, DE PROPRIEDADE DE EVANDRO MENDES MACIEL PELA LOCALIDADE DE AROEIRA DOS MACIEIS, NUMA ESTRADA VICINAL QUANDO VEIO A DESEQUILIBRAR (DERRAPANDO NUMA CURVA) E QUE VEIO A CAIR DA MOTOCICLETA, TENDO FRATURADO O PÉ EM DOIS LUGARES DIFERENTES. INFORMA AINDA QUE DO ACIDENTE VEIO PARA A SANTA CASA DE SOBRAL NO MESMO DIA E QUE PASSOU POR PROCEDIMENTOS MÉDICOS, ENTRE OS QUAIS O ENGESSAMENTO DO PÉ E QUE AINDA AGUARDA A RETIRADA DO MESMO. AFIRMA O DECLARANTE QUE NÃO POSSUI CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO PARA GUIAR VEÍCULOS AUTOMOTORES (MOTOCICLETA), QUE A MOTOCICLETA QUE GUIAVA NÃO LHE PERTENCE E QUE PERTENCE A PESSOA PARA QUEM TRABALHA E QUE ELE TERIA AUTORIZADO A CONDUZIR A MOTOCICLETA.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CLEYTON GOMES DE PAULA - MAT.: 135495-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

RAFAEL MEDEIROS RODRIGUES - MAT.: 300552-1-7



HOSPITAL E MATERNIDADE JOAQUIM GUIMARÃES

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de prova junto a Seguradora de DPVAT que, no dia 10/11/2016, por volta das 12:30 hrs, o Sr. DIEGO ASEVEDO FARIAS, nascido em 21/04/1987 (RG nº 2000010271814 SSP/CE; CPF nº 018.822.883-78), foi socorrido neste Hospital, vítima de um acidente de trânsito ocorrido na Estrada da Localidade de Aroeiras dos Macieis, zona rural, Groaíras-CE, apresentado fraturas lesões no pé esquerdo. Em seguida foi encaminhado para a Santa de Casa de Misericórdia de Sobral.

Groaíras-Ceará, 10 de novembro de 2016.

Edgleuma M. Rodrigues Mesquita
EDGLEUMA MARIA RODRIGUES MESQUITA

DIRETORA DO HOSPITAL E MATERNIDADE JOAQUIM GUIMARÃES

PORTARIA Nº 475/14

CPF Nº 661.197.153-04

Rua Gerson Mendes, 1265, Chico Jerônimo, Groaíras, CE,
CEP 62.190-000 Fone/Fax: (88) 3647.1103



HOSPITAL E MATERNIDADE JOAQUIM GUIMARÃES
Rua Gerson Mendes Farias, 1.265 - Bairro Chico Jerônimo
Goiatras - Ceará - (88) 3647-1137



REGISTRO DE ATENDIMENTO

Data: 10/11/16

Nome: Diego Aguedo Farias Idade: 29 a. Sexo: M ☒ F ☐

Endereço: Av. São Jerônimo Bairro: Centro

Prof.: Z.M.I. Tipo de Atendimento: Adulto ☒ Pediátrico ☐

Especialidade: Clínico ☒ Cirúrgico ☐ Traumatológico ☐ Obstetrícia ☐ Ginecologia ☐ Outro: _____

Classificação de Risco: ☐

Hora da Classificação: 15:21

Queixa Principal: Víctima de acidente de moto, sem capacete, apresentando dor no pé (5) com restrição motora. Com dificuldade em deambular

PA: 1,90 x 90 mmHg Peso: — DX: — Temp: —

Ass. Profissional - COREN

HDA do Médico: _____

① Vítima SM

Obs: Confeção e/ou original

Edglauma M. Rodrigues Mesquita
COREN: 83648
CPF: 661.197.453-04
Coordenadora de Enfermagem HMUG

Conduta: Escrever prescrição p/ SCS

Diagnóstico: _____

Assinatura do Paciente

Ass. Médico - CRM

Destino do Atendimento: Internado ☐ Alta ☐ Ambulatório ☐ Óbito ☐ Observação ☐ PSF ☐

Transferência ☐ (Justificar) _____ Outros: _____



PREFEITURA DE GROAÍRAS
SECRETARIA DE SAÚDE



1. Preencha esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HM JG

ADS: _____

Município: Groaíras

Nome: Diego Azevedo Farias

Prontuário Nº _____

Sexo: ☒ M ☐ F

Data de Nascimento: 01/10/1987

Ocupação: _____

Endereço: Rua São José

Bairro: _____

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Pericula vítima de acidente de moto com trauma em pé E, com dor, edema e claudicação

Resultado de Exames: _____

Conduta já realizada: Sintomático

Impressão Diagnóstica: fratura pé E

Assinatura Francisco Régis Paiva de Oliveira

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: 085115

Função _____

Data 10, 11, 16

Hora _____

CPE: 297 401 933-15

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: _____

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☒

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Tratamento Traumatológico

Profissional: _____

Unidade de referência: _____

Data: 1 / 1

Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº _____

Alta 1 / 1

Resultado: Clínico/Cirúrgico _____

Resultado de Exames _____

Diagnóstico: Principal _____

CID: _____

Secundário 1 _____

CID: _____

Secundário 2 _____

CID: _____

Proposta de Conduta para seguimento _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do consultante - Nº Registro _____

Função _____

Data 1 / 1

Santa Casa de M. de Sobral
CONFIRMAÇÃO DO ORIGINAL
Andréa R. Montenegro Portela
COORDENADORA

(*) Utilizar também como resumo de alta

Dieta: Glicose (29) 3513.1377



TIPO DE TRAUMA

- ☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ MÃE ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHEC

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO: _____

Ufrase de Trauma Torácico Dto. apresentando
dor no tórax e ferida do tórax
a palmar - tórax do lado direito
Pq. Ferida de dor do 1º costal e
do pulmão superior

CONDUÇÃO: estabilização e transporte

DIAGNÓSTICO: Pneumonia do pulmão

Ass. Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

- ☐ COM MEDICAÇÃO
☐ SEM MEDICAÇÃO

☐ ALTA COMPLEXIDADE

☐ INTERNAÇÃO

☐ CLÍNICO

☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☐ INTERNADO ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ ALTA
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

ALTA DO PACIENTE

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFIRMADO ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

Data: / /

Hora: _____

Desatente



88 218972



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

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 23885

Etiqueta atendimento:

Aten: 447988 Dt. Atendimento: 10/11/2016 17:04
Reg.: 10/11/2016 Dt. Nasc: 21/04/1987
Nome: DIEGO ASEVEDO FARIAS
End.: AVENIDA DON JOSE 895
CENTRO; GRAMIRAS-CE; CEP: 62190000

Descrição da História Prévia do Atendimento:

PACIENTE, 29 ANOS, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, SEM CAPACETE, APRESENTA ALGIA NO PÉ "E".

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: /, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura: ,

Eu, *Diego Asevedo Farias*, (X) Paciente ()
Responsável (Grau de Parentesco) _____, RG Nº _____
_____, declaro que:

1º) Reccebi 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) merece 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.

2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicação durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro plantonista do Acolhimento com Classificação de Risco.

3º) 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 _____

Diego Asevedo Farias

Assinatura do Paciente ou Responsável

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERIR COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA



228818972

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

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 23931

Etiqueta Atendimento:

Aten: 4673355 Dt. Atendimento: 11/11/2016 - 07:44
Reg.: 11/11/2016 Dt. Nasc: 21/04/1987
Nome: DIEGO AGEVEDO FARIAS
End.: AVENIDA DOM JOSE 870
CENTRO; GOIAIRAS-CE; CEP: 62190000

Descrição da História Prévia do Atendimento:

Paciente, 29 anos, com história de queda de moto sem capacete, refere algia em tornozelo "E".

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: /, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura: ,

Eu, X Diego Agevedo Farias, ☒ Paciente ()
Responsável (Grau de Parentesco) _____, RG Nº _____
_____, declaro que:

1º) 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) merece 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.

2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicação durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro plantonista do Acolhimento com Classificação de Risco.

3º) 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 _____

X Diego Agevedo Farias
Assinatura do Paciente ou Responsável

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERIR COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

11/11/2016 08:57



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EVANDRO MENDES MACIEL

RG nº 10635746-0, data de expedição 10/05/93,

Órgão IFP, portador do CPF nº 442936903-87, com
domicílio na cidade de RIO DE JANEIRO, no Estado de

RIO DE JANEIRO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

TRAVESSA LARES DE AZEVEDO, nº 58, BAIRRO

complemento MARIA DA GRAÇA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima DIEGO ASEVEDO FARIAS, cujo o condutor era

DIEGO ASEVEDO FARIAS.

Veículo: PAS / MOTOCICLETO

Modelo: HONDA / CG 125 TITAN

Ano: 1998

Placa: HVU 8723

Chassi: 9C2JC250WWR 132719

Data do Acidente: 10/11/2016

Local e Data: 19/10/17, RIO DE JANEIRO

Evandro Mendes Maciel
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS DO RJ 051124-5º OFÍCIO DE NOTAS DO RJ
Rua Real Graciosa, 193 - Lj 1 e 11 - Botafogo - Rio de Janeiro - RJ - CNPJ: 30.715.084/0001-30 AP161324

Reconheço, por AUTENTICAÇÃO, a firma de
EVANDRO MENDES MACIEL

Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2017. Valor: 5,01 Lei: 10
Em testemunho da verdade. Fins: 0,54 Funai: 0,00

WILLIAM CARVALHO DA PAIXÃO Autorizado: 20662167-RJ Total: 7,55
E16595475 RVD Consulte em: <https://caas.ajrj.jus.br/sitepublico>



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DO INTERIO

DETRAN : CE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO Nº 4008248772

VIA - CDD. RENAVAM - R.T.B. - EXERCÍCIO

01 696489384 0000000000 1999

NOME/ENDEREÇO

EVANDRO MENDES MACIEL
FAZENDA ARDEIRAS DOS MACIE 00000
***** ZONA RURAL
62.190 GROAIRAS - CE

CPF/CGO

44293690387

PLACA

HVL8723

PLACA ANT/UP

*****/CE

CHASSI

9C2JC250WWR132719

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLO/*****

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CE 125 TITAN

ANO FAB. ANO MOD.

1998 1998

CAP/MOTOC

2P/125CV/124CC

C. MOTOR

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA UNICA

VENO COTA UNICA

*/**/**

VENO COTAS

1º COMPROV.

2º EM

3º ANEXO

FAIXA LPVA

PARCELAMENTO COTAS

PREMIO LIQUIDO(R\$)

ISOF

PREMIO TOTAL(R\$)

DATA DE PAGAMENTO

COMPROVANTE EM ANEXO

OBSERVAÇÕES

LOCAL

GROAIRAS - CE

DATA

13/04/1999

MINISTÉRIO DA PAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
EVANDRO MENDES MACIEL

Nº de Inscrição
442936903-87

Data de Nascimento
20/12/73

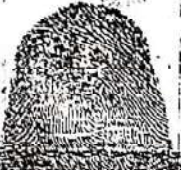


Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

ASSINATURA
Evandro Mendes Maciel
EVANDRO MENDES MACIEL

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em : 06/12/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO FELIX PACHECO

Evandro Mendes Maciel

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDADEM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
10635746-0

DATA DE EXPEDIÇÃO
10/05/93

NOME
EVANDRO MENDES MACIEL

NÚMERO
JOSE ALFIR MACIEL

MARIA SOGORRO MENDES MACIEL

CEARA

DATA DE NASCIMENTO
20/12/1973

DOC. ORIGEM
G. NASC. LIV. A2 FLS. 05V

TERM. **391 0 6041RAS CE**

CPF
083

ASSINATURA
Evandro Mendes Maciel

0028-1V1A

LEI Nº 7.115 DE 20/04/73

PPAB-PPAE



EVANDRO MENDES MACIEL
TR SOARES DE AZEVEDO 58
MARIA GRACIA RIO DE JANEIRO - RJ
20785-510

VENCIMENTO
13/02/2017

Nº DO MEDIDOR
9040598

Cliente
Mais+

Vantagem especial em:
light.com.br/clientemais

01804 638 10 0511
0044 2002 010328



Se você ainda não possui sua conta da Light em Débito Automático, faça a adesão na sua agência bancária, na Agência Virtual (www.light.com.br) ou no Disque-Light (0800 242 0120) ou nas agências da Light e fique descomplicado.

BANDEIRAS TARIFÁRIAS: FIQUE ATENTO À NOVA REGRA

A partir de 1º de fevereiro de 2016, os valores das bandeiras amarela e vermelha terão reduções. E a bandeira vermelha terá duas modalidades: palmar 1 e 2.

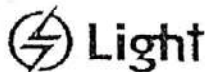
Para mais informações, acesse www.aneel.gov.br

Assim, a nova composição dos valores (*) será

- Bandeira verde: a tarifa não sofre nenhum acréscimo, não há cobrança adicional
 - Bandeira amarela: R\$ 1,50 a cada 100 kWh consumidos
 - Bandeira vermelha palmar 1: R\$ 3,00 a cada 100 kWh consumidos
 - Bandeira vermelha palmar 2: R\$ 4,50 a cada 100 kWh consumidos
- (*) Valor líquido de impostos

Reservado ao fisco

0684.3088.1143.FBB5.C7D0.0C22.699F.803E
Nota Fiscal - Série 01 no. 622331
Conta de Energia Elétrica
RE PROC. E-04/053.353/08 - IFE 03
SEPD - Autorização n.º 2305/0006384-9



LIGHT SERVIÇOS DE ELETRICIDADE S.A.
AV. MAL. FLORESTANO TAVARES DE ALEMEIDA, 337 20010-002
CNPJ nº: 06.943.700/11-66
INSC. ESTADUAL RJ 002.233-1 INSC. MUN. CIAL 00794172

ENERGIA ATIVA

Medição Atual	Leitura	Medição Anterior	Leitura
05/01/2017	236	07/12/2016	17

Consumo kWh	Nº Dias
219	29

ENERGIA RELATIVA EXCEDENTE

Medição Atual	Medição Anterior	Consumo kWh
05/01/2017	11/01/2017	11/01/2017

EVANDRO MENDES MACIEL
TR SOARES DE AZEVEDO 58
20785-510 MARIA GRACIA / RIO DE JANEIRO - RJ
CPF: 442.936.903-87

Data de Emissão: 05/01/2017
Data de Apresentação: 11/01/2017

CÓDIGO DO CLIENTE: 30319334
CÓDIGO DA INSTALAÇÃO: 0411681362

DESCRIÇÃO
CONSUMO
CONTRIBUIÇÃO DE LUMIN PÚBLICA

CFOP	UNIDADE	QUANT.	PREÇO UNIT. R\$	VALOR R\$
5.256	KWH	219	0,62532	137,14
0000				10,27

Subtotal Fatura (verbo) (veja abaixo)
Subtotal Outros

137,14
10,27

Após o vencimento haverá multa de 2%, juros e atualização de IGP-M, calculados em conta posterior (Lei ANEEL nº 474 de 08/09/10 e Lei 10.763 de 13/11/2003)

Valor da Energia	Valor da Transmissão	Valor da Distribuição
52,28	2,59	26,79
Encargos Setoriais	Tributos	Total
22,72	32,36	137,14

PIS alíquota 0,9902% EOPMS alíquota 4,500%
R\$ 1,35 R\$ 6,29

Atenção: A partir de 01/01/2017, em decorrência da Lei 13.127/2016, o valor da fatura será reajustado.

Taxas em R\$ (verbo) (veja abaixo)

TUFD - TE	BANDEIRA
0,42/03	Bandeira Verde
0,42/05	Bandeira Amarela
0,60/02	Bandeira Vermelha

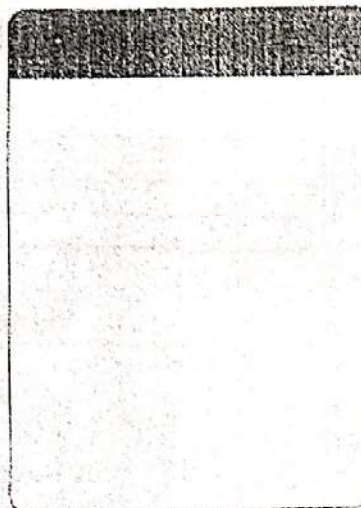
ICMS R\$	18%	Total da Nota Fiscal R\$
Base de Cálculo	137,14	137,14
Alíquota	18%	
Valor (já incluído no preço)	24,69	

13/02/2017

147,41

VALOR DO ENCARGO DE USO DO SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO:
R\$ 28,44

O cliente tem o direito de entrar a qualquer tempo e a qualquer custo com o fornecedor de energia elétrica e receber a compensação financeira por meio de créditos em sua conta de consumo, desde que seja apresentado o comprovante de pagamento da fatura de energia elétrica.



BANDEIRAS TARIFÁRIAS
X JANEIRO 2017 - BANDEIRA VERDE
X DEZEMBRO 2016 - BANDEIRA VERDE

II - A fatura de energia elétrica é emitida em nome do titular da instalação.
EVANDRO MENDES MACIEL

VENCIMENTO: 13/02/2017
TOTAL A PAGAR: 147,41
CÓDIGO DO CLIENTE: 30319334
JAN/2017

Autenticação Mecânica

8367000001 8 47410053107 5 59308481300,9 10096117686,2



01804 638 10 0511