



CPF

CPF

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE**

NOME:	ALFREDO SANTANA DE SOUSA
ESTADO CIVIL:	SOLTEIRO
PROFISSÃO:	AUTÔNOMO
DOMICÍLIO:	RUA INACIO MOREIRA, 167, MESSEJANA, 60871-585
RG/CPF/PIS PASEP:	200200600275541/014.211.393-08

OUTORGADOS

JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA, inscrito na OAB/CE sob o nº. 29.690, com escritório profissional situado na Rua Hercílio Pinheiro, nº 329, CEP 62960-000, Centro - Tabuleiro do Norte-CE.

Por meio do presente instrumento são outorgados amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 (Código de Processo Civil), e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Local: FORTALEZA

Data: 09/04/20

Alfredo Santana de Sousa
OUTORGANTE

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA****NOME:** ALFREDO SANTANA DE SOUSA**RG:** 20020060027554 **SSP/Ce** **CPF:** 014.211.393-08

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

Logradouro: RUA INACIO MOREIRA 167

Complemento: _____

Bairro MESSIANNA CEP: 60871585

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

Fortaleza/Ce, 09 DE Abril 2020

* Alfredo Santana de Sousa



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: ALFREDO SANTANA DE SOUSA

Nacionalidade: BRASILEIRA Estado CEARA Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão: AUTONOMO

Rg: 20020060027554 SSP/CE -CPF: 014.211.393-08

Logradouro: RUA INACIO MOREIRA, 167, MESSEJANA 60871585,

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

Fortaleza/Ce: 09 de Abril de 2020

x Alfredo Santana de Sousa

SINISTRO 3200058552 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA ALFREDO SANTANA DE SOUSA****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV****Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE****BENEFICIÁRIO ALFREDO SANTANA DE SOUSA****CPF/CNPJ: 01421139308****Posição em 23-04-2020 12:25:30**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

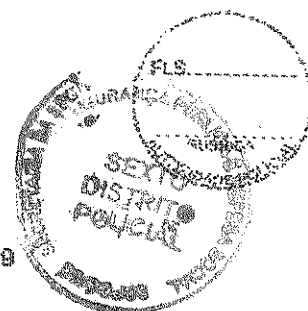
Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/02/2020	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DO 6.º DISTRITO POLICIAL
 Impresso nº 2019710676



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 106 - 7520 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **07/10/2019 10:41:31**
 Data / Hora da Ocorrência: **19/09/2019 16:40:00**
 Endereço da Ocorrência: **R LUIZA MIRANDA COELHO , 1501, LUCIANO CAVALCANTE - FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALFREDO SANTANA DE SOUSA**
 Nascimento: **28/09/1985** CPF: **014.211.393-08**
 RG: **2002006002754** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **FRANCISCA SANTANA DE SOUSA**
JOSE AIRTON DE SOUSA
 Endereço: **RUA INACIO MOREIRA, 167**
 Bairro: **MESSEJANA**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98717-6050**

Histórico

ESTE BO NÃO É VALIDO PARA FINS DE SEGURO DPVAT.
 Informa o declarante que na hora, data e local supracitados, estava conduzindo uma motocicleta YAMAHA KRIPTON ED DE PLACA(NUV596B), ocasião em que um veículo PALIO DE COR PRETA, conduzido por um homem conhecido como JOÃO, avançou a via preferencial causando uma colisão entre os dois veículos; QUE o declarante calu no chão e teve uma fratura exposta nos dedos do pé esquerdo; QUE o condutor do veículo PALIO permaneceu no local e prestou socorro; QUE foi chamado o SAMU ao local, que não compareceu e o declarante teve que ser levado ao hospital por meios próprios; QUE o Sr. JOÃO não teve ferimentos ou lesões; QUE a motocicleta do declarante teve vários danos; QUE foi feito um acordo entre as partes, em que o seguro do Sr. JOÃO vai cobrir os danos na moto do declarante; QUE está registrando este BO a fim de tomar as medidas cabíveis; E NADA MAIS DISSE.//
 ESTE BO NÃO É VALIDO PARA FINS DE SEGURO DPVAT.//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 6.º DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

PAULO BEZERRA FURTADO - MAT.: 16790516

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

ELIANA MAIA SOARES - MAT.: 198804-1-9

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE ALFREDO SANTANA DE SOUSA		DADOS PESSOAIS	
CAUSAS	NASCIMENTO 28/09/1985(33 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 5161193	Nº DO BE 371917
DOCUMENTOS	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 01421139308	SEXO M	RACIA/COR PARDO
NOME RESPONSÁVEL NI	ENDEREÇO RUA PEDRO CAMELO 867 MESSEJANA	NOME MAE FRANCISCA SANTANA DE SOUSA	
MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	CONTATO (85) 98946-7655	
CEP 60.871-025			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE		OCORRÊNCIA	
QUEIXA TRAUMA EM PÉ E		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
SINTOMAS DOR INTENSA		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
		ESCALA DE DOR 5 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ROSILENE GOMES DE BRITO		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 19/09/2019 20:30:38
ÁREA DE ATENDIMENTO 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA		ÁREA ATENDIMENTO	
ATENDIMENTO MÉDICO			
<i>MANOEL FAYAT B) P-04 RUA VITÓRIA</i> <i>1000</i>			
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO	
SADY SOLICITADO ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIOS-X ☐ OUTROS		CID	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
<i>100 mg BOM 015</i>		<i>QIL</i>	
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Impresso por rosilene gomes de brito em 19/09/2019 20:30:38

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 Penal.

ALFREDO SANTANA DE SOUSA

Franciscina
30/10/19

Artroscopia e Cirurgia do
CRM: 108711 RQE 6

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE DE JESUS E SILVA FERREIRA LIMA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 30/04/2020 às 14:25, sob o número 02256831520208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0225683-15.2020.8.06.0001 e código 661C7C1.

PACIENTE: ALFREDO SANTANA DE SOUSA

IDADE...: 33a 11m

Nº ATENDIMENTO: 113349

PRONTUÁRIO: 49052

19/09/19 17:57

MÉDICO...: CLAUDIA CRISTINA DE ARAUJO CRM:18747-CE

EVOLUÇÃO MÉDICA

EM TEMPO 17H50

PACIENTE VITIMA DE COLISAO DE MOTO-CARRO (REFERE QUE ESTAVA DE CAPACETE E NÃO APRESENTOU TRAUMA NA CABEÇA OU SINCOPE), REFERE TER SIDO LANÇADO APROXIMADAMENTE 15 A 20M DE DISTANCIA CAINDO NO CHÃO - PASSANDO POR CIMA DO CAPO DO CARRO. PACIENTE DECIDIU NÃO ESPERAR PELA AMBULANCIA DO SAMU E PROCUROU AM POR CONTA PROPRIA NESSA UNIDADE. FOI LEVADO DE CADEIRA DE RODAS PARA A SALA DE SUTURA PARA AVALIAÇÃO. REFERE APENAS DOR INTENSA EM ME COM PRESENÇA DE LESAO CORTANTE EM REGIAO PLANTAR DE ME.

NEGA DOR ABDOMINAL, CEFALIA, NAUSEAS, EMESE, DOR TORACICA, DISPNEIA OU QUALSQUER OUTROS SINTOMAS.

EXAME FÍSICO.....:

EGB AAA HIDRATADA/O EUPNEICA/O ECG 15 CONSCIENTE E ORIENTADO

AC: RCR 2T BNF S/S

AP: MVU+ S/ RA

RHA + ABDOME FLACIDO INDOLOR TRAUBE LIVRE

MURPHY NEGATIVO, BLOOMBERG NEGATIVO

EXTREMIDADES PERFUNDIDAS TEC < 3 CM

CID10: V299

CONDUITA: PRESCREVO ANALGESIA

*lesão puniiforme
em região plantar
esq. S/S sangramento.*

UPA EDSON QUEIROZ
Confere Com o Original

Data 21 / 11 / 2019Funcionário: Cristina CostaMatricula: 000992

	Ministério da Saúde Sistema Único de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
1 - Nome do Estabelecimento de saúde 1.1 - NOME DO SOLICITANTE: <u>HDEBO</u>		
1.2 - NOME DO EXECUTANTE: _____		

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE: <u>ALVARO SARAIVA DE SOUZA</u>	6 - Nº PRONTUÁRIO: _____
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <u>702501310384223</u>	8 - DATA DO NASCIMENTO: <u>28/09/1985</u>
9 - SEXO: Masculino ☒ Feminino ☐	
10 - NOME DA MÃE (OU RESPONSÁVEL): <u>F. Conceição Saraiva de Souza</u>	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): <u>Rua Pedro Ernesto, nº 1011, J. Maracanã</u>	
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <u>Fortaleza</u>	
13 - COD. REG. MUNIC.: _____	
14 - DATA DO LAUDO: <u>30/10/2020</u>	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
15 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <u>Doença crônica de longa duração com sinais e sintomas de agravamento, com exames de imagem e laboratório na região, para o tratamento.</u>	
16 - JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <u>Tratamento</u>	
17 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <u>Análise de urina: 12. 15. 10. 11.</u>	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Doença crônica de longa duração</u>	21 - CID 10 PRINCIPAL: <u>A10</u>
22 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>Tratamento de longa duração com acompanhamento de especialistas</u>	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____	26 - DATA: _____
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: <u>Urgência</u>	28 - DOCUMENTO: _____
29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <u>81310011627652131313</u>	30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <u>Dr. Max Wendell B. Lopes</u>
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: <u>20/03/19</u>	32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO: <u>Dr. Max Wendell B. Lopes</u>
DECLARAR EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - Nº BILHETE: <u>CREMEC. 10107</u>	34 - CNPJ DA SEGURADORA: _____
35 - CNPJ DA EMPRESA: _____	36 - CNPJ DA EMPRESA: _____
37 - CNPJ DA EMPRESA: _____	38 - CNPJ DA EMPRESA: _____
39 - CNPJ DA EMPRESA: _____	40 - CNPJ DA EMPRESA: _____
41 - CNPJ DA EMPRESA: _____	42 - CNPJ DA EMPRESA: _____
43 - CNPJ DA EMPRESA: _____	44 - CNPJ DA EMPRESA: _____
45 - CNPJ DA EMPRESA: _____	46 - CNPJ DA EMPRESA: _____
47 - CNPJ DA EMPRESA: _____	48 - CNPJ DA EMPRESA: _____
49 - CNPJ DA EMPRESA: _____	50 - CNPJ DA EMPRESA: _____
51 - CNPJ DA EMPRESA: _____	52 - CNPJ DA EMPRESA: _____
53 - CNPJ DA EMPRESA: _____	54 - CNPJ DA EMPRESA: _____
55 - CNPJ DA EMPRESA: _____	56 - CNPJ DA EMPRESA: _____
57 - CNPJ DA EMPRESA: _____	58 - CNPJ DA EMPRESA: _____
59 - CNPJ DA EMPRESA: _____	60 - CNPJ DA EMPRESA: _____
61 - CNPJ DA EMPRESA: _____	62 - CNPJ DA EMPRESA: _____
63 - CNPJ DA EMPRESA: _____	64 - CNPJ DA EMPRESA: _____
65 - CNPJ DA EMPRESA: _____	66 - CNPJ DA EMPRESA: _____
67 - CNPJ DA EMPRESA: _____	68 - CNPJ DA EMPRESA: _____
69 - CNPJ DA EMPRESA: _____	70 - CNPJ DA EMPRESA: _____
71 - CNPJ DA EMPRESA: _____	72 - CNPJ DA EMPRESA: _____
73 - CNPJ DA EMPRESA: _____	74 - CNPJ DA EMPRESA: _____
75 - CNPJ DA EMPRESA: _____	76 - CNPJ DA EMPRESA: _____
77 - CNPJ DA EMPRESA: _____	78 - CNPJ DA EMPRESA: _____
79 - CNPJ DA EMPRESA: _____	80 - CNPJ DA EMPRESA: _____
81 - CNPJ DA EMPRESA: _____	82 - CNPJ DA EMPRESA: _____
83 - CNPJ DA EMPRESA: _____	84 - CNPJ DA EMPRESA: _____
85 - CNPJ DA EMPRESA: _____	86 - CNPJ DA EMPRESA: _____
87 - CNPJ DA EMPRESA: _____	88 - CNPJ DA EMPRESA: _____
89 - CNPJ DA EMPRESA: _____	90 - CNPJ DA EMPRESA: _____
91 - CNPJ DA EMPRESA: _____	92 - CNPJ DA EMPRESA: _____
93 - CNPJ DA EMPRESA: _____	94 - CNPJ DA EMPRESA: _____
95 - CNPJ DA EMPRESA: _____	96 - CNPJ DA EMPRESA: _____
97 - CNPJ DA EMPRESA: _____	98 - CNPJ DA EMPRESA: _____
99 - CNPJ DA EMPRESA: _____	100 - CNPJ DA EMPRESA: _____

AUTORIZAÇÃO	
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: _____	44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR: _____
45 - DOCUMENTO: _____	46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____
47 - DATA DO DOCUMENTO: _____	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____
49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
50 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
51 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
52 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
53 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
54 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
55 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
56 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
57 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
58 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
59 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
60 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
61 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
62 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
63 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
64 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
65 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
66 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
67 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
68 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
69 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
70 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
71 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
72 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
73 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
74 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
75 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
76 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
77 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
78 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
79 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
80 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
81 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
82 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
83 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
84 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
85 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
86 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
87 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
88 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
89 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
90 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
91 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
92 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
93 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
94 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
95 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
96 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
97 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
98 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
99 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	
100 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>00000000000000000000000000000000</u>	

Carimbo
30.10.19

Grat. HDEBO - SAME - AIF - 000

	PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA	 FORTALEZA
---	---	--

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE

Alfredo Santana de Sousa

PRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO 58
INÍCIO DO TRATAMENTO 20/09/19	DATA DA ALTA 20/09/19	DATA DO RETORNO 11/10/19	MEDICAMENTO INTERNO

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA OFK

DIAGNÓSTICOS
PRINCIPAL: Rx múltiplos ossos do p
ACESSÓRIO 1
ACESSÓRIO 2
EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Operado 27/09/19

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

Não trata!

 CONDIÇÕES DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ PIORADO ☐ ÓBTOS ☐ OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

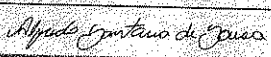
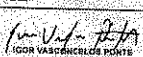
DATA

20.09.19

CARIMBO E ASSINATURA

GráficaHDEBO-SAM

Bo de Alta 03

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME ALFREDO SANTANA DE SOUSA		
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 2002006002754 SSPDC CE	
	CPF 014.211.393-08	DATA NASCIMENTO 28/09/1985
	FILIAÇÃO JOSE AIRTON DE SOUSA FRANCISCA SANTANA DE SOUSA	
	PERMISSÃO 	ACC 
Nº REGISTRO 05760106503	VALIDADE 23/04/2023	1ª HABILITAÇÃO 30/01/2013
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;		
 ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL FORTALEZA, CE		DATA EMISSÃO 04/07/2018
 ASSINATURA DO EMISSOR		11081232586 CE164746722
CEARÁ		

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1643197299

PROIBIDO PLASTIFICAR
1643197299

1250504

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 033718155

Rota FOI07U08 - 394200 Referência 11/2019

Nome FRANCISCA SANTANA DE SOUSA

Endereço RU INACIO MOREIRA, 00167, MESSEJANA, 60871-585, FORTALEZA

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 12/11/2019

Medidor 1126661-SCH-001

ÁREA RESERVADA AO FISCO
C9E6A4285F7E4FE3A6770A000F5F5D4E

DATAS DE LEITURA P.F.: 33 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
10/10/2019	12/11/2019	12/12/2019

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fet. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
PP	30,348	30,155	1,00	193	00	193	0,72834	140,57

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	12,27
JUROS MORATÓRIOS	2,11
ADICIONAL BAND. AMARELA	2,50
ADICIONAL BAND. VERMELHA	4,00
CONSUMO	140,57

Tributo: Base (R\$): Aliquota (%): Valor (R\$):

ICMS	147,07	27,00	39,70
PIS	147,07	0,04	0,04
COFINS	147,07	0,30	0,42

20/11/2019 161,45

CONSUMO CONSCIENTE CPF/CNPJ 479.645.613-91

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 75,34 Compensado kg (CO₂) 0,00

Consciência Ecológica (%CO₂) 0

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 11/10 - 31/10 Vermelha : 01/11 - 12/11

SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MÊS TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.