

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):
NOME: Francisco De Assis Ferreira Da Silva

 Brasileiro(a), Estado Civil: Solteiro

 Profissão: Agricultor, Portador(a) da identidade nº 200809804689 2

 SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 605.210.873-84

 Telefone: (85) 9769-0969 residente e domiciliado(a) a Rua

Povoado Boa Vista n.º 510º

 Bairro: Distrito sede, Cidade: Itapiruna CEP: 62740-000

 Email: não possui
OUTORGADOS: SOCIEDADE DE ADVOGADOS ROSSI E ROSSI ADVOCACIA,

pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ nº 28.563.742/0001-44 com inscrição da OAB/SC nº 3783, localizada na Rua João Jose da Silva nº 70, Bairro Aririu, Palhoça, SC, CEP 88.135.040, neste ato representada por seus advogados, **DR. REGINALDO PEREIRA ROSSI**, brasileiro, casado, advogado inscrito junto à OAB/CE sob nº 29.065 e OAB/SC sob nº 39.931, **DR.a JANAINA ROBERTO NUNES**, Advogada, inscrita junto a OAB/CE sob o nº 11.606.

PODERES:

O OUTORGANTE nos termos do art. 105 do CPC, nomeia e constitui os OUTORGADOS seus bastante Procuradores, para, em conjunto ou separadamente, REPRESENTA-LO(A) em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, com os poderes da cláusula "ad judicium" e "extra" e os especiais de transigir, desistir, acordar, dar e receber quitação, receber intimações, coletar e sacar alvará e destacar os honorários contratuais e sucumbenciais, requerer o benefício da assistência judiciária gratuita nos termos do CPC e CRFB/88 e praticar todos os atos indispensáveis ao fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reservas. Podendo receber alvarás, sacar valores, receber e assinar acordos e contratos e todo e qualquer ato indispensável ao cumprimento do respectivo mandato, inclusive **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em meu nome, contra Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT.**

 Baturité, 01 / 10 / 2019.


ASSNATURA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: Francisco De Assis Ferreira Da Silva.

Brasileiro(a), Estado Civil: Solteiro

Profissão: Agricultor, Portador(a) da identidade nº 2008098046892

SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 605.210.873-84

Telefone: (85) 9769-0969 residente e domiciliado(a) a Rua

Povoado Boa Vista n.º S/N

Bairro: Distrito sede, Cidade: Citapicuma CEP: 62740-000

Email: não possui

DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98, §1º do Código de Processo Civil de 2015, de forma que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Baturité, 01 / 10 / 2019.

FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA DA SILVA
ASSNATURA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008098046892 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/9/2008

NOME FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO MARIA DE NAZARE FERREIRA DA SILVA

NATURALIDADE ITAPIUNA-CE DATA DE NASCIMENTO 2/7/1987

DOC ORIGINÁRIO CERT. NASC. 5867 L A-07 F

365 CAIO-PRADO/ITAPIUNA/CE

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
605.210.873-84

Nome
FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

Nascimento
02/07/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUZA





FCO - DE ASSIS FERRIRA DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Nº DO CLIENTE
7619474
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002
CompANHIA EnergÉTica do Ceará
Rua Pedro Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.849-3

573393557
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº
Rota **05 27050 55 652314 - 1** Data de Emissão **09/05/2019**
Nome **FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA**
End. Postal **PV BOA VISTA 00000 00000**
DISTRITO SEDE - ITAPIUNA - 62740000
Medidor **6292383** Poste **0000 A26L**
Classe **B2 - 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO**
RG / CPF / CNPJ **605210873-84** CGF
Nome do Responsável

DATAS
Mês de Referência **Mai/2019** Data da Apresentação **09/05/2019** Previsão Próxima Leitura **10/06/2019**
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto **Mai/2019**
Mês **DICRI= 0,00 P**

ICMS
Base de Cálculo (R\$) **ISENTO** Alíquota **0,00** Valor do Imposto **0,00**
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
9243.0C37.900F.C4D8.ED40.3F6A.E75A.FBA7

Padrão Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC 0,00			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. For.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1946	1946	1,00	0	0,00	0	0,99999	11,96
09/05/19	08/04/19		31 DIAS		30		11,96

DESCRIÇÃO
VALOR CONSUMO DO MES
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,09)
VALOR (R\$) 11,96

VENCIMENTO	10/06/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)	11,96
-------------------	-------------------	----------------------------	--------------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	6,96	MED	25
Transmissão	0,50	Mai	0
Distribuição	3,73	Abr	12
Encargos Setoriais	0,65	Mai	0
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	0,52	Jun	0
TOTAL	11,96	Jul	0
		Ago	0
		Sep	0
		Out	0
		Nov	0
		Dez	0
		Jan	0
		Fev	0
		Mar	0
		Abr	0
		Mai	0
		Jun	33

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) **11,71** Compensado kg (CO₂) **0,00** Consciência Ecológica (%CO₂) **0**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO		DEBITOS ANTERIORES	
Previo Aviso		Mes/Ano	Valor R\$
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA		05/2018	44,49
Prezado Cliente, consta(m) em nossos controles conta(s) em atraso. Seque o detalhamento do Debito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias após a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CREDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.		09/2018	53,12
FATURADO TAXA MINIMA.		Total	97,61
Consta desta fatura R\$ 0,52 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,81% e COFINS:3,67% (Art. 9 Res. 108/2005 - ANEEL e leis n. 10.637-02 e 10.633-03)			
Informamos que a tarifa foi reajustada, em média, em 8,22%, conforme Resolução Homologatória ANEEL 2.530/2019, com vigência 22/04/2019 a 21/04/2020. Bandeira AMARELA em MAIO-19.			
www.aneel.gov.br			

Nº do Cliente: 7619474 Referência: Mai/2019
Data de Emissão: 09/05/2019 Total a Pagar (R\$): 11,96
Nº da Nota Fiscal: 573393557 Nº de Controle: 0007619474 00035 39302 07

8381000000-0 11960031000-8 0007619474-0 00353930230-3



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por REGINALDO PEREIRA ROSSI e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 08/05/2020 às 15:32, sob o número 02269043320208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0226904-33.2020.8.06.0001 e código 66F5B66.

DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

EU: Francisco De Assis Ferreira Da Silva.

Brasileiro(a), Estado Civil: Solteiro

Profissão: Agricultor, Portador(a) da identidade nº 2008098046892

SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 605.210.873-84

Telefone (85) 9769-0969 residente e domiciliado(a) a Rua Povoado Boa Vista n.º 5112

Bairro: Distrito sede, Cidade: Citapiuma CEP: 62740-000

Email: não possui

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS LEGAIS QUE RESIDO NA RUA

Povoado Boa Vista n.º 5112

Bairro: Distrito sede, Cidade: Citapiuma CEP: 62740-000

Por ser verdade, firmo a presente.

Baturité, 01 / 10 / 2019.

FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA
 ASSNATURA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

 EU: Francisco De Assis Ferreira Da Silva

 Brasileiro(a), Estado Civil: Solteiro

 Profissão: Apiluctor, Portador(a) da identidade nº 2008098046892

 SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 605.210.873-84

 Telefone: (85)9769-0969 residente e domiciliado(a) a Rua

Povoado Boa Vista n.º 510-2

 Bairro: Distribuidor Cidade: Itapiuna CEP: 62740-000

 Email: não possui

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS LEGAIS QUE tenho total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em meu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza ou Baturité, resultando, ainda que até a presente data não propus ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos apresentados.

Outrossim, declaro ainda, estar ciente de minha responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos narrados, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial, de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a litude dos fatos juridicamente relevantes, exonerando os advogados **DR. REGINALDO PEREIRA ROSSI**, brasileiro, casado, advogado inscrito junto à OAB/CE sob n.º 29.065 e OAB/SC sob n.º 39.931 e **DRª. JANAINA ROBERTO NUNES**, brasileira, casada, advogada, inscrita junto a OAB/CE sob nº 11.606, de qualquer responsabilidade civil e/ou Criminal.

 Baturité, 01 / 10 / 2019.

FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA DA SILVA
DECLARANTE

TESTEMUNHAS:
NOME: ELTON JHONES ALVES DA SILVA
CPF: 063.185.183.63
ASSINATURA:
NOME: ALESSANDRA LOPES DA SILVA
CPF: 062.540.643-59
ASSINATURA:

DECLARAÇÃO DO IRRF

Com a edição da **INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB N.º 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008**, deixou de existir a **DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO**, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei 7.115/83, o(a) acima qualificado(a) **DECLARA**, sob pena das sanções civis, administrativas e criminais, que **NÃO POSSUI RENDIMENTOS QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRRF À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**.

Declaro ainda, ter ciência do que dispõe o art. 299 do Código Penal Brasileiro:

“Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.”

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente.

Baturité, 01 / 10 / 2019.

REGINALDO PEREIRA ROSSI
DECLARANTE

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e da outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, hominímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.

JOÃO FIGUEIREDO

Ibrahim Arbi-Ackel

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DO LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL

 EU: Francisco De Jesus Ferreira Da Silva.

 Brasileiro(a), Estado Civil: Solteiro

 Profissão: Agricultor, Portador(a) da identidade nº 2008098046892

 SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 605.210.873-84

 Telefone: (85) 9769-0969 residente e domiciliado(a) a Rua

Povoado Boa Vista n.º 51Nº

 Bairro: Distrito Jde, Cidade: Citapuma CEP: 62740-000

 Email: não possui

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que estou impossibilitado de aprestar o laudo pericial do Instituto Médico Legal – IML, para os requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei n.º 6.194/1974) e do processo judicial, uma vez que:

- () não há estabelecimento do IML no Município de minha residência; ou
 () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
 () estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 dias do respectivo pedido, não havendo tempo hábil pra tal;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, seja administrativo ou judicial, para cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal – IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau de lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei n.º 6.194/1974.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação ou renúncia de direito em impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

 Baturité, 01 / 10 / 2019.

FRANCISCO DE JESUS FERREIRA DA SILVA
DECLARANTE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA
Impresso nº 2019340269



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 686 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/05/2019 13:58:00**
Data / Hora da Ocorrência: **02/03/2019 23:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 060**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **ITAPIUNA/CE**
Ponto de Referência: **ANTONIO PRÉ MOLDADOS**

3190346528

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA**
Nascimento: **02/07/1987** CPF: **605.210.873-84**
RG: **2008098046892** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DE NAZARE FERREIRA DA SILVA**
N/D
Endereço: **SITIO BOA VISTA/JOÃO ROSA**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **ITAPIUNA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99718-4335**

31903

Histórico

A vítima informa que foi atropelada por um veículo não identificado o qual o condutor se evadiu do local no próprio veículo. A vítima informa que foi socorrida por um popular em um carro particular até o Hospital de Itapiúna, onde foi transferido de ambulância para o IJF Centro em Fortaleza, onde foi atendido passou por procedimento cirúrgico na perna direita e braço direito ficando internado até a data de 21/04/2019.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CLÁUDIO GALL - MAT.: 106210-1-1

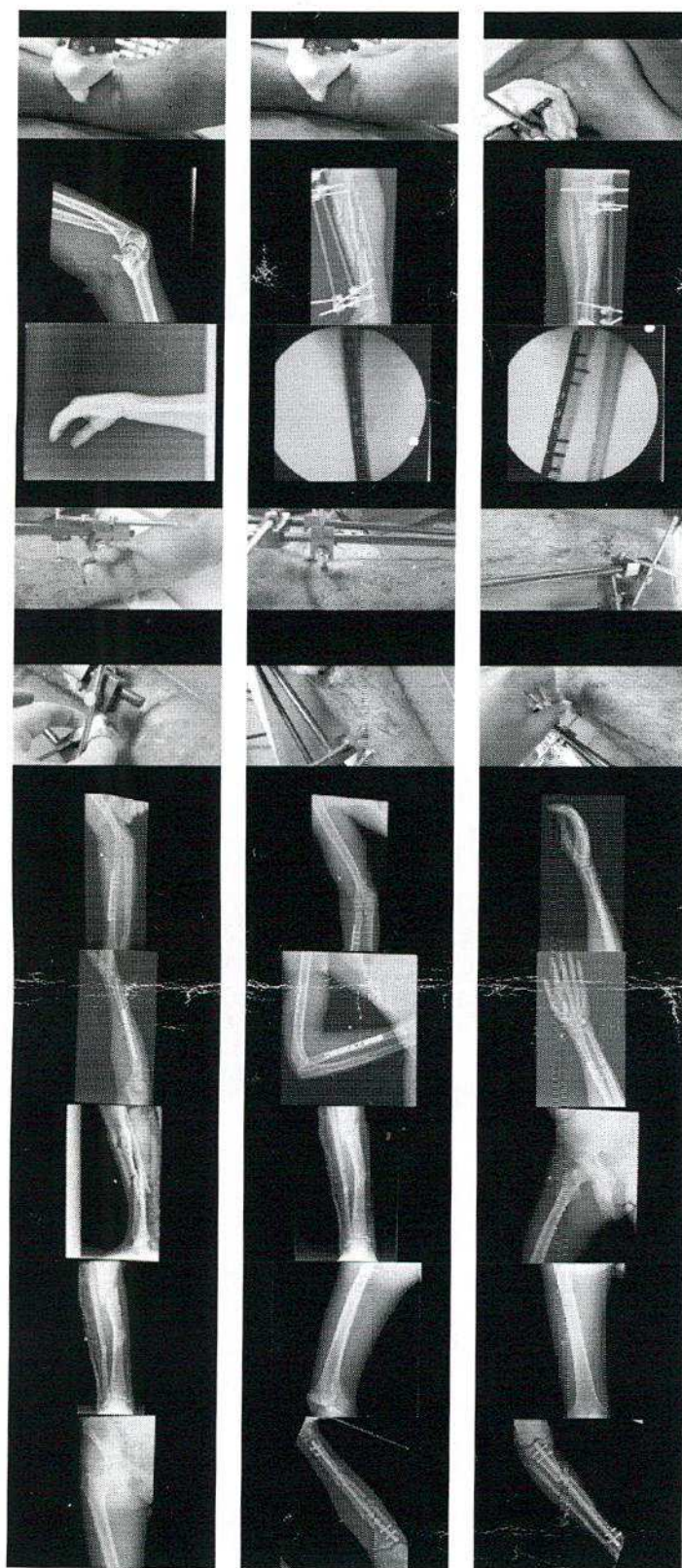
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

VISTO DO DELEGADO(A) :

PAULA PEREIRA SEBASTIAO - MAT.: 30124219

Paula Pereira Sebastiao
Delegada de Polícia Civil
Mat. 301242-1-9



Mapa de Cirurgias

Dias	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Statu
------	---	------	-------	-------	------------	----------	------------	-------

Imprimir

Resumo de alta



NOME: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

LEITO: 2101

DATA DE INTERNACAO: 03/ 03/2019

DATA DA ALTA: 21/04/2019

BE/PRONT: 5468588

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

IDADE: 31

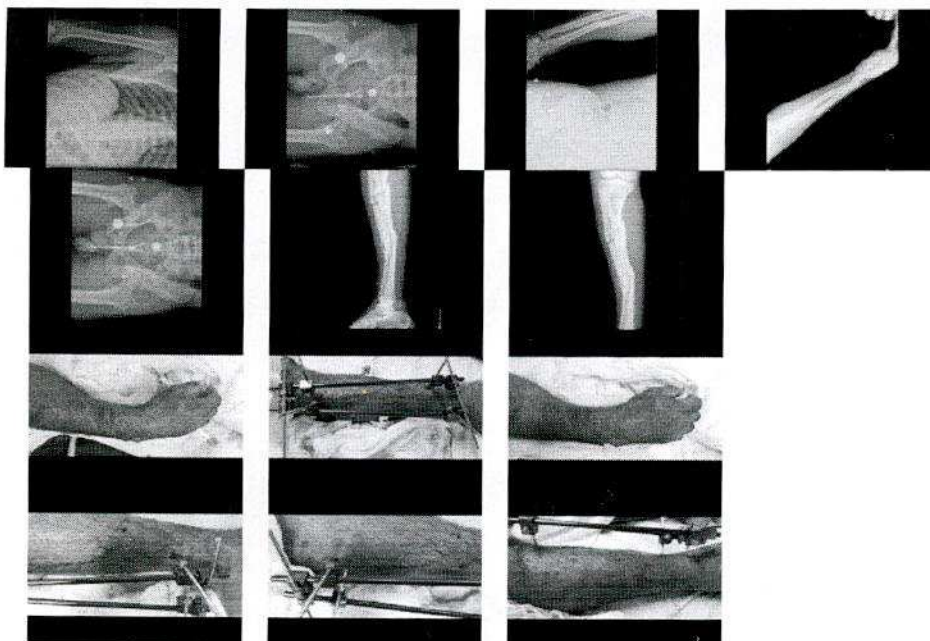
DIAGNOSTICOS: Fratura da diáfise da tibia (OPERADA) + Fratura do antebraço, parte não especificada (OPERADA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO: ACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO DIA 02/03/19 COM FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FIBULA D + FRATURA FECHADA DE RADIO D.PROCEDIMENTO CIRURGICO COM DR. VALBERTO DIA 08/03 COM COLOCACAO DE PLACA DCP E PARAFUSO CORTICAL EM RADIO D.SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TIBIA COM APOSICAO DE HASTE INTRAMEDULAR EM 16/4/19 COM DR.GUILHERME.ALTA.RETORNO COM 15 DIAS.MOVIMENTAR JOELHO.NAO PISAR.RETORNAR ANTES SE DOR INTENSA OU FEBRE.

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: 37

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO



Int.

MAPA DO DIA 08/03/2019 - Sexta-Feira

46 2 10:30 1701 VALBERTO
BARBOSA
PORTO
FILHOCX PEQUENOS FRAG + CX.MICRO
FRAGMENTOS 2.5 + HASTE DE
TIBIA + KIT BASICO: CX
OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS
E SACABOCADO + TREPANO
PNEUMATICO MACON

MARIA

FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + FRATURA DO ANTEBRAÇO, PARTE NÃO
ESPECIFICADA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

MAPA DO DIA 02/04/2019 - Terça-Feira

46 2 13:30 2101 FERNANDO
FACANHA
FILHOCX BASICA TO PARA MMII + HASTE
DE TIBIA + KIT BASICO: CX
OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS
E SACABOCADO + TREPANO
PNEUMATICO MACONCIRURGIAO: DR
GUILHERME
COLARES

MARIA

FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + FRATURA DO ANTEBRAÇO, PARTE NÃO
ESPECIFICADA (OPERADA)

MAPA DO DIA 16/04/2019 - Terça-Feira

46 1 13:00 2101 FERNANDO
FACANHA
FILHOHASTE INTRAMEDULAR DE
TÍBIA CX BASICA TO PARA MMII +
HASTE DE TIBIA + KIT BASICO: CX
OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS
E SACABOCADOINTENSIFICADOR
DE IMAGEM E
PROLONGADOR
DE MESA

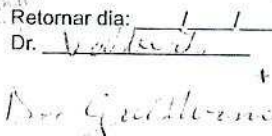
MARIA

FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + FRATURA DO ANTEBRAÇO, PARTE NÃO
ESPECIFICADA (OPERADA)

07.02.03.0520 - HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE TIBIA (INCLUI PARAFUSOS)

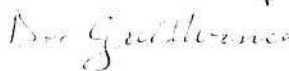
Ass.: 

Retornar dia: 15 dias

Dr. 

Hora: 8h para

Data: 21/04/19



Imprimir



Atestado Médico

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: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

LEITO: 2101

DATA DE
INTERNACAO: 03/03/2019

DATA DA ALTA: 21/04/2019

BE/PRONT: 5468588

CIDADE DE
ORIGEM: FORTALEZA

IDADE: 31

DIAGNOSTICOS: Fratura da diáfise da tíbia (OPERADA) + Fratura do antebraço, parte não especificada (OPERADA)

CONDUTA ACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO DIA 02/03/19 COM
DECIDIDA FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FIBULA D + FRATURA FECHADA DE
PARA CADA RADIO D.PROCEDIMENTO CIRURGICO COM DR. VALBERTO DIA 08/03
LESAO: COM COLOCACAO DE PLACA DCP E PARAFUSO CORTICAL EM RADIO
D.SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TIBIA
COM APOSICAO DE HASTE INTRAMEDULAR EM 16/4/19 COM
DR.GUILHERME.ALTA.RETORNO COM 15 DIAS.MOVIMENTAR
JOELHO.NAO PISAR.RETORNAR ANTES SE DOR INTENSA OU FEBRE.

STAFF QUE
OPEROU NA
EMERGENCIA:STAFF DO
LEITO: 37RESIDENTE
DO LEITO: RESIDENTE
INDEFINIDO

Ass: _____

Retornar dia: _____

Hora: 07h para

Dr. _____

Da Guilherme



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIÚNA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
 Rua. Cel. João Viana, 66, Centro - Itapituna - CE
 CEP: 62.740-000 - Fone: (88) 3431-1371
 CNPJ: 11.428.360/0001-05

1. PREENCHER 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: H.M. Prof. Waldemir de Albuquerque MUNICÍPIO: Itapituna
 DISTRITO SANITÁRIO: _____

NOME: Francisco de Assis Pereira da Silva PRONTUÁRIO Nº: _____
 SEXO: M ☒ F ☐ DATA DE NASC.: 02/07/1957 OCUPAÇÃO: _____
 END.: Boa Vista BAIRRO: _____ FONE: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: paciente com quadro de acidente automobilístico com fratura fechada de perna (D)

RESULTADO DE EXAMES: no dispomos de exames de imagem no momento

CONDUTA REALIZADA: travada

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: fratura fechada de tíbia/fíbula (D)

Dra. Juliana Pinheiro Médica 02/03/2019
 CREMEC 18.613 FUNÇÃO DATA HORA
 ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - Nº REGISTRO

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR ☒ AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐
 PROCEDIMENTO: ortopedia PROFISSIONAL: traumatologista

UNIDADE REFERÊNCIA: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____ PRONTUÁRIO Nº: _____ ALTA: ____/____/____

MUNICÍPIO: _____

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO: _____

RESULTADO DE EXAMES: _____

DIAGNÓSTICOS: 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 ____/____/____

(*) Utilizar também como resumo de alta



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **605.210.843-84** Nome completo da vítima: **FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA** CPF: **605.210.843-84**
 Profissão: **AGRICULTOR** Endereço: **PU BOA VISTA** Número: **5 N** Complemento: **CASA**
 Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **ITAPIÚNA** Estado: **CEARA** CEP: **62440-000**
 E-mail: _____ Tel (DDD): **85 997690969**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itai (543)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (101)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do período.

Pelo motivo aqui sinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



ATESTADO MÉDICO

Paciente: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

ATESTO QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI VÍTIMA DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA E DO RÁDIO DIREITOS, SENDO SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS NO RÁDIO E HASTE INTRAMEDULAR NA TÍBIA), EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO E NECESSITANDO REALIZAR ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA DESTE HOSPITAL.

CID: S82.2 + S52.9

FORTALEZA, 10 DE MAIO DE 2019

Marcos Rainier de Brito Felipe
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente - CREMEC 19021

Imprimir

**INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA**
24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA**Atestado Médico**

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: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA
LEITO: 2101
DATA DE INTERNACAO: 03/03/2019
DATA DA ALTA: 21/04/2019
BE/PRONT: 5468588
CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA
IDADE: 31
DIAGNOSTICOS: Fratura da diáfise da tíbia (OPERADA) + Fratura do antebraço, parte não especificada (OPERADA)
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO: ACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO DIA 02/03/19 COM FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FIBULA D + FRATURA FECHADA DE RADIO D. PROCEDIMENTO CIRURGICO COM DR. VALBERTO DIA 08/03 COM COLOCACAO DE PLACA DCP E PARAFUSO CORTICAL EM RADIO D. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TIBIA COM APOSICAO DE HASTE INTRAMEDULAR EM 16/4/19 COM DR. GUILHERME. ALTA. RETORNO COM 15 DIAS. MOVIMENTAR JOELHO. NAO PISAR. RETORNAR ANTES SE DOR INTENSA OU FEBRE.
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:
STAFF DO LEITO: 37
RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Ass: _____

Dr. Márcio C. P. P. P.
Ortopedia e Traumatologia
Hospital Residência

Retornar dia: _____

Dr. _____

Hora: 07h para

15 dias
Dr. Guilherme

21/4/19

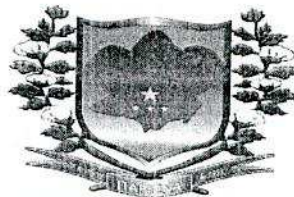
Fortaleza - CE

Nascimento de 170 dias de gestação

do trabalho

Dr. Márcio C. P. P. P.
Ortopedia e Traumatologia
Hospital Residência

18/04/2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIÚNA
SECRETARIA DE FINANÇAS
 Av. São Cristóvão, 215, Centro, Itapiúna-CE.
 CEP 62.740.000, Tel. 0xx(88)34311210, Fax 34311306

DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas da lei, com informações oriundas do Setor Pessoal, e a Requerimento do interessado para fins de provas junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) que, após busca nos arquivos desta Municipalidade, restou constatado que o Sr. FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA portadora do RG nº 2008098046892 SSP-CE e inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) sob o nº 605.210.873-84 prestou serviços nesta Prefeitura através da Secretaria de OBRAS na função de GARI por contrato de prestação de serviço temporário no período abaixo relacionado, ocasião em que contribuiu para o Regime de Previdência do INSS e não possui vínculo como empregado nesta prefeitura.

INICIO	TERMINO
01/08/2018	31/12/2018

Para efeito de comprovação segue em anexo copiado contrato e. da ficha financeira , . As informações foram prestadas com base em documentação constante dos registros deste órgão e se encontram a disposição do INSS para consulta.

Itapiúna, 08 de maio de 2019.

Antonia Anaila Amorim
 Antonia Anaila Amorim
 Agente administrativo

Aurilene Luciano de Araújo
 Aurilene Luciano de Araújo
 Secretária de Administração

Aurilene Luciano de Araújo
 Sec.de Administração



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIÚNA

Av. São Cristóvão, Nº 215, Centro – Itapiúna-Ce / CEP: 62740-000
FONE/FAX: (88)3431.1306 – 3431.1210 - CNPJ: 07.387.509/0001-88

CLÁUSULA DÉCIMA - DO FORO:

O Foro da Comarca de Itapiúna é o indicado, de acordo com a Lei vigente, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas deste Contrato e que não tenham sido resolvidas pelas vias administrativas ou conciliatórias, renunciando, as partes, a qualquer outros por mais privilegiados que sejam.

E, por estarem justos e acordados, assinam o presente instrumento contratual em duas vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas que ora subscrevem.

ITAPIÚNA, 01 de agosto de 2018.

RAIMUNDO LOPES BARRETO NETO
RAIMUNDO LOPES BARRETO NETO
CONTRATANTE

FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA
FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA
CONTRATADO

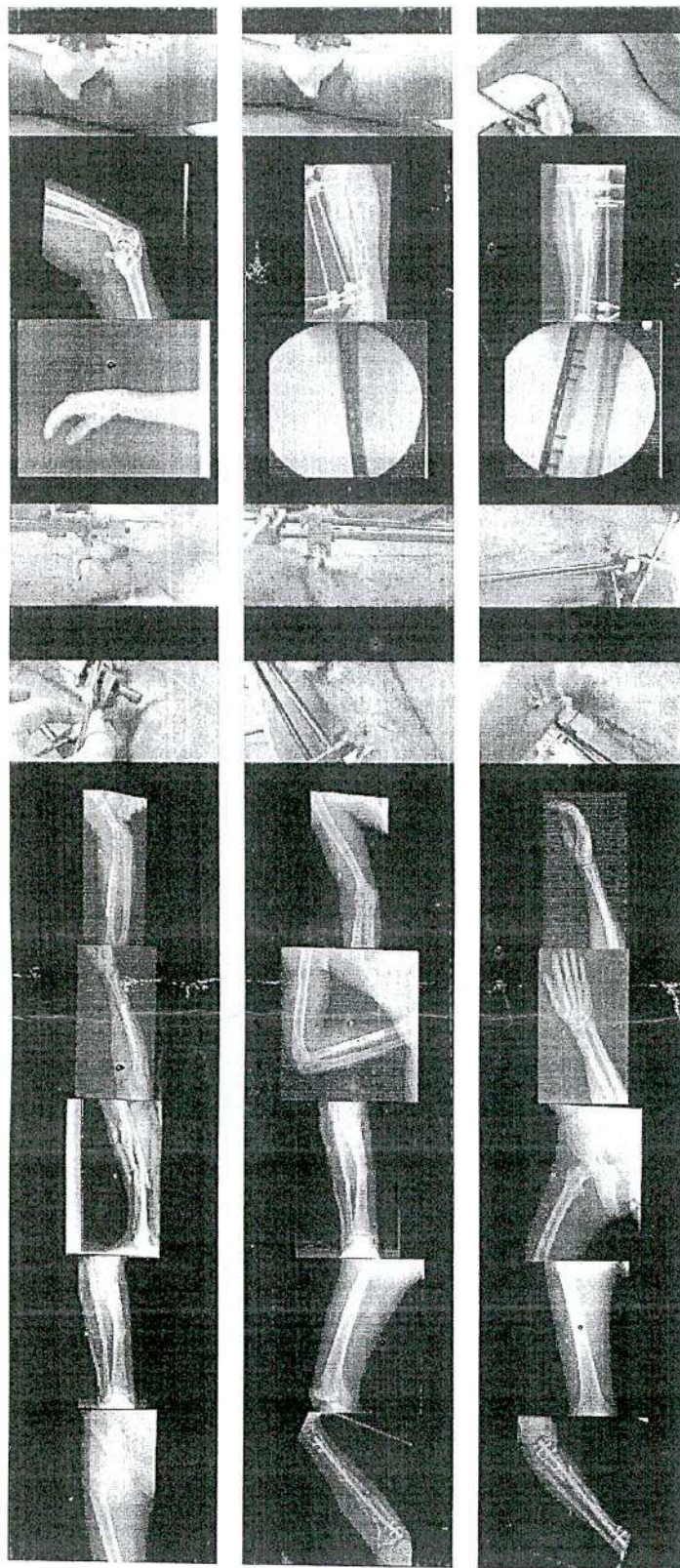
TESTEMUNHAS:

1 Antônio Cláudio de Freitas

CPF Nº 162.906.563-25

2 [Assinatura]

CPF Nº 102.208.797-2



Mapa de Cirurgias

Dias	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Statu
------	---	------	-------	-------	------------	----------	------------	-------



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIUNA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Rua. Cel. João Viana, 66, Centro - Itapipuna - CE
CEP: 62.740-000 - Fone: (88) 3431-1371
CNPJ: 11.428.360/0001-05

1. PREENCHER 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: U.M. Prof. Waldemar de Albuquerque
DISTRITO SANITÁRIO: _____ MUNICÍPIO: Itapipuna

NOME: Fernando de Almeida da Silva PRONTUÁRIO Nº: _____
SEXO: M ☒ F ☐ DATA DE NASC.: 02/09/1977 OCUPAÇÃO: _____
END.: Pr. Vista BAIRRO: _____ FONE: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: por motivo de acidente automobilístico com fratura fechada de perna

RESULTADO DE EXAMES: no dispomos de exames de imagem no momento

CONDUTA REALIZADA: tratado em

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: fratura fechada de tíbia/fíbula

Dra. Juliana Pinheiro
Médica
CREMEC 18.613

médica

02/03/2019

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - Nº REGISTRO

FUNÇÃO

DATA

HORA

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR ☒ AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐

PROCEDIMENTO: ortopedia PROFISSIONAL: traumatologista

UNIDADE REFERÊNCIA: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

MUNICÍPIO: _____ PRONTUÁRIO Nº: _____ ALTA: ____/____/____

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO: _____

RESULTADO DE EXAMES: _____

DIAGNÓSTICOS: 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

(*) Utilizar também como resumo de alta



ATESTADO MÉDICO

Paciente: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

ATESTO QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI VÍTIMA DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA E DO RÁDIO DIREITOS, SENDO SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS NO RÁDIO E HASTE INTRAMEDULAR NA TÍBIA), EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO E NECESSITANDO REALIZAR ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA DESTE HOSPITAL.

CID: S82.2 + S52.9

FORTALEZA, 10 DE MAIO DE 2019

Marcos Rainier de Brito Felipe
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente - CREMEC 1902

SINISTRO 3190346528 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV
Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE
BENEFICIÁRIO FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA
CPF/CNPJ: 60521087384

Posição em 21-01-2020 15:46:05

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
01/07/2019	R\$ 4.050,00	R\$ 0,00	R\$ 4.050,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
10/07/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	
13/06/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	
29/05/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	
29/05/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	