

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

NOME: Maria Marlin Silva De Araujo,
 Brasileiro(a), Estado Civil: Casada,
 Profissão: Agricultora, Portador(a) da identidade nº 2005014157115
 SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 020.887.813-07
 Telefone: (85) 9132-7624 residente e domiciliado(a) a Rua Sítio Carqueja n.º 51/No
 Bairro: Zona Rural, Cidade: Lapetranço, CEP: 62748-000
 Email: não possui

OUTORGADOS: SOCIEDADE DE ADVOGADOS ROSSI E ROSSI ADVOCACIA,

pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ n.º 28.563.742/0001-44 com inscrição da OAB/SC n.º 3783, localizada na Rua João Jose da Silva n.º 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 n.º 29.065 e OAB/SC sob n.º 39.931, **DR.a JANAINA ROBERTO NUNES**, Advogada, inscrita junto a OAB/CE sob o n.º 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" et "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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT.**

 Baturité, 12 / 12 / 2019.

Maria Marlin Silva de Araujo
ASSNATURA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: Maria Marli Silva De Araujo
 Brasileiro(a), Estado Civil: Casada
 Profissão: Agricultora, Portador(a) da identidade nº 2003014157115
 SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 020.887.813
 Telefone: (85) 9132-7624 residente e domiciliado(a) a Rua Satis Caraguaya n.º SINº
 Bairro: Zona Rural, Cidade: Capistrano CEP: 62748-000
 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, 12/12/2019.

Maria Marli Silva De Araujo
ASSNATURA

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 FÉRCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

Maria Marlir Silva de Araújo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2003014157115 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/09/2011

NOME MARIA MARLIR SILVA DE ARAÚJO
FILIAÇÃO RAIMUNDO MACIEL DE ARAÚJO
MÁRIA VÍCTOR DA SILVA
NATURALIDADE MULUNGU - CE DATA DE NASCIMENTO 17/11/1985

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1)OFÍCIO TERMO:5877 FOLHA:213V
LIVRO:A-06 MULUNGU - CE
CPF

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 159

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
020.887.813-07

Nome
MARIA MARLIR SILVA DE ARAUJO

Nascimento
17/11/1985

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
BCFD.8E73.6EC6.21AA

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:43:11 do dia 13/07/2011 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | Nº 047063572

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135 040
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Esta é a sua conta de
01/2020

Nº DO CLIENTE
3175712 DV

VENCIMENTO
24/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
126,74

DATA EMISSÃO
17/01/2020

DADOS DO CLIENTE

Nome MARIA MARLIR SILVA DE ARAUJO

Endereço PV CARQUEIJA II 00000
62748-000 CAPISTRANO DISTRITO SEDE
Classificação Rural Residencial Rural

Modalidade Tarifária B2 RURAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 3327391-CPN-308 - CP010R53

CPF / CNPJ

020.887.813-07

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

6481.469D.9176.4D4D.CEFA.D7D4.8A52.FC0C

DATAS DE LEITURA

Anterior
17/12/2019

Atual
17/01/2020

Prev. Próx. Leitura
14/02/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	17011.00	16846.00	165.00	0.00	0.00	0.00	1.00	165.00	165.00	0.41127	67.86

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC			3,06
Juros Moratórios			5,00
Consumo	165	0,41127	67,86
Adicional Band. Amarela			2,26
Parcelamento Normal 5/6			48,56

CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo Atualizado	A Expirar Próximo Mês

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

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

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)

ATENÇÃO

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETTRICA. Você possui conta(s) em atraso (Ref:2019/12 Valor R\$15.11 - Ref:2019/11 Valor R\$52.74). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e CARTÓRIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do débito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000003175712.

DEBITOS ANTERIORES:

Mes/Ano Valor R\$

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 18/12 - 17/01 SE VOCÊ RECEBEU DUAS FATURAS COM MESMO VENCIMENTO NO MÊS TEM OPÇÃO DE PARCELAR EM 20X SEM JUROS. CASO POSSUA FATURAS EM ABERTO REFERENTES A ESTA SITUAÇÃO REGULARIZE ATÉ 31/01/2020.

83830000001-2 26740031100-7 00669305007-0 00003175712-0



Autenticação Mecânica

fls. 13

Órgãos de Proteção ao Crédito, Cartórios de Títulos e a Suspensão do Fornecimento de Energia Elétrica.

Pague sua conta até a data de vencimento. Você evita a cobrança de juros e multa, o envio de informações aos

Para a sua comodidade, utilize o sistema de débito automático em conta corrente.

DEBITO AUTOMÁTICO.

MARIA MARLIR SILVA DE ARAUJO
PV CARQUEIJA II 00000
CAPISTRANO DISTRITO SEDE
62748-000

DADOS PARA ENTREGA

CP010R53 3327391-CPN-308
3175712
17/01/2020 17/01/2020

ENEL & VOCÊ

Central de Relacionamento 0800 285 0196
Atendimento 24 horas Internet
www.eneldistribuicao.com.br

OBSERVAÇÕES

As regras para a cobrança da Contribuição de Iluminação Pública poderão ser encontradas em www.eneldistribuicao.com.br

Informações sobre Legislação

Comunicamos aos nossos clientes que quaisquer informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores para consulta em todas as nossas lojas de atendimento e no nosso site.

Importante

Informações sobre os atendimentos comerciais realizados podem ser obtidas em todas as nossas lojas de atendimento e no nosso site.

LEGENDA DE TERMOS E ABREVIações

HFP: Hora fora ponta.

Contrat: Contratada.

Regist: Registrada.

Ultrapass: Ultrapassagem.

UFER: Unidade de faturamento de energia reativa.

DMRC: Demanda máxima correspondente ao Reativo.

LEGENDA DOS INDICADORES DE QUALIDADE E FORNECIMENTO

DIC: Número de horas que o cliente ficou sem energia.

FI: Número de vezes que o cliente ficou sem energia.

DMIC: Duração máxima, em horas contínuas, que o cliente ficou sem energia.

DICRI: Duração de interrupções ocorridas em Dias Críticos.

Dias Críticos: Dias em que o número de ocorrências emergenciais supera o padrão normal.

Clientes cujos padrões de continuidade tenham sido violados, deverão receber uma compensação financeira através da conta de energia, conforme critérios definidos no Procedimento de Distribuição Módulo 8, além de poder solicitar à distribuidora a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI, sempre que for necessário. Para mais informações entre no site www.aneel.gov.br.

INFORMAÇÕES/RECLAMAÇÕES

Regionais de Atendimento Enel:

Fortaleza e Região metropolitana:

(85) 4353 4788/4988

Juazeiro: (88) 3566 2225

Iguatu: (88) 3581 1191

Limoeiro: (88) 3423 4101

Canindé: (85) 3343 2025

Sobral: (85) 3677 2234

Itapipoca: (88) 3631 4188

CENTRAL DE TELEATENDIMENTO

1 - Ouvidoria: 0800 280 4100, dias úteis,

das 8h às 12h e das 14h às 18h,

com protocolo de atendimento anterior

2 - Agência Reguladora de Serviços Públicos do Estado do Ceará

- ARCE - 0800 727 0167 - ligação gratuita de telefones fixos e móveis.

3 - Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167 - ligação gratuita

de telefones fixos e móveis.

Em caso de falta de energia, envie um SMS para 26816 com:

faltadeluz + espaço + número do cliente



REMETENTE

DEVOÇÃO DA CONTA

Senhor Entregador: assinale com "X" o motivo da devolução desta conta.

☐ Casa fechada

☐ Endereço insuficiente

☐ Outros - especifique:

Matrícula: _____ Rubrica: _____

Data: _____ Hora: _____

Para garantir a validade dos dados impressos nesta conta, arquive a mesma em local seco, sem contato com plástico, óleo ou produtos químicos.

IMPORTANTE

Caso haja cobrança de valores referentes a serviços e/ou produtos não relacionados ao consumo de energia elétrica, o cliente poderá solicitar a emissão de nova fatura com a exclusão destes valores, com excesso de cobranças e contribuições previstas em lei ou regulamentos, como a CIP (contribuição de iluminação pública).

DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

EU: Maria Marliir Silva Araújo

Brasileiro(a), Estado Civil: Casada

Profissão: Agricultora, Portador(a) da identidade nº 2003014157115

SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 020.887.813-07

Telefone (25)9132-7624 residente e domiciliado(a) a Rua Sítio Carqueja n.º 511º

Bairro: Zona Rural, Cidade: Capistrano CEP: 62748-000

Email: nao ponui

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

Sítio Carqueja n.º 511º

Bairro: Zona Rural, Cidade: Capistrano CEP: 62748-000

Por ser verdade, firmo a presente.

Baturité, 12/12/2019.

Maria Marliir Silva de Araújo
 ASSNATURA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU: Maria Marlin Silva De Araujo

Brasileiro(a), Estado Civil: Casado

Profissão: Agricultora, Portador(a) da identidade nº 2003019157115

SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 020.884.813-07

Telefone: (85)9132-7624 residente e domiciliado(a) a Rua Sítio Carqueya n.º 5111

Bairro: Zona Rural, Cidade: Capistrano CEP: 62448-000

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 Ceara, 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 nº 29.065 e OAB/SC sob nº 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, 12/12 /2019.

Maria Marlin Silva de Araujo
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, 12 / 12 / 2019.

emana marlin silva de araujo
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, homonímia 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: Maria Marli Silva De Araujo
 Brasileiro(a), Estado Civil: Casado
 Profissão: Agricultura, Portador(a) da identidade nº 2003014157115
 SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 020.887.813-07
 Telefone: (85)9132-4624 residente e domiciliado(a) a Rua Sítio Canquiza n.º 5112
 Bairro: Zona Rural, Cidade: _____ CEP: 62748-000
 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, 12 / 12 / 2019.
Maria Marli Silva de Araujo
DECLARANTE

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA



Impresso nº 201957562

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 128 / 2019

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **24/01/2019 10:11:30**Data / Hora da Ocorrência: **12/10/2018 18:00:00**Endereço da Ocorrência: **VILA SANTO ANTONIO**

Complemento:

Bairro: **SANTO ANTONIO**Município: **CAPISTRANO/CE**Ponto de Referência: **PONTE****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **MARIA MARLIR SILVA DE ARAUJO**Nascimento: **17/11/1985** CPF: **020.887.813-07**RG: **2003014157115**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **MARIA VICTOR DA SILVA****RAIMUNDO MACIEL DE ARAUJO**Endereço: **SITIO CARQUEJA CENTRO**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **CAPISTRANO/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(85) 99132-7624****Histórico**

A vítima informa que participava de uma caminhada religiosa, com outras pessoas, quando foi atropelada pelo condutor de uma motocicleta. A vítima informa que foi socorrida por populares até a chegada da ambulância do SAMU, quando foi conduzida para o Hospital de Capistrano, onde foi transferida para o Hospital de Aracoiaba, onde por conta das lesões nas pernas, foi transferida para o IJF Centro em Fortaleza sendo atendida e ficando internada até a data de 15/10/2018, quando foi novamente transferida para o Hospital ABEMP, onde passou por procedimento cirúrgico e ficou internada até a data de 17/10/2018. A vítima informa que possui como testemunhas do fato as pessoas de nomes André Gomes da Silva CPF nº 66790530304 e Alessandra Santos Leonardo 38683809811.

As testemunhas confirmam as declarações prestadas pela vítima.

1ª TESTEMUNHA:

ANDRÉ GOMES DA SILVA

2ª TESTEMUNHA:



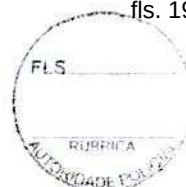
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

fls. 19



Impresso nº 201957562

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 128 / 2019

Alessandra Santa Leonardo
ALESSANDRA SANTOS LEONARDO

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CLÁUDIO GALL - MAT.: 106210-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

marinimarli silva de araujo

VISTO DO DELEGADO(A) :

PAULA PEREIRA SEBASTIAO - MAT.: 30124219

Paula pereira
Delegada de Pol.
Mat. 301242-1-9



UNIDOS
pela vida
SAÚDE

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE NAZARÉ

fls. 20

31

FICHA DE ATENDIMENTO

Ficha Nº

Horas: :

Nome: M^a Marli Silva de Azevedo

Data Nasc: 17/11/85

Idade: 34a

Sexo: M() F(☒)

Estado Civil: casada

Endereço: Camqueija

Bairro:

Município: Capistrano

CNS:

Data do Atendimento: 12/10/2018

História Clínica:

Pate refere acidente de trânsito
Apresenta dor + protusão em
primeira 2
Glasgow = 15
Encaminhado p/ Anestesiologia + R. 70

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico - CRM

Consulta Básica ()

Consulta Emergência (☒)



- 1 - Preencha esta ficha em 3 vias -
- 2 - Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário orientado para retornar com a 1ª via a Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: _____ Prontuário Nº _____

Sexo: ☐ M ☐ F Data de nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Telefone: _____

Motivo de Encaminhamento: _____

Resultado de exames já realizados: _____

Conduta já realizada: _____

Impressão diagnóstica: _____

Assinatura do Consultante - nº Registro _____ Função _____ Data _____ Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional _____

Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Data da Alta: _____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____ C.I.D.: _____

Secundário 1: _____ C.I.D.: _____

Secundário 2: _____ C.I.D.: _____

Proposta de conduta para seguimento: _____

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

Dr. Rdo. Carlos Cesar V. Batista
CRM 2838 RQE 8401
Radiatra

Assinatura do Consultante - nº Registro _____

Função _____

Data _____

UTILIZAR TAMBÉM COMO RESUMO DE ALTA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por REGINALDO PEREIRA ROSSI e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 11/05/2020 às 11:28, sob o número 02270905620208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0227090-56.2020.8.06.0001 e código 6740BEE.



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou o atendimento pré-hospitalar ao **Sra. MARIA MARLIR SILVA DE ARAÚJO**, RG n.º 2003014157115, SSP-CE, inscrita no CPF n.º 020.887.813-07, no dia 12/10/2018, às 18h19, no município de Capistrano-CE, na Rodovia CE 257, Bairro Santo Antonio, vítima de acidente, atropelamento, sendo a mesma removida para o **Hospital Municipal de Aracoiaba**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 11 de dezembro de 2018.



Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE							
Nome do Estabelecimento Solicitante						CNPJ	
Associação Beneficente Médica Pajuçara						2372150	
Nome do Estabelecimento Executante						CNPJ	
Associação Beneficente Médica Pajuçara						2372150	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
Nome do Paciente				Cartão Gestante		Nome Social	
MARIA MARLIR SILVA DE ARAUJO						Nº Prontuário	
Cartão Nacional de Saúde (CNS)				Data de Nascimento		Sexo	
706406646925984				17/11/1985		Masc ☐ 1 Fem ☒ 3	
Nome da Mãe				Raca / Cor		Etnia	
MARIA VICTOR DA SILVA				PARDA			
Nome do Responsável				DDD		Telefone de Contato	
				DDD		Telefone de Contato	
Município de Nascimento		UF		Nacionalidade		Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento)	
MULUNGU		CE		BRASILEIRA		DISTRITO SEDE	
Nº Bairro		Município de Residência		Código IBGE do Município		UF	
0 ZONA RURAL		CAPISTRANO		2302909		CE	
Ponto de Referência		Documento		CPF		R. Civil	
		RG 2003014157115				PIS/PASEP	
DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE							
Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante				Nº Cons. Classe		CPF	
						Ass. e Carimbo do Diretor Clínico	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
Principais Sinais e Sintomas Clínicos							
<i>Prontuário 2003014157115</i> <i>de med</i>							
Condições que Justificam a Internação							
<i>FTT my</i>							
Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)							
<i>FTT my</i>							
Diagnóstico Inicial				CID 10 Principal		CID 10 Secundário	
<i>Prontuário 2003014157115</i>				S83			
CID 10 Causas Associadas				Nº Notificação Compulsória			
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
Descrição do Procedimento Solicitado						Código do Procedimento Solicitado	
Código do Caráter de Internação						Leito Complementar	
☐ 1 Urgente ☒ 2 Eletivo ☐ 3 Emergência						ENFER-1/TRAUMA - 1-1	
Equipamentos Requeridos para Internação							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
Nome do Profissional Solicitante				Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente			
VICTOR MONTI TENORIO DE ALMEIDA				00844044342			
Documento				Nº do Conselho de Classe			
☒ CRM				11967			
Data da Solicitação				Assinatura e Carimbo do Prof. Solicitante/Nº do Conselho de Classe			
15/10/2018							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
☐ ACIDENTE DE TRANSITO		CNPJ da Seguradora		Número do Bilhete		Série	
☐ ACIDENTE DE TRABALHO		CNPJ da Empresa		CNAE da Empresa		CBOR	
☐ ACIDENTE DE TRÁFICO							
Vínculo com a Previdência ☒ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Outros							
Nome do Profissional Autorizador							
Documento		Nº do CNS/CPF Prof. Autorizador					
☐ CRM ☐ CNS							
Data da Autorização		Código do Órgão Emissor					
11		M230765001					
Nº Registro Cons. de Classe		Ass. do Autorizador/Carimbo					

(Espaço Reservado para Colar Etiqueta com Dados da Autorização)

COMISSÃO REVISORA DE PROCEDIMENTOS
 CONFERE COM O ORIGINAL
 ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE MÉDICA DE PAJUÇARA-ABEMP
 Rua João Conrado, Nº. 363-Pajuçara
 CEP: 63.941-330
 COORDENAÇÃO
 MARICANA-CE 11/10/2019

HISTÓRIA CLÍNICA

ANAMNESE:

Atendimento por via
de parto de emergência
devido ao parto E

MEDICAÇÃO:

DT no

Q Voltaren 75
14x 15

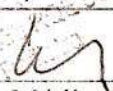
ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM:

ENCAMINHAMENTO:

Transf A / E / F

EXAMES:

NO ao parto E parto
E parto


Assinatura do Médico

Assinatura de Tec. enfermagem

Menu Pesquisar Sair

LIDUINA FERNANDES UCHOA

PROLOG TECNOLOGIAS

SAME - HMSI

Código

15594

DATA DE ATENDIMENTO: *

12/10/2018

PSF:

OUTROS

CARTÃO SUS: *

706406646925984

PACIENTE: *

MARIA MARLIR SILVA DE ARUJO

DATA DE NASCIMENTO: *

17/11/1985

IDADE: *

32

ENDEREÇO: *

CARQUEJUA

BAIRRO: *

CENTRO

TELEFONE: *

(85) 9913-15129

MUNICÍPIO/CEP: *

CAPISTRANO

MUNICÍPIO NÃO PACTUADO:

REGULAÇÃO: *

1 VEZ

RAÇA/COR: *

PARDO

SEXO: *

FEMININO

TRIAGEM, ENFERMAGEM

QUEIXA PRINCIPAL:

ESCALA DE DOR

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

PROCEDIMENTO PRINCIPAL:

OBSERVAÇÕES:

Código

15594

DADOS DO ATENDIMENTO:

CIRURGIA GERAL

CLINICA MEDICA

CURATIVO

INTERNAMENTO

OBSERVAÇÃO

ORTOPEDIA

PEQUENA CIRURGIA

RADIOGRAFIA

RETIRADA DE PONTOS

SALA DE PARADA

TRIAGEM

ULTRASSONOGRAFIA

NUMERO DO REGISTRO:

PROFISSIONAIS:

CHARLES ROBSON DOURADO DE MACEDO

EDUARDO BEZEIRA OLIVEIRA

EDUARDO DE LIMA MEDEIROS SILVA

Fernando Célio Gomes Camelo

FERNANDO HOLANDA COSTA JUNIOR

FRANCIRENE TAVARES AGUIAR OLIVEIRA

FRANCISCO FELINTO AGUIAR DE MOURA FILHO

FRANCISCO JARBAS LOPES DE ALMEIDA

FRANCISCO MARCIO DE OLIVEIRA LUZ

HELIO DE MORAIS PINHO

JOAO AGUIAR BRITO

JOSE MARCELO VIDAL PORTO

KAIKE VIEIRA PINHEIRO

LUIZ CARLOS A. MELO

MARCO ANTONIO ARAUJO COSTA

RAIMUNDO CARLOS CESAR VENANCIO BATISTA

THOMAS GREGORY

VALTER CESARIO DE FREITAS

Washington Luis Bezerra de Moraes

ASSINATURA DO PACIENTE:

ASSINATURA DO RESP. SAME:

LIDUINA

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio

Diretor do Hospital

Powered By Form 11



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 05/12/2018 14:10:33

Registro de Atendimento Emergencial

Por: UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL					DATA/HORA: 13/10/2018 01:00:44	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						
CNS: 706406646925984	NOME: MARIA MARLIR SILVA DE ARAUJO			Registro: 5584743		
CPF: 02088781307	RG: 20030141571	D. NASC: 17/11/1985	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Amarela	
NOME DA MÃE: MARIA VICTOR DA SILVA			NOME DO PAI: RAIMUDO MACIEL DE ARAUJO			
TIPO DE LOGRADOURO:	ENDEREÇO DO PACIENTE: CARQUEIJA		Nº: S/N	BAIRRO: CARQUEIJA		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 33152425,	MUNICÍPIO: CAPISTRANO	UF: CE	CEP: 62748000		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL						
NOME: ANDRE GOMES III/AMB DE CAPISTRANO		PARENTESCO: ESPOSO		TELEFONE: 33152425		
ACIDENTE DE TRABALHO						
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO						
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidentes com pedestre, Pedestre traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas						
QUEIXAS: Pte vítima de atropelamento por moto, TCE, apresenta fratura em tibia e fíbula D						
OBSERVAÇÕES:						
SINAIS VITAIS						
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:						
ATENDIMENTO MÉDICO						
Anamnese:						
Exame Físico:						
Conduta:						
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:						
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:						
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:						
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:				

15.17.07

00.7 %

Paciente: MARIA MARLI SILVA DE ARAUJO

HOSPITAL ABEMP

CONV:

15.17.07

99.7 %

Técnico: TR JESILA

DATA: 15/10/2018

Este documento é uma cópia digital assinada digitalmente por REGINALDO PEREIRA ROSSI e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 11/05/2020 as 11:28, sob o número 02270905620208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0227090-56.2020.8.06.0001 e código 6740BEE



Convênio: SIM/SUS - INAMP
Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará
Fone/Fax: (85) 3215.3120 - Fone: (85) 3215.3133

NOME DO PACIENTE		ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
DATA E HORA	EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO			
12/02	<i>[Handwritten signature]</i> <i>[Handwritten signature]</i> <i>[Handwritten signature]</i> <i>[Handwritten signature]</i>			
17/02	<i>[Handwritten signature]</i> <i>[Handwritten signature]</i>			

DR. CARLOS FERNANDES
CRM: 4078

DR. CARLOS FERNANDES
CRM: 4078

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA/ABEMP
Rua João Conrado, Nº. 363 - Pajuçara
CEP: 62.941-330
COORDENADOR
MARACANAÚ-CE

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

1) Anal
1, 2, 3, 4, 5
(1) 1, 2, 3, 4, 5
1) 1, 2, 3, 4, 5

1, 2, 3, 4, 5

1, 2, 3, 4, 5

DR. CLAUDIO SUTER
CRM 4070

Data

Assinatura e Carimbo do Anestesista

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia e um maior consumo de material e medicamento.

Cirurgião

1º Auxiliar

Assinatura e Carimbo do Cirurgião

Assinatura e Carimbo

2º Auxiliar

3º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MENA DE PAUPARABEIP
Rua João Coutinho, Nº 363 - Palupara
CEP: 61.941-330
COORDENADOR
L. MARACANAUCE 11/05/2020

SECRETARIA DA SAÚDE - PSF
RECEITUÁRIO



UMA CIDADE DE TODOS
ARACOIABA
PREFEITURA MUNICIPAL

Relatório Médico :

A paciente Maria
Marta Silva de Azevedo
refere acidente de trânsito
em 12/10/2018, sofrendo
fratura dos ossos do peroneo
direito, sendo submetida
a fixação cirúrgica com placas e
parafusos. Encerrou-se a
alta médica e apresenta
debilidade e limitação
no joelho e peroneo direito.

25/06/19.

DR. CHARLES MACEDO
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM CE 6984 TEOT 7990 -

RUA GETÚLIO VARGAS Nº 138 / CEP: 62.750-000
CENTRO / ARACOIABA-Ce Fone: 3337-5517



Convênio: SIM/SUS - INAMPS
 Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará
 Fone/Fax: (85) 3215.3120 - Fone: (85) 3215. 3133

NOME DO PACIENTE		ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
DATA E HORA	EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO			
12/08	<i>[Handwritten signature]</i> <i>[Handwritten signature]</i> <i>[Handwritten signature]</i> DR. CLAUDIO PEREIRA ROSSI CRP 4078 DR. CLAUDIO PEREIRA ROSSI CRP 4078			
17/08	<i>[Handwritten signature]</i> DR. CLAUDIO PEREIRA ROSSI CRP 4078			

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
 CONFERE COM O ORIGINAL
 ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA-ABEMP
 Rua João Conrado, Nº 363 - Pajuçara
 CEP: 61.941-330
 COORDENAÇÃO
 MARACANAÚ-CE 10/12/2019



Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará
Fones: (85) 3215.3064
CNPJ 06.578.611/0001-06

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Peri S. A.
A. Araújo portador da Carteira Profissional nº _____
série _____ necessita de 120 (cento e vinte)

Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Presença Dr.

ABEMPJ

Hospital e Ambulatório

30-11-18

Localidade e data

[Assinatura]
Ass. do Médico - GRM nº _____

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho

SINISTRO 3190272565 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA MARLIR SILVA DE ARAUJO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi
Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO MARIA MARLIR SILVA DE ARAUJO
CPF/CNPJ: 02088781307

Posição em 22-01-2020 16:00:33

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
14/11/2019	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO	
13/11/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	
17/04/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	
17/04/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	