

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1673655610

CE

NOME
MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
99015031429 SSP CE

CPF
009.536.553-26

DATA NASCIMENTO
23/08/1982

FRACÇÃO
MARIA LUIZA DE OLIVEIRA BARBOSA

PERMISSÃO
PERMISSÃO

ACC
AB

CAZARAS

Nº REGISTRO
07218597565

VALIDADE
22/02/2020

1ª HABILITAÇÃO
22/02/2019

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR
Márcia de Oliveira Barbosa

LOCAL
PENTECOSTE, CE

DATA EMISSÃO
25/02/2019

ASSINATURA DO EMISSOR
47628584556
CE163166145

CEARÁ

PROIBIDO PLASTIFICAR
1673655610

do Cliente:
5771634

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

Companhia Energética de Ceará
Rua Pedro Valde, s. 150
CEP 60135-010
CNPJ 07047220-1A-70 | CGF 08.105.845-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº **049336199**

Rota **P5001U03 - 86400** Referência **02/2020**

Nome **MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA**

Endereço **RU PDE ANTONIO MOREIRA, 00066, PEDREIRA,**

Classificação **62640-000, PENTECOSTE**

Modalidade Tarifária **Resid. Baixa Renda**

Ligação **Monofásico** Emissão **04/02/2020**

Medidor **1502804-FAE-006**

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.F.: 29 dias

Anterior **06/01/2020** Atual **04/02/2020** Próxima prevista **02/03/2020**

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	22.469	22.297	1,00	112	00	112	0,30545	34,21

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC	13,13
PIS COMPL BX RENDA	0,33
COFINS COMPL BX RENDA	1,50
DESCONTO BAIXA RENDA	-27,03
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	27,03
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	5,67
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,32443
CONSUMO DE 100 KWH ATE 220 KWH	0,48583
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,02533
DEBITO DE PEQUENOS VALORES	35,74

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	62,00	1,20	0,75
COFINS	62,00	5,53	3,43

VENCIMENTO	11/02/2020	TOTAL A PAGAR (R\$)	85,67
------------	------------	---------------------	-------

CONSUMO CONSCIENTE	CPF/CNPJ	009.536.553-26
EMISSIONES DE CO ₂ (kg/kWh). Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
43,72	0,00	0

INFORMAÇÕES AO CLIENTE:

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 07/01 - 31/01 Verde : 01/02 - 04/02

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.

420,00



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marcin de Oliveira Barbosa, brasileiro(a),
Solteira, Aut. de produção, portador (a) de cédula de identidade nº
99015031429, inscrito(a) no PF sob o nº 009.536.553-26,
DECLARO que tenho domicílio e sou residente na
Rua Padre Antônio Maria, nº 66, Bairro
Petrolina, CEP: 62.640-000 /CE, conforme comprovante anexado em
 meu nome.

Pentecoste /CE, 16 de Abril 2020.

Marcin de Oliveira Barbosa

DECLARANTE



OAB-CE 23562

Endereço 1: Rua Pedro de Queirós, 640 - Amadeu Furtado. Fortaleza/CE

Endereço 2: Av. Tabeião Francisco Alves, 126 - Centro. Pentecoste/CE

E-mail: advsarasombra@gmail.com - Fones: 85 99857-9800 / 85 99213-9979



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE:

Mareia de Oliveira Barbosa, brasileira, solteira, Aux.
de produção, RG: 99015031429, CPF: 009.536.553-26
moradora em Rua Padre Antonio Manoela, 66, Pedrinha,
Cidade, Pentecoste/CE CEP: 62.640.000.

OUTORGADA: SARA CAMPELO SOMBRA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB-CE sob o nº 23.562, com endereço profissional no Município de Fortaleza/CE, Rua Carlos Vasconcelos 1702, 1º andar, Aldeota; e também no Município de Pentecoste/CE, na Rua Major João Martins, nº 548, Centro, CEP 62.640-000.

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com clausula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defende-lo nas contrarias, seguindo umas e outras, ate final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, **poderes especiais** para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com substabelecido.

Local, Data Pentecoste/CE - 18 de 04 2020.

Mareia de Oliveira Barbosa



OAB-CE 23562

Endereço 1: Rua Pedro de Queirós, 640 - Amadeu Furtado. Fortaleza/CE

Endereço 2: Av. Tabeião Francisco Alves, 126 - Centro. Pentecoste/CE

E-mail: advsarasombra@gmail.com - **Fones:** 85 99857-9800 / 85 99213-9979



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o (a)

Sr(a) Márcia de Oliveira Barbosa Declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitara no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. SARA CAMPELO SOMBRA, OAB/CE N° 23.562, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Pentecoste /CE, 16 de abril 2020.

Márcia de Oliveira Barbosa

DECLARANTE



OAB-CE 23562

Endereço 1: Rua Pedro de Queirós, 640 - Amadeu Furtado. Fortaleza/CE

Endereço 2: Av. Tabeião Francisco Alves, 126 - Centro. Pentecoste/CE

E-mail: advsarasombra@gmail.com - Fones: 85 99857-9800 / 85 99213-9979



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro para os devidos fins que eu, Maírcio de Oliveira Barbosa, brn, residente e domiciliado na Rua. Pedro Antonio Moreira, nº 66, bairro: Pentecoste, na cidade de Pentecoste, portador (a) do RG nº 99.01503.1429, inscrito (a) no CPF nº 009.536.553-26, estou impossibilitado (a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com esteio na lei nº 1060/05.

Pentecoste /CE, 16 de Abril de 20 20.

Maírcio de Oliveira Barbosa

DECLARANTE



OAB-CE 23562

Endereço 1: Rua Pedro de Queirós, 640 - Amadeu Furtado. Fortaleza/CE

Endereço 2: Av. Tabeião Francisco Alves, 126 - Centro. Pentecoste/CE

E-mail: advsarasombra@gmail.com - Fones: 85 99857-9800 / 85 99213-9979



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE
Impresso nº 2019734247

fls. 17

FLS.

HUBRICA

BOLETIM DE Ocorrência Nº 525 - 1908 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/10/2019 08:44:43**
Data / Hora da Ocorrência: **16/08/2019 17:58:00**
Endereço da Ocorrência: **R PADRE SINVAL FACUNDO CEP: 62.640-000, IPASE - PENTECOSTE/CE**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO COLÉGIO MARIA FLOR**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA**
Nascimento: **23/08/1982** CPF:
RG: **99015031429** Órgão Emissor:
Filiação: **MARIA LUIZA DE OLIVEIRA BARBOSA** UF: **CE**
Endereço: **RUA PADRE MOREIRA, 67**
Bairro: **PEDREIRA**
Município: **PENTECOSTE/CE** CEP: **62.640-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

INFORMA A DECLARANTE QUE NA DATA E LOCAL ACIMA CITADOS, POR VOLTA DAS 17:45H, SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUANDO NAQUELA OCASIÃO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 160 START CHASSI 9C2KC2500HR005780, PLACA POE-3315/PENTECOSTE-CE. DIZ A DECLARANTE QUE OCORREU O SINISTRO EM VIRTUDE DE ANIMAIS (CABRAS) QUE ATRAVESSARAM A ESTRADA, E EM VIRTUDE DISSO ACABOU POR COLIDIR CONTRA ALGUMAS DELAS, APESAR DE SUA TENTATIVA DE MANOBRAS PARA EVITAR A COLISÃO, QUE EM CONSEQUÊNCIA DA QUEDA SOFREU LESÃO EM SEU OMBRO ESQUERDO, SENDO SOCORRIDA POR POPULARES E LEVADA PARA A UP24, ONDE RECEBEU OS ATENDIMENTOS DE PRAXE, DE ONDE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL VALE DO CURU DESTA CIDADE, ONDE TAMBÉM RECEBEU OS ATENDIMENTOS ESPECÍFICOS E LOGO APÓS RECEBEU LIBERAÇÃO MÉDICA. QUE FICOU RETORNANDO AO REFERIDO HOSPITAL PARA AVALIAÇÕES. QUE ORA REGISTRA O PRESENTE BOLETIM PARA FINS DE JUSTIFICAÇÃO. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA ELANE SOARES DE SOUSA - MAT.: 405030-1-

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Marcia de Oliveira Barbosa

VISTO DO DELEGADO(A) :

VICTOR BARBOSA PIONA - MAT.: 3012357-

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE PENTECOSTE		Sequencial Diário 137		Guia Nº			
GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA				19004236			
DADOS DO PACIENTE							
PACIENTE: 3269 - MARCIA OLIVEIRA BARBOSA				NASC.:23/08/1982 IDADE: 36 anos 11			
NOME SOCIAL/APELIDO:							
CARTÃO SUS: 898002725852546		SEXO: FEMININO	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO(A)	RAÇA/COR: SEM INFORM	ETNIA: NAO SE APL		
NATURALIDADE:PENTECOSTE - CE		NOME DA MÃE: MARIA LUIZA OLIVEIRA BARBOSA NOME DO PAI:					
OCUPAÇÃO:		MACROREGIÃO: OUTROS ESTADOS					
TIPO DOC.: IGNORADO	Nº DOC.:	Nº CPF.:	EMAIL:				
ACOMPANHANTE:							
LOGRADOURO: RUA PADRE ANTONIO MOREIRA, Nº				TELEFONE:			
BAIRRO: PEDREIRAS		CIDADE: PENTECOSTE		UF: CE	CEP: 62640000		
ATENDIMENTO DO PROFISSIONAL							
QUEIXA PRINCIPAL:				CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEDA DE MOTO. RELATA DOR NO OMBRO, ESCORIAÇÃO MIE.							
ALERGIA:				Verde			
NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS							
CARATER DO ATENDIMENTO: URGENCIA/EMERGENCIA		COMO O PACIENTE CHEGOU: ESPONTANEA					
CONSCIENCIA DO PACIENTE: ALERTA		PACIENTE SOFREU TRAUMA: SIM					
ENCAMINHAMENTO: CLÍNICA MÉDICA		Diabético ☐ Hipertenso ☐					
OBSERVAÇÃO:							
DATA DA ENTRADA:16/08/2019 17:58		Ass. e Carimbo do Profissional MIRIA KAYNY DA SILVA LEAO					
SINAIS VITAIS	PESO Kg	PRESSÃO ARTERIAL mmHg	TEMPERATURA °C	PULSO bpm	SAT. O2 %	HGT mg/dl	GLICEMIA CAPILAR
		121 / 76					
ANAMNESE				EXAMES FÍSICOS/HDA			
DIAGNÓSTICOS:						CID:	
EXAMES COMPLEMENTARES:							
PRESCRIÇÃO				ENFERMAGEM			
SAIDA/ALTA							
(X) ALTA HOSPITALAR				() ÓBITO () TRANSFERÊNCIA:			
Dr. Evandro Moura Médico CRM-CE 20.407 ASS. CARIMBO MÉDICO				Ass. Paciente ou Responsável			



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA DE PENTECOSTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital e Maternidade Reg. Vale do Curú

1 - Preencher com letra legível;
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar as duas vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ CEP: 62640-000
Distrito Sanitário: _____ Município: Pentecoste

Nome: RONALDO DE O. BABO Telefone: _____
Sexo: M () F () Data de Nascimento: _____ RG: _____
Pai: _____ Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Agente de Saúde: _____ RLP: _____ N° Solicitado: _____

Histórico do Paciente: DOE COM LUXAÇÃO (?) NO
OMÉLIO FEMORAL
NECESSIDADE DE
DE TRATAMENTO

Exames Solicitados e Resultados: _____

Medicamentos Utilizados: _____

Impressão Diagnóstica:
Dr. Vanderlan Pacheco
Médico PNE
CRM 6242
IDT 111889/86

LUXAÇÃO DE OMÉLIO (?)

19.08.19
Data

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial () Hospitalar () Auxílio Diagnóstico ()
Procedimento: AVANÇADO Profissional: TRAUMATOLOGIA
Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____ Prontoatório N° _____ Alta: ____/____/____
Município: _____

Resumo Clínico/ Cirúrgico: _____

Resultado dos Exames: _____

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____
Secundário 1 _____ CID: _____
Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Conduta para Segmento: _____

O problema justificou a referência? Sim () Não () O motivo da referência é compatível com o diagnóstico? Sim () Não ()

RECEITUÁRIO

Akito que MANEJA de OUS-
 NA BANCADA, 37 ANOS, encontra-
 se em tratamento médico de
 natureza proximal do útero
 Elendo desde 16/08/2019;
 necessita a todo médico de
 15 (quinze) dias, porém ne-
 cessita continuar tratamento
 e afastamento do trabalho
 por mais 90 (noventa) dias.
 (Afasto de 19/08 a 02/09)

1 RX.
 1 TC CID-5 42.2

Data: 03/09/2019

Carimbo e Assinatura do Médico

FUMAR CAUSA CÂNCER DE BOCA, ESÔFAGO E PULMÃO

RECEITUÁRIO

Atesto que MARCIA de OLIVEIRA BANSORA, 37 anos, foi vítima de acidente de trânsito, moto, em 16/08/2019, sofrendo trauma com fratura proximal do úmero esquerdo. Realizou tratamento conservador (imobilização + Rx controle + fisioterapia após consolidação da fratura). Encaminha-se em ALTA definitiva e solicita por Sepuro DPVAT.

Rx.

Dr. Célio Cavalcante Magalhães
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC - 4288 TEOT - 5413

Célio - 542.2.

Data: 19/02/2020

Carimbo e Assinatura do Médico

FUMAR CAUSA CÂNCER DE BOCA, ESÔFAGO E PULMÃO

PAQUETA  THE SHOE COMPANY PAQUETÁ CALÇADOS LTDA Av. Antônio Braga de Azevedo, 407 - Fone: 3352.5500 Pentecoste- Ceará	Departamento Fisioterapia
---	---

Marcia de Oliveira Barbosa

Alta:

Paciente apresenta melhora significativa na amplitude de movimento e força muscular. Recebeu alta após 20 atendimentos de Fisioterapia.

23.01.2020.

Dra. Isabella Menezes
Fisioterapeuta
CREFITO 187658-F

Isabella Menezes Rios

Isabella Menezes Rios
Fisioterapeuta/CREFITO-187658-F



Nome.....: MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA
 Exame.....: TC OMBRO ESQ S/CONT (SANTA CASA)
 Medico Solicitante: Dr(a). PEDIDO PROPRIO
 Convênio.....: SANTA CASA
 Data.....: 26/08/2019 Pedido: 1292396

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO

TÉCNICA:

- Exame realizado sob técnica helicoidal, sem administração E.V. do produto de contraste.

LAUDO:

- Pele e panículo adiposo sub-cutâneo nos limites da normalidade.
- Ligamentos e tendões de espessura e densidade anatômicas, sem aparente solução de continuidade.
- **Traços de fratura no colo anatómico do úmero e na base da tuberosidade maior do úmero, sem desalinhamento significativo entre os fragmentos.**
- Demais estruturas ósseas de configuração, densidade e trabeculado sem alterações.
- Superfície e espaços articulares preservados.
- Grupos musculares estudados sem anormalidades apreciáveis.
- Não há sinais de derrame intra-articular.

Obs: Tendões, ligamentos e cartilagem podem ser melhor avaliados em estudo por ressonância magnética.

DR. DOUGLAS HENNING PINHEIRO ARAGÃO
 MÉDICO RADIOLOGISTA CRM:13015 RQE:8227



FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 14/10/20		HORÁRIO: 10:26		PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS () AMBULÂNCIA ()						
PACIENTE: Maria de Suelina Barbosa										
NOME DA MÃE: Maria Luiza de Oliveira										
DATA DE NASCIMENTO: 23/08/82		CARTÃO DO SUS:		ÍNDIO: () SIM () NÃO						
IDADE: 37	SEXO: M () F ()	RG: 99015031424		TELEFONE: 91210107						
ENDEREÇO: Rua Av. coronel com N102										
BAIRRO: Centro	CIDADE: Caucaia	ESTADO: CE	FUNCIONÁRIO:							
ACOLHIMENTO										
QUEIXA PRINCIPAL: Dor, edema no trauma (E) após queda										
CLÍNICO () CIRURGIÃO () TRAUMATOLOGISTA () PEDIATRA ()										
SINAIS VITAIS										
ESCALA DE DOR ADULTO										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SEM DOR			DOR LEVE		DOR MODERADA			PIOR DOR POSSIVEL		
HORA: 10:29	PA: 109 x 70	TEMP: 34.3	SpO2: 99	F.C: 83	GLICEMIA:					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL:					
VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE () AZUL ()					Assinatura					
ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNADO										
HORA:		HISTÓRIA CLÍNICA:								
Presunção de trauma com dor no ombro										
DIAGNÓSTICO INICIAL:										
Condutor										
CONDUTA:										
Cyndei Santos Freitas Traumatologista - Ortopedista CREMEC 7481 - RQE 2594 SHTT RR										
EXAMES SOLICITADOS:										
LABORATORIAIS () RAIO X () ULTRASSOM () ENDOSCOPIA () ECG () OUTROS ()										
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:										
Assinatura de Suelina Barbosa										

Este documento é cópia do original assinado digitalmente por SARA CAMPELO SOMBRA e TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ, protocolado em 04/06/2020 às 00:45, sob o número 02312320620208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0231232-06.2020.8.06.0001 e código 697F234.



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1. Preencher esta ficha em 3 vias.
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, arquivar as duas vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ CEP: 62.640-000
Distrito Sanitário: _____ Município: **PENTECOSTE**

Nome: Marcia A. Oliveira Barbosa Telefone: 9121 0192
Sexo: M ☐ F ☒ Data Nascimento: 23/08/82 RG: _____
Pai: Francisco Figueira Barbosa Mãe: Leandro de Oliveira Barbosa
Endereço: Rua Antônia Mariana 62 Bairro: Pedra
Agente de Saúde: _____ RLP: _____ N° Solicitado: _____

Histórico do Paciente: Queda a moto e fratura umero no T

Exames Solicitados e Resultados: _____

Medicamentos Utilizados: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura e Carimbo do Médico

Marcia A. Oliveira Barbosa
CREMEC 13521
MÉDICA

24.03.19
Data

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: consulta Profissional: Ortopedista

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

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N° _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resumo de Exames: _____

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____
Secundário 1 _____ CID: _____
Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Consulta para seguimento: _____

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



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA DE PENTECOSTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital e Maternidade Reg. Vale do Curú

1 - Preencher com letra legível;
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar as duas vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ CEP: 62640-000
Distrito Sanitário: _____ Município: Pentecoste

Nome: MARCIA DE O. BARBOSA Telefone: _____
Sexo: M () F () Data de Nascimento: _____ RG: _____
Pai: _____ Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Agente de Saúde: _____ RLP: _____ N° Solicitado: _____

Histórico do Paciente: _____

DOE COM LUXAÇÃO (?) NO
OMBRO ESQUERDO,
NECESSIDADE DE ATENDIMENTO
DE TRAUMATOLOGIA

Exames Solicitados e Resultados: _____

Medicamentos Utilizados: _____

Impressão Diagnóstica:
Dr. Vanderlino Teófilo
Médico PMB
CRM 6742
IDT 130889/86

LUXAÇÃO DE OMBRO (?)

19.08.19
Data

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial () Hospitalar () Auxílio Diagnóstico ()
Procedimento: AVANÇADO Profissional: TRAUMATOLOGIA
Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário N° _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico/ Cirúrgico: _____

Resultado dos Exames: _____

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____
Secundário 1 _____ CID: _____
Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Conduta para Segmento: _____

O problema justificou a referência? Sim () Não () O motivo da referência é compatível com o diagnóstico? Sim () Não ()



Paquetá Calçados Ltda.
Ambulatório Médico
 Av. Antônio Braga Azevedo, 407 — São Francisco
 Pentecoste (CE) — Fone: (85) 3352-5500

Matrícula: _____

Atestado

Atesto, para os devidos fins e especialmente para fins trabalhistas, que o(a)

Sr.(a) Marcia de Oliveira Barbosa

foi atendido(a) neste Ambulatório Médico, com a seguinte finalidade e conclusão:

1. Finalidade

- ☐ Realizar consulta médica.
☐ Avaliar afastamento por doença ou acidente até 15 (quinze) dias.
☐ Avaliar retorno ao trabalho por cessação de benefício do INSS.
☐ Avaliar retorno ao trabalho por cessação de Licença-maternidade.

2. Conclusão

- ☐ Foi encaminhado(a) à Fisioterapia / ou ao Especialista: _____
☐ Apto(a) / deverá retornar imediatamente ao trabalho.
☐ Deverá retornar ao trabalho ao final do afastamento concedido até ____/____/_____.
☐ Deverá se afastar do trabalho na manhã de hoje.
☐ Deverá se afastar do trabalho na tarde de hoje.
☐ Deverá se afastar do trabalho no dia de hoje.
☒ Deverá se afastar do trabalho durante 90 (noventa) dias,
 a contar da presente data. 19/08/19 CID-10: V28.4 + S42.2
☐ Deverá ser encaminhado(a) ao INSS com a sugestão de afastamento acima, para pleitear:
☐ Auxílio-doença Previdenciário (B-31) / ☐ Auxílio-doença Acidentário (B-91) / ☐ Pedido
 de Prorrogação / ☐ Interpor Recurso à JR/CRSS / NB: _____

Pentecoste (CE), <u>29/08/19</u> <u>Marcia de Oliveira Barbosa</u> Autorização do paciente p/ codificação p/ CID-10/ De acordo com o encaminhamento ao INSS se for o caso.	Ass. e carimbo com o CRM do(a) médico(a) <u>Dr.ª Fernanda D. Joulart</u> CREMEC 13521 MÉDICA 12/2018
---	--

PAQUETA



THE
SHOE
COMPANY

Paquetá Calçados Ltda.
Ambulatório Médico

Av. Antônio Braga Azevedo, 407 — São Francisco
Pentecoste(CE) — Fone: (85) 3352-5500

Matrícula: _____

Atestado Médico

Atesto, para os devidos fins e especialmente para fins trabalhistas, que o(a)
Sr.(a) Marcos de Oliveira Barbosa
foi atendido(a) neste Ambulatório Médico, com a seguinte finalidade e conclusão:

1. Finalidade

- ☐ Realizar consulta médica por doença ou assunto relacionado à saúde.
- ☐ Avaliar afastamento por doença ou acidente do trabalho, até 15 (quinze) dias.
- ☐ Avaliar retorno ao trabalho por cessação de benefício concedido pelo INSS.
- ☐ Avaliar retorno ao trabalho por cessação de Licença-maternidade.

2. Conclusão

- ☐ Foi encaminhado(a) à Fisioterapia pelo(s) seguinte(s) motivo(s): _____
- ☐ Foi encaminhado(a) ao Especialista: _____
- ☐ Apto(a), devendo retomar imediatamente ao trabalho.
- ☐ Deverá retomar ao trabalho após o encerramento do afastamento ou benefício (INSS), que foi concedido até o dia ____/____/____.
- ☐ Deverá se afastar do trabalho na manhã de hoje.
- ☐ Deverá se afastar do trabalho na tarde de hoje.
- ☐ Deverá se afastar do trabalho no dia de hoje.
- ☒ Deverá se afastar do trabalho durante 30 (trinta) dias, a contar da presente data. CID-10: B42.2
- ☐ Recomendação: 22, 11, 19

Este documento não possui validade sem rasuras

Pentecoste(CE), <u>24/10/19</u> <u>Marcos de Oliveira Barbosa</u> Cliente do paciente / autorização para codificar p/ CID-10	Assinatura do(a) médico(a) e carimbo c/ CRM <u>Wanda Dias Goulart</u> CREMEC 13521 MÉDICA 10/2019
--	---

Rio de Janeiro, 18 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200095219

Vítima: MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA

Data do Acidente: 16/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARFRA HERBEN BANDEIRA MARTINS NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000000962-8

Conta: 0000013841-X

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200095219

Vítima: MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA

Data do Acidente: 16/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARFRA HERBEN BANDEIRA MARTINS NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você