



**CARDOSO
MARTINS & BRAGA**
ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

NOME: <u>HERONDY XAVIER COSTA</u>	
NACIONALIDADE: <u>BRASILEIRO</u>	ESTADO CIVIL: <u>UNIÃO ESTÁVEL</u>
PROFISSÃO: <u>AGRICULTOR</u>	CPF nº: <u>887 912 543-53</u>
ENDEREÇO: <u>SITIO BARREIRAS</u>	Nº: <u>S/N</u>
BAIRRO: <u>ZONA RURAL</u>	CIDADE: <u>QUIXERÉ</u>

OUTORGADOS:

PEDRO FHELIPE FREITAS MARTINS, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/CE nº 37.147, com endereço profissional sito à rodapé.

ARTUR CARDOSO MAIA, brasileiro, casado, advogado regularmente inscrito nos quadros da Ordem dos Advogados do Brasil sob nº OAB/CE nº 38.540

RAFAEL BRAGA, brasileiro, solteiro, regularmente inscrito nos quadros da Ordem dos Advogados do Brasil sob nº OAB/CE nº 36.350

PODERES:

Aos quais confere os poderes de cláusula *ad judicium et extra* para o foro em geral e os de transigir, desistir, transacionar ou firmar acordos em audiência de conciliação, instrução e julgamento, pagar e receber qualquer quantia, dando e recebendo quitação, firmando recibo e instrumentos próprios; representar o(a) outorgante perante qualquer repartição pública federal, estadual e municipal, requerendo o que for preciso; praticar, promover, requerer, apelar, agravar, interpor incidentes de falsidade e de insanidade mental e assinar tudo quanto se fizer necessário para a defesa dos seus direitos e interesses, inclusive declarar pobreza a fim de fazer jus aos benefícios da Lei nº 1.060/50.

QUIXERÉ/CE, 30 de Agosto de 2020

Herondy Xavier Costa

OUTORGANTE

Dr. Pedro Martins
OAB/CE 37147
☎ 88 9.9900-2421

Dr. Artur Cardoso
OAB/CE 38540
☎ 88 9.9790-6343

Dr. Rafael Braga
OAB/CE 36350
☎ 88 9.9974-1472

📍 Rua Professor Ricart, 511 - Sala 101 ☎ 2142-0192 ✉ cardosomartinsebraga@gmail.com

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

DECLARO, nos termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e art. 99 e seguintes da Lei nº 11.315, de 16 de março de 2015 (Novo CPC), para os devidos fins, que não disponho de condições econômicas para custear as despesas processuais, sem sacrifício do meu sustento e de minha família.

Por ser a mais clara expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade pelas declarações acima prestadas, assinando o presente para que produza seus jurídicos e legais efeitos.

Bukene/CE, 30 de Agosto de 2020

Herandy Xavier Costa

DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTARIA NACIONAL DE HABILITACAO

CE

NOME
HERONDY XAVIER COSTA

DOC. IDENTIDADE / CRL. EMISSOR
96015004532 SSP CE

CPF
887.912.543-53

DATA NASCIMENTO
04/11/1979

FILIAÇÃO
LUIZ ANGELO DA COSTA
ZILMA XAVIER DA COSTA

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAHAB
AB

Nº REGISTRO
04243485914

VALIDADE
08/03/2024

1ª HABILITAÇÃO
17/11/2007

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PORTADOR
Herondy Xavier Costa

LOCAL
RUSSAS, CE

DATA EMISSÃO
22/03/2019

ASSINATURA DO EMISSOR
[Assinatura]
95885342002
CE169787680

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1673938292

PROIBIDO PLASTIFICAR
1673938292



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | Nº 073893919

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 07/2020

Nº DO CLIENTE 6296828 DV

VENCIMENTO 20/10/2020

TOTAL A PAGAR (R\$) 18,57

DATA EMISSÃO 25/07/2020

DADOS DO CLIENTE

Nome HERONDY XAVIER COSTA

Endereço SITIO BARREIRAS 00000
62920-000 QUIXERE SEM BAIRRO 2509-093
Classificação Rural Agropecuária

Modalidade Tarifária B2 RURAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 5379649-ELE-626 - QR338R19

CPF / CNPJ 887.912.543-53

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0A8B.96A4.DAB2.95DC.03C2.61AB.8EEC.BE3F

DATAS DE LEITURA

Anterior 25/06/2020 | Atual 25/07/2020 | Prev. Próx. Leitura 25/07/2020

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	12715.00	12715.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00	30.00	0.61900	18.57

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
Custo de disponibilidade			18,57

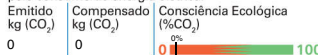
CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)			
Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh) Atualizado
			A Expirar Próximo Mês

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

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



Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
PIS/PASEP	18,57	0,3400	0,06
COFINS	18,57	1,5900	0,30
ICMS	18,57	27,00	5,01

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 26/06 - 25/07 Informamos que a sua conta de energia com fornecimento lido partir de 01/07/2020 passa ter o reajuste tarifário médio de 3,94% publicado na Resolução Aneel nº 2.676/20 em 14/04/2020, postergado devido ao covid19.

83840000000-6 18570031040-7 00400265307-1 00006296828-9



HERONDY XAVIER COSTA
SITIO BARREIRAS 00000
QUIXERE SEM BAIRRO 2509-093
62920-000

DADOS PARA ENTREGA

QR338R19 5379649-ELE-626
6296828
25/07/2020 10/09/2020

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.
Registr: 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.
FIC: 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

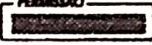
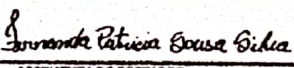
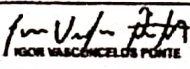
1 - Ouvidoria: 0800 280 4100, dias úteis, das 8h às 12h e das 14h às 18h, com protocolo de atendimento anterior
2 - Agência Reguladora de Serviços Públicos do Estado do Ceará
- ARCE - 0800 727 0167 - ligação gratuita de telefones fixos e móveis.
3 - Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167 - 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

Formulário para devolução da conta com campos para Hora, Data, Rubrica, Matricula, e checkboxes para Casa fechada, Endereço insuficiente, Outros - especificar, e Recusou-se a receber.

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 de taxas e contribuições previstas em lei ou regulamentos, como a CIP (contribuição de iluminação pública). Para garantia dos dados impressos nesta conta, arquive a mesma em local seco, sem contato com plástico, óleo ou produtos químicos.

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO		 CE
NOME FERNANDA PATRICIA SOUSA SILVA		
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR 20071679612 SSPDS CE	
	CPF 049.303.113-81	DATA NASCIMENTO 26/09/1990
	FUNÇÃO FERNANDO DA SILVA MARIA ELENICE DE SOUSA	
	PERMISSÃO 	ACC 
Nº REGISTRO 06276632066	VALIDADE 20/02/2024	1ª HABILITAÇÃO 23/12/2014
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;		
ASSINATURA DO PORTADOR 		
LOCAL LIMOEIRO DO NORTE, CE	DATA EMISSÃO 06/03/2019	
ASSINATURA DO EMISSOR 		60481660460 CE169574687
CEARÁ		

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1673748488

PROIBIDO PLASTIFICAR
1673748488



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, FERNANDA PATRICIA SOUSA SILVA
RG nº 20071679012, data de expedição 07/08/08
Órgão SSPDS, portador do CPF nº 049.303.113-81
com domicílio na cidade de QUIXERÊ, no Estado de
CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SÍTIO BARREIRAS, nº 514
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
HERONDY XAVIER COSTA, cujo o condutor era
HERONDY XAVIER COSTA.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 125 FAN Ano: 2006
Placa: MYC 7858 Chassi: 9C2JC30706R925115
Data do Acidente: 15/09/2019

Local e Data: QUIXERÊ, 16 DE JANEIRO DE 2020

Fernanda Patricia Sousa Silva

Assinatura do Declarante

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

DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL

Nós, **Herondy Xavier Costa**, brasileiro, solteiro, portador da Carteira de identidade sob o nº **96015004532**, expedida pelo SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº **887.912.543-53**, e **Fernanda Patrícia Sousa Silva**, brasileira, solteira, portadora da Carteira de identidade sob o nº **20071679612**, expedida pelo SSP/CE, inscrita no CPF sob nº **049.303.113-81**, residentes no Sítio Barreiras, declaramos, sob as penas da lei, que convivemos em União Estável desde 15 de julho de 2008 e temos 01 filho, de natureza familiar, pública e duradoura com o objetivo de constituição da família nos termos dos artigos 1723 e seguintes do Código Civil.

Quixeré, 15 de abril de 2014.

Declarantes:

DECLARATION

Herndy Xavier Costa

Herondy Xavier Costa

CPF: 887.912.543-53

fernanda Patricia Souza Silva

Fernanda Patrícia Sousa Silva

CPF: 049.303.113-81

Testemunhas:

Nome: M^a Elia Araújo Sousa

Nome:

CPF: 036.151.943-57

Francisco Adriano de Freitas mais

Nome:

CPF: 020.180.953-23

CARTELO DE IDENTIFICACAO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICIPIO DE PORTO ALEGRE

Assinatura do Autor da Obra _____
Assinatura do Editor _____

Reconheço a firma ☒ autenticidade ☐ semelhança de _____
Marcia Maria Vieira
Drogonis

Bou fê. _____
Quixerê/CE 15 de 04 de 14

☐ Marcia Maria Vieira e Silva Diógenes Tabela
☐ Maria Goreti Pitombeira Substitua
☐ Foe Liana Lima Guimarães / Escriv. Compromissada

(88) 3443-1319
QUIXERÊ/CE

VÁLIDO SOMENTE COM SELCO DE AUTENTICIDADE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS
Impresso nº 2019759056



fls. 22

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 3638 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/10/2019 09:32:33**
Data / Hora da Ocorrência: **15/09/2019 08:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT ILHA PASSAGEM MOLHADA CEP: 62.920-000, ZONA RURAL - QUIXERE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **HERONDY XAVIER COSTA**
Nascimento: **04/11/1979** CPF: **887.912.543-53**
RG: **96015004532** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ZILMA XAVIER DA COSTA**
LUIZ ANGELO DA COSTA
Endereço: **SITIO SÍTIO BARREIRAS, 0 CASA**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **QUIXERE/CE** CEP: **62.920-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99638-7925**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYC7858** Uf: **CE** Município: **QUIXERE** Chassi: **9C2JC30706R925115** Renavam: **900648198** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação: **2006** Ano Modelo: **2006** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA**
Proprietário: **FERNANDA PATRICIA SOUSA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ABALROAMENTO**

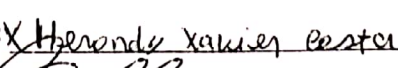
Histórico

Afirma a vítima que na data e hora supracitadas sofreu um acidente quando trafegava sozinho na motocicleta de placa HYC-7858; QUE a vítima é portadora de CNH categoria AB desde 17/11/2007; QUE estava passando próximo à passagem molhada, no município de Quixeré - CE, quando o pneu dianteiro da moto derrapou e o declarante caiu ao solo; QUE foi socorrido por populares ao hospital de Quixeré; QUE fraturou o pulso direito; E NADA MAIS DISSE.////

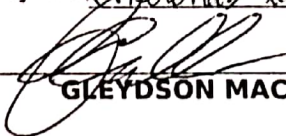
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


DAVI ARAUJO DE SANTIAGO - MAT.: 300639-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 

VISTO DO DELEGADO(A) :


GLEYDSON MACHADO CALHEIROS - MAT.: 30084519

DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

Consolidado em: 23/10/2019 09:43:30

Pág. 1 de 1

Impresso em: 23/10/2019 09:43:30



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL JOAQUIM MANOEL DE OLIVEIRA
CENTRO - QUIXERÉ - CEARÁ
ADMINISTRAÇÃO: "Quero mais Quixeré"

Saúde para todos

RECEITUÁRIO

atb b b

atb b b para o duca

prim, sobre Herandy
curios de Gt. apresenta
regula de faturar b
para D - da e limites
do movimento de faturar,
estando imp. m. l. k. l. m.
o faturar, movimento de
ouvidoria da m. a.

16/10/13

Jonas Holanda Gadelha
CRM 5584

ALEITAMENTO MATERNO BOM PARA MÃE, MELHOR PARA O BEBÊ

- VOLTANDO, QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA -



SÃOCAMILO
Hospital São Camilo

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO

fls. 24

DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente: Herandy Xavier Costa

Nome da Mãe: Zilma Xavier da Costa

Nome do Pai: Luiz Anzelo da Costa

Data de Nascimento: 06-11-1949

Número do CPF: 977.918.543-53

Profissão: Agente

Data da Internação: 15-09-2019

DADOS DO SOLICITANTE

Nome:

Grau de Parentesco com o paciente:

Nº do Documento de Identidade apresentado:

Data de Expedição:

Órgão Expedidor:

ENDEREÇO RESIDENCIAL DO SOLICITANTE

Endereço: Barro Preto, 1000

Nº:

Complemento:

Bairro: Zona Rural

CEP: 3292000

Município:

Estado: Ceará

Telefone Fixo: ()

Celular: () 9639 29 25

JUSTIFICATIVA / FINALIDADE

Para análise de processo de DPVAT

Declaro, sob as penas do Art. 299 do Código Penal, que os dados por mim consignados neste requerimento são verdadeiros.

Local e Data: Limão de Nave, 16 de outubro de 2019.

Herandy Xavier Costa

Assinatura

OBSERVAÇÕES:

- 1) Se o formulário for assinado por PROCURADOR, apresentar cópia, autenticada, de procuração PARTICULAR COM FIRMA RECONHECIDA OU PROCURAÇÃO PÚBLICA;
- 2) Este formulário deverá ser preenchido SEM EMENDA, RASURA OU BORRÃO. O RECIBO abaixo deverá ser assinado (IGUAL A ASSINATURA DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE APRESENTADO), somente no ato da retirada da cópia;
- 3) O solicitante deverá apresentar documento de identidade original ou cópia autenticada.
- 4) O prazo administrativo para entrega é de 10(dez) dias e imediato para fins de transferência.

Autorização	Arquivo	Protocolo
Data: <u>15/10/19</u> <u>Yara Kílvia da C. de Melo Lima</u> Gerente Administrativa CRA-CE 20-89263 Assinatura / Carimbo	Data: ____/____/____ Assinatura / Carimbo	Data: ____/____/____ Assinatura / Carimbo

RECIBO DE ENTREGA

Assinatura:

Data:

PROAMB 2x + FICHA DE REFERÊNCIA ENFERE

Sua de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 099261	Atendimento 0001	Nome do Paciente HERONDY XAVIER COSTA	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 887.912.543-53		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 04/11/1979	Local QUIXERE/CE		Idade 39 Ano(s)	
Pai LUIZ ANGELO DA COSTA		Mãe ZILMA XAVIER DA COSTA		
Endereço SÍTIO BARREIRAS, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 62920-000	Município QUIXERE	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjugue		
Responsável FERNANDA PATRICIA SOUZA SILV	CPF do Responsável	Endereço SÍTIO BARREIRAS, SN	Município QUIXERE	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 15/09/2019	Hora 15:32	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento DIEGO ONILTON COSTA SALES		CRM/UF 18191/CE	Tipo Atendimento CONSULTA CLINICA	
Indicador de Acidente		Funcionário ANA ADILA BEZERRA LIMA MOREIRA		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação ____/____/____ às ____ hs.		Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito	
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C) 36	P (bpm) 87	R (mpm)
PA (mmHg) 130 X 80		Oximetria (%): 99		Glicemia (mg/dL)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

15/09/2019 15:54:34h Responsável: LUENIA NARA FERREIRA COREN-CE 455489

PACIENTE, ENCAMINADO DE QUIXERÉ PARA REALIZAR RAO X DE ANTE-BRACO E PUNHO DIREITO.

R. Ferreira

Luénia Nara Ferreira
COREN-CE 455489

HERONDY XAVIER COSTA

DIEGO ONILTON COSTA SALES - CRM: 18191

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FERNANDA PATRICIA

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Impressão: 15/09/2019 16:35

Página 1

v2019002

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 099261	Atendimento 0001	Nome do Paciente HERONDY XAVIER COSTA	CNS	Gula de Autorização
Documento(s) CPF: 887.912.543-53		Estado Civil Solteiro(a)		
Data de Nascimento 04/11/1979		Local QUIXERE/CE		Sexo Masculino
Pai LUIZ ANGELO DA COSTA		Mãe ZILMA XAVIER DA COSTA		Idade 39 Ano(s)
Endereço SÍTIO BARREIRAS, SN		Bairro ZONA RURAL	CEP 62920-000	Município QUIXERE
Profissão	Empresa	Conjuge		UF CE
Responsável FERNANDA PATRICIA SOUZA SILV		CPF do Responsável	Endereço SÍTIO BARREIRAS, SN	Município QUIXERE
				UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 15/09/2019	Hora 15:32	Convênio SUS	Matricula	CID
Profissional do Atendimento DIEGO ONILTON COSTA SALES			CRM/UF 18191/CE	Tipo Atendimento CONSULTA CLINICA
Indicador de Acidente			Funcionário ANA ADILA BEZERRA LIMA MOREIRA	
Observação				
Saída				
Data/Hora Liberação 15/09/2019 às 15 hs. 07		Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito		
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C) 36	P (bpm) 87	R (mpm)
				PA (mmHg) 130 X 80
				Oximetria (%): 99
				Glicemia (mg/dL)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

15/09/2019 15:54:34h Responsável: LUENIA NARA FERREIRA COREN-CE 455489

PACIENTE, ENCAMINADO DE QUIXERÉ PARA REALIZAR RAIOS X DE ANTE-BRAÇO E PUNHO DIREITO.

Paciente, 39 anos, vítima de
acidente de moto com trauma em
punho D.

MD: Trauma em punho @

CD: L Propriedade 100% com

01/09/2019 15:54:34h

01/09/2019 15:54:34h

01/09/2019 15:54:34h

Rx de punho @ MIP

3 Lino Hb 2000 ox 6 pmlen

em MD

DIEGO ONILTON COSTA SALES - CRM 18191

Assinatura Paciente/Responsável

Responsável: FERNANDA PATRICIA SOUZ

9. Referência 010
cor

Dr. Diego Onilton Costa Sales
MÉDICO
CREMEC 18191



FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: MRDDW 15420030752

Distrito Sanitário: União do Município: União do

Nome: Herondy Xosha Costa Prontuário N° 15420030752

Sexo: M ☒ F ☐ Idade: 39 Ocupação: Costureira

Endereço: União do Bairro: União do

Motivo do Encaminhamento: Até 39 anos, vítima de acidente de moto na travessa em ponto @

Resultado de Exames: Exames de imagem em ponto @

Conduta já Realizada: Rx / Análises / Imobilizações

Impressão diagnóstica: EX RADIOLÓGICA CID: M81.0

Assinatura do Encaminhante - N° Registro 15420030752 Função MEDICO Data 15/09/19 Hora 19

Agendamento

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☒ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Especialidade: Ortopedia Profissional: Ortopedista

Unidade de Saúde: União do Data 15/09/19 Hora 19

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

NOME: Herondy Xosha Costa Sexo: M ☐ F ☐ Idade: 39

Unidade de Referência: União do

Município: União do Prontuário N° 15420030752 Alta 15/09/19

Resumo Clínico: Até 39 anos, vítima de acidente de moto na travessa em ponto @

Resultado de Exames: Exames de imagem em ponto @

Diagnóstico: Exames de imagem em ponto @ CID: M81.0

Conduta Realizada: Exames de imagem em ponto @

Proposta de Conduta para Seguimento: Exames de imagem em ponto @

O problema justificou a referência? ☐ SIM ☐ NÃO

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? ☐ SIM ☐ NÃO

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190618909

Vítima: HERONDY XAVIER COSTA

Data do Acidente: 15/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), HERONDY XAVIER COSTA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você