



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 567898627

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
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 segunda via de
MAR/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
5278467 DV **3**

VENCIMENTO
15/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DESCRIÇÃO DA CONTA

Rota 19 027020 51 017800 Medidor 6753669 Poste 0000 0
Nome ANTONIO SAMPAIO DE LIMA
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora ET LDR ARATUBA ANINGAS 0000 SEM BAIRRO ARATUBA 62762000

RG / CPF / CNPJ 913.165.373-15 CGF
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 9948 Leitura Anterior 9948 Constante 1 Consumo (kWh) 0 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 0

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/Apresentação 08/04/2019 Prev. Próxima Leitura 27/04/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

F1AB.4C8E.B0FC.3B09.7416.E7E5.5707.E30F

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 0,00 Aliquota 18% Valor do Imposto 0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)
0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

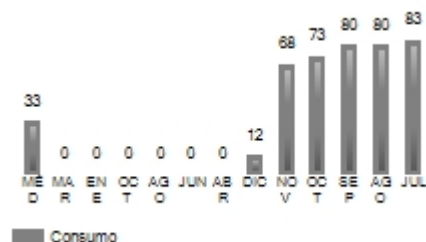
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 0,00

Conjunto

Mês JAN/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 5278467-3 N° da Nota Fiscal: 567898627 Total a Pagar (R\$): 0,00
Data de Emissão: 02/04/2019 Referência: MAR/2019 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Wailton Juza de Lima</u>	Nacionalidade: <u>BRASILEIRA (O)</u>
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Carteira de Identidade: <u>2007689741-3</u>
CPF nº: <u>074.135.143-97</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>
Bairro: <u>Imingar</u>	Residência: <u>8T 610R - Matula Zona Rural</u>
Cidade: <u>Matula</u>	Estado: <u>CE</u>
	CEP: <u>62.767-000</u>

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.014, portador do RG nº M8.119.595 SSP/MG e CPF nº 948.672.326-55, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed Comandante Vital Rolim, Centro - Fortaleza - CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3231-6493.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicia et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, em caso de julgada procedente a Ação e os recursos cabíveis**, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiências em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 05 de Setembro de 20 18.

Wailton Juza de Lima
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Maílton Zuzá de Lima, brasileiro (O)
solteiro Agricultor, portador da Carteira de Identidade/RG nº
2007689741-3 - SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 074.135.143-97 residente e
domiciliado na cidade de Acatuba, estado de Ceará, na Rua
OT 600R Amigos, nº S/N, Zona Rural,
declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de
arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio
e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 05 de Setembro de 2018.

Maílton Zuzá de Lima
Declarante

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, Alaiton Zuza de Lima
 (01) Agricultor BRASILEIRO(A), solteiro (ESTADO CIVIL),
 INSCRITO NO CPF SOB O Nº 074.135.143-97, PORTADOR DO RG Nº 3007629741-3,
 ENDEREÇO LOT 0102, Jangadeiros, Matuba Zona Rural

Eu DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI
 DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELO DR. RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI,
 BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº
 18.044 ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA
 INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO
 OBRIGATORIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A
RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO
JUDICIAL, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, ISENTO O ESCRITÓRIO MONTI ADVOGADOS, REPRESENTADO
 ATRAVÉS DO ADVOGADO RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, BRASILEIRO,
 SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 18.044, COM SEDE
 A RUA DO ROSÁRIO - Nº 77 - 6º ANDAR - SALA 604 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.055-090
 FORTALEZA/CE, DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL,
CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE TANGE
A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS
DOCUMENTOS E/OU DADOS) E VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS
EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS
RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE
 RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A
 COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA
 FORMA DA LEI [ART. 339 E 340] DO CPB."

CIENTE DE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO DA VALIDADE DE MENCIONADO
 DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

FORTALEZA 05 DE Setembro DE 2018

> Alaiton Zuza de Lima

DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF.

TESTEMUNHA

CPF:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA - DEPARTAMENTO SOCIAL

SECRETARIA DA FISCALIA DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA FISCALIA DO ESTADO DO CEARÁ

Polg. Dir. 2

Alailton Zuza de Lima

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007689741 - 3

DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/2010

NOME ALAILTON ZUZA DE LIMA

FILIAÇÃO ANTÔNIO SAMPAIO DE LIMA

LÚCIA ZUZA

NATURALIDADE ARATUBA - CE

DATA DE NASCIMENTO 03/05/1990

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 768 FOLHA: 192V

LIVRO: A/ESP ARATUBA - CE

CPS

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.115 DE 29/08/83

1 VIA

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 074.135.143-97

Nome ALAILTON ZUZA DE LIMA

Nascimento 03/05/1990

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE 3A40.5B38.AEF9.0CA8

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 14:46:12 do dia 02/12/2013 (hora e data de Brasil) digito verificador: 00



**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF****MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Comprovante de Situação Cadastral no CPFNº do CPF: **021.362.773-67**Nome: **JULIANA ZUZA**Data Nascimento: **28/03/1982**Situação Cadastral: **REGULAR**Data de Inscrição no CPF: **26/06/2004**Dígito Verificador: **00**Comprovante emitido às: **14:49:29** do dia **11/04/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **7BF5.0748.B57E.F5B6**

Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012459407310

VIA 01 06463327708 R.N.T.R.C. 000000000000 EXERCÍCIO 2015

NOME JULIANA ZUZA
ARATUBA /CE

CPF / CNPJ 02136277567 PLACA 01E5963/CE

PLACA ANT / UF 9C2J04130CR527583 CHASSI

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAD APLIC. COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO LONIA DO L20 FAN RS ANO FAB 2012 ANO MOD 2012

CATEGORIA 2P/OCV/12400 COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 1** VENC. COTA ÚNICA 1** VENC. COTAS 1**

FAIXA IPVA 2** PARCELAMENTO / COTAS 2** DATA DE PAGAMENTO 3**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 100,00 IOF (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 100,00

OBSERVAÇÕES

LOCAL ARATUBA DATA 05/05/2016

Assinatura do Superintendente

Superintendente DETRAN-CE

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS / AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012459407310 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurandotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2016 05/05/2016

VIA 01 02136277567 PLACA 01E5963

RENAVAM 0045332705 MATRÍCULA/DE 120 FAN RS

ANO FAB 2012 CAT. IMC 700 Nº CHASSI 9C2J04130CR527583

PRÊMIO TARIFÁRIO FINS (R\$) 123,04 DENATRA (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11 TOTAL SEGRU DO SEGRU DO R\$ 232,03

DATA DE QUITAÇÃO 02/05/2016

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MOTOR: J041E100027583



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Juliana Zuza,
 RG nº 3274598-98 data, de expedição DL 104198,
 Órgão SSP/ce, portador do CPF nº 021.362.773-67, com
 domicílio na cidade de Aratuba, no Estado de
Ceará, onde residu na (Rua/Avenida/Estrada)
ET LDR Aratuba Aringus, nº 512,
 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 Clariton Zuza de Lima, cujo o condutor era

Veículo: Moto
 Modelo: Honda/CG 125 FAN K5
 Ano: 2012/2012
 Placa: OJE 596310
 Chassi: 9C2JC4110CR527583
 Data do Acidente: 22/05/16
 Local e Data: _____

x Juliana Zuza
 Assinatura do Declarante

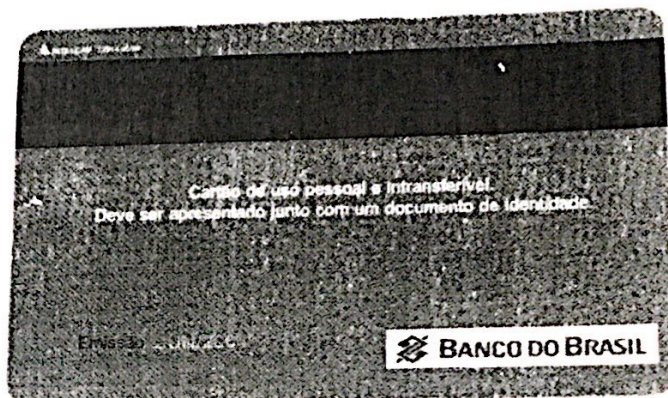
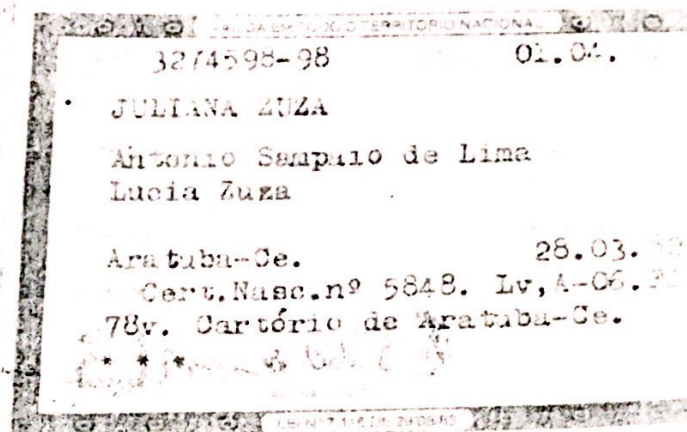
Erivaldo Alexandre da Cruz

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

CARTÓRIO ARATUBA
 Notas e Registros
 Reconheço por ☐ Semelhança a(s) firmas (s) de:
☒ Autenticidade
Juliana Zuza
 Aratuba/CE, 20 de maio de 2016
 Em testemunho da verdade.
☐ CARLOS HENRIQUE GERMANO DA SILVA - TITULAR (RESPONDENDO)
☒ VLAUDIANE GERMANO DA SILVA - SUBSTITUTA



CARTÓRIO ARATUBA
 Notas e Registros
 Reconheço por ☐ Semelhança a(s) firmas (s) de:
☒ Autenticidade
Erivaldo Alexandre da Cruz
 Aratuba/CE, 20 de maio de 2016
 Em testemunho da verdade.
☐ CARLOS HENRIQUE GERMANO DA SILVA - TITULAR (RESPONDENDO)
☒ VLAUDIANE GERMANO DA SILVA - SUBSTITUTA



NOME ERANILDO ALEXANDRE DA CRUZ	
OUT. IDENTIDADE 239855792	ORG. EMISSÃO SSP CE
CNPJ 001.031.783-57	DATA NASCIMENTO 02/12/1974
	
PERMIAÇÃO MARINO OLIVEIRA DA CRUZ MARIA LUCIA ALEXANDRE DA CRUZ	
PERMISSÃO AB	CAT. NRE AB
NR. REGISTRO 05781623803	VALIDADE 29/01/2029
	VALIDAÇÃO 18/05/2013
OBSERVAÇÃO SEM OBSERVAÇÃO.	
LOCAL FORTALEZA, CE <i>Assinado por: [Assinatura]</i> DATA EMISSÃO 19/05/2015 18622486086 CE145975207	



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 459 - 456 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/04/2018 10:54:20**
Data / Hora da Ocorrência: **22/05/2016 03:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE-065**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **ARATUBA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALAILTON ZUZA DE LIMA**
Nascimento: **03/05/1990** CPF: **074.135.143-97** UF: **CE**
RG: **2007689741-3** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **LÚCIA ZUZA**
ANTÔNIO SAMPAIO DE LIMA
Endereço: **SÍTIO ANINGAS, 0**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **62.767-000**
Município: **ARATUBA/CE** Telefone: **(85) 9931-1337**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIE5963** Uf: **CE** Município: **ARATUBA** Chassi:
9C2JC4110CR527583 Renavam: **463327705** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **JULIANA ZUZA** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Narra o noticiante que na data, local e horário acima questionados, vinha na garupa da moto de placa OIE5963/Aratuba/Ce(a qual é registrada junto ao Detran em nome de Juliana Zuza), moto esta que estava sendo guiada por seu colega ERANILDO ALEXANDRE DA CRUZ, trafegando pela Rodovia CE-065, quando já na entrada da cidade de Aratuba, proximidade do Posto de Combustível, numa curva, vinha saindo um jumento, sendo que o condutor freiou a moto mas não teve como evitar a colisão com o animal, e o noticiante que estava na garupa da moto desequilibrou e caiu dentro de uma caxia do acostamento, acidentando-se. Que, nesse impacto sentiu logo seu pé esquerdo dormente, tentou se levantar e não conseguiu ficar de pé. Que, foi conduzido ao hospital de Aratuba e constatou que seu pé tinha sido fraturado, tendo sido transferido para o hospital de Aracoiaba, onde foi submetido a tratamento cirúrgico e passou cerca de sete dias internado, teve o pé imobilizado e enfaixado. Que, passou cerca de sete meses se locomovendo com uso de moletas, e depois fez a retirada da tala, e foi submetido a tratamento de fisioterapia. Que, registra a presente ocorrência apenas para fins de ingressar com pedido de seguro DPVAT. Que, podem atestar o acidente do qual sofrera as testemunhas MARIA DE FATIMA OLIVEIRA LIMA e MARIA COSTA FERREIRA, ambas residentes no Sítio Aningas, Aratuba/Ce. Que, por ocasião do presente registro faz anexar cópias: de documentações hospitalares; de CNH do condutor Eranildo

DELEGACIA MUNICIPAL DE GUARAMIRANGA

Juliana Zuza de Lima

Pág. 1 de 2
Impresso em 26/04/2018 11:23



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE GUARAMIRANGA

fls. 23



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 459 - 456 / 2018

Alexandre da Cruz da moto; de seu RG, CPF e comprovante de residência; de RG e de CPF das testemunhas; bem como cópia de Declaração do proprietário do veículo, e de RG e de CPF da proprietária. E, nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE GUARAMIRANGA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ESTEFÂNIO DOS SANTOS COSTA - MAT.: 133983-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maíslon Souza de Fiana

VISTO DO DELEGADO(A):

ANTÔNIO MOISÉS FERNANDES DA COSTA - MAT.: 30080416

SOCIEDADE HOSPITALAR PE. DIONISIO
AV. ARLINDO MEDINA, 103 - ARATUBA - CE
CNPJ 06.580.328/0001-00

HORA DA FICHA 04:12h
HORA DO ATENDIMENTO _____

PA _____ PESO _____ TEMPERATURA _____

BOLETIM DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

NOME: Atailton Zucchi de Lima SEXO: Masculino EST. CIVIL: Solteiro

DATA DO NASCIMENTO: 03/05/1990 IDADE: _____ NATURALIDADE: Aratuba

PROF: Graviter NOME DA MÃE: Antônio Sampaio da Lima

RESIDÊNCIA: Sítio Anjo PROCEDÊNCIA: Aratuba

2. SUSPEITA DIAGNÓSTICA:
lesão cornea com laceração no dorso do pé E

3. EXAME SOLICITADO OU DESTINO DADO AO PACIENTE:

4. ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: [Assinatura]

DOCUMENTO APRESENTADO DO PACIENTE: RG 2007689741-3

AGENTE COMUNITÁRIO DA ÁREA DO PACIENTE: Neuclene

Dr. Daniel Maia
MÉDICO
CRM 15003

ASS. DO PROFISSIONAL E CARIMBO



Consultante

SOCIEDADE HOSPITALAR PE. DIONÍSIO
 AV. ARLINDO MEDINA, 103 - ARATUBA - CE
 CNPJ 06.580.328/0001-00

HORA DA FICHA 04:12L
 HORA DO ATENDIMENTO _____

Nº 04
 DATA 22-05-19

PA. _____ PESO: _____ TEMPERATURA: _____

BOLETIM DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

NOME: Atailton Zene de Lima SEXO: Masculino EST. CIVIL: Solteiro

DATA DO NASCIMENTO: 03/05/1990 IDADE: _____ NATURALIDADE: Aratuba

PROF. Gravador NOME DA MÃE: Antonio Sampaio de Lima

RESIDÊNCIA: Sítio Amizade PROCEDÊNCIA: Aratuba

2. SUSPEITA DIAGNÓSTICA:
lesão com fratura em longo do pé e,

3. EXAME SOLICITADO OU DESTINO DADO AO PACIENTE:

4. ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: [Assinatura]

DOCUMENTO APRESENTADO DO PACIENTE: IB 2007689741-3

AGENTE COMUNITÁRIO DA ÁREA DO PACIENTE: Neuclene

CRM 14807

ASS. DO PROFISSIONAL E CARIMBO



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE ARATUBA
SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

Transferência:

Data: 22/09/16

Hora: _____

Motorista: _____

Placa/Veículo: _____

Nº de Solicitação

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Luciana da Silva Lima Data de nascimento: _____

Idade: _____ Profissão: _____ Sexo: Masculino () Feminino () Telefone/Contato: _____

Filiação Pai: _____ Mãe: _____

Documentação RG: _____ CPF: _____ Certidão de Nascimento / Casamento: _____ Cartão Nacional do SUS (CNS): _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Município: _____ CEP: _____

Unidade Adscritiva: _____ Agente da Saúde: _____

Encaminhado(a) do(a):

S. H. P. D.

Para:

Am. C. M. B.

Motivo do encaminhamento:

Paciente com ceto em elevação
de 12 mmol/L. Refere dor abdominal
de início súbito, com febre e
encomenda para avaliação de urgência.

Dr. Daniel Maia

MÉDICO

CRM 14607

Data

22/09/16

CONTRA REFERÊNCIA E CONDUTA REALIZADA (por favor preencha)
(Solicitamos o envio desta pelo motorista ou pelo paciente)

Observações

Assinada por favor:

1) Diagnóstico foi correto?

Sim () Não ()

2) Havia necessidade de encaminhamento?

Sim () Não ()

Consultante

SAÚDE, DIREITO QUE SE CONQUISTA, DEVER DO ESTADO

Praça Adolfo Lima, s/n - CEP 62.762-000 - Aratuba - CE
Fones: (85) 3329.1444 e (85) 3329.1279

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Identificação do Paciente		8 - SEXO	
5 - NOME DO PACIENTE		Masc. ☒ 11 Fem. ☐ 3	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		9 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		15 - UF	
		16 - CEP	

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
Vítima acidente de moto, há + 36 horas, ferida constante dorso pé por trauma multitemporal.			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		20 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
Lesão de complicação			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		21 - CID 10 PRINCIPAL	
Exame de urina: (urina + R ₂)		T033	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 SECUNDÁRIO	
fratura exposta de fêmur			

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
PROCEDIMENTO SOLICITADO		0131010101010101	
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
CM	02	() CNS () CPF	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO COUNCIL)
		23/05/16	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	35 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA
36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SE ENQUADRA			

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO	
46 - DOCUMENTO		47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - Nº DO REGISTRO DO COUNCIL	
() CNS () CPF					
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO COUNCIL)		51 - DATA DE VALIDADE	



LIMA CIDADE DE TODOS
ARACOIABA
PREFEITURA MUNICIPAL

SUS: 160007334124 0008
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA DA SAÚDE

FOLHA SUMÁRIO DE INTERNAMENTO

SAME 14 co.		CLÍNICA		BLOCO/LEITO		BLOCO/LEITO SUS	
NOME Alaitton Juza de Lima				REGISTRO 051.22			
NATURALIDADE Aracoiaba	SEXO masculino	NASCIMENTO 03.05.70	IDADE 26	COR 7	RELIGIÃO		
ESTADO CIVIL Solteiro	PROFISSÃO Agricultor	GRAU DE INSTRUÇÃO		PROCEDÊNCIA Aracoiaba			
RESIDÊNCIA Sítio Aningas	BAIRRO		FONE 99603 2265				
FILIAÇÃO Ant. Sampaio de Lima							
Lúcia Juza							

NOME DO CÔNJUGE		Pessoa a Notificar em caso de urgência Lúcia Juza		PARENTESCO mãe	
RESIDÊNCIA	BAIRRO	FONE		PARENTESCO	
RESPONSÁVEL	BAIRRO	FONE		PARENTESCO	

DOCUMENTO APRESENTADO PARA INTERNAÇÃO			
DATA DA INTERNAÇÃO 23/05/16	DATA DA SAÍDA 26/05/16	DÍAS DE HOSPITALIZAÇÃO	DESTINO DADO AO PACIENTE

RESIDÊNCIA	TIPO	ÓBITO
☐ 1 - CURADO ☐ 2 - MELHORADO ☐ 3 - INALTERADO ☐ 4 - PEDIDO ☐ 5 - INTERNADO PARA DIAGNÓSTICO	☐ 6 - ADMINISTRATIVO (CHEFIA MÉDICA OU SUPERVISÃO HOSPITALAR) ☐ 7 - POR INDISCIPLINA ☐ 8 - POR EVASÃO ☐ 9 - PARA COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO AMBULATORIAL	☐ 0 - INEXISTÊNCIA DE DADOS ☐ 1 - ÓBITO OPERATÓRIO OCORRIDO DURANTE O ATO CIRÚRGICO ☐ 2 - ÓBITO PÓS OPERATÓRIO OCORRIDO NAS PRIMEIRAS 24 hs ☐ 3 - ÓBITO PÓS OPERATÓRIO OCORRIDO COM MAIS DE 24 hs E ATÉ 72 hs ☐ 4 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO DURANTE O ATO CIRÚRGICO 1ª SEMANA APÓS ATO OPERATÓRIO ☐ 5 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO DEPOIS DA PRIMEIRA SEMANA APÓS O OPERATÓRIO ☐ 6 - ÓBITO POR ANESTESIA

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	CÓDIGO
------------------------	--------

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	CÓDIGO
------------------------	--------

OPERAÇÃO	CÓDIGO
----------	--------

OBITO ☐ ANTES DE 24hs ☐ DEPOIS DE 24hs	AUTÓPSIA ☐ SIM ☐ NÃO
--	--

RESERVAÇÕES

[Assinatura]

SAME - FUNCIONÁRIO

MÉDICO ASSISTENTE - CRM



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACUIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME

Alailton Zuzu de Lima

Nº PRONTUÁRIO

ENFERMARIA

BLOCO

LEITO

23/05 Internado CF
fract. exposto do pé (D)
38 hrs evoluções

CD: APB Venoso

observar o tratamento

24/05

25/05 Fratura exposta do pé D.

De afegir

Cu: agendo procedimentos

26/05/18 - Alta hospitalar

Thomas G...
CREMEC

Dr. Antônio Araújo Costa
Ortopedia/Traumatologia
CRM 5422

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONT e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 02/04/2019 às 16:49, sob o número 012173617620198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/publicarConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0121736176.2019.8.06.0001 e código 46408D9.

Platão
Diretor de Saúde



CLÍNICA DR. AURÉLIO PARENTE

CLÍNICA GERAL - TRAUMATOLOGIA - ORTOPEDIA
ATENDIMENTO PARTICULAR

LAUDO MÉDICO

Alcilton Jorge de Lima, 28 anos, 2007689741-3,
foi vítima de acidente motociclístico, tendo sofrido
fratura fechada da quinta metacarpo esquerda com
lesão extensa do parosteal de face dorsal do pi-
cúlo, foi submetido a cirurgia com
pinos de cerco de parosteal e tratamento
conservador de fratura.

No momento atual, com dor frequente no
pi quando ao deambular, edema residual
frequente, presença de limitação de movimento
do pi quando.

Encontre-se de alta definitiva.

Dr. Aurélio Parente
Traumatologia Ortopedia
18 ABR. 2018
CRM 4637
CPF: 165.311.403-72

Rua Gerônimo Brígido Neto, 187 - Canindé - Ceará
Ao lado do Ginásio Paulo Sarasate
aurparen@hotmail.com
Fone: 3343-1056 / 99627-5577 / 98632-8031

SINISTRO 3180206360 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ALAILTON ZUZA DE LIMA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE**SEGURADORA** S/A**BENEFICIÁRIO** ALAILTON ZUZA DE LIMA**CPF/CNPJ:** 07413514397**Posição em 05-09-2018 14:23:31**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
21/06/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50