



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de

Outorgante: <u>Edilene da Silva Carvalho, representado o menor</u> <u>Fabriceio Carvalho Alves</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>estudante</u>	Nacionalidade: <u>brasileira</u>
RG: <u>2000098137637</u>	CPF: <u>012.019.923-00</u>	
Endereço: <u>Rua: Dps. Murilo Aguiar nº 06</u>		
Cidade: <u>Limoeiro - CE</u>	CEP: <u>62.400.000</u>	

nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium 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, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, 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, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiência e perícias médicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 25 de Abril de 2018.

x Edilene da Silva Carvalho
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, Frederico Carvalho Alves, residente e domiciliado na Rua: Dps. Mirella Aguiar, nº 06, bairro: -, na cidade de Limoeiro, portador(a) do RG nº -, inscrito(a) no CPF nº -, 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.

Fortaleza, 25 de Abril de 20 18.

Edilene da Silva Carvalho
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a) Sr(a) Felício Pinheiro Alves 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 tramitará 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 consórcio 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. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 25 de Abril 20 18

x Edilene da Silva Carvalho

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 430 - 770 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/03/2017 16:56:30**
Data / Hora da Ocorrência: **09/10/2016 18:15:00**
Endereço da Ocorrência: **LOCALIDADE DE CAFUNDÓ**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **CAMOCIM/CE**
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FABRÍCIO CARVALHO ALVES**
Nascimento: **07/02/2001** CPF:
RG: Orgão Emissor: UF:
Filiação: **EDILENE DA SILVA CARVALHO**
FRANCISCO FABIO ALVES
Endereço: **NÃO INFORMADO LOCALIDADE DE SEISCENTAS**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **CAMOCIM/CE**
País: **BRASIL**
Telefone: **(88) 99422-1200**

Noticiante(s)

Nome: **EDILENE DA SILVA CARVALHO**
Nascimento: **04/08/1984** CPF: **012.619.923-00**
RG: **2000098137639** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA JUSTINO DA SILVA**
GENESIO DE CARVALHO
Endereço: **NÃO INFORMADO LOCALIDADE DE SEISCENTAS**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **CAMOCIM/CE**
País: **BRASIL**
Telefone: **(88) 99422-1200**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNC8310** Uf: **CE** Município: **CAMOCIM** Chassi:
9C2KC2200GR024080 Renavam: **1071706834** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 FAN ESDI** Ano
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **ANTONIO DA SILVA CARVALHO** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SENHORA EDILENE DA SILVA CARVALHO, ACOMPANHADA DE SEU FILHO O MENOR FABRÍCIO CARVALHO ALVES, COMUNICANDO QUE, NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADOS, SEU ALUDIDO FILHO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG 160 FAN ESDI, DE COR PRETA, DE PLACA PNC8310, REGISTRADA EM NOME DE ANTÔNIO DA SILVA CARVALHO, QUANDO, AO DESVIAR DE UM BURACO, SEU FILHO PERDEU O EQUILÍBRIO DA MOTO, ACIDENTANDO-SE NO LOCAL. AFIRMA QUE SEU REFERIDO FILHO FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL MURILO AGUIAR, ONDE DEU ENTRADA COM FRATURA EXPOSTA NO DEDO POLEGAR DO PÉ DIREITO E COM FORTES DORES NO JOELHO DIREITO. AFIRMA QUE O REGISTRO DO FATO TEM POR OBJETIVO O BENEFÍCIO DO SEGURO DPVAT E QUE ESTA

DADOS PESSOAIS

CNS: _____
NOME: Fabiano Carvalho Alves IDADE: 15 anos
NOME DA MÃE: Sauleme da Silva Carvalho
NOME DO PAI: Fabio Alves
DATA DE NASCIMENTO: 07/04/2001 NATURALIDADE: Camolima
ENDEREÇO: SEUS CENTROS Nº _____
BAIRRO: ZONA RURAL CIDADE: Camolima ESTADO: CE PROFISSÃO: _____
Nº DO PRONTUÁRIO: 65011

ATENDIMENTO

☒ ADULTO () PEDIÁTRICO () ORTOPEDIA () CLÍNICA () CIRÚRGICO () OBSTETRICO

PROCEDÊNCIA:

PROCUROU PSF SIM () CAUSAS: () ENCAMINHADO
() NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
() NÃO TINHA MÉDICO
() NÃO RESOLVEU O PROBLEMA
() POSTO ESTAVA FECHADO

NÃO ☒ CAUSAS: () NÃO É EFICIENTE
() É LONGE DE CASA
() NUNCA TEM MÉDICO
() TEM PLANO DE SAÚDE

() TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:
() UBS
() UPA

() SAMU
() CARRO
() DEAMBULANDO
() OUTRAS AMBULÂNCIAS
() MOTO, BICICLETA

Manoel dos Reis
Médico
ASS. DO RECEPCIONISTA

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
HDA DO ACOLHIMENTO:**

☐ HORA DA CLASSIFICAÇÃO: _____

PA: _____ / _____ PULSO: _____ FR: _____ TEMP: _____ PESO: _____

TIPO DE ACIDENTE:

() ACIDENTE C/ OBJETOS CORTO-CONTUSOS () ACIDENTE POR ARMA DE FOGO () AFOGAMENTO
() CHOQUE ELÉTRICO () QUEDA DE ONDE? _____

INGESTÃO ACIDENTAL:

() CORPO ESTRANHO () PRODUTO QUIMICOFARMACEUTICO

QUEIMADURAS:

() 1º GRAU () 2º GRAU () 3º GRAU POR: () ÁGUA () ÓLEO () ÁLCOOL () ELÉTRICO

ATROPELAMENTO:

() CARRO () MOTO () BICICLETA () OUTROS
CARRO: () COM CINTO () SEM CINTO MOTO: () COM CAPACETE () SEM CAPACETE

MORDEDURAS DE ANIMAIS:

() DOMÉSTICO () SELVAGEM () OFÍDICO () OUTROS

LOCAL DO ACIDENTE:

() DOMICÍLIO () VIA PÚBLICA () ESCOLA () OUTROS

TIPO DE TRAUMA:

() TCE () ABDOMINAL () TORÁCICO () ORTOPÉDICO () POLITRAUMA
() ESPANCAMENTO () VIOLÊNCIA SEXUAL
() PAI () MÃE () OUTROS () PAI () MÃE () OUTROS

N.º 1 29500 30611

Sauã 19/46



PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DA REDE DE
TRANSFERÊNCIA CRESUS/16º CRES
MACRORREGIÃO SOBRAL.

cl. Juiciano e Genilton
Pl. Santa casa.

SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA CLÍNICA MÉDICA

Unidade solicitante:

Telefone do setor:

Município:

Nome do paciente:

Fabiano dos Santos

Sexo:

Masc ☒

Fem ☐

Data de nascimento:

Idade:

Rua/Número/Bairro/Cidade:

Seuscentas

Filiação:

Fabio Alvep, Edlema da Silva Corvalho.

Médico solicitante:

IVAN RODRIGUES SILVA

Dr. Ivan Rodrigues Silva

Médico

CREMEC: 03109

Diagnóstico(s):

Co-Morbidade(s):

QUEIXA:

Dor Pe direito

DURAÇÃO:

D

M

A

ANAMNESE:

Px que clauda após aci dente de moto com fatura
exposta de pe direito e dor intensa em
joelho direito

SINAIS VITAIS:

PA: 140 X 80 mmHg | FC: 99 bpm | FR: 22 irpm | TAX: 36,5 °C | DX: mg/dl

EXAME FÍSICO:

Pe direito com fatura exposta + dedão
pendurado 60/02 99/.

MEDICAÇÃO E TEMPO DE USO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

CONDUTA NO HOSPITAL DE ORIGEM:

Dr. Ivan Rodrigues Silva

Médico

CREMEC 17619

Data da solicitação 09/10/16

Frank S. S.

Assinatura do médico com carimbo

RUA 24 DE MAIO, 698 - CENTRO - CAMOCIM - CEARÁ - FONE: (88) 3621.1122 / 3621.1250

DADOS DO PACIENTE

Matrícula...: 890313
Paciente...: FABRICIO CARVALHO ALVES
Sexo...: MASCULINO
Dt. Nasc...: 07/02/2001
Mãe...: EDILENE DA SILVA CARVALHO
Pai...:
E. Civil...: SOLTEIRO
Endereço...: KM 12
Bairro...: ZONA RURAL
Cidade...: CAMOCIM
Fone...: 994221200

CPF...: 08171382347

Idade...: 15a 8m 2d
Cor...: PARDA
CNS...:

Nº...: 0
CEP...: 62400-000
UF...: CE

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome...:
Endereço...:
Documento...:
Fone...:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento...: 4642844
Data...: 10/10/2016
Procedimento...: 0408050470 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS
Médico...: CRISTOVAO ALVES LIMA
Unidade Int...: EMERG ADULTO - OBSERVACAO
Tipo...: OBS. ADULTO 22
Convênio...: SUS - SIH
Plano...: 1
Parteira...:
Guia...:

Atendente...: KLISMAN LINO
Hora...: 00:32

Permanência...: 3 Dias

Santa Casa de M. de Sobral
S.A.M.E.
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
/2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
Improvante da Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1/1
Emitido por: ANA_PAULA
Em: 12/10/2016 13:52

Atendimento: 4642844

Dt Atendimento: 10/10/2016 - 00:32

Dt Alta: 12/10/2016 - 13:40

Paciente: 890313 FABRICIO CARVALHO ALVES

Serviço: 35 OUTROS SERVICOS

Convênio: 1 SUS - SIH

Leito: 548 LEITO 1127 - ONCOLOGIA

Plano: 1 SUS - SIH

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ANA_PAULA

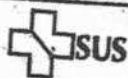
CID: S927

FRATURAS MULTIPLAS DO PE

Procedimento de Alta

0408050470 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS

Observação de Alta



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

fls. 20

LAUDÔ PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

4 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

ATEND.: 4642844 DT. ATEND.: 10/10/2016 - 00:32

MATRI.: 890313 NASCIMENTO.: 07/02/2001

NOME... FABRICIO CARVALHO ALVES

MAE... EDILENE DA SILVA CARVALHO

CPF... 08171382347 CNS: SUSFACIL:

ENDER.: KM 12 0

BAIRRO: ZONA RURAL - CAMOCIM

-CE- CEP: 62400000

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

ASCIMENTO

Masc. 1

Fem. 3

10 - RAÇA/COR

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com relato de acidente de trânsito.
Apresentando fratura exposta do peroneo quadrado.
Diagnóstico de fratura exposta do peroneo quadrado.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicações

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese + exame físico + radiografia

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura exposta do pé direito

24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUND. 26 - CID 9 CAUSAS ASSOC.

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Cristovão Alves Lima

MÉDICO

CRM-MG: 13.989

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10/10/16

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Cristovão Alves Lima

MÉDICO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA

fls. 21



ATEND.: 4642844 DT. ATEND.: 10/10/2016 - 00h32
MATR.: 890313 NASCIMENTO.: 07/02/2001
NOME.: FABRICIO CARVALHO ALVES
MAE.: EDILENE DA SILVA CARVALHO
CPF.: 08171382347 CNS: SUFACIL:
ENDER.: KM 12 0
BAIRRO: ZONA RURAL - CAMOCIM

-CE- CEP: 62400000

QP:

HDA:

Paciente com relato de acidente de trânsito.
Apresenta ferimento exposto do 1º pododáctilo D.

EXAME FÍSICO:

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia K. Montenegro
COORDENADORA

DIAGNÓSTICO INICIAL: FX exposta do 1º pododáctilo direito.

CONDUTA:

Do CC- TRAUMA TOLOGIA

DADOS DO PACIENTE

Matrícula...: 890313
Paciente...: FABRICIO CARVALHO ALVES
Sexo...: MASCULINO
Dt. Nasc...: 7/2/2001
Mãe...: EDILENE DA SILVA CARVALHO
Pai...:
E. Civil...: SOLTEIRO
Endereço...: KM 12
Bairro...: ZONA RURAL
Cidade...: CAMOCIM
Fone...: 994221200

CPF...: 08171382347
Idade...: 15a 8m 25d
Cor...: PARDA
CNS...: 898001966327104

Nº...: 0
CEP...: 62400-000
UF...: CE

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome...:
Endereço...:
Documento...:
Fone...:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento...: 4666032
Data...: 02/11/2016
Procedimento...: 0401020037
Médico...: ANTONIO AGOSTINHO MOURA
Unidade Int...: UI ONCOLOGIA
Leito...: LEITO 1134 - ONCOLOGIA
Convênio...: SUS - SIH
Plano...: 1
Arteira...:
Guia...:

Atendente...: THIAGO FS
Hora...: 07:00
Permanência...: 3Dias
ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL


Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
V2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1/1
Emitido por: LEDA.COSTA
Em: 03/11/2016 12:45

Atendimento: 4666032

Dt Atendimento: 02/11/2016 - 07:00

Paciente: 890313 FABRICIO CARVALHO ALVES

Dt Alta: 03/11/2016 - 11:29

Serviço: 35 OUTROS SERVIÇOS

Convênio: 1 SUS - SIH

Leito: 546 LEITO 1125 - ONCOLOGIA

Plano: 1 SUS - SIH

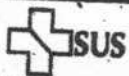
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: LEDA.COSTA

CID: L97 ULCERA DOS MEMBROS INFERIORES NAO CLASSIFICADA EM OUTRA

Procedimento de Alta: 0401020037 - ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL

Observação de Alta



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

13440051338 fls. 23

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES
3 0 2 1 1 1 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES
3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

ATEND.: 4666032 DT. ATEND.: 2/11/2016 - 07:00
MATR.: 890313 NASCIMENTO.: 7/2/2001
NOME.: FABRICIO CARVALHO ALVES
MAE.: EDILENE DA SILVA CARVALHO
CPF.: 08171382347 CDS: 898001966327104 SUSFACIL:
ENDER.: KM 12 D
BAIRRO: ZONA RURAL - CAMOCIM

-CE- CEP: 62400000

7 - SEXO
Masculino ☒ 1 Feminino ☒ 3

10 - RAÇA/COR

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Apresenta quadro clínico de
nítido tipo frênico recente de
doença de caráter crônico*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico normal

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Pré-existente em pré-operatório

24 - Cód. 10 PRINCIPAL 25 - Cód. 10 SECUND. 26 - Cód. 10 CAUSAS ASSOC.

0097

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Anexo de pele total

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0 4 0 1 0 2 0 0 3 7

29 - CLÍNICA

1

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

2

31 - DOCUMENTO

() CNS

() SUSF

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

2 1 8 5 4 9 6 2 1 2 1

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

02/11/2016

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

618 288 233-68
José Ronaldo Vasconcelos da Graça
Médico Auditor - Demissus - Sobral - Ce

07 NOV. 2016

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

COMARCA DE CAMOCIM



ESTADO DO CEARÁ



CARTÓRIO COÊLHO

PRIMEIRO OFÍCIO

Rua José de Alencar, 1153 - Sala 1-2 Fone/Fax: (88) 621-0085.
Escrituras, Procurações, Reconhecimento de Firmas e Autenticações

OFICIALA DO REGISTRO CIVIL - MARIA ENILDA VASCONCELOS COÊLHO
OFICIALA SUBSTITUTA - NARA MARIA VASCONCELOS COÊLHO
ESCREVENTE - MARCONI VASCONCELOS COÊLHO



Certidão de Nascimento

Registro Nº 28.576

Certifico que no livro de Registro de Nascimentos

A Nº 27, às fls 217, sob o Nº 28576, a meu cargo, foi
lavrado aos 23 de Abril, de 2003 o assento de nascimento de

Fabrizio Carvalho Alves
ocorrido em Camocim - Ceará
no dia sete (07) de fevereiro do ano dois mil e
um (2001) às 11:00 horas, sexo masculino

filho(a) de Francisco Fábio Alves
e de Edilene da Silva Carvalho

Avós paternos Francisca Jeronima Alves

Avós maternos Genesio de Carvalho e
Maria Justino da Silva

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE CIENTÍFICA POLÍCIA




Edilene da Silva Carvalho

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2000098137637
Emissão 18/12/2002

NOME ETELENE DA SILVA CARVALHO

FILIAÇÃO DENESIO DE CARVALHO E MARIA JOSÉ DA SILVA

NATURALIDADE CAMOCIM-CE

DATA DE NASCIMENTO 4/3/1984

DOC ORIGEM CERT. NASC. 9.084 L 9 F

CPF 81.988.888/0001

ASSINATURA DO DIRETOR

LENE F. H. DE ARAÚJO

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 012.519.923-00

Nome EDILENE DA SILVA CARVALHO

Nascimento 04/03/1984

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Processos

Relatórios

Trocar Senha

Sair do Sistema

11/09/2017 18:47:56	PRE-CADASTRO COM RESTRICOES: ESTA FALTANDO: -BO -ATENDIMENTO MEDICO -COMPROVANTE BANCARIO E COMPROVANTE DE RESIDENCIA	POLIANA WEIDLE
12/09/2017 10:14:28	PRE CADASTRO ANALISADO E APROVADO	POLIANA WEIDLE
14/09/2017 15:44:50	PROCESSO ENVIADO PARA REANALISE:	ELAINE CRISTINA CARDOSO
20/09/2017 06:53:39	Sinistro alterado para 3170499580	POLIANA WEIDLE
20/09/2017 06:54:26	(MBM SEGURADORA S/A) indicou que os seguintes documentos estão pendentes: Enviar comprovante de residência do procurador atualizado, com data de emissão inferior a 6 meses.	POLIANA WEIDLE
26/09/2017 09:20:39	PROCESSO REABERTO - ENVIADO PARA SEGURADORA LIDER:	ELAINE CRISTINA CARDOSO
03/10/2017 17:13:57	(MBM SEGURADORA S/A) indicou que os seguintes documentos estão pendentes: RAIMUNDO NONATO PEREIRA ALVES - Comprovante de residência (Não conclusivo) - OBS Observações: - Enviar declaração de residência. - Enviar comprovante de residência do procurador atualizado, com data de emissão inferior a 6 meses.	ELAINE CRISTINA CARDOSO
09/10/2017 15:28:52	PROCESSO REABERTO - ENVIADO PARA SEGURADORA LIDER:	ELAINE CRISTINA CARDOSO
25/10/2017 17:38:43	ASL alterado para 035562017	POLIANA WEIDLE
01/11/2017 08:50:18	DADOS DA PER?CIA Data do agendamento: 06/11/2017 Tipo de local: Clínica Nome do local: CLINICA SAUDE DO TRABALHADOR E DA FAMILIA 13:30HS ENDERE?+O Logradouro: RUA AUSTRIA Número: 874 Complemento: Bairro: JUNCO Municipio: SOBRAL UF: CE Telefone: () Celular: ()	POLIANA WEIDLE
08/11/2017 08:13:35	pagamento previsto para dia 13/11/2017,no valor de R\$ 1.012,50	POLIANA WEIDLE
14/11/2017 16:45:55	A ação Efetivar pagamento foi executada.Nome do beneficiário: EDILENE DA SILVA CARVALHO Banco: 104 Agência: 00745 Conta: 000000023090 Dígito: 4 Banco pagador: Brasil	POLIANA WEIDLE



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 503237980

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
DEZ/2017

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
5814344 DV **0**

VENCIMENTO
08/01/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
56,45

DADOS DO CLIENTE

Rota 21 033001 05 037200

Medidor

Poste

Nome EDILENE DA SILVA CARVALHO

13324447

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora

RD DEP MURILO AGUIAR ASSENTAMENTO PALMARES 00006
FLAMENGA CAMOCIM 62400000

RG / CPF / CNPJ

012.619.923-00

CGF

Classe 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
FP 14904	14780	1	124	0	124

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
30/12/2017	30/12/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

BA2F.8450.1C62.71A2.92D9.1D33.7EF3.7BAE

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

CORRECAO MONETARIA DO MES
CORRECAO MONETARIA DO MES
CORRECAO MONETARIA DO MES
MULTA MORATORIA
JUROS DO MES
JUROS DO MES
JUROS DO MES
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 6,55)

0,29
0,32
0,33
0,91
1,24
1,33
2,06

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

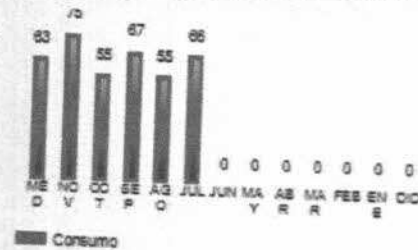
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 19,53

Conjunto CAMOCIM

Mês OUT/ 2017

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,73	21,46	42,92	3,98	0,00	0,00
FIC (un)	7,59	15,19	30,39	2,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,78			2,47		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:
Data de Emissão:

5814344-0
08/12/2017

N° da Nota Fiscal: 503237980
Referência: DEZ/2017

Total a Pagar (R\$): 56,45

N° de Controle: 0005814344 00049 4353 2 23

83880000000-3 56450031000-7 00058143440-4 00494353252-6





CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fulvencio Carmelito Alves, brasileiro(a), solteiro, estudante, portador(a) de cédula de identidade nº. -, inscrito(a) no CPF sob o nº -, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Rua: Dp Manoel Aguiar, nº 06, Bairro -, CEP: - /CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 25 de Abril 2018.

Edilene da Silva Carvalho

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº