

MARCIO DOS ANJOS
Advogados Associados

Assessoria Jurídica

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: ELI VIEIRA DA SILVA

RG: 9906013189 SSP/CE

CPF: 048.935.853-55

Endereço: RUA SAQUARI MA, 251 CONJUNTO PALMEIRAS FORTALEZA-CE
TEL.(085) 985498550

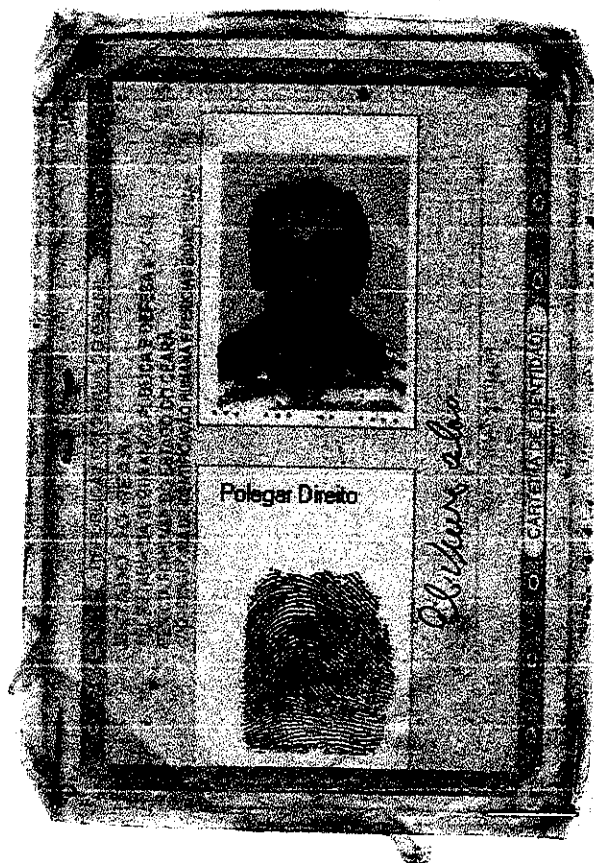
OUTORGADO: MARCIO RIBEIRO DOS ANJOS, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 21145A e inscrito no CPF (MF) REPRESENTAR JUNTO À OAB/CE sob o n.º 080.405.187-92 e **MARIANA ARAUJO MENDES**, brasileira, solteira, inscrita na OAB/CE 23535 e CPF (MF) 015.845.423-57, Advogada, ambos com escritório na Rua: Carlos Ribeiro Pamplona, nº 100, sala 103, Edson Queiroz, Fortaleza/CE, telefones: **(85)3032.3665/98973.8311**

A quem confere os poderes da cláusula "*ad judicium et extra*" para promover a defesa do mandante ou de qualquer interesse seu, seja através de atos de representações, seja intertado ações ou defendendo-o das que contra si forem intentadas; podendo ainda confessar, reconhecer procedência de pedidos, receber citações, transigir, desistir, renunciar a direitos sobre que se fundam ações, dar quitação, firmar compromisso, receber e dar quitação, dando tudo por bom e valioso, com fim específico para AJUIZAR AÇÃO NA JUSTIÇA ESTADUAL DO CEARA OU

Fortaleza -CE. 105 de abril de 2019

ELI VIEIRA DA SILVA

EL VIEIRA DA SILVA





Nota Fiscal - Conta de Energia - Grupo B | Série B.4 | Nº 563538460
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 61135-040 - Fortaleza CE
 CNPJ 07041251/0001-70 | CGF 01.105.848-3

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
FEV/2019

Utilize o nº abaixo sempre
 que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
5962615 **01**

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

Rota 17 01220 21 0269000
 Nome ROSA DELFINO DE SOUZA
 Endereço Postal

Medidor 2209767
 Poste 0000 T60S

End. da Unidade Consumidora RU SAQUAREMA 01251 CJ. PALMEIRAS FORTALEZA 60870120

RG / CPF / CNPJ 601.510.683-21 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 169 Leitura Anterior 162 Constante 1 Consumo (kWh) 7 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 30

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
30	0,52338	15,70

OUTROS PAGAMENTOS
 SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -31,21
 INDENIZAÇÃO MENSAL DE 0,05
 COB. SALDO FATURA ANTERIOR 15,56

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
06/03/2019	26/03/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

A284.7A29.07D6.8BF6.5001.3D57.1D3B.5FF7

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	8,09
TRANSMISSÃO	0,86
DISTRIBUIÇÃO	4,60
ENCARGOS SETORIAIS	1,23
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	0,92

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

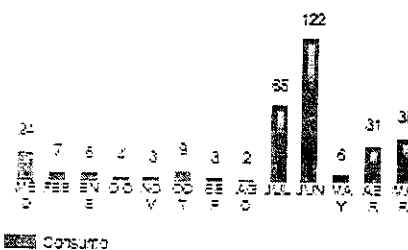
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 7,18

Conjunto MONDUBIM

Mês DEZ/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	4,68	8,01	11,65
FIC (un)	3,17	6,35	12,70	2,00	3,00	7,00
DMIC (h)	2,77			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
		0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

A LENE - ARRABOUE O PARQUE DA BOMBA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS

"PARA CADA LITRO DE LENE EM DEBITO AUTOMATICAMENTE UTILIZARE
 SEU NÚMERO DO CLIENTE E O DÍGITO VERIFICADOR."

Chame os vizinhos - unida e entre no combate ao mosquito transmissor

FATURADO TAXA MÍNIMA

Consta desta fatura R\$ 0,92 referente a PIS e COFINS.

Autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 5962615-1 Nº da Nota Fiscal: 563538460 Total a Pagar (R\$): 0,00
 Data de Emissão: 01/03/2019 Referência: FEV/2019 Nº de Controle:

FATURA PAGADA, NÃO RECEBER

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARIANA ARAUJO MENDES e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 28/05/2019 às 18:31, sob o número 01370298620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0137029-86.2019.8.06.0001 e código 499D624.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Eli Vieira de Silva,
portador(a) da Identidade nº 99006013189 e inscrita no C.P.F sob o nº
098.935.853-55. Declaro para devidos fins que resido no endereço (Rua)
Rua Sequencia, 1251
_____, (Complemento) _____ (Bairro)
Cj. Palmeiras, (Cidade) Fortaleza (Estado) CE,
CEP 60.870-120. Declaro que as informações acima descritas são verdadeiras.

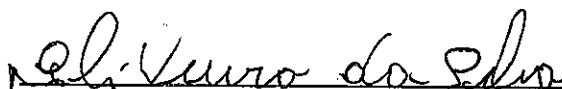
Fortaleza/CE 05 de abril de 2019

Eli Vieira de Silva
Assinatura

DECLARAÇÃO DE POBREZA**NOME: ELI VIEIRA DA SILVA****CPF: 048.935.853-55****ESTADO CIVIL: CASADO****PROFISSÃO: SUPERVISOR**

Declaro de acordo com o art. 1º da lei 7115/83 c/c, não ter condições financeira de arcar com custas judiciais e honorárias advocatícias, sem prejuízo do sustento próprio e da minha família, sendo beneficiário da **GRATUIDADE DE JUSTIÇA**, por força do artigo 5º, inciso LXXIV, da CRFB, e do artigo 4º da Lei 1060/50, com a redação dada pela lei nº 7510/86, indicando para o patrocínio de minha causa os advogados em **PROCURAÇÃO**.

Fortaleza/CE, 05 de abril de 2019

**ELI VIEIRA DA SILVA**

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF			
Nome: ELI VIEIRA DA SILVA			
Nacionalidade: BRASILEIRO		Estado Civil: CASADO	
Profissão: PESCADOR		CPF: 048.935.953-55	
Identidade: 99006013189	Órgão Expedidor: SSP/CE	Data de Expedição: 19/04/2011	
Endereço: RUA: SAQUAREMA			Nº 1251
Complemento:		Bairro: CONJUNTO PALMEIRAS	
Município: FORTALEZA	CEP: 60.870-120	UF: CEARÁ	

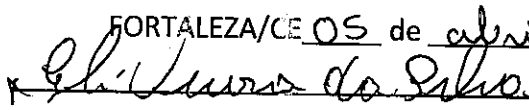
Com a edição da **INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008, DE 25 DE JULHO DE 2008**, deixou de existir a **DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENÇÃO**, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o(a) acima qualificado(a) **DECLARO(A)**, sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que **NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL**

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato jur - idicamente relevante.

Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente

FORTALEZA/CE 05 de abril de 2019

ELI VIEIRA DA SILVA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o(a) Sr.(a) Eli Vieira da Silva
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 o DR. MARCIO RIBEIRO DOS ANJOS, OAB/CE Nº
21.145A, bem como a DRA. MARIANA ARAÚJO MENDES, OAB/CE 23.535, de qualquer
responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza -CE 05 de abril de 2019

Eli Vieira da Silva

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA: _____

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA: _____

85/ 986951664

Fs. 15



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
1703/499B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRICULA:

CARLOS BESSA/1515350

DATA/HORA:

09/04/2017 02:55

Na Rodovia

MUNICÍPIO/UF:

ITAITINGA/CE

BR:

116

KM:

20.0

SENTIDO:

Decrescente

DESCRIPTIVO DO LOCAL:

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:

Plena Noite

CONDIÇÃO METEOROLÓGICA:

Céu Claro

TIPO DE VIA:

Principal

TIPO DE PISTA:

Dupla

CONDIÇÃO DE PISTA:

Seca

TIPO DE PAVIMENTO:

Asfalto

ESTRUTURA VIÁRIA:

Active

LOCALIDADE URBANIZADA:

Não

EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:

Sim

EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:

Não

IMAGEM DO LOCAL DO ACIDENTE:



IMAGEM DE DESCRIÇÃO DO LOCAL:



Sem Imagem

IMAGEM PANORÂMICA SENTIDO CRESCENTE:



Sem Imagem

IMAGEM PANORÂMICA SENTIDO DECRESCENTE:



Sem Imagem

AUXÍLIO DE OUTRO ÓRGÃO:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO AUXÍLIO:

USB 16 RAVENA E WELLINGTON FARIAS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 12/04/2017 16:22

NÚMERO DE CONTROLE: DOC02B1EB091646C9A8E68F8BC68BF

Página 1 de 6

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARIANA ARAUJO MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, provido em 28/04/2019 às 18:31, sob o número 0137029-86.2019.8.06.0001 e código 499D624. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0137029-86.2019.8.06.0001 e código 499D624.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17030499B01

STATUS:
Encerrado

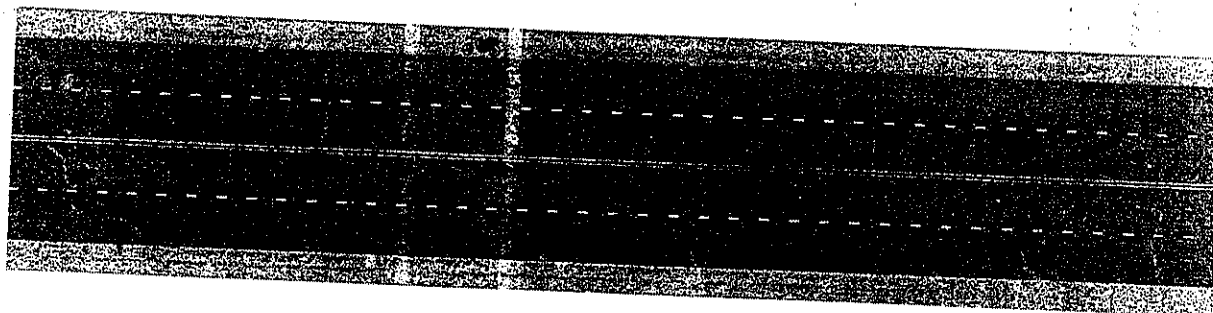
IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:



Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículo Envolvido
1	Atropelamento de Animal	

Croqui



← FORTALEZA

ITAINGA →

Amarração - Não realizada

Narrativa

DE ACORDO COM LEVANTAMENTOS FEITOS NO LOCAL DO ACIDENTE, V1 MXS4845 YAMAHA/YBR 125K, CONDUZIDO POR ELI VIEIRA DA SILVA CPF 048.935.853-55, TRANSITAVA PELA VIA DE ROLAMENTO, EM SENTIDO DECRESCENTE, QUANDO DEPAROU-SE COM UM ANIMAL, TIPO JUMENTO, SOBRE A PISTA DE ROLAMENTO. O CONDUTOR, NÃO HAVENDO CONDIÇÕES DE DESVIAR-SE DO REFERIDO ANIMAL, VEIO A ATROPELA-LO, VINDO O VEÍCULO E CONDUTOR TOMBAR NO ACOSTAMENTO E O ANIMAL SEGUINDO RUMO IGNORADO.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 12/04/2017 16:22

NÚMERO DE CONTROLE: D0C02B1EB091646C9A8EB8F8BC68BF



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO
17030499B0

STATUS
Encerrado

VEÍCULOS			
SEQUENCIAL: V1	PLACA: MXS4845	MARCA/MODELO: YAMAHA/YBR 125K	ANO FABRICAÇÃO: 2007
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta	
CHASSI: 9C6KE092070130311	RENAVAM: 00925717940	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRAS NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
NOME DO PROPRIETÁRIO: FRANCISCO VALNEILSON OLIVEIRA		CPF/CNPJ: 009.526.842-17	
Dados de Endereço			
LOGRADOURO: RUA LINA ALVES DE SOUSA V			NUMERO:
COMPLEMENTO: BL 49 AP 01			BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: FORTALEZA/CE			
TELEFONE:		EMAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
Encaminhamento			
MOTIVO: Outros		TIPO DE RECEPTOR: Unidade PRF	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: VEÍCULO COM DÉBITO DE LICENCIAMENTO SILVER			
IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:  Sem Imagem		IMAGEM DE CRONOTACÓGRAFO:  Sem Imagem	
IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:  Sem Imagem			

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 12/04/2017 16:22

NÚMERO DE CONTROLE: D0C02B1EB091646C9A8EB8F8BC68BF



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17030499B01

STATUS:
Encerrado

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / MXS4845 / YAMAHA/YBR 125K

NOME:

ELI VIEIRA DA SILVA

CPF:

048.935.853-55

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

ESTADO CIVIL:

NOME DA MÃE:

MARIA VIEIRA DA SILVA

ENVOLVIMENTO:

Condutor

DATA DE NASCIMENTO:

18/11/1956

SEXO:

Masculino

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

SAQUAREMA

COMPLEMENTO:

NÚMERO:

1251

MUNICÍPIO/UF:

FORTALEZA/CE

TELEFONE:

008587173425

EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:

Lesões Graves

USAVA CAPACETE:

Sim

TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL:

Não

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

NÃO APLICÁVEL

USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

NÃO APLICÁVEL

RESULTADO DO TESTE:

RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:

Não

DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:

DEVIDO AO ESTADO FÍSICO DO CONDUTOR, NÃO FOI POSSÍVEL REALIZAR TESTE DE ALCOOLEMIA

VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:

Não

SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:

Não

Encaminhamento

MOTIVO:

Socorro médico

TIPO DE RECEPTOR:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:

USB 16

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:



Sem Imagem



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



15 19
PROTOCOLO:
17030499B01

STATUS:
Encerrado

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / MXS4845 / YAMAHA/YBR 125K

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

CARLOS BESSA/1515350

NÚMERO DO BAT:

17030499B01

DATA/HORA:

09/04/2017 02:55

Item	Nome da Peça	Item danificado no acidente		
		SIM	NAO	INA
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 12/04/2017 16:22

NÚMERO DE CONTROLE: D0C02B1EB091646C9A8EB8F8BC68BF

Página 5 de 6

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARIANA ARAUJO MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 28/05/2019 às 18:31, sob o número 01370298620198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0137029-86.2019.8.06.0001 e código 499D624.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17030499B01

STATUS:
Encerrado

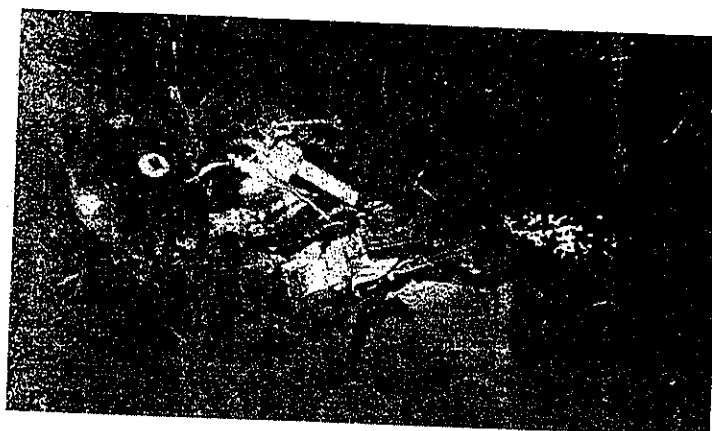
FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 12/04/2017 16:22

NÚMERO DE CONTROLE: DOC02B1EB091646C9A8EB8F8BC68BF

Página 6 de 6

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 09/04/2017 04:22:12	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 702900544558874	NOME: ELI VIEIRA DA SILVA			Registro: 5503253			
CPF: 04893585355	RG: 99006013189	D. NASC: 18/11/1956	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA VIEIRA DA SILVA			NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: SAQUAREMA		Nº: 1251	BAIRRO: CONJUNTO PALMEIRAS			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 987173425	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60870120			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SAMU USB 16		PARENTESCO:		TELEFONE: 987173425			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motociclista							
QUEIXAS: hopje colisão moto com animal, trauma de umero							
OBSERVAÇÕES: evento recente							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
SERVIÇO DE PROTOCOLO - 101 PARTEIRADA PELO SISTEMA E-SUS DATA 08-05-18 MATRICULA 16.888-1-18 <i>[Assinatura]</i> SERVIDOR(A)							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

ATESTADO MÉDICO

NOME: ELI VIEIRA DA SILVA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE SUPRACITADO É
ACOMPANHADO NO SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA DO IJF, POR:

FRATURA DE COTOVELO GRAVE – SUBMETIDO A ARTRODESE DE
COTOVELO.

NO MOMENTO FRATURA CONSOLIDADA, POREM PACIENTE COM
ARTRODESE DE COTOVELO.

SEQUELAS ESSAS DE CARATER DEFINITIVO.

CID.: T92 + S42 + S52.0

Dr. Heitor Dour
Médico
CREMEC 18361

FORTALEZA 14 DE DEZEMBRO DE 2018

ATESTADO MEDICO

NOME: ELI VIEIRA DA SILVA

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE
SUPRACITADO É ACOMPANHADO NO AMBULATÓRIO DE
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DO IJF POR FRATURA GRAVE
DE ÚMERO DISTAL DIREITO EM ABRIL DE 2017

PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO
COM FIXADOR EXTERNO PARA POSSÍVEL ABORDAGEM
CIRÚRGICA DEFINITIVA NUM SEGUNDO MOMENTO.

NO MOMENTO, PACIENTE EVOLUI COM FRATURA
REDUÇÃO IMPORTANTE DE ADM EM COTOVELO DIREITO.

AGUARDA EXAME DE IMAGEM(TOMOGRAFIA) PARA
PROGRAMAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO, DE ACORDO
COM O RESULTADO DO EXAME.

POR ENQUANTO SEM PREVISÃO DE ALTA DO
AMBULATÓRIO.

AO SETOR DE PERÍCIAS MÉDICAS.

Fortaleza – CE, 10 DE AGOSTO DE 2017

Dr. 
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 17577

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/ AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE (APAC)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

2 - CNES:
2529149

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE:

eli viana da silva

4 - Nº PRONTUÁRIO:
5503253

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

6 - DATA DE NASCIMENTO:

7 - SEXO:
☐ MASCULINO ☐ FEMININO

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

9 - TELEFONE DE CONTATO:
DDD: Nº TELEFONE:

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:

13 - UF:

14 - CEP:

PROCEDIMENTO PRINCIPAL SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL:

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TC de Coluna Cervical

17 - QTDE
01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S) SOLICITADO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:

19 - NOME PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:

20 - QTDE

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:

22 - NOME PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:

25 - NOME PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:

28 - NOME PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:

31 - NOME PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:

32 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO:

fratura distal

34 - CID 10 PRINCIPAL
S924

35 - CID 10 SECUNDÁRIO

36 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

37 - OBSERVAÇÕES:

Paciente com fratura grave de osso distal, sendo tratado inicialmente com fixação externa e abordagem cirúrgica num segundo momento.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

39 - DATA SOLICITAÇÃO:

ERIVANÉ BRUNO OSÓRIO NETO 10/08/2017

42 - ASSINATURA/ CARIMBO COM No CR

40 - DOCUMENTO:

41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO SOLICITANTE:

Erivané Osório
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-EC 17574

() CNES () CPF

10111919101311-12111

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR:

49 - No AUTORIZAÇÃO (APAC)

45 - DOCUMENTO:

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO AUTORIZADOR:

() CNES () CPF

47 - DATA AUTOZAÇÃO

48 - ASSINATURA/ CARIMBO (No REGISTRO DO CONSELHO)

50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC:



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO :5503253

NOME: ELI VIEIRA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO:18/11/1956

PAI:N.C

MÃE: MARIA VIEIRA DA SILVA

DATA DE ATENDIMENTO: 09/04/2017

DATA DE SAÍDA:04/05/2017

MOTIVO: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, SENDO ADMITIDO NO IJF EM 09/04/2017, ÀS 04h12min, COM FRATURA EXPOSTA DE COTOVELO DIREITO E FRATURA FECHADA DE TORNOZELO ESQUERDO.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE COTOVELO DIREITO NO DIA 09/04/2017 PELO DOUTOR MOACIR BEZERRA, TRAUMATOLOGISTA, SUBMETIDO A TRATAMENTO ANTIBIOTICOTERAPICO, SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA FECHADA DE TORNOZELO ESQUERDO, EVOLUINDO SEM INTERCORRENCIAS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 04/05/2017, RETORNO AGENDADO AMBULATORIALMENTE.

"DECLARAÇÃO DIGITADA EM 30/04/2018"

Dr. Osmar Azevedo Aguiar Filho
Médico

CRM 5403

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE /NUAME / IJF

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Traumatologia-Ortopedia

Laudo Médico/Resumo de Alta - Serviço de

No. HOSPGESTOR: 32015

LEITO:

NOME: ELI VIEIRA DA SILVA

DATA DE INTERNACAO: 09/ 04/ 2017

BE/PRONT: 5503253

DATA DA ALTA: 04/05/2017

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

NASCIMENTO: 18111956

IDADE: 60

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE COTOVELO DIR (OPERADA) + FRATURA DE TORNOZELO ESQ (CONSERVADOR)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-OPERATORIOS: 1. SEGUIR PRESCRIÇÃO 2. CUIDADOS COM FIXADOR EXTERNO 3. RETORNO AO AMBULATORIO DO DR. CLODOALDO E CITRAFE EM 2 SEMANAS

TELEFONE:

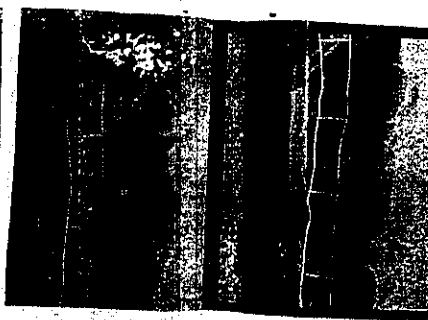
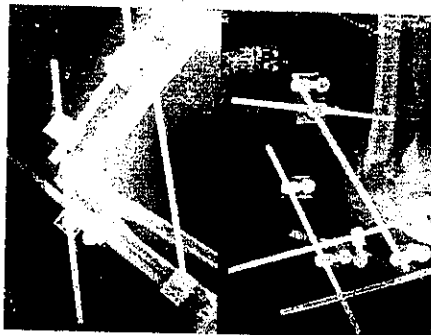
CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA

EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: CLODOALDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO



Mapa de Cirurgias

MAPA DO DIA 02/05/2017 - Terça-Feira

25 6 07:30 1715 AUGUSTO TADEU RESIDENTE INDEFINIDO

CX PEQUENOS FRAGMENTOS BLOQUEADOS + CX BASICA TO PARA MMII + TREPANO PNEUMATICO MACON

MARCADA

FRATURA DE COTOVELO DIR BE:5503253

Marcado por:
HALINE MAGALHAE em:
28-04-2017 11:28:07

Marcel Raimundo Quiróz
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 17421

Ass.:

Retornar dia: / / Hora: para Dr.

Data: 4/5/17

Imprimir

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	ELI VIEIRA DA SILVA		
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	09 04 2017	DATA DA ALTA:	04/05/2017
BE/PRONT:	5503253	CIDADE DE ORIGEM:	FORTALEZA
IDADE:	60		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE COTOVELO DIR (OPERADA) + FRATURA DE TORNOZELO ESQ (CONSERVADOR)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:	1. SEGUIR PRESCRIÇÃO 2. CUIDADOS COM FIXADOR EXTERNO 3. RETORNO AO AMBULATORIO DO DR CLODOALDO E CITRAFE EM 2 SEMANAS		
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	CLODOALDO		
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO		

Marcel Robim Queiroz Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CREMEC 17421		Retornar dia: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>2017</u> Hora: <u>10</u> para Dr. <u>Citrafé</u>	
Ass: <u>418112</u>		Dispensa do trabalho por : <u>90 dias</u>	
Data : <u>4/8/17</u>		Imprimir	



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Elis Viana da Silva

Idade: 60 anos

Prontuário: 5503253

meses: _____

Unidade: _____

Leito: _____

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente internado para realização de cirurgia
interna em resposta a problema febril
sem intercorrências

Diagnóstico Principal: _____

Diagnósticos Secundários: _____

Seqüelas Apresentadas: _____

Procedimentos Cirúrgicos:

() Não

1- Cirurgia realizada: _____

Tipo de anestesia/Sedação: _____

Cirurgião: _____

Data: ____/____/____

2- Cirurgia realizada: _____

Tipo de anestesia/Sedação: _____

Cirurgião: _____

Data: ____/____/____

3- Cirurgia realizada: _____

Tipo de anestesia/Sedação: _____

Cirurgião: _____

Data: ____/____/____

4- Cirurgia realizada: _____

Tipo de anestesia/Sedação: _____

Cirurgião: _____

Data: ____/____/____

5- Cirurgia realizada: _____

Tipo de anestesia/Sedação: _____

Cirurgião: _____

Data: ____/____/____

6- Cirurgia realizada: _____

Tipo de anestesia/Sedação: _____

Cirurgião: _____

Data: ____/____/____

Procedimentos Invasivos/Exames

() Sim

() Não

1- _____

Data: ____/____/____

2- _____

Data: ____/____/____

SINISTRO 3170659001 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ELI VIEIRA DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO ELI VIEIRA DA SILVA**CPF/CNPJ:** 04893585355**Posição em 05-07-2018 08:05:07**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
06/07/2018	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00