

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):
NOME: Francisco Clenton De Oliveira Silva

 Brasileiro(a), Estado Civil: Casado

 Profissão: Apicultor, Portador(a) da identidade nº 20076609825

 SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 834.202.823-20

 Telefone: (85) 9689-5103 residente e domiciliado(a) a Rua

Povoado Pai João n.º 51Nº

 Bairro: Distrito Pai João, Cidade: Aratuba CEP: 62762-000

 Email: não possui

OUTORGADOS: SOCIEDADE DE ADVOGADOS ROSSI E ROSSI ADVOCACIA, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ n.º 28.563.742/0001-44 com inscrição da OAB/SC n.º 3783, localizada na Rua João Jose da Silva n.º 70, Bairro Aririú, Palhoça, SC, CEP 88.135.040, neste ato representada por seus advogados, **DR. REGINALDO PEREIRA ROSSI**, brasileiro, casado, advogado inscrito junto à OAB/CE sob n.º 29.065 e OAB/SC sob n.º 39.931, **DR.a JANAINA ROBERTO NUNES**, Advogada, inscrita junto a OAB/CE sob o n.º 11.606.

PODERES:

O OUTORGANTE nos termos do art. 105 do CPC, nomeia e constitui os OUTORGADOS seus bastante Procuradores, para, em conjunto ou separadamente, REPRESENTA-LO(A) em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, com os poderes da cláusula "ad judicium" e "extra" e os especiais de transigir, desistir, acordar, dar e receber quitação, receber intimações, coletar e sacar alvará e destacar os honorários contratuais e sucumbenciais, requerer o benefício da assistência judiciária gratuita nos termos do CPC e CRFB/88 e praticar todos os atos indispensáveis ao fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reservas. Podendo receber alvarás, sacar valores, receber e assinar acordos e contratos e todo e qualquer ato indispensável ao cumprimento do respectivo mandato, inclusive **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em meu nome, contra Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT**.

 Baturité, 06/12/2019
Francisco Clenton de Oliveira Silva

ASSNATURA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: Francisco Clerton De Oliveira Silva
 Brasileiro(a), Estado Civil: Casado
 Profissão: Agrônomo, Portador(a) da identidade nº 20046609825
 SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 834.202.823-20
 Telefone: (85) 93689-5103 residente e domiciliado(a) a Rua Avocado Pai João n.º 511
 Bairro: Distrito pai João, Cidade: Baturité CEP: 62460-000
 Email: não possui

DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98, §1º do Código de Processo Civil de 2015, de forma que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Baturité, 06 / 12 / 2019.

Francisco Clerton de Oliveira Silva
ASSNATURA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
 VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL 1407037565	NOME FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA
	OCCUPACAO / ORG. EMISSOR UF 20076609825 SSPDS CE
	CPF 834.202.823-20 DATA NASCIMENTO 17/03/1975
	RENCAO FRANCISCO LIMA DA SILVA MARIA ELIENS DE OLIVEIRA SILVA
	RENCAO ACT CAT. HAB. 06513760844 21/11/2015 25/11/2015
PROIBIDO PLASTIFICAR 1407037565	OBSERVAÇÕES EXERCE ATIV REMUNERADA;
	 ASSINATURA DO PORTADOR
	LOCAL QUIXADA, CE DATA EMISSAO 15/12/2016
	 ASSINATURA DO EMISSOR
	50004853856 CE156869179
DETRAN-CE (CEARA)	

Nº DO CLIENTE
7177725

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.106.848-3

543304070

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº
19 27020 53 123800 - 7

Rota **19 27020 53 123800 - 7** Data de Emissão **27/09/2018**

Nome **FRANCISCO LIMA DA SILVA**

End. Postal **PV PAI JOAO 00000**

DISTRITO PAI JOAO - ARATUBA - 62762000

Medidor **2397337** Poste **0000 0000**

Classe **B2 - 04-RURAL 01-AGROPECUARIA MONOFASICO**

RG / CPF / CNPJ **901573703-72** CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Set/2018	27/09/2018	27/10/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto **Jul/2018** **EUSD 45,07**

Mês **DICI = 0,00 P**

Padrão Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
10,55	21,17	42,34	12,55	0,00	0,00
DIC 7,59	15,19	30,39	4,00	0,00	0,00
FIC 5,00			5,71		
DMIC					

ICMS

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
C92A.53F4.0878.D93B.219D.2078.FCA6.B8C8

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (KWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)
FP 9302	9179	1,00	123	0,00	123	0,40412	49,70
27/09/18	28/08/18		30 DIAS		123		49,70

VALOR (R\$)
49,70
-1,68

DESCRIÇÃO
VALOR CONSUMO DO MES
INDENIZACAO MENSAL DIC
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 6,29)

VENCIMENTO **04/10/2018**

TOTAL A PAGAR (R\$) **48,02**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	26,55
Transmissão	2,83
Distribuição	15,13
Encargos Setoriais	4,05
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	1,14
TOTAL	49,70

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

218	123	138	269	243	238	226	216	230	264	235	224	211
Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
48,02	0,00	0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor Da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 1,14 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,42% e COFINS:1,91%
(Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e Lei n. 10.637/02 e 10.833/03)

Estamos em R.

DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

EU: Francisco Elton De Oliveira Silva

Brasileiro(a), Estado Civil: Casado

Profissão: Agricultor, Portador(a) da identidade nº 20076604825

SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 834.202.823-20

Telefone: (85) 9689-5103 residente e domiciliado(a) a Rua Povoado Pai João n.º 51Nº

Bairro: Distrito pai João, Cidade: Aratuba CEP: 62762-000

Email: não possui

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS LEGAIS QUE RESIDO NA RUA

Povoado Pai João n.º 51Nº

Bairro: Distrito pai João, Cidade: Aratuba CEP: 62762-000

Por ser verdade, firmo a presente.

Baturité, 06/12/2019.

Francisco Elton de Oliveira Silva
 ASSNATURA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

 EU: Francisco Elton De Oliveira Silva

 Brasileiro(a), Estado Civil: Casado

 Profissão: Agricultor, Portador(a) da identidade nº 20076609825

 SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 834.202.823-20

 Telefone: (85) 9689-5103 residente e domiciliado(a) a Rua

Povoado Pai João n.º 51Nº

 Bairro: Distrito pai João, Cidade: Aratuba CEP: 62762-000

 Email: não possui

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS LEGAIS QUE tenho total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em meu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza ou Baturité, resultando, ainda que até a presente data não propus ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos apresentados.

Outrossim, declaro ainda, estar ciente de minha responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos narrados, 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 litude dos fatos juridicamente relevantes, exonerando os advogados **DR. REGINALDO PEREIRA ROSSI**, brasileiro, casado, advogado inscrito junto à OAB/CE sob nº 29.065 e OAB/SC sob nº 39.931 e **DRª. JANAINA ROBERTO NUNES**, brasileira, casada, advogada, inscrita junto a OAB/CE sob nº 11.606, de qualquer responsabilidade civil e/ou Criminal.

Baturité, 06/12/2019.
Francisco Elton De Oliveira Silva
 DECLARANTE

TESTEMUNHAS:
NOME: ELTON JHONES ALVES DA SILVA
CPF: 063.185.183.63
ASSINATURA:
NOME: ALESSANDRA LOPES DA SILVA
CPF: 062.540.643-59
ASSINATURA:

DECLARAÇÃO DO IRRF

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB N.º 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei 7.115/83, o(a) acima qualificado(a) DECLARA, sob pena das sanções civis, administrativas e criminais, que **NÃO POSSUI RENDIMENTOS QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRRF À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL.**

Declaro ainda, ter ciência do que dispõe o art. 299 do Código Penal Brasileiro:

“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 juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.”

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente.

Baturité, 06/12/2019.

Francisco Elton de Oliveira Silva
 DECLARANTE

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e da outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. . 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. . 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. . 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. . 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. . 5º - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.

JOÃO FIGUEIREDO

Ibrahim Arbi-Ackel

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DO LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL

 EU: Francisco Clerton de Oliveira Silva

 Brasileiro(a), Estado Civil: casado

 Profissão: Agricultor, Portador(a) da identidade nº 2007 6609825

 SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 834.202.823-20

 Telefone: (85) 9689-5103 residente e domiciliado(a) a Rua

Distribuidor - povoado Frei João n.º 51N

 Bairro: Dis. Frei João, Cidade: Matubar CEP: 62762-000

 Email: não possui

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que estou impossibilitado de aprestar o laudo pericial do Instituto Médico Legal – IML, para os requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei n.º 6.194/1974) e do processo judicial, uma vez que:

- ☒ não há estabelecimento do IML no Município de minha residência; ou
 () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
 () estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 dias do respectivo pedido, não havendo tempo hábil pra tal;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, seja administrativo ou judicial, para cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal – IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau de lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei n.º 6.194/1974.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação ou renúncia de direito em impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Francisco Clerton de Oliveira Silva Baturité, 06/12/2019
DECLARANTE

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA



Impresso nº 2018296164

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 1805 / 2018

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **13/12/2018 08:49:18**Data / Hora da Ocorrência: **23/07/2018 05:30:00**Endereço da Ocorrência: **VILA SÃO FRANCISCO**

Complemento:

Bairro: **VILA SÃO FRANCISCO** Município: **CAPISTRANO/CE**Ponto de Referência: **ALTAR DE SÃO FRANCISCO****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA**Nascimento: **17/03/1975** CPF: **834.202.823-20**CNH: **1407037565**Orgão Emissor: **DETRAN**UF: **CE**Filiação: **MARIA ELIENE DE OLIVEIRA SILVA****FRANCISCO LIMA DA SILVA**Endereço: **SITIO PAI JOÃO**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **ARATUBA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(85) 99689-5103****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **PMJ4284** Uf: **CE** Município: **GUARAMIRANGA** Chassi:**9C2KC1660FR050073** Renavam: **1051909802** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN EX** AnoFabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**Cor: **VERMELHA** Proprietário: **LUCAS QUITERIA NUNES** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

A vítima informa que conduzia o veículo acima discriminado, quando ao passar pelo local citado, um cachorro atravessou na frente do veículo sendo que a vítima ao atropelar o animal, perdeu o controle do veículo e caiu ao solo. A vítima informa que ao cair, o veículo caiu por cima de sua perna direita, causando-lhe fratura no joelho direito. A vítima informa que foi socorrida por um popular até o Hospital de Capistrano, onde foi transferida para o Hospital de Aracoiaba, onde foi atendida e liberada. A vítima informa que começou a sentir fortes dores e retornou ao Hospital de Aracoiaba na data de 31/07/2018, onde foi atendido e passou por procedimento cirúrgico ficando internada até a data de 21/08/2018, quando recebeu alta.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CLÁUDIO GALL - MAT.: 106210-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Francisco Clerton de Oliveira Silva*

VISTO DO DELEGADO(A) :

DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

Consolidado em: 13/12/2018 09:06:17

Paula Pereira Sebastião
Delegada de Polícia Civil
Mat. 301242-1-9

Pág. 1 de 2

Impresso em: 13/12/2018 09:06:17

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

**Impresso nº 2018296164****BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 1805 / 2018****PAULA PEREIRA SEBASTIAO - MAT.: 30124219**



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE N.S. DE NAZARÉ



FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR

NOME: Francisco Cleiton Oliveira Silva IDADE: 44a

SEXO: M DATA DO ATENDIMENTO: 23/07/18 ENDEREÇO: Japão

HDA: Paciente refere quadro de dor em
região costal esquerda há 02 dias.

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

EXAME FÍSICO:

DESTINO DO PACIENTE Para internar

☐ DOMICILIO

☐ ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Daniel Átila Barbosa
Médico
CREMEC 19554

☒ TRANSFERÊNCIA

☐ ÓBITO

☐ INTERNAMENTO

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE ARATUBA
SISTEMA DE REFERÊNCIA | CONTRA REFERÊNCIA

Transferência

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

Motorista: _____

Placa/Veículo: _____

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Fco AELTON DE OLIVEIRA SILVA		L. 155800 15053	
Idade	Profissão:	Sexo:	Data de nascimento
Pai	Mãe:	Telefone Contato	
Documentação RG	CPF	Certidão de Nascimento / Casamento	Cartão Nacional do SUS (CNS)
Endereço:	Bairro:	Município	CEP
Unidade Adscritiva:	Agente de saúde:		
Encaminhado(a) do(a):	Para:		
HOSP. ARATUBA	TRAUMATO-ORTOPEDISTA (ARATUBA)		

Motivo do encaminhamento:

HÁ 8 DIA QUEM DE MOTO COM FERRIMENTOS EM MÃO.
NA PERCUSSÃO EXAMES E IMAGEM A FRAÇA.
ATUALMENTE, COM DOR INTENSA, EDEMA E IMPOSSIBILIDADE
DE MOBILIZAÇÃO DA ARTICULAÇÃO. APRESENTA TAMBÉM AUMENTO DE
TEMPERATURA NA LOCAL.
SOLICITO AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA

Dr. Vitor Hugo de Faria
Médico
CREMEC: 19.441

Data: 31/10/2018

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

Nome:

Procedimentos:

Responda por favor:

1) Diagnóstico foi correto?

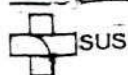
2) Havia necessidade de encaminhamento?

Sim () Não?

Sim () Não?

Data: 31/10/2018

Consultante



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☒

9 - SEXO

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
N.º DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA DA SAÚDE

FOLHA SUMÁRIO DE INTERNAMENTO

L-509

SABE 47.22		CLÍNICA E.T		BLOCO/LEITO		CATEGORIA SUS	
NOME Fie Elton de Oliveira Silva		REGISTRO 059.046		NATURALIDADE Ceará		SEXO M	
ESTADO CIVIL Casado		PROFISSÃO Agente de Saúde		IDADE 45		COR p.	
RESIDÊNCIA Rua Jate 1		BAIRRO		GRAU INSTRUÇÃO Fund. Incompleto		PROCEDÊNCIA Ceará	
FILIAÇÃO Fie Elton de Oliveira		FONE		NOME DO CONJUGE Fie Elton de Oliveira Silva		PARENTESCO	
PESSOA A NOTIFICAR EM CASO DE URGÊNCIA		RESIDÊNCIA		BAIRRO		FONE	
RESPONSÁVEL		RESIDÊNCIA		BAIRRO		FONE	
DOCUMENTO APRESENTADO PARA INTERNAÇÃO		DATA DA INTERNAÇÃO 21/07/18		DATA DA SAÍDA 21/07/18		DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		TIPO		DESTINO DADO AO PACIENTE		ÓBITO	
☐ 1 GRAU ☐ 2 MELHORADO ☐ 3 INALTERADO ☐ 4 A PEDIDO ☐ 5 INTERNADO PARA DIAGNÓSTICO		☐ 6 ADMINISTRATIVO (CHEFIA MÉDICA OU SUPERVISÃO DO 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 COM 72 hs E NA 1ª SEMANA APÓS ATO OPERATÓRIO ☐ 5 ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO DEPOIS DA PRIMEIRA SEMANA APÓS ATO OPERATÓRIO ☐ 6 ÓBITO POR ANESTESIA		CÓDIGO	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIOS		CÓDIGO		OPERAÇÃO		CÓDIGO	
ÓBITO ☐ ANTES DE 24hs ☐ DEPOIS DE 24hs		AUTÓPSIA ☐ SIM ☐ NÃO		OBSERVAÇÕES			
Procedimento realizado pelo SUS (Sistema Único de Saúde) sem nenhum ônus para o paciente ou qualquer tipo de convênio.							
_____ DIRETOR DO HOSPITAL							
_____ SAME - FUNCIONÁRIO				_____ MÉDICO ASSISTENTE - CRM			

The image is a severely degraded and mirrored scan of a document. It appears to be a form or report with multiple sections. The text is mostly illegible due to the quality of the scan, but some words are visible, such as "REPORT", "DATE", "TIME", "PLACE", "REMARKS", and "SIGNATURE". The document is oriented horizontally, but the scan is mirrored, making the text appear as if it is being read from the back. There are also some handwritten notes and signatures visible, though they are difficult to decipher.

DATA 16/08/18

2º Auxiliar - Apoio de Gabinete - Juízo Co-
ordenador / Administração
(1998-2001)

2º Auxillar - Ass. e Carimbo

Código		Respiração	Líquidos	Agentes Anestésicos
V	P.P. Arterial	☒ Pulso		
A	X Anestesia	☐ Operação		

sumo de material e medicamentos.

Data / /

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por REGINALDO PEREIRA ROSSI e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 08/05/2020 às 15:10 , sob o número 02268991.120208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pq/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0226899-11.2020.8.06.0001 e código 66F2EED.

SINISTRO 3190342476 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE COR. SEGUROS EIRELI
BENEFICIÁRIO FRANCISCO CLERTON DE OLIVEIRA SILVA
CPF/CNPJ: 83420282320

Posição em 21-01-2020 15:41:03

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
19/09/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
27/09/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	
27/08/2019	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	
14/08/2019	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	
20/07/2019	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	
25/05/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	
25/05/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	