

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

NOME: Francisco Fabiano Da Silva Alves,
 Brasileiro(a), Estado Civil: solteiro,
 Profissão: Agricultor, Portador(a) da identidade nº 2007159028-0
 SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 006 833 333 13
 Telefone: (85) 9548-7846 residente e domiciliado(a) a Rua
Rua Eduardo Simão Nogueira n.º 119
 Bairro: Centro, Cidade: Baturité CEP: 62760-000
 Email: não possui

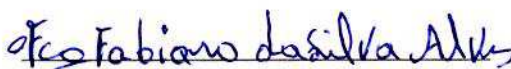
OUTORGADOS: SOCIEDADE DE ADVOGADOS ROSSI E ROSSI ADVOCACIA,

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 Aririu, 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" et "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, 22/10 /2019.

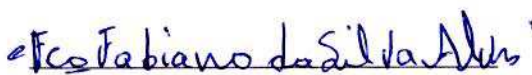

ASSNATURA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: Francisco Fabiano Da Silva Alves
 Brasileiro(a), Estado Civil: Solteiro
 Profissão: Agricultor, Portador(a) da identidade nº 2007159028-0
 SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 006 833 333 13
 Telefone: (85) 2548-7846 residente e domiciliado(a) a Rua
Rua Eduardo Simão Nogueira n.º 119
 Bairro: Centro, Cidade: Baturité CEP: 62760-000
 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 22 / 10 / 2019.


ASSNATURA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FOMENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Prolegral Direito

PROIBIDO PLASTIFICAR

Francisco Fabiano da Silva Alves
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007159028-0 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/05/2015

NOME **FRANCISCO FABIANO DA SILVA ALVES**

FILIAÇÃO **FRANCISCO FIRMINO ALVES**
MARIA NILDA DA SILVA

NATURALIDADE **BATURITÉ - CE** DATA DE NASCIMENTO **13/06/1979**

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:7898 FOLHA:183V
LIVRO:A-7 BATURITÉ - CE

CPF RG: ANT: 34658352000 P.: 2

2 VIA ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CÓDIGO DE CONTROLE
E3A3.53C5.519F.182B

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

as 08:44:16 do dia 24/11/2010 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
006.833.333-13

Nome
FRANCISCO FABIANO DA SILVA ALVES

Nascimento
13/06/1979

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Nº DO CLIENTE
9886950

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 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 573609934

Rota **06 27000 03 052500 - 4** Data de Emissão **10/05/2019**

Nome **EDUARDO SIMAO NOGUEIRA**

End. Postal **RUA RDO MOREIRA GOMES 00119 SEM BAIRRO 2700-000 - BATURITE - 62760000**

Medidor **2449388** Poste **0000 0000**

Classe **B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO**

RG / CPF / CNPJ **426704033-87**

Nome do Responsável _____ CGF _____

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Ma/2019	10/05/2019	11/06/2019

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
62,79	27,00%	16,95

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
6075.3908.8946.F611.D238.C7C1.D489.3891

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda desta conta.

Conjunto **Mar/2019** **EUSD 24,18**

Mês **DICRI = 0,00 P**

Padrão Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
5,19	16,38	20,77	0,00	0,00	0,00
DIC	3,23	6,47	0,00	0,00	0,00
FIC	2,94	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC					

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 37756	37673	1,00	83	0,00	83	0,75653	62,79
10/05/19	09/04/19		31 DIAS				

VALOR CONSUMO DO MES 62,79

MULTA MORATORIA REF 04/2019 0,87

JUROS DO MES 0,93

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 4,79

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,39)

VENCIMENTO 17/05/2019

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	23,92
Transmissão	1,89
Distribuição	14,05
Encargos Setoriais	3,18
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	19,75
TOTAL	62,79

TOTAL A PAGAR (R\$) 69,38

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MED	Ma	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun
	82	83	60	101	84	74	91	0	0	0	0	0

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)
32,40	0,00	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

EU: Francisco Fabiano da Silva Alves

Brasileiro(a), Estado Civil: Solteiro

Profissão: Agricultor, Portador(a) da identidade nº 2007159028-0

SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 006.833.333-13

Telefone: (85) 8548-7846 residente e domiciliado(a) a Rua Rua Eduardo Simão Nequeira n.º 119

Bairro: Centro, Cidade: Baturité CEP: 62760-000

Email: não possui

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

Rua Eduardo Simão Nequeira n.º 119

Bairro: Centro, Cidade: Baturité CEP: 62760-000

Por ser verdade, firmo a presente.

Baturité 22 / 10 / 2019.

Fco Fabiano da Silva Alves
 ASSNATURA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU: Francisco Fabiano da Silva Alves

Brasileiro(a), Estado Civil: Solteiro

Profissão: agricultor, Portador(a) da identidade nº 2007159028-0

SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 006.833.333-13

Telefone: (85) 2548-7846 residente e domiciliado(a) a Rua

Rua Eduardo Manoel Nogueira n.º 119

Bairro: Centro, Cidade: Baturité CEP: 62460-000

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 licitude 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.

Francisco Fabiano da Silva Alves Baturité 22/10/2019.
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, 22/10/2019.


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 Fabiano Da Silva Alves

 Brasileiro(a), Estado Civil: Solteiro

 Profissão: Agricultor, Portador(a) da identidade nº 200759028-0

 SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 006.833.333.13

 Telefone: (85) 8548-7846 residente e domiciliado(a) a Rua

Rua Eduardo Serrão Nogueira n.º 419

 Bairro: Centro, Cidade: Baturité CEP: 62760-000

 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 Fabiano Da Silva Alves
DECLARANTE

Baturité, ____/____/2019.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA REGIONAL DE BATURITE
 Impresso nº 2019579519



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 425 - 1801 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **21/08/2019 15:42:41**
 Data / Hora da Ocorrência: **24/11/2018 17:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 356**
 Complemento:
 Bairro: **MONDEGO** Município: **BATURITE/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO FABIANO DA SILVA ALVES**
 Nascimento: **13/06/1979** CPF: **006.833.333-13**
 RG: **2007159028-0** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA NILDA DA SILVA**
FRANCISCO FIRMINO ALVES
 Endereço: **RUA EDUARDO SIMÃO NOGUEIRA, 119**
 Bairro: **CENTRO**
 Município: **BATURITE/CE** CEP: **62.760-000**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98548-7846**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POJ9728** Uf: **CE** Município: **BATURITE** Chassi:
9C2KD1000JR011457 Renavam: **1165834259** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR 160 BROS** Ano
 Fabricação: **2018** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **JOSE WILSON CORDEIRO DE SALES** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O declarante comparece a esta Delegacia para relatar que no dia 24/11/2019 ocasião em que vinha conduzindo, sozinho, a moto de Placa POJ-9728, de Propriedade da pessoa do JOSE WILSON CORDEIRO DE SALES, com destino a Localidade do Monumento, Ce 256, Baturité-Ce, ocorreu um acidente que ocorreu da seguinte forma: quando um cachorro cruzou a pista, o declarante não conseguiu frear, vindo a cair e machucar o braço esquerdo, região do ombro; Que no momento do fato não havia terceiros, de forma o declarante conseguiu com um pouco de esforço se levantar e deslocar-se para UMPA, sendo que ao chegar neste estabelecimento, o Médico que o atendeu, constatou a necessidade de operar a região lesionada, assim, foi encaminhado ao Hospital de Aracoiaba, devido em Baturité, não dispor da estrutura para tanto; Que já no hospital de Aracoiaba realizou, enfim, a sua cirurgia, vindo a ter alta somente oito dias depois; Que se recuperar bem, mas ainda sente dores, mesmo após ter tomado os remédios e ter feito a fisioterapia, esta é a narrativa e nada mais disse.

Testemunha 01: *x João Bosco Queiroz* JOÃO BOSCO QUEIROZ, RG 1.303.182, Data de Nascimento 13/02/1960



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE BATURITE
Impresso nº 2019579519



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 425 - 1801 / 2019

Testemunha 02: *Jose Mauricio Gomes*
JOSE MAURICIO GOMES, RG 2005015069062, Data de Nascimento 16/05/1954

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE BATURITE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

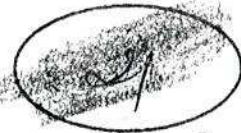
Tiago Carlos de Almeida Fernandes
TIAGO CARLOS DE ALMEIDA FERNANDES - MAT.: 30086112

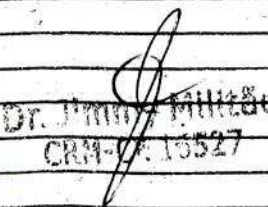
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Fco Fabiano da Silva Albi

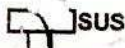
VISTO DO DELEGADO(A) :

Anna Cristhina Marcatti Leoncio
ANNA CRISTHINA MARCATTI LEONCIO - MAT.: 30078411

 	PREFEITURA MUNICIPAL DE BATURITÉ Secretaria Municipal de Saúde Unidade Municipal de Pronto Atendimento	Nº 
---	---	--

Data: 27/11/18	Hora: 09:10	Chegou: () Andando () Cadeira de Rodas () Maca	SINAIS VITAIS	
Paciente: Jcs Tassiano e Jilus Jilus	P.A:	Pulso:		
Nome da Mãe: M ^{re} Nilde de Jilus	Temp:	Dx:		
Idade: 39	Sexo: M	Data Nasc.: 13/06/1979	Cartão do SUS: 200715938-0	F.R:
Endereço: Nove	F.C:			
Bairro:	Cidade: B6	Estado: A	Recepcionista: J	Sat02:
ANAMNESE E EXAME FÍSICO: Paciente com dor em região cervical. Exame físico normal.				
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Dor cervical.				
EXAMES SOLICITADOS:		HORÁRIO	ENFERMAGEM	
PRESCRIÇÃO MÉDICA: D. Voltar 01/12/18		10:22	D. em RESE.	
 Dr. Fabiano de Jesus Almeida CRM-DF 15527				
Observações Adicionais:				
Assinatura do Responsável: Jcs Fabiano de Jesus Almeida			Assinatura e Carimbo do Médico	

 		PREFEITURA MUNICIPAL DE BATURITÉ Secretaria Municipal de Saúde Unidade Municipal de Pronto Atendimento		Nº 	
Data: 27/11/18		Hora: 09:10		Chegou: () Andando () Cadeira de Rodas () Maca	
Paciente: Jcs Tassano de Jesus Alves		Nome da Mãe: M ^{te} Nilde de Jesus		SINAIS VITAIS	
Idade: 39		Sexo: M		Data Nasc.: 31/06/1979	
Endereço: N.º 10		Bairro: B6		Cidade: Baturité	
Estado: CE		Recepcionista: [assinatura]		P.A:	
ANAMNESE E EXAME FÍSICO: Paciente com trauma em região cervical. Exame físico normal.		Cartão do SUS: 200715938-0		Pulso:	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICO: Fratura de C6		F.R:		Temp:	
EXAMES SOLICITADOS:		F.C:		Dx:	
PRESCRIÇÃO MÉDICA: O. Voltar 01/12/18		HORÁRIO: 10:22		ENFERMAGEM: [assinatura]	
Observações Adicionais:		DR. [assinatura]		Sat02:	
Assinatura do Responsável: [assinatura]		Assinatura e Carimbo do Médico: [assinatura]		[carimbo]	



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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

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 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - 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)

FOLHA SUMARIO DE INTERNAMENTO

[illegible]



UMA CIDADE DE TODOS
ARACOIABA
PREFEITURA MUNICIPAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA
(Preencher todos os campos após a cirurgia verso e anverso)

Nome do Paciente:

Fco. Fabrício da Silva Alves

Diagnóstico:

Operação:

Nº DA GIH

REG.

CÓDIGO CID

Conversão Categoria Detalhes

Código SSM

CIRURGIA

- 1 - Pequ. 4 - Simu
2 - Média 5 - Mult.
6 - Grande 6 - Especial
7 - Princ. e Secundária

Início Término
Duração
Dia útil
Dia Mês Ano
Dia útil
☐ Sim
☐ Não

ANESTESIA

☐ Local ☐ Geral ☐ Outros
Início Término
Hora Min Hora Min
Em minutos c/ acrésc. para os casos de emergência fora de horário normal e dias não úteis (preencher).
Anestesia
Minutos total Minutos c/ acréscimo

61 MATERIAL DE SALA TIPO Q V.U V.T

Luvas procedimento T1 02
Luvas esteril 7-5 02
agulha 40x12 02
" 25x1 02
Esponja 01
Extensor 01
alocut 01
Máscara cirúrgica 03
Seringas 2ml 02
" 10ml 02
Linha 21 01
Luvas esteril 8-2 02
Máscara cirúrgica 03
Vetrol 01
nylon 4-0 01

65 MEDICAMENTO DE SALA TIPO Q V.U V.T

Neocaina 0,5% S/A.D. 20 ml 01 FR
Lidocaina 2% c/ Ad. 20 ml 01 FR
SF 0,9% 2000 ml
Kotalen 5% 01 ml
Propofol 1% 20 ml 01 ml
Fentany 01 ml

74

Oxigênio

Início Horas Térm. Horas Total de Horas

Assinatura da Enfermeira

Assinatura Cirurgião

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO
- OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS

ANESTESISTA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
- 2) Antissepsia + antiseptico + campos estéril
- 3) Acesso de Kocher ao nível do cotovelo E + direção por planos
- 4) Localização do local da fratura com ressecção da cabeça do rádio e regularização da diáfise
- 5) Lavagem com SFO, 9%
- 6) Teste de flexo-extensão e pronosupinação ok.
- 7) Sutura por planos
- 8) Curativo
- 9) Tala gessada
- 10) SR.

[Assinatura]
CRM/PR 15991

DATA

Cirurgião - Ass. e Carimbo

[Assinatura]
Dr. Carlos Roberto de Faria
CRM/PR 15991

1º Auxiliar - Ass. e Carimbo

2º Auxiliar - Ass. e Carimbo

2º Auxiliar - Ass. e Carimbo

Agentes Anestésicos

20

Líquidos

260

Respiração

240

Pulso

180

Código

160

P.P. Arterial

140

A X Anestesia

120

V

100

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação, da anestesia e o maior consumo de material e medicamentos.

- 1) Antissepsia.
- 2) Lidocaina 200 mg + Neorame 0,5% 100 mg - Injeção na BPRB p. Tec. Wining Interescalar
- 3) Propofol 50mg EV
- 4) Ketarol 50mg EV

Data

Dr. Josei Alqueire
CRM 4492



UMA CIDADE DE TODOS
ARACUAIÁ
PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA DE SAÚDE - PSF

RECEITUÁRIO

Francisco Fabiano da Silva
Lamb Médico

Paciente vítima de acidente
motociclístico resultando em fratura da
cabeça do rádio ESQ. Foi realizado
reparo da cabeça do rádio. Segue em
acompanhamento ambulatorial

2

22/12/18

Eduardo B. Oliveira
Cirurgião Geral
CRM 41537

FICHA DE AVALIAÇÃO

FISIOTERAPIA



IDENTIFICAÇÃO:

Nome: José Fabiano da Silva Alves

Nascimento: 13/06/1979

Sexo: M

Endereço: Centro

Profissão: _____

QUEIXA PRINCIPAL:

No mês de novembro, o paciente que é motorista, sofreu um acidente, vindo a fratura da cabeça do rádio. No início, o tratamento foi conservador com tala gessada por 12 dias, sendo depois disso, realizada a cirurgia com retirada da cabeça do rádio.

EXAME FÍSICO

- dor à palpação do estovado E
- bloqueio p/ extensão " E 160°
- " p/ flexão " E 120°
- " p/ pronosupinação " E

EXAMES COMPLEMENTARES

RX: fratura cominutiva da cabeça do rádio

DIAGNÓSTICO

fratura do crânio E;

PLANO DE TRATAMENTO

cur + IU + tens + cinerid

Reginaldo: CREFITO 9584

FISIOTERAPEUTA

9/1/18



SECRETARIA DE SAÚDE - PSF
RECEITUÁRIO

Francisco Fabiano de Silva

Solicit

Fibrinotex por motor _____ 2 por

22/12/18

Assinado digitalmente por REGINALDO PEREIRA ROSSI e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 08/05/2020 às 16:11, sob o número 02269156220208060001. o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0226915-62.2020.8.06.0001 e código 66F8925.

SECRETARIA DA SAÚDE
RECEITUÁRIO



UMA CIDADE DE TODOS
ARACOIABA
PREFEITURA MUNICIPAL

fls. 31

Francisco F. de S. L.

sebreto

Fisioterapia motor ————— 2 sessões

Fratura da caixa do pé

06/04/15

Eduardo B. Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 21687

RUA GETÚLIO VARGAS Nº 138 / CEP: 62.750-000
CENTRO / ARACOIABA-Ce Fone: 3337-5517



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
Rua Getúlio Vargas, 139 - Aracoiaba-CE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Francisco Fabiano da Silva
Portador(a) da Carteira Profissional

Nº _____ Série _____, necessita de 20

(vinte) dias de afastamento de

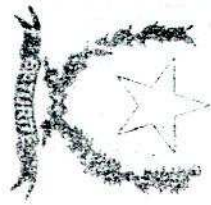
suas atividades, a partir desta data, por motivo de

doença previstas no CID sob a referência _____

09/12/18
Local e Data

Eduardo B. Oliveira
CRM. 21887

Assinatura do Médico - CRM N.º



PREFEITURA MUNICIPAL

DE BATURITÉ

Secretaria Municipal da Saúde

NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF



SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

centro

39a

NOME:	João Sabano da Silva Alves									
DIAGNÓSTICO:	prolúrio náuseo e									
1- 09.01.19	6- 14/02/19	11- 25.03.19	16-							
2- 22.01.19	7- 21/02/19	12- 04.04.19	17-							
3- 28.01.19	8- 28/02/19	13-	18-							
4- 31.01.19	9- 24.03.19	14-	19-							
5- 19/02/19	10- 24.03.19	15-	20-							
TIPO:	evs + FU + Xest + cimento									
CARTÃO SIS:										

SINISTRO 3190519981 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO FABIANO DA SILVA ALVES
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO FRANCISCO FABIANO DA SILVA ALVES
CPF/CNPJ: 00683333313

Posição em 10-12-2019 16:53:27

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
24/09/2019	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
30/10/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	
01/10/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	