

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 15

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	FRANCISCA PAIVA DE ANDRADE		
Nacionalidade	BRASILEIRO (A)		
Natural	IBARETAMA-CE		
Estado Civil	SOLTEIRA (A)		
RG nº	99010175570	SSPCE	11/05/1999
CPF nº	652.648.353-49		
Profissão	COZINHEIRO		
Endereço	RUA 101 COMUNIDADE ROSALINA ,1040		
Complemento			
Bairro	ITAPERY		
CEP	60.000-000		
Município/UF	FORTALEZA-CE		
Telefones	(85)98832-7850 OI (85)98925-9389 OI		

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE, Tel.: (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069 / (85) 3022-0470. E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao@hotmail.com.

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, segunda-feira, 8 de janeiro de 2018.

Francisca Paiva de Andrade

Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 16

DECLARAÇÃO

DECLARANTE	FRANCISCA PAIVA DE ANDRADE		
Nacionalidade	BRASILEIRO (A)		
Natural	IBARETAMA-CE		
Estado Civil	SOLTEIRA (A)		
RG nº	99010175570	SSPCE	11/05/1999
CPF nº	652.648.353-49		
Profissão	COZINHEIRO		
Endereço	RUA 101 COMUNIDADE ROSALINA ,1040		
Complemento			
Bairro	ITAPERY		
CEP	60.000-000		
Município/UF	FORTALEZA-CE		
Telefones	(85)98832-7850 OI (85)98925-9389 OI		

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, segunda-feira, 8 de janeiro de 2018.

Francisca Paiva de Andrade
DECLARANTE

Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 –
Fortaleza/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

fls. 17

EU, FRANCISCA PAIVA DE ANDRADE, BRASILEIRO (A), SOLTEIRA (A), COZINHEIRO, PORTADOR DO RG Nº 99010175570 SSPCE 11/05/1999, INSCRITO NO CPF SOB Nº 652.648.353-49, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NA RUA 101 COMUNIDADE ROSALINA, 1040, ITAPERY, 60.000-000, FORTALEZA-CE, Telefone(s) (85)98832-7850 OI (85)98925-9389 OI,

DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELO SR. NAZARENO GOMES DE SOUSA, BRASILEIRO, CASADO, AUTÔNOMO, PORTADOR DO RG Nº 8912005003649 SSPCE, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 314.320.693-49 E PELA SRA. SORAYA CRISTINA GOMES BARBOSA, BRASILEIRA, CASADA, AUTÔNOMA, PORTADORA DO RG Nº 4.340.774-0 SSPPR, INSCRITA NO CPF SOB O Nº 590.270.379-49, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA SÃO PAULO – Nº 32 – 6º ANDAR – SALA 609 – BAIRRO CENTRO – CEP: 60.030-100 – FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PRESENTE PROCESSO ADMINISTRATIVO, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, ISENTO o escritório SABOYA & BRANDÃO – ADVOGADOS ASSOCIADOS, representado através dos advogados BRUNO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o Nº 22.013, THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB-CE sob o Nº 24.156, e MARCELO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE 26.103, todos com endereço profissional a Rua São Paulo, 32 2º Andar sala 204 Bairro Centro, CEP – 60.030-100 Fortaleza-CE, DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL, CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE TANGE A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS DOCUMENTOS E/OU DADOS) E VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.

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

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

FORTALEZA/CE, segunda-feira, 8 de janeiro de 2018.



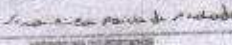
DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
 BRASIL 1988-1994 ALCOFERT 0124	NOME FRANCISCA PAIVA DE ANDRADE		
	DOG. IDENTIDADE, ORG. EMISSOR E Nº 99010175570 S&P CE		
	CPF 652.648.353-49	DATA NASCIMENTO 27/01/1981	
	FUNÇÃO FRANCISCO FERREIRA DE ANDRADE MARIA PAIVA DE ANDRADE		
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1277051261	FORMAÇÃO ☒ PROFISSIONAL		
	ACC ☒ PROFISSIONAL	CAT. HAB. ☒ 5	
	Nº IDENTIFIC. 00148210093	VALIDADE 22/01/2021	1ª EMISSÃO 25/03/2011
	OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO		
PROIBIDO PLASTIFICAR 1277051261	ASSINATURA DO TITULAR 		
	LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 28/03/2016	
	ASSINATURA DO TITULAR 		
	Nº IDENTIFIC. DO TITULAR 30551621007 CE1526667210		
DETTRAN-CE (CLEAR)			

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 500855863
Rota 08 01210 53 239400 - 0 **Data de Emissão** 14/11/2017
Nome FRANCISCA PAIVA DE ANDRADE
End. Postal RU 0101 COMUNIDADE ROSALINA 01040
ITAPERY - FORTALEZA - 60000000
Medidor 2028994 **Poste** 0000 T22L
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO **Fator de Potência** 0,00
RG/CPF/CNPJ 652648353-49 **CGF**
Nome do Responsável

DADOS			ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.		
Nov/2017	14/11/2017	14/12/2017	Conjunto		
			Mês		
			Set 2017		
			11,92 = 8,26 P		
ICMS			Padrão Individual		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trím.	Anual
ISENTO			0,00	0,00	0,00
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			Apuração Individual		
R037.F106.0459.0616.1010.010E.0904.5410			Mensal	Trím.	Anual
			DIC	0,00	0,00
			FIC	0,00	0,00
			DMIC	0,00	0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo	Consumo kWh	Consumo Incl.	Consum. Pot.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
2017	2016	1,00	27	0,00	0	0,60	16,01
14/11/17	10/10/17	33	21,40	0	0		16,01

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	16,01
QUOTA PARCELAMENTO 1/6	52,13
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MÊS (R\$ 1,28)	

DEBITAMENTO		TOTAL A PAGAR (R\$)	
20/12/2017		68,14	
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	7,79		
Transmissão	0,77		
Distribuição	2,21		
Encargos Setoriais	1,00		
Tributos (TOM PIS/COFINS)...	0,56		
TOTAL	16,01		

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)		
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		
Emissão kg CO ₂	12,97	Compensado kg CO ₂
		Consciência Ecológica (%CO ₂)
		0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CONSULTAR SUA CONTA EM SEU SITE AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUINTE DO DÍGITO VERIFICADOR.

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

FATURADO TRIMINISTRAL

Consta desta fatura R\$ 0,56 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS-0,64 e COFINS-12,90% (Art. 5º Inc. I e II da Lei nº 10.438/02 e Art. 1º da Lei nº 10.438/02).

A bandeira para o mês de outubro será vermelha pagando 2 com acréscimo de R\$ 5,00 (mais tributos) a cada 100 (kWh). Mais informações em www.enel.com.br

Nº do Cliente: 8673058-4 Referência: Nov/2017
Data de Emissão: 14/11/2017 Total a Pagar (R\$): 68,14
Nº da Nota Fiscal: 500855863 Nº de Controle: 0008673058 00001 39012 51
8388000000-3 08140031000-1 00086730580-0 00013901285-0



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013195648724

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA Cópia para Renavam / DATA REG. EXERCÍCIO
PRT 01 01086375075 00000000000 2017

NOME
MARIA BENDURÇA TEIXEIRA

FORTALEZA /CE

CPT / CNPJ
61564010325
PLACA ANT / UF
FMD4832/CE

CHASSI
9C2JC4820FR591624

ESPECIE TIPO
PAS/MOTONETA/MOB AFILIC. X
COMBUSTIVEL
GASOL/ALCO

MARCA / MODELO
HONDA/BIZ 125 ES
ANO FAB. ANO MOD.
2015 2015

CAP / POT / OIL
2P/OCV/124CC
CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRATA

COTA UNICA
VENO COTA UNICA
1* *****
2* **/**/**
3* *****

FAIXA LPVA
PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$) IOF (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL
FORTALEZA

DATA
24/03/2017

Assinatura

A presente cópia fotostática contém com o original exibido mesmas notas Dou 16. Paralipaba



18 SET. 2017

ANA CANOIA B. BARROSO DE ARAUJO - Tabela

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

CE Nº 013195648724 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 24/03/2017

PLACA
FMD4832

RENAVAM
01086375075

MARCA / MODELO
HONDA/BIZ 125 ES

CHASSI
9C2JC4820FR591624

ANO FAB. CALIBRE
2015 09

PRÊMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,29 9,03 90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL PRÊMIO/IOF (R\$)
4,15 0,7 165,5

PAGAMENTO
COTA UNICA PARCELADO
DATA DE QUITAÇÃO
23/03/2017

SEGURODPVAT

MOTOR: JC48E2F591624

01130

CNPJ 08.248.608/0001-04

Assinatura

18 SET. 2017

ANA CANOIA B. BARROSO DE ARAUJO - Tabela

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Mendonça Teixeira,
 RG nº 93010036580 data de expedição 01/12/93.
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 615640103-25, com
 domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R: Silvanira de Jesus, nº 1143,
 complemento ---, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Francisca Paiva de Andrade cujo o condutor era
Maria Mendonça Teixeira.

Veículo: Motocicleta
 Modelo: Honda / Biz 325 ES
 Ano: 2015
 Placa: PMB 4832
 Chassi: 9C2JC4820FR593624
 Data do Acidente: 17/09/2017
 Local e Data: Fortaleza, 28 de novembro de 2017

x Maria Mendonça Teixeira
 Assinatura do Declarante



x Maria Mendonça Teixeira



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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 520 - 1093 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **18/09/2017 11:15:14**

Data / Hora da Ocorrência: **17/09/2017 12:30:00**

Endereço da Ocorrência: **ESTRADA**

Complemento:

Bairro: **LAGOINHA**

Município: **PARAIPABA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCA PAIVA DE ANDRADE**

Nascimento: **27/01/1981** CPF: **652.648.353-49**

RG: **99010175570**

Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **MARIA PAIVA DE ANDRADE**

FRANCISCO FERREIRA DE ANDRADE

Endereço: **RUA 101, 1040**

Bairro: **PARQUE DOIS IRMAOS**

Município: **FORTALEZA/CE**

CEP: **60.000-000**

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 8832-7850**

Nome: **MARIA MENDONÇA TEIXEIRA**

Nascimento: **07/07/1974** CPF: **615.640.103-25**

RG: **93010036580**

Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **GERALDINA TEIXEIRA DOS SANTOS**

RAIMUNDO MENDONÇA DOS SANTOS

Endereço: **RUA SILVANIRA DE JESUS, 1143**

Bairro: **PASSARE**

Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 98771-3872**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMD4832** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:

9C2JC4820FR591624 Renavam: **1086375073** Tipo do Veículo:

MOTONETA Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 125 ES** Ano Fabricação: **2015**

Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRATA**

Proprietário: **MARIA MENDONCA TEIXEIRA** Situação: **NÃO**

INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil a pessoa acima qualificada para informar que no dia 17 de setembro de 2017, por volta das 12h30, estava trafegando em sua motocicleta de chassi 9C2JC4820FR591624, marca Honda/Biz 125 ES, cor prata de placa PM 4832/CE; Que na ocasião a pessoa de MARIA MENDONÇA TEIXEIRA estava conduzindo sua própria motocicleta e tinha a pessoa de FRANCISCA PAIVA DE ANDRADE como garupeira; Que Maria Mendonça estava trafegando na estrada que liga a sede de Paraipaba à Localidade de Lagoinha, quando em uma das curvas, sua motocicleta derrapou, onde a condutora perdeu o controle do veículo e este veio a colidir com uma placa de ferro de segurança que fica no acostamento da estrada; Que as vítimas foram socorridas por familiares que estavam próximos em outros veículos, ocasião em que acionaram o hospital

- Maria

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/07/2018 às 11:10, sob o número 01484138020188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0148413-80.2018.8.06.0001 e código 39D1CAA.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE PARAIPABA



fls. 23

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 520 - 1093 / 2017

e foi enviado uma ambulância até o local; Que Maria Mendonça e Francisca Paiva foram atendidas no Hospital Municipal de Paraipaba; Que Francisca Paiva foi transferida para o Instituto Dr. José Frota em Fortaleza; Que Maria Mendonça sofreu escoriações em várias partes de seu corpo, bem como encontra-se com dificuldade na movimentação de seu braço direito, por ter machucado a clavícula, informando que será preciso realizar Fisioterapia; Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PARAIPABA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Caroline Vieira Rocha
CAROLINE VIEIRA ROCHA - MAT.: 30097513

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maria Mendonça Teixeira

VISTO DO DELEGADO(A) :

DEBORA DELGADO FRIAS - MAT.: 3010031X

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 17/09/2017 19:20:20

Hóspicio Hospitalar de Epidemiologia

IS: 704200761947296	NOME: FRANCISCA PAIVA DE ANDRADE	Registro: 5529324
IP: 65264235348	RG: 98010173670	D. NASC: 27/01/1981
ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda
OME DA MÃE: MARIA PAIVA DE ANDRADE	NOME DO PAI: FRANCISCO FERRERA DE ANDRADE	
PO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: H	Nº: 1550
Bairro: PARQUE DOIS IRMÃOS	UF: CE	CEP: 80761295
TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: FORTALEZA	CEP: 80761295
IMPRELTO:	TELEFONE: 985052031	
IME: AME DE PARAIPABA	PARENTESCO:	
PRO DE VINCULO:	CBO DO EMPREGADOR:	CNPJ DO EMPREGADOR:
COSIDO DO CNAER:		
QTA DE ATENDIMENTO:	Acidente com motociclista. Acidente de transporte sem colisão. Inclui capotamento, queda e projeção de uma motociclista.	
EXIXO:	Vítima de queda de moto evolui com lesões. Lesões: lesão por contusão em couro cabeludo. Apresentação da dentaria. Orientada.	
395544088		
CAL DA CORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: 0301050001
PECIADADE DO ATENDIMENTO: CLINICA MEDICA		
anamnese:	foce Trauma mandibular	
anamnese:	ferimentos nos dentes	
anamnese:		
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:		
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:		
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:		
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL	

Dr. Pontes Filho
CREMEC 16893

*Tratamento
Suturar
vermelho*

0301050001
CONSULTA MÉDICA

24 11 2017
11:00-14
Dr. Augusto
Chefe do Hospital

24 11 2017
24.11.2017

NEUROCIRURGIA 17.09.17 PARECER MÉDICO 1

EXAME CLÍNICO:

Pct. 36 ANOS VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO SEM CAPACETE, SEM PDC. AO EXAM: ECG: IS, PIRF, MOTRICIDADE GROSSA GLOBAL. TC DE CÂNDIO SEM LESÕES NEUROCIRÚRGICAS. CONDUTA: ① SOLICITO RX DE COLUMNA CERVICAL ② OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA

ESPECIALIDADE:

DATA/HORA DO ATENDIMENTO

17/09/17 AS 22:00

CONDUTA:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO:

Dr. Caio Ferreira Filho

PARECER MÉDICO 2

EXAME CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente motorizado. Ref. Paciente vítima de acidente motorizado com motocicleta. Apresenta edema e dor nas pernas de membros inferiores. Curva normal. # 0301060061

126

CREMEC. 15.188

Curva normal, ECG=IS, neuro normal. CN ACTA AC

0301060061

Diogo Vaz de Melo

ESPECIALIDADE:

DATA/HORA DO ATENDIMENTO

18/09/17 AS 14:00

CONDUTA:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO:

CONSULTA MÉDICA

ACTA AC

PARECER MÉDICO 3

EXAME CLÍNICO:

Paciente vítima de queda de moto. Apresenta edema em PC @. Ao exam x em suas pernas a x de espinha cervical. Próximos todo hto anal pmo. Uto do 9.0.0301060061

CIRURGIA GERAL: 18.9.17 10:37h

Abdom. flácido e indolor. FAST. normal. Alta da Cir. Geral. Jorge F. Azevedo

ESPECIALIDADE:

DATA/HORA DO ATENDIMENTO

18/09/17 AS 14:00

CONDUTA:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO:

CONSULTA MÉDICA

ACTA AC

PARECER MÉDICO 4

EXAME CLÍNICO:

Pct. 36 anos, vítima de queda de moto sem capacete. Apresenta ferimento em couro cabeludo, repleto de fibrina. # 0401010058

Paciente com ferida aberta no couro cabeludo. Alta de cirurgia plástica. PLÁSTICA

ESPECIALIDADE:

DATA/HORA DO ATENDIMENTO

18/09/17 AS 08:00

CONDUTA:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO:

CONSULTA MÉDICA

ACTA AC

PARECER MÉDICO 5

EXAME CLÍNICO:

ESPECIALIDADE:

DATA/HORA DO ATENDIMENTO

CONDUTA:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

TIPO DE ALTA:

TIPO DE ALTA:

TIPO DE ALTA:

TIPO DE ALTA:

TIPO DE ALTA:

TIPO DE ALTA:

TIPO DE ALTA:

TIPO DE ALTA:

TIPO DE ALTA:

TIPO DE ALTA:

TIPO DE ALTA:

TIPO DE ALTA:

TIPO DE ALTA:

TIPO DE ALTA:

TIPO DE ALTA:

PROCEDIMENTO:

PROCEDIMENTO:

PROCEDIMENTO:

PROCEDIMENTO:

PROCEDIMENTO:

PROCEDIMENTO:

PROCEDIMENTO:

PROCEDIMENTO:

PROCEDIMENTO:

PROCEDIMENTO:

PROCEDIMENTO:

PROCEDIMENTO:

PROCEDIMENTO:

PROCEDIMENTO:

PROCEDIMENTO:

DESTINO DO CORPO:

DESTINO DO CORPO:

DESTINO DO CORPO:

DESTINO DO CORPO:

DESTINO DO CORPO:

DESTINO DO CORPO:

DESTINO DO CORPO:

DESTINO DO CORPO:

DESTINO DO CORPO:

DESTINO DO CORPO:

DESTINO DO CORPO:

DESTINO DO CORPO:

DESTINO DO CORPO:

DESTINO DO CORPO:

DESTINO DO CORPO:

ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do responsável):

ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do responsável):

ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do responsável):

ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do responsável):

ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do responsável):

ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do responsável):

ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do responsável):

ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do responsável):

ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do responsável):

ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do responsável):

ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do responsável):

ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do responsável):

ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do responsável):

ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do responsável):

ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do responsável):

24.11.2017
Luis Lapre



PREFEITURA DE PARAIPABA
HOSPITAL MUNICIPAL DE PARAIPABA

FICHA DE ATENDIMENTO EXTERNO
EMERGÊNCIA

PA	130x100
TEMPERATURA	
GLIC. CAPILAR	119
PESO	
F. CARDÍACA	109
SATURACÃO	97%
ACS	

fls. 26

CP: 14660002911

Data	17.09.17.	Hora	14:00.	Profissão	
Paciente:	Francisca Paiva de Andrade				
Nome da mãe:	Maria Paiva de Andrade				
Idade	36	Sexo	F	Data de nascimento:	27.01.81.
Endereço:	Rua 104 nº 1040 Rota bina.			Telefone:	98832 7850
Bairro	Itapira	Cidade:	Fontaleza	Estado:	ce

ANAMNESE:

Paciente vítima de acidente motorista
com fraturas por enforcamento
lombo anterior em 1º grau e dor +
enroscado pelo corpo
ao ser atingido.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA:

- 1) Exame físico e exame de imagem
- 2) Exame de imagem
- 3) Exame de imagem
- 4) Exame de imagem
- 5) Exame de imagem



ARTÓRIO 2º OFÍCIO PARAIPABA
Presente cópia confere com o original
e apresentar nestas notas.

Paraipaba CE, 11 de 10 de 2017

Wilson Azevedo Lima
Escritor de Atendimentos

16:27

Dr. Raul Teófilo
Médico
CRM 18.390

DESTINO DO PACIENTE

() INTERNAÇÃO () ÓBITO () TRANSFERÊNCIA

02.12.2017. Transferência
pelo Dr. Fernando
Valdimir de B. de B.
acompanhado

ASSINATURA:

Maria Mônica Teixeira



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Paciente: FRANCISCA PAIVA DE ANDRADE		ID Paciente: 5528324
Data de Nascimento: 27/01/1981	Idade: 36 anos	Sexo: F
Médico Solicitante: PONTES FILHO		Data do Exame: 17/09/2017
LAUDO		

TCMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO e FACE- URGÊNCIA

Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, sem administração de contraste iodado:

- Parênquima encefálico com valores de atenuação normais
- Sistema ventricular anatômico.
- Linha média centrada.
- Cisternas preservadas
- Fossa posterior sem alterações significativas
- Não evidenciado hematoma extra-axial
- Fratura da asa maior do esfenóide

SILVANA PINHEIRO
CRM 3914

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCA PAIVA DE ANDRADE

Nº Sinistro: 3180007192

Vítima: FRANCISCA PAIVA DE ANDRADE

Data do Acidente: 17/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador NAZARENO GOMES DE SOUSA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180007192**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **17/09/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12200763

