



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

fls. 14

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	Antonio Jose Silva		
NACIONALIDADE	Brasil	NATURAL	marcos - CE
ESTADO CIVIL	Casado	RG Nº	300700204590
PROFISSÃO	Servente	CPF Nº	328.901.412.68
ENDEREÇO	Rua Das Flores nº 436 casa A		
BAIRRO	Jari	CEP	61902.145
MUNICIPIO / UF	Maracanaú / CE		
FONES	(85) 98768-6464 / 98524-1005		
E-MAIL	Adailmequita@hotmail.com		

OUTORGADA: NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo – Fortaleza – CEP 60.325-700. Tel; (85) 999555507 - 987992088

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como **beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 06 de Junho de 2017

CARTÓRIO
MARQUES



ANTONIO JOSE SILVA
outorgante

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MARQUES - 2º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS PÚBLICOS
TABELIA: BEL'ANA VIRGINIA DE PAULA MARQUES - CNPJ: 23.719.610/0001-45
Av. Dr. Mendel Steinbruch, Nº 271 Lj. 07/08 - Pajuçara - CEP: 61.910-000 - Maracanaú - CE
Tel: (85) 3293.1956 / 3293.1866 - E-mail: contato@cartoriomarkes.com.br / www.cartoriomarkes.com.br

**Reconheço Por Autenticidade a firma de: ANTONIO
JOSE SILVA. Maracanaú/CE, 01/06/2017 11:13:34. Em
test. da verdade. WANDA MEDRADO SA
FARIAS Válido somente com o selo de autenticidade:
CF186077**





ADVOCACIA E CONSULTORIA JURIDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

fls. 16

DECLARAÇÃO

Eu, Antonio José Silva,
Brasileiro(a), casado, portador da cédula de Identidade Nº
300700204590 E CPF Nº 328.901.412-68, capaz,
nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
Rua Das Flores, nº 436, Casa A,
bairro Parque Jari
na Cidade de Maracanaú, Estado Ceará, CEP
61.902-145, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais
declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada
DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito
fornecida.

Fortaleza, 24, de Julho, de 2018.

ANTONIO JOSÉ SILVA
DECLARANTE



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

fls. 17

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>Antonio José Silva</u>	Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>Rua Das Flores nº 436 A</u>	Profissão: <u>Servente</u>
CPF nº: <u>328 901.412-68</u> RG n: <u>2007 00204590</u>	Estado Civil: <u>casado</u>
Bairro: <u>Parque Sarí</u> Cidade: <u>maracanauí</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP:	Telefone:

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 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 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 juridicamente 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, 24 de Julho de 2018

ANTONIO JOSÉ SILVA

Assinatura

Lei Nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983

O PRESIDENTE DA REPUBLICA, 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, quanto 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 disposições em contrário.

Brasília, e, 29 de Agosto de 1983: 162º da Independência e 95º da República.

João Figueiredo / Ibrahim Arbi-Ackel / Hélio Beltrão



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURIDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

fls. 18

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Antonio Jose Silva,
brasileiro(a), casado, semente, portador da Carteira de
Identidade/RG nº 200700204590 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº
328.901.412-68, residente e domiciliado na cidade de
Maracanaú, estado Ceará, na Rua
Das Flores, Nº 436 Parque San,
declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de
arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o
de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 24 de Julho de 20 18.

ANTONIO JOSE SILVA
Declarante



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

fls. 20

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Antonio Jose Silva, brasileiro(a),
casado, servente, portador(a) do RG nº
200700204590, inscrito no CPF sob nº
32890141268, residente e domiciliado no endereço
Rua Das Flores, nº 436 Casa A,

Declaro para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que tem total e plena consciência da propositura da **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT**, em seu nome e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro 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 a **Dra. NAJMA MARIA SAID SILVA**, brasileira, solteira, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 28.394, com escritório profissional a Rua Antônio Drumond, nº 1051, bairro Monte Castelo, CEP 60.325-700, 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), 24 de Julho de 2018.

ANTONIO JOSE SILVA

Declarante.

Sonia maria cardoso dos santos

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

CPF: 017.722.303-08

CPF:

16/09/2002

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTÃO DE IDENTIDADE

Antonio Jose Silva



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007000045905 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/08/2007

NOME ANTONIO JOSE SILVA

FILIAÇÃO MARILNE MARILNE SILVA E MARILNE JOSE SILVA

NATURALIDADE MARCO-CE

DOC ORIGEM CERT. CASAM. 1417 L B05 P

104 MARCO CE

CPF 87616385

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7116 DE 29/08/83

**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF****MINISTÉRIO DA FAZENDA**

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **328.901.412-68**Nome: **ANTONIO JOSE SILVA**Data Nascimento: **02/06/1967**Situação Cadastral: **REGULAR**Data de Inscrição no CPF: **ANTERIOR A 10/11/1990**Dígito Verificador: **00**Comprovante emitido às: **09:56:39** do dia **03/12/2017** (hora e data de Brasília).Código de controle do comprovante: **4987.1BDA.FF06.EE06**

Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta

Acesso ao site da Receita Federal



Esta é a segunda via de
NOV/2017

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
6099731 DV **1**

VENCIMENTO
18/12/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
183,98

DESCRIÇÃO DA CONTA

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	183	0,74562	136,44

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES	0,43
MULTA MORATORIA	1,64
CASA SEGURA PLUS 0800 600 0560	17,30
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	28,17
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 11,59)	

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		100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **6099731-1** Nº da Nota Fiscal: **501345909** Total a Pagar (R\$): **183,98**
Data de Emissão: **03/12/2017** Referência: **NOV/2017** Nº de Controle: **0006099731 00042 4349 2 12**

83800000001-7 83980031000-0 00060997310-0 00424349230-0



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **501345909**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105 848-3

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

DADOS DO CLIENTE

Rota 32 026005 01 021990 Medidor Poste
Nome SONIA MARIA CARDOSO DOS SANTOS 1234546 0000 0
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU DAS FLORES 00436 CS A JARI MARACANAU 60000000

RG / CPF / CNPJ 017.722.303-08 CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
5596	5413	1	183	0	183

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
18/11/2017	18/12/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FE85.7235.33DE.16A5.B314.2005.E3C8.F946

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
136,44	27%	36,83

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	47,04
TRANSMISSÃO	4,70
DISTRIBUIÇÃO	31,95
ENCARGOS SETORIAIS	11,06
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	41,69

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

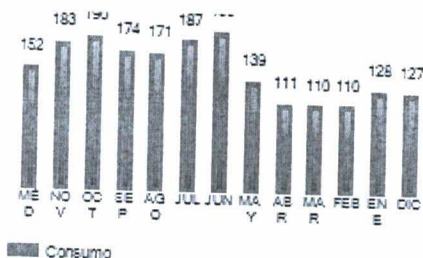
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 36,18

Conjunto BOM JARDIM

Mês SET/ 2017

	Padrão Individual Mensal	Trim.	Anual	Apuração Individual Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,44	20,88	41,76	0,00	0,60	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	0,00	1,00	0,00
DMIC (h)	5,58			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 23. DISTRITO POLICIAL



TERMO DE QUALIFICAÇÃO E INTERROGATÓRIO DO INFRATOR ANTONIO JOSE SILVA

INQUÉRITO Nº 123 - 57 / 2017

Aos 9 dia(s) do mês de Novembro de 2017, nesta cidade de Caucaia, Estado do Ceará, onde pela(s) 15:05 hora(s), presente achava-se o(a) Bel(a). **DOMINGOS SAVIO DIOGENES PINHEIRO**, Delegado(a), comigo **DIEGO RIBEIRO DE SOUZA**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **ANTONIO JOSE SILVA**, nacionalidade Brasil, casado (a), 1o. grau incompleto, jardineiro, filho(a) de **MANUEL MARTINS SILVA** e **MARIA JOSÉ SILVA**, nascido(a) em 02/06/1967, natural de Marco/CE, CPF: 328.901.412-68, RG: 2007002045905 SSPDS, residente à Rua Rua das Flores, 436 Casa-b, Parque Jari - Maracanau/CE, telefone (85) 98768-6464. Interrogado(a) pela Autoridade, RESPONDEU: QUE, O interrogado afirma que estava pilotando o veículo Honda CG 150, de placa PML 3898, no dia 21/01/2017, por volta de 04:00. Que levava sua esposa Sonia na garupa. Que tinha consumido a bebida alcoólica, cachaça. Que foi atravessar a BR 020, no bairro Urucutuba, Caucaia-Ce, e não viu um veículo que estava vindo na Avenida. Que foi atropelado pelo veículo. Afirma que não lembra nada do que aconteceu depois. Só lembra quando acordou no Hospital IJF, em Fortaleza. Afirma que não possui Carteira de Habilitação. Que o veículo Honda CG 150 de placa PML 3898 pertencia ao interrogado, mas estava em nome de seu filho Francisco Leandro da Silva. Afirma que sua esposa Sonia Sofreu Lesões na perna esquerda. Que o interrogado, também sofreu lesões graves na perna esquerda. Que tanto o interrogado quanto sua esposa ainda sofrem com problemas de locomoção desde o dia do acidente.. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **DIEGO RIBEIRO DE SOUZA**, Escrivã(o) que o digitei.

DELEGADO(A):

[Handwritten signature of Antonio Jose Silva]
ANTONIO JOSE SILVA

DELEGACIA DO 23. DISTRITO POLICIAL



Pág. 1 de 2

Impresso em: 09/11/2017 15:06:09



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DO 23. DISTRITO POLICIAL



INQUÉRITO Nº 123 - 57 / 2017

INDICIADO(A) : ANTONIO JOSE SILVA

ESCRIVÃ(O) : [Signature]



No. HOSPGESTOR: 31418

LEITO:

NOME: ANTONIO JOSÉ SILVA

DATA DE INTERNACAO: 21/ 01/ 2017

BE/PRONT: 5490380

NASCIMENTO: 21011967

DATA DA ALTA: 31/03/2017

CIDADE DE ORIGEM: MARACANAU

IDADE: 50

FRATURA DE TIBIA - DIAFISÁRIA (COM PERDA OSSEA) ESQ
 DIAGNOSTICOS: (OPERADA) + FRATURA DE TIBIA - DISTAL (MALEOLO MEDIAL)
 ESQ (OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-OPERATORIOS: 1) RETORNO PARA AMBULATÓRIO DO DR SALES EM 30 DIAS 2)
 NÃO PISAR COM MEMBRO OPERADO(ANDAR COM DUAS
 MULETAS) 3) ANALGESIA PARA CASA S/N 4) PROCURAR
 ACOMPANHAMENTO MÉDICO NO POSTO PARA AJUSTE DE ANTI-
 HIPERTENSIVOS E PARA ACOMPANHAMENTO NEFROLÓGICO(IRC)

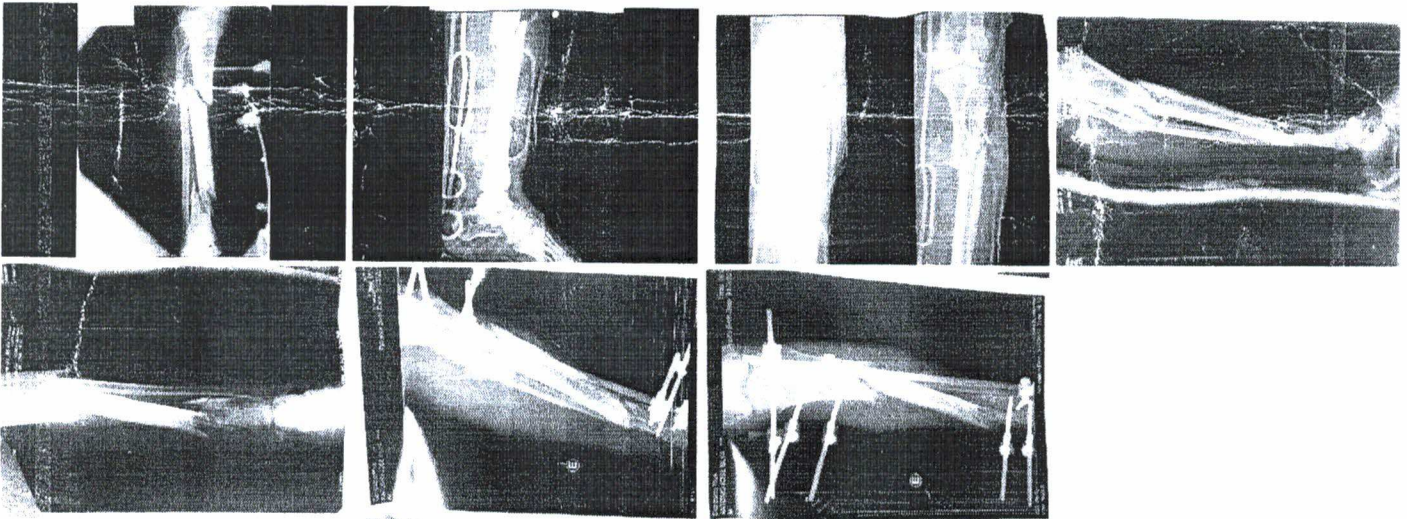
TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO



Mapa de Cirurgias

MAPA DO DIA 29/03/2017 - Quarta-Feira

71 6 07:30 2111 SALES

ERNANE
BRUNO

INTENSIFICADOR DE IMAGENS, MESA
 RADIOTRANSARENTE; CAIXA GRANDES
 FRAGMENTOS BLOQUEADA; PLACA LCP
 4,5MM + ALICATE DE PRESSAO E CHAVE DE
 BOCA 10 + CX BASICA TO PARA MMII + KIT
 BASICO: CX
 OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS E
 SACABOCADO + TREPANO PNEUMATICO
 MA

MARCADA

FRATURA DE TIBIA - DIAFISÁRIA (COM PERDA OSSEA) BE: 5490380

Marcado por:
 HALINE MAGALHAE em:
 28-03-2017 20:33:03

Ass.: Dr. Ernane Osorio Médico Cretec: 17577	Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr. ____
Data: ____/____/____	
Imprimir	

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 25/10/2017 14:47:0

Por:EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 21/01/2017 08:40:06	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700900954710599	NOME: ANTONIO JOSE SILVA			Registro: 5490380			
CPF: 32890141268	RG: 2007002045905	D. NASC: 22.05.1967	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA JOSE SILVA			NOME DO PAI: MANUEL MARTINS SILVA				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: DAS FLORES		Nº: 436	BAIRRO: JARI		
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: MARACANAÚ		UF: CE	CEP: 61900005		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SAMU CE USB 36 CONDUTOR HALLISON		PARENTESCO:			TELEFONE: 986644370		
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. Colisão com um carro pick up ou camionete							
QUEIXAS: colisão moto carro com com tce e fx mie com laceração ha 1 hora							
OBSERVAÇÕES: dor moderada							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica		Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese							
Exame Físico							
Condução							
SERVIÇO DE PROTOCOLO - DI DAE TIRADA PELO SISTEMA E-SUS DATA 25/10/2017 MATRICULA 135267 SERVIDORIA							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



SAMU
192
CEARÁ

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao Sr. **ANTONIO JOSE SILVA**, portador do RG 2007002045905 e inscrito no CPF 328901412-68, no dia 21/01/2017, às 5h40, no município de Maracanaú/CE, no Anel Viário, vítima de colisão carro com moto, sendo o mesmo encaminhado para o **Hospital I.J.F. Centro - Instituto Dr. José Frota - Fortaleza – CE**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 05 de Junho de 2017

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

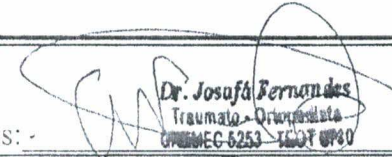
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
07 MAIO 2018
ASS:

SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz nº 29 e 3º - Centro Eusébio - Ce Fone: (85) 3433 7434 Fax: (85) 3260 2061
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br

Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Servico de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	ANTONIO JOSE SILVA		
LEITO:	1118		
DATA DE INTERNACAO:	21 01 2017	DATA DA ALTA:	//
BE/PRONT:	5490380	CIDADE DE ORIGEM:	MARACANAU
IDADE:	50		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE TIBIA - DIAFISE ESQ (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:			
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	STAFF INDEFINIDO		
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO		

Ass:  Dr. Josafá Fernandes Traumato - Ortopedia CRM/MEC 6253 - RCDT UP40	Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr. ____
Data: 21/01/17	Dispensa do trabalho por : 90 (Noveenta) dias
Imprimir	

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO :5490380

NOME: ANTONIO JOSÉ SILVA

DATA DE NASCIMENTO:02/06/1967

PAI: MANUEL MARTINS SILVA

MÃE: MARIA JOSÉ SILVA

DATA DE ATENDIMENTO: 21/01/2017

DATA DE SAÍDA:31/03/2017

MOTIVO: O PACIENTE ANTONIO JOSÉ SILVA, 50 ANOS, DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA DO IJF, EM 21/01/2017, COM POLITRAUMA, DECORRENTE DE QUEDA DE MOTO.

FOI ADMITIDO COM FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA, FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO, EM 21/01/2017, EVOLUIU COM FIXADOR EXTERNO LINEAR EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. PERMANECEU INTERNADO, AGUARDANDO CIRURGIA.

APRESENTOU QUADRO HIPERTENSIVO.

EM 29/03/2017, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS NO P.O.

PERMANECEU INTERNADO, ATÉ O DIA 31/03/2017, QUANDO RECEBEU ALTA HOSPITALAR.

LAUDO DIGITADO EM 28/09/2017 (JOÃO ANANIAS/C)"

Dr João Ananias Vasconcelos Neto
MÉDICO
CREMEC 3836

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

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL

RECEITUÁRIO

Nome: Antônio da Silva BE/Prontuário: _____

1. mio + spray

1. Fitorcon pomada
Aplicar sobre o local 3 vezes por dia, duas
a cada hora de sintoma

Data: 31/07/17

Dr. Ernane Osório
Médico
Cremet: 17577

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.003 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148x210).

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
01 MAR. 2013
ASS: S/EXEPO

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
07 MAIO 2018
ASS: _____

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ENTENTE		1ª Via - FARMÁCIA
Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		2ª Via - PACIENTE
Paciente: <u>Antônio José Silva</u>		
Endereço: <u>R. Sen Pompeu 1757</u>		
Prescrição: <u>1. Duopar 500mg — 20 up</u> <u>Tomar os up w ab de 6/6 h no dia</u> <u>2. P.O. (500 + 30) — os cabra</u> <u>Tomar os up w ab de 6/6 h no dia</u> Data: <u>10/3/17</u>		
		Dr. Ernane Osório Médico
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR		FORNECEDOR
Nome:		Data: / / Fornecedor: Carimbo e Assinatura
Nº Ident.: UF:		
Endereço:		
Nº: Bairro:		
Cidade: UF:		
CEP: Tel.:		

RECEITUÁRIO

Nome: Antônio José Silva BE/Prontuário: _____

1. um + 3 par

1 Fitoron permeado _____ 21 Alimase
Aplicar sobre o local 3 vezes por dia, duas
a cada hora de cirurgia

Data: 31/03/17

Dr. Ernane Osório
Médico
Cremec: 17577

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.803 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).



ATESTADO MÉDICO

NOME: ANTONIO JOSE SILVA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA DESTE HOSPITAL DEVIDO A FRATURA TIBIA SEGMENTAR DIAFISARIA ESQUERDA JANEIRO/2017.

ATUALMENTE, FRATURA ENCONTRA-SE CONSOLIDADA. PACIENTE COM MARCHA CLAUDICANTE, DEAMBULANDO SEM AUXILIO DE UMA MULETA COM CICATRIZ HIPERTROFICA , EDEMA E DOR RESIDUAL.

AO SETOR DE PERÍCIAS MÉDICAS.

CID-10: S82

Tairo Diogenes
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 15586

FORTALEZA, 19 DE ABRIL DE 2018

SINISTRO 3180099429 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO JOSE SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA
DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO ANTONIO JOSE SILVA
CPF/CNPJ: 32890141268

Posição em 24-07-2018 16:21:43

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/06/2018	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
22/06/2018	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	
22/05/2018	Reprogramação de pagamento	
09/05/2018	Interrupção de Prazo	
25/04/2018	Exigência Documental	
21/03/2018	Interrupção de Prazo	
06/03/2018	Exigência Documental	
06/03/2018	Aviso de Sinistro	

6

Relatório Médico – Invalidez por Acidente

A ser preenchido pelo médico assistente do sinistrado

Data do acidente 21/01/2017 Internou-se para tratamento em virtude do acidente que o vitimou ☐ Clínico ☒ Cirúrgico

Data da internação 21/01/2017 ANTONIO JOSE SILVA

Nome hospital H F CENTRO Data da alta hospitalar 31/03/2017

Encontrou no segurado outros defeitos físicos, moléstias ou doenças existentes antes da data do acidente?
Cite especificando lesões/doenças e o percentual de perda funcional.

NÃO

Quais os tratamentos que o segurado foi submetido até a data indicada acima? TRATAMENTO CIRURGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA EXPOSTA GRAVE DA PERNA ESQ COMPLICADO POR OSTEOMIELITE CID: S82

Foram esgotados todos recursos terapêuticos visando a recuperação do paciente? Justifique

Sim

Data da definição da(s) seque(a)s

02/05/2018

Descrição da seque(a) permanente com perda funcional causada pelo acidente de quê o segurado foi vítima

INCAPACIDADE FUNCIONAL DO TORNZELO E PERNA ESQ

Grau (mínimo, médio ou máximo) ou percentual

75%

DOR A MOBILIZAÇÃO + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS + DEFORMIDADE

Nome do médico responsável

DR. JOÃO BATISTA GOMES DA SILVA

CRM

5155

Local

FORTALEZA - CE

Firma reconhecida do médico

Data

02/05/2018

Assinatura / carimbo

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 223.775.223-51

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
07 MAIO 2018

ASS: _____

6 Relatório Médico – Invalidez por Acidente

A ser preenchido pelo médico assistente do sinistrado

Data do acidente 21/01/2017 Internou-se para tratamento em virtude do acidente que o vitimou ☐ Clínico ☒ Cirúrgico

Data da internação 21/01/2017 ANTONIO JOSE SILVA

Nome hospital HIP CENTRO Data da alta hospitalar 31/03/2017

Encontrou no segurado outros defeitos físicos, moléstias ou doenças existentes antes da data do acidente? Cite especificando lesões/doenças e o percentual de perda funcional.

NÃO

Quais os tratamentos que o segurado foi submetido até a data indicada acima? TRATAMENTO CIRURGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA EXP-POSTA GRAVE DA PERNA ESQ COMPLICADO POR OSTEOMIELITE CID: S82

Foram esgotados todos recursos terapêuticos visando a recuperação do paciente? Justifique

Sim

Data da definição da(s) seqüela(s)

02/05/2018

Descrição da seqüela permanente com perda funcional causada pelo acidente de quê o segurado foi vítima

INCAPACIDADE FUNCIONAL DO TORNZELO E PERNA ESQ
DOR A MOBILIZAÇÃO + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS + DEFORMIDADE

Grau (mínimo, médio ou máximo) ou percentual

75%

Nome do médico responsável JOÃO BATISTA GOMES DA SILVA CRM 5155

Local FORTALEZA-CE Firma reconhecida do médico

Data 02/05/2018

Assinatura / carimbo

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 226.175.923-51

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
07 MAIO 2018

ASS:

