



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	Amadeus da Silva Sausa		
NACIONALIDADE	Brasileiro	NATURAL	União - RJ
RG	05549688217	ESTADO CIVIL	solteiro
CPF	968.273.603-00	PROFISSÃO	Estampador
ENDEREÇO	Rua Ocean Aracipe - 3780		
BAIRRO	Bom jardim	CEP	60540-442
MUNICIPIO / UF	Fortaleza - CE		
FONES	(85) 98639-2587 - 98571-3409		
E-MAIL	jaysilvaad3@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.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicia 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, desistir, 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), 17 de julho de 2018

Amadeus da Silva Sausa
outorgante



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

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

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Amador da Silva Sousa, Brasileiro(a),
solteiro, estampador, portador da Carteira de
Identidade/RG nº 2008009061475 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o
nº 968.273.603-00, residente e domiciliado na cidade de
Fortaleza, estado Ceará, na Rua
Oscar Daripe, Nº 3780, Bom Jardim,
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), 7 de março de 20 19

Amador da Silva Sousa

Declarante



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

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

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Amoden da Silva Sousa, brasileiro(a),
solteiro, estampador, portador(a) do RG nº
2008009061475, inscrito no CPF sob nº
968.273.603-00, residente e domiciliado no endereço
Rua Oscar Araújo 3780 Bon Jardim.

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), 7 de março de 2019

Amoden da Silva Sousa.

Declarante.

Argelina da Silva Sousa

TESTEMUNHA:

CPF: 073.856.363-44

NASC: 30.09.1986

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

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

DECLARAÇÃO

Eu, Amadeu da Silva Sousa,
Brasileiro(a), solteiro, portador da cédula de Identidade Nº
20080090 61475 E CPF Nº 968.273.603-00, capaz,
nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
Rua Oscar Inapire nº 3780

na Cidade de Fortaleza, Estado _____, CEP
60.540-442, 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, 07, de maio, de 2019.

Amadeu da Silva Sousa
DECLARANTE



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

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

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>Amadeu da Silva Sousa</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>Rua Oscar Araújo 3780</u>		Profissão: <u>intempador</u>
CPF nº: <u>968.273.603-00</u>	RG n: <u>2008009061475</u>	Estado Civil: <u>solteiro</u>
Bairro: <u>Bom Jardim</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>60.540-442</u>	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, 7 de março de 2019

Amadeu da Silva Sousa

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.

Paragrafo 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



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3013 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/07/2018 10:50:25**
Data / Hora da Ocorrência: **26/06/2018 16:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA URUCUTUBA**
Complemento:
Bairro: **BOM JARDIM** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX A UMA SERIGRAFIA**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **AMADEUS DA SILVA SOUSA**
Nascimento: **21/10/1979** CPF: **968.273.603-00**
RG: **2008009061475** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA ESTER GOMES DA SILVA SOUSA**
DOMINGOS MARIANO DE SOUSA
Endereço: **RUA OSCAR ARARIPE, 3780 AP 301 BL 08 QD 07**
Bairro: **BOM JARDIM**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.540-442**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98639-2587**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OCS1017 Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC4110BR458530 Renavam: **367330989** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **MISAELE MESQUITA DANTAS** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA OCS-1017-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA URUCUTUBA E AO PASSAR DENTRO DE UM BURACO NA VIA, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E ACONTECEU QUEDA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DA PARANGABA. E NADA MAIS DISSE.//
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Amadeus da Silva Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

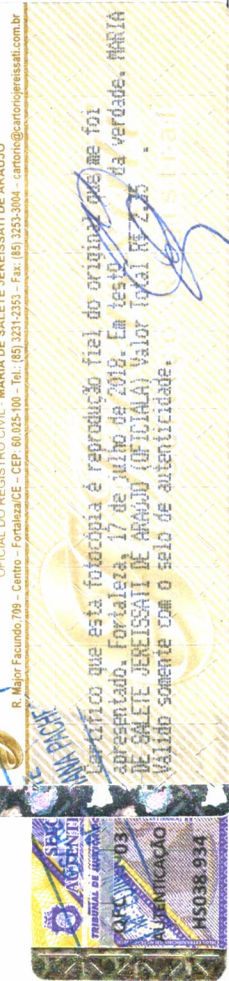
LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

20 SET. 2018

Pág. 1 de 1

Impresso em: 17/07/2018 10:59:28



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

PARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

AMADEUS DA SILVA SOUSA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE

2008009061475 SSFDS CE

CPF

968.273.603-00

DATA NASCIMENTO

21/10/1979

FUNÇÃO

DOMINGOS MARIANO DE SOUSA

MARIA ESTER GOMES DA SILVA SOUSA

PERMISSÃO

ACC

CETIMAR

AD

Nº IDENTIFIC

05549688217

VALIDADE

15/07/2020

1ª PERMISSÃO

25/07/2012

Observações

EXERCE ATIV REMUNERADA;

Amadeus da Silva Sousa

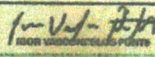
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

10/08/2015



28557840588

CE148551190

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1155970027

PARTEIRA PLASTIFICAR

1155970027

Nº DO CLIENTE
6005290-2
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 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 529887961
Rota 12 01250 10 110600 - 3
Nome JOSELINA DA SILVA SOUSA
End. Postal RU OSCAR ARARIPE 03780 AP 301 BL 08 QD 07
BOM JARDIM - FORTALEZA - 60540442
Medidor 721814
Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 023856363-44
Nome do Responsável

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Conjunto	Mês	Padrão Individual	Apuração Individual
Jun/2018	19/06/2018	18/07/2018	JUN 2018	Jun/2018	DICRI = 0,00 P	ELSD 22,73

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto		Padrão Individual			Apuração Individual		
				Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
75,27	27,00%	20,32		4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
			DIC	3,11	6,22	12,45	0,00	0,00	0,00
			FIC						
			DMIC	2,77			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

A167.E26F.0D98.C45A.5B33.1838.E765.38CD

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
5914	5815	1,00	99	0,00	99	0,76835	75,27
19/06/18	17/05/18		33 DIAS		99		75,27

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	75,27
MULTA MORATORIA REF 05/2018	1,14
JUROS DO MES	0,28
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	4,96
PLANO ODONTO SYSTEM - 3131-8888	22,90
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 4,72)	

VENCIMENTO 26/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 104,55

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	28,45
Transmissão	9,03
Distribuição	16,21
Encargos Setoriais	4,35
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	23,23
TOTAL	75,27

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

78	99	79	101	70	91	74	79	74	71	63	76	70
MED	Jun	Ma	Ab	Ma	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 38,65
Compensado kg (CO₂) 0,00
Consciência Ecológica (%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO
Prezado Cliente, não se autorrelisque. A religação a revelar da distribuidora enseja nova ação de corte, bem como cobrança do custo administrativo de inspeção (art. 175 do art. 131, Resol.414/2010 - Aneel).

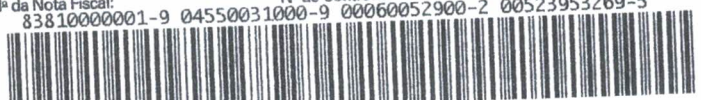
Consta desta fatura R\$ 2,91 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:0,69% e COFINS:3,20% (Art. 9 Res. 100-2005 - Aneel).

Estamos em Bandeira Vermelha pagando 2 com custo de 5,00 reais a cada 100Kwh (quilowatt-hora). Informações: www.aneel.gov.br

...CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

Nº do Cliente: 6005290-2
Data da Emissão: 19/06/2018
Nº da Nota Fiscal: 83810000001-9
Referência: 104,55
Total a Pagar (R\$): 0006005290 00052 39532 03
Nº de Controle: 00060052900-2 00523953269-5



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/03/2019 às 08:58, sob o número 01156603620198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0115660-36.2019.8.06.0001 e código 451E84D.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

TERMO DE ENTREGA**PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

não foi encontrado

Conforme processo nº **P254151/2018**, estamos entregando ao Sr. **Amadeus da Silva Sousa**, CPF: **968.273.603-00**, cópia do Prontuário de Atendimento realizado pelo SAMU 192 Regional Fortaleza, no dia **26/06/2018**.

Fortaleza, 05 de julho de 2018.

Atenciosamente,

[Assinatura]
Francisco Rômulo Sampaio Lira
Diretor Médico - SAMU 192
Regional Fortaleza
CPF: 623.995.433-00 - Mat. 86920-1

Dr. Francisco Rômulo Sampaio Lira
Coord. do Setor Médico do SAMU 192 Regional Fortaleza.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

Nome do solicitante: _____

Assinatura: _____

CPF: _____ Data do recebimento: ____/____/____

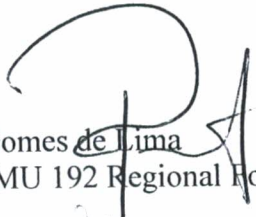
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Amadeus da Silva Sousa**, no dia **26/06/2018**, às **18h**, na **Rua Urucutuba**, no **Bairro Bom Jardim**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido pela Sra. **Joselina da Silva Sousa**. Processo nº **P254151/2018**.

Fortaleza, 05 de julho de 2018.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018



P. 254151/2018

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 91	PONTO DE APOIO: SER V	Nº DA OCORRÊNCIA: 0869
DATA: 26/06/18	TURNO: MT	EQUIPE: EDNIR CARNEIRO
NOME: AMADEUS SILVA SOUSA	IDADE: 32a	SEXO: M
ENDEREÇO: URUCUTUBA	400	
REFERÊNCIA:	BAIRRO: BOM JARDIM	
QTY: 17:50	QUS: 18:00	QUY: 18:25
QUU: 18:45		
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: QUESADA MOTO		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☐ RESPONSIVO	☐ PRESENTE	☐ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE

☐ PÉRVEAS	☐ OBSTRUÍDAS	POR: _____
----------------------------------	-------------------------------------	------------

PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
☐ EUPNEICO	☐ NORMAL	☐ NORMAL	☐ NORMAL
☐ TAQUIPNEICO	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____
☐ BRADIPNEICO			
☐ AGÔNICA/AUSENTE			

PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
☐ NORMOCÁRDICO	☐ CORADA	☐ ≤ 2 seg	☐ SIM
☐ TRAQUICÁRDICO	☐ PÁLIDA	☐ > 2 seg	☐ NÃO
☐ BRADICÁRDICO	☐ CIANÓTICA		
☐ CHEIO	☐ SUDOREICA		
☐ FILIFORME	☐ SECA		
☐ IMPALPÁVEL	☐ QUENTE		
	☐ FRIA		
LOCAL: _____			

ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)			
ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
ESPONTÂNEA ☐ 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☐ 5	OBEDECE A COMANDOS ☐ 6	
À VOZ ☐ 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4	LOCALIZA A DOR ☐ 5	
À DOR ☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4	
NENHUMA ☐ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2	FLEXÃO ANORMAL ☐ 3	
	NENHUMA ☐ 1	EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2	
		NENHUMA ☐ 1	

PUPILAS:	☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
	☐ ALTERADAS

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO

SAMPLA			
FC: 86	PA:	FR: 20	GLIC.:
OXIM.:	TEMP.:		

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

PAR. FEZ USO BEBIDA ETÍLICA, VÍTIMA QUEDA MOTO (MOTORQUEIRO), COM LACERAÇÃO SUPERCÍLIO DIREITO E DORSO DE DIREITO E LABIO SUPERIOR + EDEMA PUNHO DIREITO E LUXAÇÃO 3º QUIRÓDACTILO MÃO DIREITA + NEGA DESMAIO.

ASS. / COREN: EDNIR

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.: CARNEIRO

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE:

☐ LIBERADO☐ RECUSA☐ REMOVIDO POR TERCEIROS☐ OUTRO:

BOLETIM EMERG:

☐ ÓBITO →☐ NO LOCAL☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

☒ SIM☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG / CPF _____

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:

20 SET. 2018

Prefeitura de
FortalezaPREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

fls. 31

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO		Nº DO BE	
NOME DO PACIENTE AMADEUS DA SILVA SOUSA		343617		223484	
NOME MÃE MARIA ESTER GOMES DA SILVA SOUSA		NASCIMENTO 21/10/1979(38 ANOS)		SEXO M	
ENDEREÇO RUA MONSENHOR SABINO FEIJÃO 1393 BOM JARDIM		NOME RESPONSÁVEL NI		RAÇA/COR PARDO	
CONTATO		MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE	
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE		CEP 60.545-025			
QUEIXA PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU 91 COM TRAUMA EM CABEÇA, PUNHO DIREITO, LACERAÇÃO EM FRONTE, PÉ DIREITO		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINTOMAS NI		SINAIS VITAIS			
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SAT O2 NI%	
TEMPERATURA NI °C		ALERGIAS NEGA		PULSO NI	
GLICEMIA NI		CLASSIFICAÇÃO AMARELO		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO EDVANIA NOBRE DE QUEIROZ	
		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 26/06/2018 18:32:12			

ÁREA DE ATENDIMENTO
CIRURGIA GERAL

ATENDIMENTO MÉDICO

RG 1/ ferimento em fronte + pé (E) + língua -
laceração profunda em região frontal. PCTE AGITADO,
NÃO PERMITEU REALIZAR SUTURA E NEGAR-SE A

DIAGNÓSTICO
REALIZAR PROCEDIMENTO -

SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIOS-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO
Apresenta deformidade no
pé (E) (fratura?)
e fratura de R. de R. + mal (E)
e parte de trauma
- 30301028

TIPO DE ATENDIMENTO
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () ÓBITO: () ATÉ 24 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

Impresso por EDVANIA NOBRE DE QUEIROZ em 26/06/2018 às 18:32:18

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

maria Ester Gomes da Silva Sousa
(ESPOSA)

HOSPITAL DISTRITAL M^{te} JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

Mat. 763

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARIA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/03/2019 às 08:58, sob o número 01156603620198060000. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0115660-36.2019.8.06.0001 e código 451E850.

PREScrição Médica	OBSERVAÇÃO
CONDUTA:	
1 - ALTA: ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ A REVELIA ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ REMOVIDO PARA: _____ GUIA Nº _____ DATA E HORA DA ALTA: ____ / ____ / ____ HORA: ____ : ____	
2 - OBSERVAÇÃO: (ATÉ 24 h) ☐ DATA E HORA DA ALTA: ____ / ____ / ____ HORA: ____ : ____	
3 - INTERNAÇÃO ☐ N° PRONTUÁRIO: _____ DATA E HORA DA INTERNAÇÃO: ____ / ____ / ____ HORA: ____ : ____	
4 - PARA ÓBITO ANTES DO 1º SOCORRO ☐ NÃO ☐ SIM DATA ÓBITO: ____ / ____ / ____ HORA ÓBITO: ____ : ____	
DESTINO DO CORPO: 1 ☐ ENTREGUE À FAMÍLIA 2 ☐ I.M.L. 3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA 4 ☐ BVO	
ASS. CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL ASS. PACIENTE OU ACOMPANHANTE	

~~HOSPITAL DISTRITAL M^a JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA~~

ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

ML 763

28 SET, 2018

6

Relatório Médico – Invalidez por Acidente

A ser
preenchido
pelo médico
assistente do
acidentado

Data do acidente 26/06/2018 Internou-se para tratamento em virtude do acidente que o vitimou ☐ Clínico ☒ Cirúrgico
Data da internação 26/06/2018 AMADEUS DA SILVA SOUSA
Nome hospital FLORENTINA PARANGABA Data da alta hospitalar 26/06/2018

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 COM RECONSTITUIÇÃO CIRÚRGICA EM LESÃO CORTOCOTILVSA NO SUPERCILIO DTR + TRATAMENTO COM VADORT + REPOUSO EM TRAUMA NO PUNHO DTR E LESÃO LACERO CONTUSA NO PE DTR
RECURSOS INEFICIENTES DE LUXAÇÃO DO QUIRODACTILO DTR

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

SIM

Data da definição da(s) sequele(s)

26/09/18

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

- INCAPACIDADE FUNCIONAL DA MÃO E PUNHO DTR.
- CICATRIZ EXTENSA NO DORSO DO PE DTR
(DOR A MOBILIZAÇÃO + LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO)

Grau (mínimo, médio ou máximo) ou percentual

40%

Nome do médico responsável JOÃO BATISTA GOMES DA SILVA CRM 5155

Local FORTALEZA-CE Firma reconhecida do médico

Data 17/07/18

Assinatura / carimbo

ARTICULAR SERV. MEDICOS E FISIOTERAPIAS LTDA
CNPJ: 13.251.274/0001-03

PÁGINA 2/2

Mod. 230/058 - Maio/17

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.775.923-91

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.775.923-91

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.775.923-91

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
20 SET. 2018

SINISTRO 3180441066 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA AMADEUS DA SILVA SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA
DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO AMADEUS DA SILVA SOUSA

CPF/CNPJ: 96827360300

Posição em 07-03-2019 15:53:27

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
17/12/2018	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180441066

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: AMADEUS DA SILVA SOUSA

Data do acidente: 26/06/2018

Seguradora: ARJANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA MÃO E PÉ DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: MARCHA ATÍPICA, CICATRIZ IRREGULAR E RETRÁTIL NO DORSO DO PÉ DIREITO, DEFORMIDADE ÓSSEA NO DORSO DA MÃO DIREITA - OUTRO ACIDENTE, EDEMA RESIDUAL DO PÉ DIREITO E BLOQUEIO RESIDUAL DA EXTENSÃO DO HÁLUX DIREITO. MÃO DIREITA LIVRE.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA, ONDE FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CONSERVADOR, COM SUTURA E MEDICAÇÃO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA, COM COMPLICAÇÃO - CICATRIZ RETRÁTIL.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL (10%) EM PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/12/2018

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E NO TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM PÉ DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: ANDRE DE OLIVEIRA LEAL

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

Alessandra Duraes Altaf

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARTA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/03/2019 às 08:58, sob o número 01156603620198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0115660-36.2019.8.06.0001 e código 451E852