



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	Paulo William Pereira Barbosa		
NACIONALIDADE	Brasileira	NATURAL	
RG	023409 MT - CE	ESTADO CIVIL	Solteiro
CPF	773.257.103-72	PROFISSÃO	Vendedor
ENDEREÇO	Av. Assis, 384		
BAIRRO	Jardim Iracema	CEP	60340065
MUNICÍPIO / UF	Fortaleza - CE		
FONES	85989300669 85988269953		
E-MAIL	nc527310@gmail.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 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, 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), 31 de Janeiro de 2019.


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, Paulo Willian Pereira Barbosa, Brasileiro(a),
Solteiro, Vendedor, portador da Carteira de
Identidade/RG nº 023409 MT-CE -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o
nº 773.257.103-72, residente e domiciliado na cidade de
Fortaleza, estado Ceará, na Rua
Assis, Nº 384, Jardim Iracema,
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), 31 de Janeiro de 2019.

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, Paulo William Pereira Barbosa, brasileiro(a),
Solteiro, Vendedor, portador(a) do RG nº
023409 MT-CE, inscrito no CPF sob nº
773.257.103-72, residente e domiciliado no endereço
Av. Assis, 384 - Jardim Iracema,

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), 31 de Janeiro de 20 19.

Paulo William Pereira Barbosa

Declarante.

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:

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, Paulo William Pereira Barbosa,
Brasileiro(a), Solteiro, Vendedor, portador da cédula de Identidade N°
023409 MT - CE E CPF N° 773.257.103-72, capaz,
nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
Av. Assis, 384 - Jardim Iraema

na Cidade de Fortaleza, Estado Ceara, CEP
60340-065, 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, 31, de Janeiro, de 2019.

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>Paulo William Pereira Barbosa</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>Av. Assis, 384</u>		Profissão: <u>Vendedor</u>
CPF nº: <u>773.257.103-72</u>	RG n: <u>023409 MT-CE</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Jardim Iracema</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>60340-065</u>	Telefone: <u>85989300669</u> <u>85988269953</u>	

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTOS, 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, 31 de Januário de 2019

Paulo William Pereira Barbosa

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

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1642817321



PROIBIDO PLASTIFICAR
1642817321

NOME
PAULO WILLIAM PEREIRA BARBOSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
023409 MT CE

CPF
773.257.103-72

DATA NASCIMENTO
25/04/1979

FILIAÇÃO
JOSE PAULO GONCALVES
BARBOSA
MARIA VINEIDE PEREIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
00602095128

VALIDADE
29/05/2023

1ª HABILITAÇÃO
09/05/1998

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR
Paulo William Pereira Barbosa

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
01/06/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
Igor Vasconcelos Ponte
20671664479
CE165273542

CEARÁ

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
20 DEZ. 2018

Nº DO CLIENTE
5230270

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



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 547287831

Rota 18 01150 26 184600 - 4 Data de Emissão 26/10/2018

Nome MARIA EVILENE MACEDO LIMA

End. Postal AV ASSIS 00384

JARDIM IRACEMA - FORTALEZA - 60340065

7739692 1484 D29W

Medidor B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFÁSICO

Classe Poste

RG / CPF / CNPJ 607887173-08 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência: Out/2018

Data da Apresentação: 26/10/2018

Previsão Próxima Leitura: 26/11/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto: Ago/2018 EUSD 20,09

Mês: DICRI = 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 123,77

Alíquota 27,00%

Valor do Imposto 33,41

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC	3,11	6,22	12,45	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,77			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

3FA3.623E.3A3E.D278.9260.B3A8.3C9E.5541

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Ant.	Leit. Atual	Carga	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
2454	2308	1100	154	0,00	78	0,48223	33,75
					54	0,72335	39,87
26/10/18	26/09/18		30 DIAS		154		81,25

VALORES DO CONSUMO DO MES

	VALOR (R\$)
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	11,48
MULTA MORATORIA REF 07/2018	0,83
JUROS DO MES	0,68
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	12,44
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	3,35
SEGURO BEM ESTAR INDIVIDUAL II - 0800 600 0560	6,64
PARCERIA ARAGAO DISTRIBUIDOR (85) 3253-4704 1/1	42,00
CARTAO DE TODOS - 0800.283.8916	19,50
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 7,76)	

15/11/2018

VENCIMENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	
Transmissão	3,09
Distribuição	16,49
Encargos Setoriais	4,42
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	43,15
TOTAL	96,08

TOTAL PAGAR (R\$)

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

123	154	141	143	125	126	112	112	112	110	118	109	117
MED	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Ma	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica (%CO₂)

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2018298024



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5293/2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **13/12/2018 15:24:20**
Data / Hora da Ocorrência: **11/06/2018 11:47:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA HISTORIADOR RAIMUNDO GIRÃO**
Complemento: **C/ A RUA FCO. DIAS RIBEIRO**
Bairro: **MEIRELES** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **PAULO WILLIAM PEREIRA BARBOSA**
Nascimento: **25/04/1979** CPF: **773.257.103-72**
CTPS: **023409** Orgão Emissor: **MT**
Filiação: **MARIA VINEIDE PEREIRA**
JOSE PAULO GONÇALVES BARBOSA
Endereço: **AVENIDA MAJOR ASSIS, 384**
Bairro: **JARDIM IRACEMA**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL**

LIBIA CORRETOIRA DE SEC. LTI
20 DEZ. 2018
UF: CE
ASS:

CEP: **60.340-065**
Telefone: **(85) 98930-0669**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCG0115** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C6KE1520B0061516 Renavam: **341767204** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/FACTOR YBR125 K** Ano
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:
ROXA Proprietário: **MARIA EVILENE MACEDO LIMA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE POSSUI HABILITAÇÃO CNH Nº00602095128, CATEGORIA "AB", DETRAN/CE; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OCG-0115/CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. HISTORIADOR RAIMUNDO GIRÃO ESQUINA COM A RUA FRANCISCO DIAS RIBEIRO, QUANDO UM CARRO QUE NÃO SABE INFORMAR A PLACA AVANÇOU A PREFERENCIAL E COLIDIU NA MOTO PILOTADA PELA VITIMA; QUE COM O IMPACTO A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DE ANTONIO BEZERRA. 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 :

ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

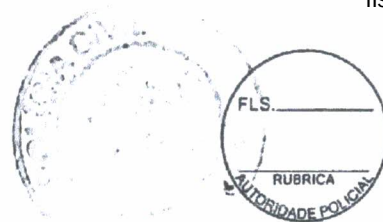
Pág. 1 de 2

Consolidado em: 13/12/2018 15:35:16

Impresso em: 13/12/2018 15:35:16



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



Impresso nº 2018298024

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5293 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

Paulo William Pereira Berto

[Large handwritten signature]

20 DEZ. 2018

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

ATO

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Paulo William Pereira Barbosa**, no dia **11/06/2018**, às **13h45min**, na **Avenida Historiador Raimundo Girão c/ Rua Francisco Dias Ribeiro**, no **Bairro Meireles**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P313122/2018**.

Fortaleza, 20 de agosto de 2018.

Atenciosamente,


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


Maria Helena da Silva Alves
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

LÍDIA CORRETOURA DE
20 DEZ. 2018
ASS: _____



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

P. 313122/2018

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USB 90	PONTO DE APOIO: SER II	Nº DA OCORRÊNCIA: 0544
DATA: 11/06/18	TURNO: MT	EQUIPE: maiorana e Danelson
NOME: Paulo Williana Pereira Barbosa	IDADE: 39 a	SEXO: (M)
ENDEREÇO: R. Estorilador Raimundo Gias q/ Dias Ribeiro		
REFERÊNCIA: Aterro / Praia de Iracema	BAIRRO: maricá	
QTY: 13:35'	QUS: 13:45'	QUY: 14:35'
QUU: 15:00'		
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: colisão carro x moto		
RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA		
RESPOSTA AO CHAMADO ☒ RESPONSIVO ☐ NÃO RESPONSIVO	EXPANSÃO TORÁCICA ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO) ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE
☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS	POR: _____	
A Voz		
B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO ☐ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/AUSENTE	INSPEÇÃO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____
		PALPAÇÃO / PERCUSSÃO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____
		AUSCULTA ☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____
C Circulação	PULSO ☐ NORMOCÁRDICO ☐ TRAQUICÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO ☐ CHEIO ☐ FILIFORME ☐ IMPALPÁVEL	PELE ☐ CORADA ☐ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA ☐ SUDOREICA ☐ SECA ☐ QUENTE ☐ FRIA
LOCAL: _____		ENCHIMENTO CAPILAR ☐ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg
SANGRAMENTO ☐ NÃO ☐ SIM		
ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)		
D Neurológico	ABERTURA OCULAR ESPONTÂNEA ☒ 4 À VOZ ☐ 3 À DOR ☐ 2 NENHUMA ☐ 1	RESPOSTA VERBAL ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2 NENHUMA ☐ 1
	RESPOSTA MOTORA OBEDECE A COMANDOS ☐ 6 LOCALIZA A DOR ☐ 5 MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4 FLEXÃO ANORMAL ☐ 3 EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2 NENHUMA ☐ 1	
	TOTAL: 15	
PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS		
E Exposição	ADULTO 	LESÕES
		PEDIÁTRICO
SAMPLA		
FC: 88	PA:	FR: 16
GLIC.:	OXIM.: 98%	TEMP.:
Moto queixo e capote envolvidos em colisão e carro. Comiss. frontais, ventraliza. Anixa alijm em joelho exposto, e colisão local.		

QTY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUR: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUJ: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUU: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Realizada estabilização, Removido p/ avaliação.

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☒ UNIDADE DE SAÚDE: Estabilização em Bozorra
☐ LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO:
☐ ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE

BOLETIM EMERG:

PACIENTE ACOMPANHADO: ☒ SIM ☐ NÃO
 ASS. DO RESPONSÁVEL: Francisco de Assis Moreira Lima ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

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: _____

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
 20 DEZ. 2019



RECEITA

ATESTO que Paulo William
Tereira Barbosa sofreu
trauma femur esquerdo
em acidente de moto
no dia: 11 / junho / 2018.
Hoje recebe alta ambula-
torial definitiva com
as seguintes sequelas:
- encurtamento de ± 2 cm
- antecurvato de M. INF. ESS
esquerda
- limitação do movimen-
to de flexão joelho ESS
- marcha claudicante
- fraqueza muscular
quadril esquerdo

QUANDO RETORNAR AO MEDICO LEVE SUA RECEITA
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOOLICAS E CIGARROS.
PREJUDICAM A SAUDE. PERGUNTE AO SEU MEDICO.

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34883210 CNPJ - 4.885.191/0010-35

11 / 12 / 18

Dr. José Roberto Porto
Médico - Fisioterapeuta
CRM 6530



**Prefeitura de
Fortaleza**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA**

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

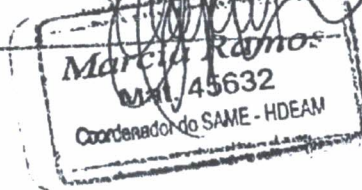
DADOS PESSOAIS			
OME DO PACIENTE PAULO WILLIAM PEREIRA BARBOSA	Nº DO PRONTUÁRIO 173845	Nº DO BE 221708	
ADUS	NASCIMENTO 23/04/1979 (39 ANOS)	SEXO M	RACIA COR PARDO
OME LUGAR MARIA VINEIDE PEREIRA	NOME RESPONSÁVEL O MESMO USB 90	MUNICÍPIO	UF CE
ENDEREÇO AV MAJ ASSIS 384 JARDIM IRACEMA	CEP NI		
CONTATO (85)98654-2097			
OCCORRÊNCIA			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
CAUSA SAMU COLISAO MOTO CARRO TRAUMA JOELHO E HA 2 HORAS		TIPO ACIDENTE DE MOTO	
NTOMAS NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS			
ESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA HELENA RODRIGUES	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 11/06/2018 14:47:52	
ÁREA ATENDIMENTO			
TEX DE ATENDIMENTO			
ATENDIMENTO TRAUMA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
DIAGNÓSTICO			
COD. PROCEDIMENTO			
CID			
ADY SOLICITADO:			
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
Pla emopodática			
Abus pontuário c/ bito			
Dr. Marco Antonio Araújo Costa Ortopedia/Traumatologia CRM-6123		30330200, 20 DEZ. 2018	
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
TIPO SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÔBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO			
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA			

Atestado por MARIA HELENA RODRIGUES em 11/06/2018 às 14:47:56

claro 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.

PAULO WILLIAM PEREIRA BARBOSA

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL



1- 30330200

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 HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA						2 - CNES _____	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE CPF: 773.257.103-72						4 - CNES _____	
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE Paulo William Figueira Barbosa						6 - Nº DO PRONTUÁRIO 373945	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 7 0 0 5 0 3 9 9 3 8 8 1 9 5 8				8 - DATA DE NASCIMENTO 25 04 79		9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Maria Vinícius Figueira						11 - TELEFONE DE CONTATO 9865972097	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Avenida Major Assis, 384 - Jardim Jacaranda							
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Fortaleza				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 06		15 - UF CE	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente internado p/ tratamento cirúrgico fratura fêmur distal esp.							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade de cirurgia							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Rx simples							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL fratura fêmur esp.		21 - CID 10 PRINCIPAL _____		22 - CID 10 SECUNDÁRIO _____		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____	
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO fratura fêmur Ho. cirúrgica						25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____	
26 - CLÍNICA _____		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO _____		28 - DOCUMENTO () CNS () CPF		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 11 06 18		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Marcia Ramos MA 456000000-0 CBO 4121-05-01 20 DEZ 2018	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		36 - CNPJ DA SEGURADORA _____	
37 - Nº DO RILHETE _____		38 - SÉRIE _____		39 - CNPJ DA EMPRESA _____		40 - CNAE DA EMPRESA _____	
41 - CBOR _____		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____				44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR _____		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 12670021237	
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF		47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____		48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 2318102392309	



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL Dr. EVANDRO AYRES DE MOURA
FICHA DE ANESTESIA

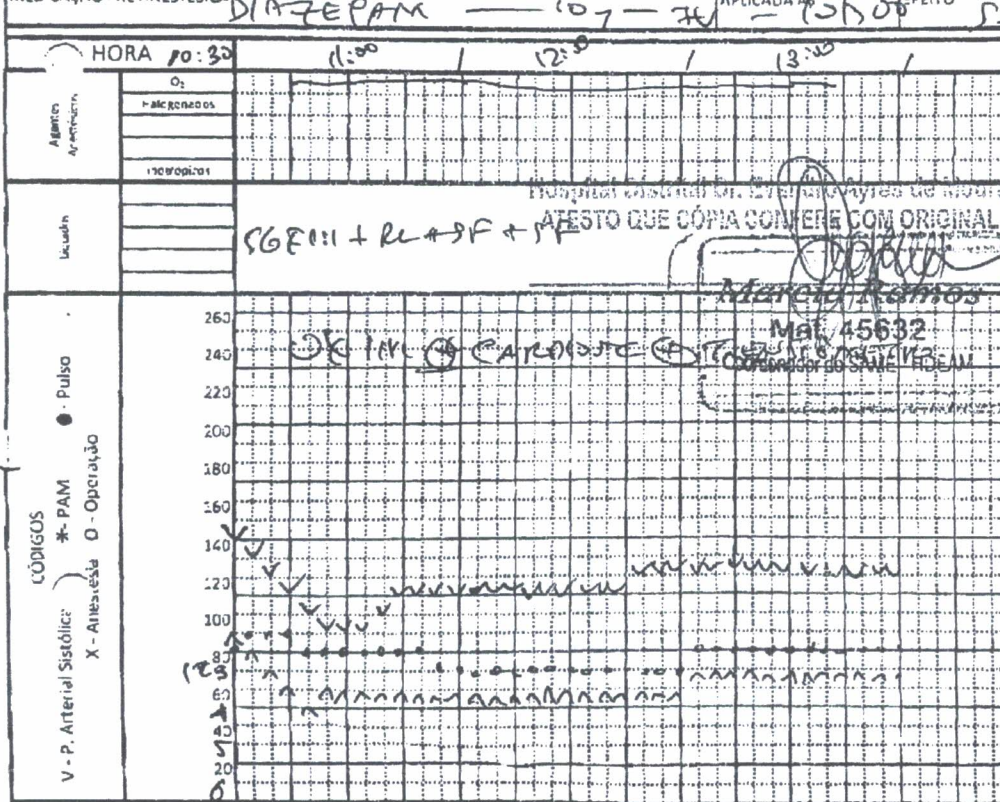


NOME: PAULO WILLIAMS PEREIRA BARBOSA
ENFERMARIA: TO

(39 anos)
Nº PRONTUÁRIO: 173941
LEITO: 11A

DATA <u>14-06-18</u>	PRESSÃO ARTERIAL <u>139x080</u>	PULSO <u>90</u>	RESPIRAÇÃO <u>20</u>	TEMPERATURA <u>AF</u>	PESO <u>±100 kg</u>	ALTURA <u>±1,72</u>
TIPO SANGÜÍNEO	HEMOGLOBINA <u>14,4g%</u>	HEMATÓCRITO <u>42,7%</u>	PLAQUETAS <u>262.000</u>	GLICEMIA <u>144</u>	OUTROS: <u>+H: 83,7%</u>	
	URINA	UREIA	CREATININA <u>1,16</u>		TTPA: <u>0,67</u>	

APARELHO RESPIRATÓRIO	LUCRECIA: 11.480		ASMA	NT	BRONQUITE	NT
APARELHO CIRCULATÓRIO	37,1 NADE MONTEADA		ELETROCARDIOGRAMA	NORMAL		
APARELHO DIGESTIVO	IMC: 37 kg/m²		PESCOÇO	NORMAL		
ESTADO MENTAL	LUCIDO		AP. JAÍNÁRIO	NÃO RAML		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	F. NACIM PEREIRA (C) + C. NACIM (C)		ALERGIA	NT	HIPOTENSORES	NT
ANESTESIAS ANTERIORES	NT		ESTADO FÍSICO	II	RISCO	
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	DIAZEPAM 10mg - 107 - 74 - 107 - 107		EMERGÊNCIA ()		ELETIVA (X)	



INDUÇÃO	Satisf. <u>8</u>	Exclt. <u>2</u>	Tosse <u>1</u>
	Laríngo espasmo <u>1</u>	Lenta <u>1</u>	Náuseas <u>1</u>
OUTROS	3. MONIT. ELETROCARDIOGRÁFICO		
MANUTENÇÃO	2. B. R. MONIT. ELETROCARDIOGRÁFICO		
	3. DEKAMETON - 10mg		
	4. RAVITIDINA 50mg		
	5. FENITÓIA 100mg		
	6. MORFINA 2mg		
	7. CEFALURIM 2g		
	8. PAC. SENT. NACIM		
	9. ANTIPIRÉTICO (B.S.)		
	10. INJEÇÃO F. NACIM (36)		
	11. PAC. DEC. NACIM		
	12. PAC. DEC. NACIM		
	13. PAC. DEC. NACIM		
	14. PAC. DEC. NACIM		
	15. PAC. DEC. NACIM		

AGENTES	TUPINACATINA PESADA + MORFINA		CÂNULAS	16. S. NACIM
TÉCNICAS ANESTÉSICAS	RAQUIANESTESIA + SEDACÃO		TEMPO GARROTE	
CIRURGIA	T.T. CIRÚRGIO F. NACIM (C) + C. NACIM (C)		PERDA SANGÜÍNEA	
CIRURGIÕES	DR. GLOSTER + DR. UIRAL		INÍCIO	10:30 h
ANESTESISTAS	DR. ELMIRO HÉLIO 633-CRM		TERMINO	13:30 h
OBSERVAÇÕES	EXTUBADO 11:41		DURAÇÃO	3h

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/03/2019 às 12:26, sob o número 01174202020198060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0117420-20.2019.8.06.0001 e código 456AA5E.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVADRO AYRES DE MOURA

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: PAULO WILLIAM PEREIRA BARBOSA		Pront: 173945
DATA DA CIRURGIA: 14/06/2018	UNIDADE:	LEITO:
CIRURGIÃO: DR. GLAUTER CARLOS FÉLIX	1º AUX.: DR. MARCELO VIDAL	2º AUX.:
AUX. CIRCULANTE:	AUX. INSTRUMENTADORA:	
ANESTESISTA: DR. ELMIRO HELIO	TIPO DE ANESTESIA: RAXUI + NEPTER A + SENE	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQ + COMINUIÇÃO ÓSSEA		
TIPO DE CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO FÊMUR e ENXERTO OSSEO		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: 3.07.25.12-7 3.07.32.02-6		
O mesmo		
EXAMES DURANTE ATO CIRURGICO: Intensificador de imagem		
INTERCORRÊNCIAS DURANTE A CIRURGIA:		
DESCRIÇÃO		
1) PACIENTE EM DDH SOB EFEITO ANESTÉSICO 2) ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS 3) ACESSO CIRÚRGICO LATERAL AO FÊMUR DISTAL + DISSECÇÃO POR PLANOS ANATÔMICOS 4) REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO INTERNA COM UMA PLACA DCS + PARAFUSOS CORTICAIS 4,5MM E UM PARAFUSO CONDILAR DESLIZANTE + CONTRAPINO 5) VERIFICADA COMINUIÇÃO ÓSSEA + APOSIÇÃO DE ENXERTO ÓSSEO MEDULAR NO FOCO 6) CONTOLE RADIOGRÁFICO COM INTENSIFICADOR DE IMAGEM 7) SÍNTESE POR PLANOS ANATÔMICOS 8) CURATIVO ESTÉRIL 9) ENCAMINHADO À SR em BEG		
Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura AISTO QUE COPIA O ORIGINAL COM DATA Marcia Ramos Mat. 45832 Coordenadora SANE - HDEAM Dr. GLAUTER CARLOS FÉLIX Ortopedia e Traumatologia CRM 14059 / SBOF 15454 LIMA COORDENADORA DE SEG. 100 20 DEZ 2018		

FICHA DE EVOLUÇÃO DE PACIENTE - FEP

NOME		PAULO WILLIAM PEREIRA BARBOSA									
PRONTUARIO	DATA DO NASCIMENTO	ENFERMARIA	LEITO	DATA DO INTERNAÇÃO	DATA DO INICIO DO TRATAMENTO						
173945											
DIAGNÓSTICO				OBSERVAÇÕES							
DATA	EVOLUÇÃO										
14/06/2018	Paciente com diagnóstico de FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQ + COMINUIÇÃO ÓSSEA foi submetido a TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO FÊMUR sem intercorrências.										
	CD: 1) Encaminhado à SR em BEG; 2) antibióticoprofilaxia; 3) Não pisar com o membro operado até segunda ordem; 4) Analgesia; 5) Antibiótico VO na alta hosp.;										
	Dr. GLAUBERT CARLOS FÉLIX Ortopedia e Traumatologia CRM 14059 / SBOT 15454										
15/06/18	2º PO OS Fx distais de fêmur (E) Estável. Apetite. Navegação planejada de MIE. Sem sinais de TEP/TVP. CD: (1) Profilaxia anti-trombótica. (2) Sinais hemorrágicos. (3) Monitorar diurese de 1º grau profilático.										
	Dr. Livio Costa Ortopedia e Traumatologia CRM 18389 TEOT 15731										
17/06/18	3º PO OS Fx distais de fêmur (E). Estável. Apetite. Sem sinais de TEP/TVP. ED limpa e seca. CD: (1) Dor medicada. (2) Pseudo tumor no 1º dia.										
	Dr. Livio Costa Ortopedia e Traumatologia CRM 18389 TEOT 15731										
Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura ATTESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL											
Marcia Ramos Matr. 45632 Coordenador do SAME - HDEAM											



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frolinha de Antônio Bezerra



Prefeitura de
Fortaleza

RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

PACIENTE: Paulo Wellington Pereira Barros.			
PRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO
INÍCIO DO TRATAMENTO	DATA DA ALTA	DATA DO RETORNO	MÉDICO PARA RETORNO
11/06/18	17/06/18	23/06/18	Dr. Gelson Felix

RESUMO DA HISTÓRIA DA CLÍNICA

Trauma com esmagamento.

Do, estresse e deformidade em com esmagamento.

DIAGNÓSTICO

PRINCIPAL: Fratura de fêmur do fêmur esquerdo.

ACESSÓRIO-1

ACESSÓRIO-2

ACESSÓRIO-3

EXAMES ESPECIALIZADOS:

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Ortopedia → 14/06/18

TERAPÊUTA APÓS ALTA

- 1) Não peso.
- 2) Manter o joelho e quadril.
- 3) Troca de curativo a cada 2 dias.

- 4) Atividade física.
- 5) Medicação conforme prescrição médica.

CONDIÇÕES DE ALTA:

CURADO

MELHORIA

OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA: 17, 06, 18

Dr. Paulo Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18389-TEOT 15731
MÉDICO - CRM

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Atenção: QUE Cópia CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEAM

HOSPITAL DISTRITAL DR EVANDRO AYRES DE MOURA RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA CEP 60356-830 - FONE: (85) 3197-0010-35 - FAX: (85) 3197-0010-36 - FORTALEZA - CEARA

SINISTRO 3180598018 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA PAULO WILLIAM PEREIRA BARBOSA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO PAULO WILLIAM PEREIRA BARBOSA
CPF/CNPJ: 77325710372

Posição em 31-01-2019 12:43:33

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
08/01/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50