

DPGE Logo
Núcleo Central de Atendimento
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, JOSÉ DIOSDADO DE SOUZA PAULA, Brasileiro, Casado(a), Autônomo, RG Nº 104669-80, expedido(a) pelo(a) SSPCE, e do CPF Nº 228.772.743-49 residente e domiciliado(a) na Rua Irineu de Sousa Nº 145, Alvaro Weyne, Fortaleza - CE, CEP: 60337-180, com telefone(s) de contato nº: (85) 98713-2559, _____, endereço eletrônico _____, declaro para os devidos fins, que possuo insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios, requerendo, de logo, a gratuidade da justiça e os serviços prestados pela Defensoria Pública do Estado do Ceará, e que a isenção conforme o artigo 98, § 1º do CPC, abrange a taxas e custas judiciais, selos postais, despesas com publicação na imprensa oficial, indenização devida à testemunha, despesas com exame de código genético - DNA, honorários de perito, remuneração de intérprete ou tradutor nomeado, custo com elaboração de cálculo, depósitos previstos em lei para interposição de recurso, para propositura de ação e prática de outros atos processuais inerentes ao exercício da ampla defesa e contraditório, emolumentos devidos a notários ou registradores em decorrência da prática de registro, averbação ou qualquer outro ato notarial necessário à efetivação de decisão judicial ou à continuidade de processo judicial. Declaro, ainda, ter conhecimento de que a gratuidade da justiça é pessoal, não se estendendo a litisconsorte ou sucessor. Declaro, também, que observarei os deveres processuais elencados no artigo 77 e seus incisos do CPC, comprometendo-me a expor os fatos conforme a verdade, não formular pretensão ou apresentar defesa quando ciente de que é destituída de fundamento; não produzir provas e não praticar atos inúteis ou desnecessários à defesa do direito; não criar embaraços à efetivação de decisões jurisdicionais de qualquer natureza; não praticar inovação ilegal no estado de fato de bem ou de direito litigioso, sob pena de me responsabilizar por litigância de má-fé nos termos do artigo 79 e seguintes do CPC. Declaro, que fui informado(a) acerca da imputação do crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (art. 299, do CP - Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa), no caso de se fazer declaração falsa. Declaro, outrossim, que obterei senha pessoal do sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, junto à unidade judiciária onde tramita o processo, para ter acesso aos autos digitais e tomar conhecimento de seu andamento.

Fortaleza, 4 de Fevereiro de 2019.


Assinatura do(a) declarante

Av. Pinto Bandeira, nº 1.111, Luciano Cavalcante - CE
CEP 60.811-170, Fone: (85) 3278-3556

Norões Milfont

CASAMENTOS - NASCIMENTOS - ÓBITOS - PROCURAÇÕES
AUTENTICAÇÕES E RECONHECIMENTO DE FIRMA
Rua Castro e Silva, 38 - Fone: (085) 226.4172
Centro - Fortaleza - Ceará



fls. 9

PODER JUDICIÁRIO
REGISTRO CIVIL DA 4ª ZONA DE FORTALEZA

Dr. Antônio Tomás de Norões Milfont

Escrivão

Roberto Martins de Norões Milfont - Marcelo Martins de Norões Milfont

Substitutos

Certidão de Casamento

CERTIDAO DE CASAMENTO

Certifico que o livro de REGISTRO DE CASAMENTO, B48 existente em meu poder e Cartório as folhas 88.V sob o número de ordem 28026 consta o Termo de casamento do Sr.

JOSE DIOSDADO DE SOUZA PAULA com
LUCIA MARIA DOS SANTOS OLIVEIRA

que passou a se chamar:
LUCIA MARIA OLIVEIRA PAULA

realizado em 18 de fevereiro de 2000, contraído perante o M.M. Juiz DRA. SANDRA MARIA ALVES E SILVA-JUIZA DE CASAMENTOS e presente as testemunhas JOSE FERNANDES PEREIRA FARIAS e FRANCISCA MARIA GONCALVES FERNANDES Casados com o regime de: COMUNHAO PARCIAL DE BENS]

***** O NUBENTE *****
Naturalidade....FORTALEZA-CE
Profissão.....ELETROTECNICO
Nascido a.....16/09/1963
Residente a.....NESTA CAPITAL
Filho de.....RAIMUNDO FERREIRA PAULA
e de Dona.....MARIA IRLENE DE SOUZA PAULA

***** A NUBENTE *****
Naturalidade....S. GONÇALO DO AMARANTE-CE
Profissão.....DO LAR
Nascida a.....10/01/1964
Residente a.....NESTA CAPITAL
Filha de.....JOSE RIBAMAR DE OLIVEIRA
e de Dona.....GUIOMAR DOS SANTOS OLIVEIRA

Observações:
~~~~~

O referido é verdade. Dou fé.  
Fortaleza, 18 de fevereiro de 2000

*Marcelo Martins de Norões Milfont*  
Oficial do Registro Civil

CARTÓRIO NORÕES MILFONT  
Marcelo Martins de Norões Milfont  
Escrivão Substituto

CARTÓRIO NORÕES MILFONT  
REGISTRO CIVIL DA 4ª ZONA

Rua Castro e Silva, 38 - Fone: 226.4172

CEP: 010

Dr. Antônio Tomás de Norões Milfont

Centro - Fortaleza - Ceará



VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANA MARCIA SILVA COSTA LEITAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/03/2019 às 22:43, sob o número 01194944720198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0119494-47.2019.8.06.0001 e código 45D36D3.

### A CARTEIRA PROFISSIONAL

Por menos que pareça e por mais trabalho que dê ao interessado, a carteira profissional é um documento indispensável à proteção do trabalhador.

Elemento de qualificação civil e de habilitação profissional, a carteira representa também título originário para a colocação, para a inscrição sindical e, ainda, um instrumento prático do contrato individual de trabalho.

A carteira, pelos lançamentos que recebe, configura a história de uma vida. Quem a examina, logo verá se o portador é um temperamento aquilado ou versátil; se ama a profissão escolhida ou ainda não encontrou a própria vocação; se andou de fábrica em fábrica, como uma abelha, ou permaneceu no mesmo estabelecimento, subindo a escala profissional. Pode ser um padrão de honra. Pode ser uma advertência.

(a) Alexandre Marcondes Filho

### MINISTÉRIO DO TRABALHO SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Polegar Direito



Handwritten notes and stamps on the card. A circular stamp reads: 'CONVENIO COM A B. E. J. CEARA CATEGORIA'. There are several handwritten signatures and initials, including 'Alexandre Marcondes Filho' and 'J. J. Costa'. A date stamp '2 12 81' is visible near the photo.

ASSINATURA DO PORTADOR

### QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome: Yair Jordão de Souza  
Loc. Nas: Paulista  
Est: Ceará Data: 16.08.1963  
Filiação: Benedito Teodoro de Souza e Maria de Jesus de Souza  
Est. Civil: solteiro Doc. N.º: \_\_\_\_\_  
Fil. \_\_\_\_\_ Liv. \_\_\_\_\_ Reg. Civil \_\_\_\_\_  
Outro doc: \_\_\_\_\_  
Situação Militar: Doc. P. P. Militar  
N.º \_\_\_\_\_ Orgão 31.º Reg. Est. Ce

### ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em: \_\_\_\_\_  
Doc. Ident. N.º \_\_\_\_\_ Exp. em \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_  
Obs.: \_\_\_\_\_  
Data Emissão: 05.12.81 DRT Ce  
Assinatura de Funcionário: [Signature]

### ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome: \_\_\_\_\_  
Doc: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
Doc: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
Doc: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
Doc: \_\_\_\_\_  
Est. Civil: \_\_\_\_\_  
Doc: \_\_\_\_\_  
Nascimento: \_\_\_\_\_  
Doc: \_\_\_\_\_

TIM S.A.  
 Av. Tristão Gonçalves, 1461/1477  
 Centro - Fortaleza - CE  
 CNPJ: 02.421.421/0008-98 - I.E.: 62877542  
 LNPJ do Metriz: 02.421.421/0001-11



**R\$ 28,47**

**VENCIMENTO**

**15/11/2018**

EMISSÃO: 01/11/2018

POSTAGEM: 05/11/2018

FATURA: 3566377739

CLIENTE: 1.59904458

CPF/CNPJ: 22877274349

ACESSO: 85 99657-9569

DÉBITO AUTOMÁTICO: 0000000159904458012

**JOSE DIÓSDADO DE SOUZA PAULA**  
 IRINEU DE SOUSA, 145, CASA  
 ALVARO WEYNE  
 60337-180 - FORTALEZA - CE

**IMPORTANTE PARA JOSE**

**RESUMO DA SUA CONTA DE 25/SET A 24/OUT**

| Serviços TIM S.A.                                             | VALOR     |
|---------------------------------------------------------------|-----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> TIM Controle A Plus       | R\$ 28,07 |
| <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS | R\$ 0,40  |

**VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA MENSALIDADES**

| Vantagens que seu plano oferece                       | FRANQUIA | CONSUMO | QUANTIDADE | Nº DIAS | PERÍODO | VALOR        |
|-------------------------------------------------------|----------|---------|------------|---------|---------|--------------|
| <b>TIM Controle A Plus: 85996579569 (088/PÓS/SMP)</b> | -        | -       | 1          | -       | -       | <b>44,99</b> |
| TIM Backup 5GB                                        | -        | -       | 1          | -       | -       | Incluído     |
| TIM Banca Virtual                                     | -        | -       | 1          | -       | -       | Incluído     |
| Desc Relac 37.59%TIM Backup 5GB                       | -        | -       | 5/12       | -       | -       | -1,47        |
| Desc Relac 37.59%TIM Banca Virtual                    | -        | -       | 5/12       | -       | -       | -4,10        |
| Desc Relac 37.59%TIM CONTROLE A                       | -        | -       | 5/12       | -       | -       | -11,35       |
| <b>Total de Mensalidades</b>                          |          |         |            |         |         | <b>28,07</b> |

**OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS**

| Todos os créditos ou débitos lançados em sua fatura | FRANQUIA | CONSUMO | QUANTIDADE | Nº DIAS | PERÍODO | VALOR |
|-----------------------------------------------------|----------|---------|------------|---------|---------|-------|
| JUROS: (VENC 15/08/18, PAGO EM 20/08/18)            | -        | -       | 1          | -       | -       | 0,03  |

**MAIS DETALHES DA SUA CONTA**

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite [www.appmeutim.com.br](http://www.appmeutim.com.br) do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

| IMPOSTO TIM S.A.                  | ALÍQUOTA | BASE DE CÁLCULO | VALOR    | FUST    | R\$ 0,53 |
|-----------------------------------|----------|-----------------|----------|---------|----------|
| ICMS                              | 30%      | R\$ 18,84       | R\$ 5,65 | FUNTEL: | R\$ 0,06 |
| PIS/COFINS - Serviços Telecom     | 3,65%    |                 |          |         |          |
| PIS/COFINS - Serviços Não Telecom | 4,65%    |                 |          |         |          |
| PIS/COFINS - Serviços Não Telecom | 9,25%    |                 |          |         |          |

Em atendimento a Lei 12.741/2012  
 As contribuições ao FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

**Informações Complementares - Planos(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)**  
 (incluindo nos(os) Plano(s))

|                         |            |
|-------------------------|------------|
| Franquia(s)             | R\$ 30,19  |
| SVA                     | R\$ 14,80  |
| Desconto(s) Franquia(s) | R\$ -11,35 |
| Desconto(s) SVA         | R\$ -5,57  |

15 CAIXA Loterias CAIXA

13/Nov/2018 HORA DE 18:40:41  
 11, 05, 013244-0  
 LOCALIDADE: FORTALEZA  
 I. VENCIMENTO: 1635  
 COMPROVANTE DE PAGAMENTO  
 TIM CELULAR S.A.  
 VALOR DO PAGAMENTO: 28,47  
 PARCELAMENTO: 25/07/2018  
 Nº: 3566377739 531126384590

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MORAIS CORREIA - TABELIA ANGELA MARIA ARAUJO MORAIS CORREIA  
 Rua Major Falcão, 676 - Centro - CEP: 61.025-100 - Fortaleza - CE  
 E-mail: moraiscorreia@moraiscal.com.br

**... AUTENTICAÇÃO Nº 2018**

Autentico a presente cópia reprográfiada de apresentado nestas notas pela parte interessada em Fortaleza, 13 de dezembro de 2018. Emolumentos: R\$ 2,30.  
 Em testemunho da verdade.  
 Selo Digital de Fiscalização - SELO 3 - AUTENTICAÇÃO

( ) Francisco de A. M. Correia - ( ) Maria A. L. Soares  
 ( ) Cesar Alexandre G. Rodrigues ( ) Arlene Lemos Rodrigues - Escriventes

**VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE.**

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANA MARCIA SILVA COSTA LEITAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/03/2019 às 22:43, sob o número 01194944720198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://pje.trf3.jfce.jus.br/Padstidigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0119494-47.2019.8.06.0001 e código 45D36D3.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



*José Diasorpo De Souza Freire*

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANA MARCIA S.L.VA COSTA LEITAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/03/2019 às 22:43, sob o número 011949447019808001.  
Para conferir o original, acesse o site <http://essajice.jus.br/estatal/index.php> Conferencial Documento do informe o processo 0119494-47 2019.8.06.0001 e código 45D36D3.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
CIVIL

104669-80-2ª Via

DATA DE  
EXPEDICAO

07.03.90

fls. 13

JOSÉ DIOSDADO DE SOUZA PAULA

Raimundo Ferreira Paula e

Maria Irlene de Souza Paula

Fortaleza-CE.

16.09.63

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

Cert Nasc, nº 185.222, Liv A-257, Fl

END. UNICO

176, Cart 1ª zona, Fort-CE.



45mm x 30mm x 2mm

LEI Nº 7.116 DE 29/06/66

Este documento pode ser consultado no site <http://www.tribunal.jus.br/portal/paginas/ConferenciaDocumento.do>, número do processo 19494472019.6.06.0004 e código 45736363.



**Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

fls. 14



**Número**

**228.772.743-49**

**Nome**

**JOSE DIOSDADO DE SOUZA PAULA**

**Nascimento**


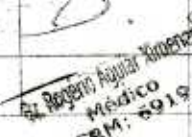
**16/09/1963**



**Prefeitura de Fortaleza**

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

**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

| DADOS PESSOAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                          |                                                                                                           |                           |                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| NOME DO PACIENTE<br><b>JOSE DIOSADO DE SOUZA PAULA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                          | Nº DO PRONTUÁRIO<br><b>166723</b>                                                                         | Nº DO BE<br><b>210183</b> |                                                                                       |
| CADUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NASCIMENTO<br><b>16/09/1963(54 ANOS)</b> | SEXO<br><b>M</b>                                                                                          | RAÇA/COR<br><b>PARDO</b>  |                                                                                       |
| NOME MÃE<br><b>MARIA IRENE DE SOUZA PAULA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                          | NOME RESPONSÁVEL<br><b>ESPOSA</b>                                                                         |                           |                                                                                       |
| ENDEREÇO<br><b>RUA IRINEL DE SOUSA 145 CARLITO PAMPLONA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                          | MUNICÍPIO                                                                                                 |                           | UF<br><b>CE</b>                                                                       |
| CONTATO<br><b>(85)98653-6769</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          | CEP<br><b>NI</b>                                                                                          |                           |                                                                                       |
| OCORRÊNCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                          |                                                                                                           |                           |                                                                                       |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |                                                                                                           |                           |                                                                                       |
| CLASSIFICAÇÃO DE RISCO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                          |                                                                                                           |                           |                                                                                       |
| QUEIXA<br><b>LESÃO CORTANTE EM PÉ DIR.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                          | MOTIVO<br><b>LESÃO CORTANTE</b>                                                                           |                           |                                                                                       |
| SINTOMAS<br><b>NI</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          | ESCALA DE DOR<br><b>99 (ADULTO)</b>                                                                       |                           |                                                                                       |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                          |                                                                                                           |                           |                                                                                       |
| PESO<br><b>NI KG</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PRESSÃO ARTERIAL<br><b>NI/NI</b>         | SAT O2<br><b>NI%</b>                                                                                      | PULSO<br><b>NI</b>        | GLICEMIA<br><b>NI</b>                                                                 |
| TEMPERATURA<br><b>NI °C</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ALERGIAS<br><b>NI</b>                    | RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO<br><b>LANNA NHAYARA TEIXEIRA BRAZ</b>                                      |                           | DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO<br><b>19/04/2018 15:32:29</b>                            |
| CLASSIFICAÇÃO<br><b>AMARELO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | ÁREA ATENDIMENTO                                                                                          |                           |                                                                                       |
| ÁREA DE ATENDIMENTO<br><b>ATENDIMENTO CIRÚRGICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                          |                                                                                                           |                           |                                                                                       |
| ATENDIMENTO MÉDICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                                                                                           |                           |                                                                                       |
| ANAMNESE<br><i>Trauma em pé D após queda de veículos em movimento<br/>Lesões em pé à mobilização em II incidências D +<br/>Doer lombar<br/>D. direitos PE de pé D</i>                                                                                                                                                                                                                                           |                                          |                                                                                                           |                           |                                                                                       |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                          | COD. PROCEDIMENTO                                                                                         |                           |                                                                                       |
| SADT SOLICITADO:<br><input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRANIO <input type="checkbox"/> RAI0-X <input type="checkbox"/> OUTROS                                                                                                                                                                                            |                                          |                                                                                                           |                           |                                                                                       |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                                                                                                           |                           |                                                                                       |
| MÉDICAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                          | APRAZAMENTO                                                                                               |                           | OBSERVAÇÕES                                                                           |
| <i>Analgesia de Trauma</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                          |                                                                                                           |                           |  |
| <i>Tratamento expandido...</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                          |                                                                                                           |                           |                                                                                       |
| TIPO DE ALTA/SAÍDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          | <br>Médico CRM: 8919 |                           |                                                                                       |
| ALTA/SAÍDA:<br><input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO ÓBITO: <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS<br>DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL |                                          |                                                                                                           |                           |                                                                                       |
| DATA E HORA DO ATENDIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                          | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA                                                               |                           |                                                                                       |

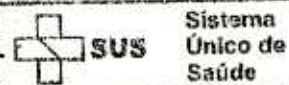
Impresso por LANNA NHAYARA TEIXEIRA BRAZ em 19/04/2018 às 15:32:32  
 Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Penal.

JOSE DIOSADO DE SOUZA PAULA

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura  
**ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL**  
  
**Marcia Ramos**  
 Mat. 45632  
 Coordenador do SAME-HDEAM

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANA MARCIA SILVA COSTA LEITAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/03/2019 às 22:43, sob o número 011194944720198060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01119494-47.2019.8.06.0001 e código 45D36D4.





**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  
**RG: 30466980**

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE  
**José Custódio de Souza Paula**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
**166723**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
**71011203314454580**

8 - DATA DE NASCIMENTO  
**16/09/63**

9 - SEXO  
 MASC.  FEM.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL  
**Maria Ilexene de Souza Paula**

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE  
**19 8651316769**

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
**Rua Ilexene de Souza, 145 - bairro Pamplona**

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
**Fortaleza**

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF  
**CE**

16 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 QUINTAS ASSOCIADAS

*Handwritten notes and stamps are present in this section.*

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura  
**ATESTO QUE CUMPRERE COM ORIGINAL**  
**MARCELO VILAS**  
 Mal. 45632  
 Coordenador de SANE - HDEAM



**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

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  
**19/04/18**

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

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 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
**2318102063332**

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANA MARCIA SILVA COSTA LEITAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/03/2019 às 22:43, sob o número 01194944720198660001. Acesse o site: https://casajfscs.br/nasdistrital/ro/abr/ConferenciaDocumento.do, informe o processo 0119494-47-2019.8.06.0001 e código 45D36D4.





Pr. feitura de **Fortaleza**

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



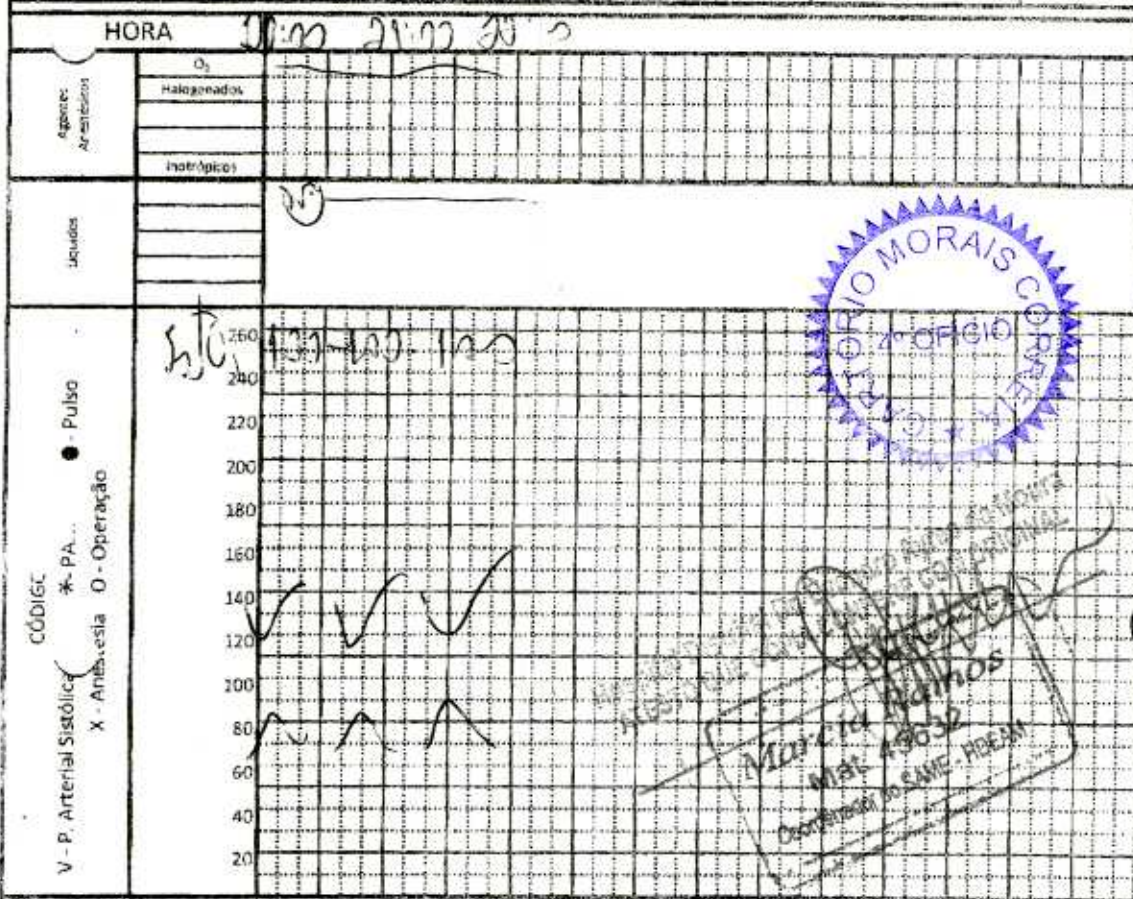
NOME: José Arnaldo de Souza Bala

Nº PRONTUARIO: \_\_\_\_\_

ENFERMARIA: \_\_\_\_\_

LEITO: \_\_\_\_\_

|                            |                  |              |             |                   |              |        |
|----------------------------|------------------|--------------|-------------|-------------------|--------------|--------|
| DATA: <u>11/6/18</u>       | PRESSÃO ARTERIAL | PULSO        | RESPIRAÇÃO  | TEMPERATURA       | PESO         | ALTURA |
| TIPO SANGÜÍNEO             | HEMOGLOBINA      | HEMATÓCRITO  | PLAQUETAS   | GLICEMIA          | OUTROS:      |        |
|                            | URINA            |              | UREIA       | CREATININA        |              |        |
| APARELHO RESPIRATORIO      |                  |              |             | ASMA              | BRONquite    |        |
| APARELHO CIRCULATORIO      |                  |              |             | ELETROCARDIOGRAMA |              |        |
| APARELHO DIGESTIVO         |                  | DENTES       | PESCOÇO     | AP. URINARIO      |              |        |
| ESTADO MENTAL              |                  | ANSIOLITICOS | CORTICÓIDES | ALERGIA           | HIPOTENSORES |        |
| DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATORIO |                  |              |             | ESTADO FÍSICO     | RISCO        |        |
| A. ESIAS ANTERIORES        |                  |              |             | EMERGENCIA ( )    | ELETIVA ( )  |        |
| MEDICAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA   |                  |              | APLICADA ÀS | EFEITO            |              |        |



**INDUÇÃO**

Satúrl. \_\_\_\_\_ Exclt. \_\_\_\_\_ Tosse \_\_\_\_\_  
 Laringo espasmo \_\_\_\_\_ Lenta \_\_\_\_\_  
 Náuseas \_\_\_\_\_ Vômitos \_\_\_\_\_  
 Outros \_\_\_\_\_

**MANUTENÇÃO**

1) Mantar ar  
 2) Espasmo subseq  
 3) 1º fase espasmo subseq  
 com liberação anterior  
 - keep press 120/80  
 - muf 60ml  
 4) 2ª fase ar  
 5) Espasmo ar  
 6) Espasmo ar

Anestesia total? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_  
 Não. Porque? \_\_\_\_\_

**DESPERTAR**

Reflexo na SO \_\_\_\_\_  
 Ostr. CO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ Excl \_\_\_\_\_  
 Náuseas \_\_\_\_\_ Vômitos \_\_\_\_\_  
 Outros \_\_\_\_\_  
 Com Cânula para o leito: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_  
 CONDIÇÕES: \_\_\_\_\_

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO: Descolado dorsal

|                                              |                  |
|----------------------------------------------|------------------|
| AGENTES                                      | CÂNULAS          |
| TÉCNICAS ANESTÉSICAS                         | TEMPO GARROTE:   |
| CIRURGIA: <u>Fe ressecção de pele dorsal</u> | PERDA SANGÜÍNEA: |
| CIRURGIÕES: <u>Dr. Cleon</u>                 | INÍCIO: : h      |
| ANESTESISTAS: <u>Dr. Sérgio Furtado</u>      | TERMINO: : h     |
| OBSERVAÇÕES                                  | DURAÇÃO:         |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANA MARCIA SILVA COSTA LEITAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/03/2019 às 22:43, sob o número 01194944720198060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0119494-47.2019.8.06.0001 e código 45D36D4.



FICHA DE EVOLUCAO DE PACIENTE - FEP

ANEXO I - FICHA DE EVOLUCAO DE PACIENTE - FEP  
 ATUALIZADO QUE CUMPRIR O PRAZO DE VALIDADE  
 Evandro Ayres de Moura  
 Mônica Ramos  
 Matr. 45632  
 Coordenador do SANE - HDEAM

PARTO MORAES  
 4º OFICIO  
 CORREIA

|                            |                    |            |             |                    |                              |
|----------------------------|--------------------|------------|-------------|--------------------|------------------------------|
| NOME: <u>Jose S. Paulo</u> |                    |            |             |                    |                              |
| PRONTUARIO                 | DATA DO NASCIMENTO | ENFERMARIA | LEITO       | DATA DO INTERNAÇÃO | DATA DO INICIO DO TRATAMENTO |
| DIAGNÓSTICO                |                    |            | OBSERVAÇÕES |                    |                              |
| DATA                       | EVOLUÇÃO           |            |             |                    |                              |

Jose S. Paulo

23/04/18

Adm. TO 19/04 # PO-19/04

# 07, q historico de trauma por cair de veículo

# Refere punção venosa de loge deita e q sente batidas no ponto (sic)

# Nega DAE/HAS/ATC/DM/CAI

# Golpes q não hiperestêmicos, s/ febre ou dor pulso arterial

# Sinais de q, RR, supúrculos

Consente a abd: mox, ext: p/p hiper

Omi/pl: PA, q locais supúrculos

s/ sinais de infecção/isquemia

Ad. por ocasião de Alta Hospitalar



Este documento é cópia original, assinado digitalmente por ANA MARCIA SILVA COSTA LEITAO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 25/03/2019 às 22:43, sob o número 01194944720198060001. Acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0119494-47.2019.8.06.0001 e código 45D36D4



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



Prefeitura de  
**Fortaleza**

**RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR**  
Johi Dias dos Santos de Souza Paula

PACIENTE:

|                      |              |                 |                     |
|----------------------|--------------|-----------------|---------------------|
| PRONTUARIO           | UNIDADE      | ENFERMARIA      | LEITO               |
| 190118               | 260118       | 08              | 120                 |
| INICIO DO TRATAMENTO | DATA DA ALTA | DATA DO RETORNO | MÉDICO PARA RETORNO |
|                      |              |                 |                     |

**RESUMO DA HISTÓRIA DA CLÍNICA**

**DIAGNÓSTICO**

PRINCIPAL:

ACESSÓRIO-1

ACESSÓRIO-2

ACESSÓRIO-3

EXAMES ESPECIALIZADOS:

**TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO**

**TERAPÊUTA APÓS ALTA**

CONDIÇÕES DE ALTA:

CURADO

MELHORADA

OUTROS

**OUTRAS RECOMENDAÇÕES**

20/01/18

DATA: / /

MÉDICO - CRM



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANA MARCIA SILVA COSTA LEITAO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 25/03/2019 às 22:43, sob o número 01194944720198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0119494-47.2019.8.06.0001 e código 45D36D4.

**Registro N. 749957 / 2018**

Digitacao: 29/06/2018 (LEONARDO.DANTAS)  
Livro: 2244 Pagina:228

**Enviar para DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA**  
**EXAME SEGURO DPVAT**

Em 29 de junho de 2018, nesta cidade de Fortaleza, e nas dependências do Núcleo de Pericias Medicas e Odontologicas de Fortaleza, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

**LEONARDO PIMENTEL DANTAS** - CRM - Nº: 7188

Para proceder a exame de corpo de delito (SEGURO DPVAT) em

**JOSE DIOSDADO DE SOUZA PAULA**

a fim de ser atendida a requisição de nº 1466 / 2018, emitida pelo (a) **DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA** descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

**Em consequência, às 08:41h de 29/06/2018 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:**

Periciando refere ter sido vítima de acidente de trânsito em 19/04/2018. Traz relatório médico assinado em 15/05/2018 pelo Dr. Jose Marcelo V Porto, CRM 6590, onde consta que o periciando sofreu fratura exposta no antepé direito em acidente de carro no dia 19/04/2018, estando de alta definitiva com limitação funcional parcial do antepé direito. Ao exame: edema no pé direito; avulsão da unha do 2º pododáctilo direito com leito ungueal cicatrizado; presença da unha do 1º pododáctilo direito em crescimento com edema do 1º, 2º e 3º pododáctilos direitos; limitação parcial da flexão plantar do 1º, 2º e 3º pododáctilos direitos. Há perda parcial de 25% da mobilidade do 1º, 2º e 3º pododáctilos direitos, o que corresponde a 7,5% de repercussão em relação ao total do patrimônio físico, tomando-se como base a tabela constante no anexo da Lei 6194/1974.

**RESPOSTA AOS QUESITOS**

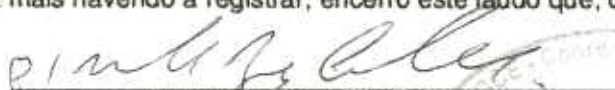
**PRIMEIRO** - Houve lesão de origem externa, com possível nexos causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?

**Sim;**

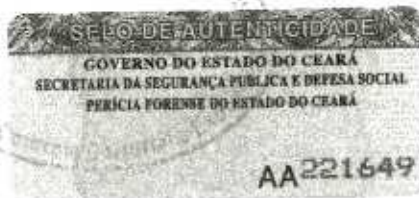
**SEGUNDO:** Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

**Localização:** 1º, 2º e 3º pododáctilos direitos; **Quantificação:** o dano corresponde a 7,5% de repercussão em relação ao total do patrimônio físico, tomando-se como base a tabela constante no anexo da Lei 6194/1974.

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

  
**LEONARDO PIMENTEL DANTAS**  
- CRM - Nº: 7188

Dr. Marcelo Borges Cavalcante  
Mot. 166.000-177 / PEFOCE - CE  
Superior do Núcleo de Atendimento Pericial  
à Saúde, Criança e Adolescência



Para verificar a autenticidade do documento acesse o endereço dpvat.pefoce.ce.gov.br e informe o código 9888cac30469348

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANA MARCIA SILVA COSTA LEITAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/03/2019 às 22:43, sob o número 01194944720198060001. https://pje.trf3.jus.br/escritorio/tribunal/abrirConferenciaDocumento.do\_informe o processo 0119494-47.2019.8.06.0001 e código 45D36D5.



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



Prefeitura de  
Fortaleza

RECEITA

Aviso que o Sr. José  
Dionísio de Souza Pauls  
apresenta fraturas expostas no  
antepé direito, em acidente  
de carro, no dia 12/abril  
2018.

Hoje recebe alta ambula-  
tória definitiva com li-  
mitação funcional parcial  
do antepé direito.

*Auto*  
12/05/18

QUANDO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA  
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS  
PREJUDICAM A SAÚDE. PERGUNTE AO SEU MÉDICO

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PAIX (85) 34883210 CNPJ - 04.885.197/0010-35

ESTADO DO CEARÁ - CARTÃO MORAIS CORREIA - 4º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTRO  
TABELIA: ANGELA MARIA ARAÚJO MORAIS CORREIA - CNP. 116.573.140-08  
Rua Major Facundes - 675 - Centro - CEP: 60.023-100 - Fortaleza - CE - (85) 3361-5100  
E-mail: moraiscorreia@moraiscorreia.com.br

--- AUTENTICAÇÃO Nº 282703 ---

Autentico a presente cópia reprográfica do documento que  
apresentado nestas notas pela parte interessada. Dou fé  
Fortaleza, 13 de dezembro de 2018. Emolumentos: R\$ 2,38  
Em testemunho da verdade.

Selo Digital de Fiscalização - SELO 3 - AUTENTICAÇÃO  
( ) - Francisco de A. M. Correia ( ) - Maria A. L. Soares ( ) - Luiz N. Cor  
( ) - Cesar Alexandre G. Rodrigues ( ) - Arlene Lemos Rodrigues - Secre

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE





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



Prefeitura de  
**Fortaleza**

### RECEITA

ATRISTO que o SR: José Dias -  
filho de Souza Paulo, sofreu  
fratura exposta no antebraço  
direito, em acidente de  
emprego, automobilístico,  
no dia 19 de Abril de  
2018.

Na ocasião ficou internado  
neste hospital, foi operado  
e fez uso de antibiótico  
levofloxacilona. Foi de alta hospitalar  
com uso de ATN e  
ATB (cefalexina).  
Recebeu alta ambula-  
torial definitiva com  
dor residual e rigidez  
parcial nos dias 22 e 23  
protocolado com

QUANDO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA  
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS  
PREJUDICAM A SAÚDE - PERGUNTE AO SEU MÉDICO

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34483210 CNPJ - 04.885.197/0010-35

30/10/2018

ESTADO DO CEARÁ - SANTUÁRIO MORAIS CORREIA - CENTRO DE ATENDIMENTO À SAÚDE - CENAS - CNPJ Nº 07.000.000/0001-90  
TABELA: ANGELO MARIA APARECIDO DOS SANTOS - CNP Nº 03.025.548/0001-00 - Endereço: Rua Major Facundo, 876 - Centro - CEP: 04.025-500 - Fortaleza - CE - E-mail: morais@hdeam.gov.br

... AUTENTICAÇÃO Nº 180703 ...  
Autentico a presente cópia xerografada de documento apresentado neste momento para autenticação de verdade de acordo com o Selo Digital de Personalização - Selo 3 - AUTENTICAÇÃO

Fortaleza, 13 de dezembro de 2018.   
Em testemunho de verdade  
Selo Digital de Personalização - Selo 3 - AUTENTICAÇÃO

1 - Francisco de A. M. Corrêa - 1 - Manoel A. C. Soares - 1 - Luiz M. Corrêa Neto  
1 - Cesar Alexander G. Rodrigues - 1 - Arlene Lemos Rodrigues - Secretarias

03





### RECEITA

Ataço que o Sr. José Duda  
do de Souza Paulo sofreu  
fraturas e fraturas no membro  
direito, em acidente de  
Trânsito dia: 13/04/2018.

Hoje recebe alta ambu-  
latório definitiva com  
as seguintes sequelas,  
definitivas:

Limitação da flexão, extensão  
I.F. dos dedos do antepé  
direito. (1º, 2º e 3º pro-  
ductivos direito).

211 02 / 19



QUANDO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA  
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS,  
PREJUDICAM A SAÚDE, PERGUNTE AO SEU MÉDICO.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANA MARCIA SILVA COSTA LEITAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/03/2019 às 24:43, sob o número 011949447201908060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0119494-47/2019.8.06.0001 e código 45D36D7.



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 6015 / 2018**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **28/06/2018 09:24:16**  
Data / Hora da Ocorrência: **19/04/2018 14:40:00**  
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA ULISSES GUIMARAES**  
Complemento: **NAS PROXIMIDADES DO Nº415**  
Bairro: **PARQUE LEBLON** Município: **CAUCAIA/CE**  
Ponto de Referência: **POSTO DE GASOLINA**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **JOSE DIOSDADO DE SOUZA PAULA**  
Nascimento: **16/09/1963** CPF: **228.772.743-49**  
RG: **10466980** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA IRLENE DE SOUZA PAULA**  
**RAIMUNDO FERREIRA PAULA**  
Endereço: **RUA IRINEU DE SOUSA, 145**  
Bairro: **CARLITO PAMPLONA**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone:

**Histórico**

Informa a vítima que vinha no veículo de placa HWZ1830/CE/Renavan 728326434/Marca e modelo VW Kombi/cor branca/ano 1999/2000/Chassi nº9BWGB17X5YP006452, ao lado do motorista JOSÉ AMAURI DE OLIVEIRA NASCIMENTO, quando, de repente, a porta do carona se abriu, jogando a vítima ao chão. Esta caiu para o lado da pista, e devido ao impacto da queda, fraturou três dedos do pé direito. Com a ajuda do motorista, foi levado para a UPA da Avenida Leste Oeste e depois para o FROTINHA do Antônio Bezerra, onde ficou internado por uma semana, sendo submetido a cirurgia. Destaca a vítima que o automóvel envolvido no sinistro está no nome de GREICIANO FERREIRA DE OLIVEIRA CPF nº 01137496355. E para constar lavrou o presente termo. xxxxxx

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**MARIA AUXILIADORA SABÓIA FIGUEIREDO - MAT.: 133979-1-0**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**CLADISTON SOUSA BRAGA - MAT.: 126877-1-0**



Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DIOSDADO DE SOUZA PAULA  
Nº Sinistro: 3180355245  
Vítima: JOSE DIOSDADO DE SOUZA PAULA  
Data do Acidente: 19/04/2018  
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180355245**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13574486



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180355229

Vítima: JOSE DIOSDADO DE SOUZA PAULA

Data do Acidente: 19/04/2018

Cobertura: DAMS

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

Senhor(a), JOSE DIOSDADO DE SOUZA PAULA

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovantes de despesas médicas

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 13638499



Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DIOSDADO DE SOUZA PAULA

Nº Sinistro: 3180355229

Vítima: JOSE DIOSDADO DE SOUZA PAULA

Data do Acidente: 19/04/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o número de sinistro **3180355229**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso é de até **30 dias**, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
 21/01/2019 - Autoatendimento - 15:06:05  
 7800170047

EXTRATO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCI  
 EXTRATO DE POUPANCA OURO/POUPEX

AGENCIA: 0675  
 CONTA: 64.294  
 VARIACAO:  
 CLIENTE: JOSE DIOSDADO SOUZA PAUL

| DATA                      | DT.BS | HISTORICO       | VAL      |
|---------------------------|-------|-----------------|----------|
| ----- Setembro/2018 ----- |       |                 |          |
| 3009                      |       | Saldo ant.      | 1.011,69 |
| ----- Outubro/2018 -----  |       |                 |          |
| 0510                      | 05    | Recebimentos Di | 1.687,50 |
| 2210                      | 22    | DEP.DINHEIRO    | 20,00    |
| 2610                      | 27    | JUROS           | 3,76     |
| DISPONIVEL                |       |                 | 0,00     |
| VLR. BLOQUEADO            |       |                 | 0,00     |
| SALDO TOTAL               |       |                 | 2.722,95 |

MENSAGENS DIVERSAS

SELIC igual/menor que 8,5% A.A.: TR+70% DA SELIC  
 SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

Leia no verso como conservar este documento,  
 entre outras informações.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANA MARCIA SILVA COSTA LEITAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, publicado em 25/03/2019 às 22:40:50 sob o número 01194944720198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0119494-47.2019.8.06.0001 e código 45D36DA.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
 21/01/2019 - Autoatendimento - 15:07:20  
 780070047 05

EXTRATO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA  
 EXTRATO DE POUPANCA OURO/POUPEX

AGENCIA: 0675  
 CONTA: 64.294  
 VARIACAO:  
 CLIENTE: JOSE DIOSDADO SOUZA PAULINO

| DATA                    | DI.BS | HISTORICO       | VALOR    |
|-------------------------|-------|-----------------|----------|
| -----Agosto/2018-----   |       |                 |          |
| 0108                    |       | Saldo ant.      | 878,43   |
| -----Setembro/2018----- |       |                 |          |
| 2609                    | 27    | JUROS           | 3,26     |
| 2709                    | 27    | Recebimentos Di | 130,00   |
| -----                   |       |                 |          |
| DISPONIVEL              |       |                 | 0,00     |
| VLR. BLOQUEADO          |       |                 | 0,00     |
| SALDO TOTAL             |       |                 | 1.011,69 |

MENSAGENS DIVERSAS

SELIC igual/menor que 8,5% A.A.: TR+70% DA SELIC  
 SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

Leia no verso como conservar este documento,  
 entre outras informações.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANA MARCIA SILVA COSTA LEITAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/03/2019 às 22:43, sob o número 01194944720198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0119494-47.2019.8.06.0001 e código 45D36DA.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
 21/01/2019 - Autoatendimento - 15:06:05  
 780070047

EXTRATO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA  
 EXTRATO DE POUPANCA DURO/POUPEX

AGENCIA: 0675  
 CONTA: 64.294  
 VARIACAO:  
 CLIENTE: JOSE DIOSDADO SOUZA PAULINO

| DATA                    | DT.BS | HISTORICO          | VAL    |
|-------------------------|-------|--------------------|--------|
| ----- Julho/2018 -----  |       |                    |        |
| 01                      | 07    | Saldo ant.         | 10,00  |
| ----- Agosto/2018 ----- |       |                    |        |
| 24                      | 08    | 27 JUROS           | 0,04   |
| 27                      | 08    | 27 Recebimentos Di | 868,39 |
| DISPONIVEL              |       |                    | 0,00   |
| VLR. BLOQUEADO          |       |                    | 0,00   |
| SALDO TOTAL             |       |                    | 878,43 |

MENSAGENS DIVERSAS

SELIC igual/menor que 8,5% A.A.: TR+70% DA SELIC  
 SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

Leia no verso como conservar este documento,  
 entre outras informações.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANA MARCIA SILVA COSTA LEITAO e Tribunal de Justiça do Estado de Ceará, protocolado em 25/03/2019 às 22:43, sob o número 01194944720198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0119494-47.2019.8.06.0001 e código 45D36DA.





DEFENSORIA PÚBLICA GERAL  
DO ESTADO DO CEARÁ

Núcleo de Atendimento e Petição Inicial

**ROL DE TESTEMUNHAS**

1. NOME: JANA VEDAS RODRIGUES  
 ENDEREÇO RESIDENCIAL: RUA FERREIRA DOS SANTOS  
 Nº: 207 COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: ALVARO WEIN  
 CIDADE: FORTALEZA ESTADO: CE CEP: 60335-560  
 ENDEREÇO COMERCIAL: \_\_\_\_\_  
 Nº: \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_  
 CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL: CASADO DATA DE NASCIMENTO: 25/07/70  
 PROFISSÃO: CONCRETOR  
 Nº CPF: 289.768.623-68  
 Nº RG: 1277795-1
2. NOME: José Roberio Alves de Freitas  
 ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua Tapique, 00101  
 Nº: 000101 COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: Colônia  
 CIDADE: Fortaleza ESTADO: Ceará CEP: 60000000  
 ENDEREÇO COMERCIAL: \_\_\_\_\_  
 Nº: \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_  
 CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL: Casado DATA DE NASCIMENTO: 26/06/1975  
 PROFISSÃO: Serviços Gerais  
 Nº CPF: 614.774.353-87  
 Nº RG: 96021013157
3. NOME: Expedito Viana Silva  
 ENDEREÇO RESIDENCIAL: RUA: ELIZEU BARROS DE SOUZA  
 Nº: 40A COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: COLÔNIA  
 CIDADE: FORTALEZA ESTADO: CEARA CEP: 60334-002  
 ENDEREÇO COMERCIAL: \_\_\_\_\_  
 Nº: \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_  
 CIDADE: FORTALEZA ESTADO: CEARA CEP: \_\_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL: CASADO DATA DE NASCIMENTO: 01-03-1965  
 PROFISSÃO: GRAFICO  
 Nº CPF: 356947343-00  
 Nº RG: 95002225278

**OBSERVAÇÕES:**

// Não podem ser pessoas da família ou menor de idade;  
 Não esqueça de preencher nenhum dos dados acima;  
 Preencher com letra legível;  
 Não é preciso trazer as testemunhas à Defensoria Pública; somente os dados  
 indicados acima.





**DEFENSORIA PÚBLICA GERAL  
DO ESTADO DO CEARÁ**

*Núcleo de Atendimento e Petição Inicial-NAPI*

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DAS INFORMAÇÕES E DOS  
DOCUMENTOS APRESENTADOS**

Eu, **JOSÉ DIOSDADO DE SOUZA PAULA**, Brasileiro, Casado(a), Autônomo, RG Nº 104669-80, expedido(a) pelo(a) SSPCE, e do CPF Nº 228.772.743-49 residente e domiciliado(a) na Rua Irineu de Sousa Nº 145, Alvaro Weyne, Fortaleza - CE, CEP: 60337-180, com telefone(s) de contato nº: (85) 98713-2559, assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e autenticidade das cópias e/ou originais dos documentos entregues na Defensoria Pública do Estado do Ceará e que subsidiarão o processo judicial, me comprometendo a apresentá-los à Justiça, caso seja necessário. Declaro estar ciente de que a falsidade nas informações e documentos apresentados implicará nas penalidades cabíveis. E por ser esta a expressão da verdade, firmo o presente.

Fortaleza, 04 de Fevereiro de 2019.

Jose Diosdado de Souza Paula

**DECLARANTE**