



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Esteva maria Anjo, Brasileiro(a),
solteira, domestica, portador da Carteira de
Identidade/RG nº 2552288-92 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o
nº 930.611.703.59, residente e domiciliado na cidade de
Fortaleza, estado Ceará, na Rua
02 lot. Parque Santana, Nº 910, mandubim,
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), 10 de abril de 20 18.

Esteva maria Anjo

Declarante

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, Esteva maria Anjo, brasileiro(a),
solteira, doméstica, portador(a) do RG nº
255228892, inscrito no CPF sob nº
930.611.70359, residente e domiciliado no endereço
Rua 02 lot. Parque Santana, 910 Mondubim

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), 10 de Abri de 2018.

Esteva maria Anjo

Declarante.

Talia Anjo Magalhães

TESTEMUNHA:

CPF: 072-993-563-92

NASC: 09-03-1994

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:

**DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF**

Nome: <u>Estiva Maria Araújo</u>		Nacionalidade: Brasileira
Endereço: <u>Rua 02 Set. Parque Sombra 910</u>		Profissão: <u>doméstica</u>
CPF n°: <u>930.611.703-59</u>	RG n: <u>2552288-92</u>	Estado Civil:
Bairro: <u>mandubim</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: CE
CEP: <u>60.767.620</u>	Telefone: <u>9.85604822</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, 10 de Abril de 2018

Estiva Maria Araújo

Assinatura

Lei Nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único – O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em Processo Penal.

Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na Legislação aplicável.

Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.

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

João Figueiredo / Ibrahim Arbi-Ackel / Hélio Beltrão



DECLARAÇÃO

Eu, Esteva maria Anjo,
Brasileiro(a), doméstica, portador da cédula de Identidade Nº
255 22 88 92 E CPF Nº 930.611.703-59, capaz,
nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
Rua 02, nº 910 lot Parque Santana CS 4
barro mundubim
na Cidade de Fortaleza, Estado Ceará, CEP
60.767.620, 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, 10, de Abril, de 2018.

Esteva maria Anjo
DECLARANTE

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTeira DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL - ARATUBA

PREF. CONVENIO DRT/CE

Nº 078226. Série 00051-CE

Estela Maria Anjo

ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Estela Maria Anjo

Loc. Nasc. Quatzenberg - CE Data 28.01.69

Filiação Francisco Anjo e Maria Anelua

Doc. Nº 2552288-92-1558-CE Exp. 21.09.92

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº

Exp. em / / Estado

Obs. 9010618000 DRT - CE

Data Emissão JOSE MARCIO S. MONTEIRO

Assinatura do Funcionário



Nº DO CLIENTE
8734131-0
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 509698021

Rota 12 01230 43 424600 - 4 Data de Emissão 18/01/2018
Nome ESTEVA MARIA ANJO
End. Postal RU 0002 LOT PARQUE SANTANA 00910 CS 04
MONDUBIM - FORTALEZA - 60767620
Medidor 24244969 Poste 0000 0000
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00
RG/CPF/CNPJ 930611703-59 CGF
Nome do Responsável

DATAS
Mês de Referência Jan/2018 Data da Apresentação 18/01/2018 Previsão Próxima Leitura 17/02/2018
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto Mês Nov 2017
DICI = 0,00 F

ICMS
Base de Cálculo (R\$) 86,43 Alíquota 27,00% Valor do Imposto 23,33
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
0034.6047.9239.9643.45ED.4261.ED72.6747

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
8585	8465	1,00	120	0,00	1,00	0,72026	86,43
18/01/18	19/12/17		30 Dias		120		86,43

DESCRICO
VALOR CONSUMO DO MES 86,43
QUOTA PARCELAMENTO 2/3 71,38
MULTA MORATORIA REF 12/2017 1,96
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 9,73
CASA SEGURA PLUS 0800 600 0560 17,30
CARTAO DE TODOS - 0800.283.8916 1/1 39,50

VENCIMENTO 25/01/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 226,30

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO
Energia 28,99
Transmissão 0,00
Distribuição 19,66
Encargos Setoriais 5,80
Tributos (ICMS PIS/COFINS) 28,13
TOTAL 86,43

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

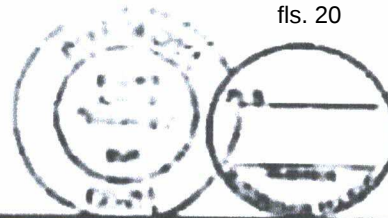
124	120	129	0	0	0	0	0	0	0	0	0
124	120	129	0	0	0	0	0	0	0	0	0

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 91,86 Compensado kg (CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (%CO₂) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO
CONTAS EM ATRASO
Próximo Aviso 18/02/2018
DEBITOS ANTERIORES
Mes/Ano 12/2017 Valor R\$ 182,28



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



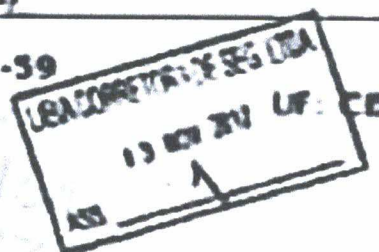
BOLETIM DE Ocorrência N° 301 - 4306 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 22/08/2017 14:17:18
Data / Hora da Ocorrência: 12/07/2017 15:00:00
Endereço da Ocorrência: AVENIDA GODOFREDO MACIEL
Complemento:
Bairro: MONDUBIM **Município:** FORTALEZA/CE
Ponto de Referência: BALÃO DO MONDUBIM

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ESTEVA MARIA ANJOS
Nascimento: 28/04/1969 **CPF:** 930.611.703-59
RG: 2552288-92 **Orgão Emissor:** SSP
Filiação: MARIA AMELIA ANJO
FRANCISCO ANJO
Endereço: RUA 02 CASA 4
Bairro: MONDUBIM
Município: FORTALEZA/CE
País: BRASIL



CEP: 60.767-620

Telefone:

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, ATRAVESSAVA ANDANDO A AV. GODOFREDO MACIEL QUANDO FOI ATROPELADA POR UMA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONAL A SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DR. JOSE FROTA, E NADA MAIS DISSSE!!!!
 OHS COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART. 340 DO CPB

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

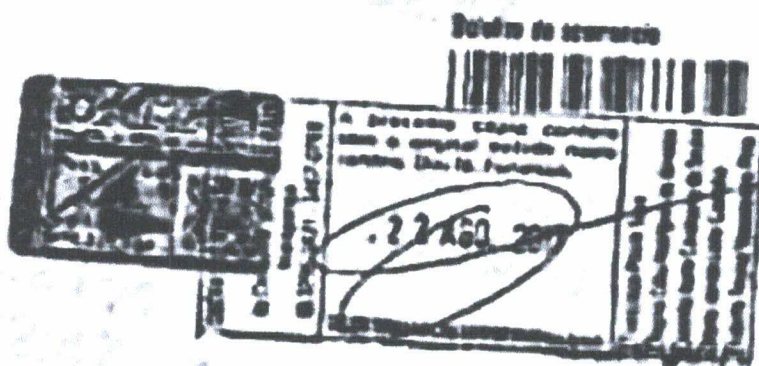
FRANCISCO DELANIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 604836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Esteva Maria Anjo

VISTO DO DELEGADO(A):

DIANA MÂRCIA NOGUEIRA SURINA - MAT.: 012875-1-6





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento à Sra. **Esteva Maria Anjo**, no dia **12/07/2017**, às **15h30min**, na **Avenida Godofredo Maciel**, no **Bairro Mondubim**, vítima de acidente de trânsito.

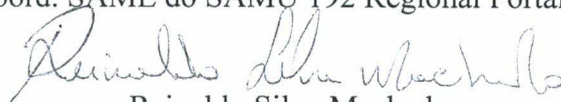
Documento requerido por meio do Processo nº **P821284/2017**.

Fortaleza, 23 de agosto de 2017.

Atenciosamente,


Esther Cunha

Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza



Reinaldo Silva Machado

Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 22/08/2017 12:11:52

Registro de Atendimento Emergencial

Por: JOSE URBANO DA MOTA COELHO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 12/07/2017 16:25:44

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 7084Q1211197162	NOME: ESTEVA MARIA ANJO	Registro: 5518057
CPF: 93061170359	RG: 255228892	D. NASC: 28/04/1969
	ESTADO CIVIL:	SEXO: F
		RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA AMELIA ANJO	NOME DO PAI: FRANCISCO ANJO	
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: 1	Nº: 04
		BAIRRO: MONDUBIM
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: FORTALEZA
		UF: CE
		CEP: 60767725

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: USB77 COND. CARNEIRO	PARENTESCO: EMANUELE AMIGA	TELEFONE:
----------------------------	----------------------------	-----------

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:
------------------	-------------------	---------------------	------------------

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidentes com pedestre, Pedestre traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas
QUEIXAS: Vitima de atropelamento por moto. História de síncope e desorientação. Hematoma periorbitário E. Lesão na temporal. Orientada.
OBSERVAÇÕES:

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:		

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:

Exame Físico:

Conduta:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMUPrefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

TERMO DE ENTREGA
PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Conforme processo nº **P821284/2017**, estamos entregando cópia do Prontuário de Atendimento realizado pelo SAMU 192 Regional Fortaleza, no dia **12/07/2017**, à Sra. **Esteva Maria Anjo**, CPF: **930.611.703-59**.

Fortaleza, 23 de agosto de 2017.

Atenciosamente,

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


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

Nome do solicitante: _____

Assinatura: _____

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
UAPS JOSE PARACAMPOS (2482096)

Receituário Controle Especial

Prontuário

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Alex Soares Andrade

MÉDICO

CREMEX - 13.252

FORTALEZA - CE, 2 de Agosto de 2017

ALEX SOARES ANDRADE CRM/CE - 13252

MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA / CNS: 980016289843171

RUA ALFREDO MAMEDE, 250 NOVO MONDUBIM - FORTALEZA-CE Telefone: (85)34334927

Paciente: ESTEVA MARIA ANJO - Feminino - 28/04/1969 (48 anos) - Cartão Nacional: 708401211197162

Nome da Mãe: MARIA AMELIA ANJO

Endereço: RUA 2 (LOT PRQ SANTANA I), 910 CS 04 - MONDUBIM - FORTALEZA-CE

Uso: USO LOCAL (Não padronizado pelo Município)
KOLLAGENASE
APLICAR 2X AO DIA

3 unidades

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____	
Ident. _____	Org. Emissor _____
End. _____	
Cidade _____	UF _____
Telefone _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome e Assinatura _____	
de _____	de _____

SUS

1ª VIA

1º VIA FARMACIA

2º VIA PACIENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
UAPS JOSE PARACAMPOS (2482096)
Receituário de Medicamentos

Prontuário

Nome: ESTEVA MARIA ANJO - Feminino - 28/04/1969 (48 anos)

Cartão Nacional: 708401211197162 Nome da Mãe: MARIA AMELIA ANJO

Endereço: RUA 2 (LOT PRQ SANTANA I), 910 CS 04 - MONDUBIM - FORTALEZA-CE

Endereço Emitente: RUA ALFREDO MAMEDE, 250 NOVO MONDUBIM - FORTALEZA-CE Telefone: (85)34334927

Uso: USO LOCAL

SULFADIAZINA DE PRATA 1% 50G

APLICAR 2X AO DIA

> * < Item disponível no programa. "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR" (Conheça o programa Farmácia Popular)
Serão Entregues somente os itens desta receita que pertencem ao elenco de medicamentos padronizados
pelo município

FORTALEZA, 2 de Agosto de 2017

ALEX SOARES ANDRADE
CRM - 13252 / CNS: 980016289843171
MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA

Impresso por: ALEX SOARES ANDRADE

Página 1 de 1

Data/Hora: 02/08/2017 - 14:20

2 unidades

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tício, sob o número 01406996920188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0140699-69.2018.8.06.0001 e código 384B266A.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
UAPS JOSE PARACAMPOS (2482096)

Receituário Controle Especial

Prontuário

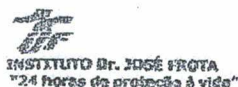
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		FORTALEZA - CE, 2 de Agosto de 2017	
<u>ALEX SOARES ANDRADE</u> MEDICO <u>CREMEC - 13.252</u> ALEX SOARES ANDRADE CRM/CE - 13252 MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA / CNS: 980016289843171 RUA ALFREDO MAMEDE, 250 NOVO MONDUBIM - FORTALEZA-CE Telefone: (85)34334927		1º VIA FICHA 2º VIA FICHA	
Paciente: ESTEVA MARIA ANJO - Feminino - 28/04/1969 (48 anos) - Cartão Nacional: 708401211197162 Nome da Mãe: MARIA AMELIA ANJO Endereço: RUA 2 (LOT PRQ SANTANA I), 910 CS 04 - MONDUBIM - FORTALEZA-CE			

Uso: USO LOCAL (Não padronizado pelo Município)
KOLLAGENASE
APLICAR 2X AO DIA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome	
Ident.	Org. Emissor
End.	
Cidade	UF
Telefone	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome e Assinatura	
de	de

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/06/2018 às 14:20, sob o número 01406996920188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0140699-69.2018.8.06.0001 e código 384B26F.



RECEITUÁRIO

Nome: Estevan Maria Dijo BE/Prontuário: _____

um dia:

pipemide 100mg — 10x.

1 q. 12/12h

Data: 24/07/2017

[Handwritten signature]

Assinatura e Carimbo do Médico

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

HA 000.203 Versão 1 - 01/SET/05 - Via Única - Formato A5 (143X210).

A ser
preenchido
pelo médico
assistente do
sinistrado

6 Relatório Médico – Invalidez por Acidente

Data do acidente 12/07/2017 Internou-se para tratamento em virtude do acidente que o vitimou ☐ Clínico ☒ Cirúrgico
Data da internação 12/07/2017 ESTEVA MARIA ANJO.
Nome hospital IFR CENTRO Data da alta hospitalar 14/07/2017

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

NÃO

Quais os tratamentos que o segurado foi submetido até a data indicada acima?

RECONSTITUIÇÃO CIR-
CULTRGICA DE LESÃO LACERADO CONTINUA
NO JOELHO D^{ta}, COTOVELO D^{ta} E REGIÃO
FRONTAL + TCE LEVE

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

SIM

Data da definição da(s) sequela(s)

15/10/2017

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

INCAPACIDADE FUNCIONAL
DO JOELHO D^{ta}
CEFALEIA + TONTURA

Grau (mínimo, médio ou máximo) ou percentual

50%

20%

Nome do médico responsável

JOÃO BATISTA G. DA SILVA

CRM

5155

Local

FORTALEZA - CE

Firma reconhecida do médico

Data

25/01/2018

Assinatura / carimbo

PÁGINA 2/2

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

CARTÓRIO
DE
MONDUBIM

Mod. 230/058 - Maio/2011





SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA


 Prefeitura de
Fortaleza
 Secretaria Municipal de Saúde

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

 VEÍCULO: VSB-77 PONTO DE APOIO: SIQUEIRA Nº DA OCORRÊNCIA: 0667

 DATA: 12/07/17 TURNO: MT EQUIPE: Italo + Carneiro

 NOME: Esseva Maria Aino IDADE: 49 SEXO: F

 ENDEREÇO: Al. Godofredo Naveil 3N

 REFERÊNCIA: Quil. Lagoa de São João do Bonito BAIRRO: Mondubim

 QTY: 15:20 QUS: 15:30 QUR: 15:50 QUY: 16:30 QUU: 17:00

 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Atropelamento p/ moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

- ☒
- RESPONSIVO
-
- ☐
- NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA

- ☒
- PRESENTE
-
- ☐
- AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

- ☒
- PRESENTE
-
- ☐
- AUSENTE

A

vias aéreas

- ☒
- PÉRVEAS
- ☐
- OBSTRUÍDAS

POR: _____

B

respiração

PADRÃO RESPIRATÓRIO

- ☒
- EUPNEICO
-
- ☐
- TAQUIPNEICO
-
- ☐
- BRADIPNEICO
-
- ☐
- AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

- ☐
- NORMAL
-
- ☐
- ALTERADA: _____

PALPAÇÃO/PERCUSSÃO

- ☐
- NORMAL
-
- ☐
- ALTERADA: _____

AUSCULTA

- ☐
- NORMAL
-
- ☐
- ALTERADA: _____

C

circulação

PULSO

- ☒
- NORMOCÁRDICO
-
- ☐
- TAQUICÁRDICO
-
- ☐
- BRADICÁRDICO
-
- ☒
- CHEIO
-
- ☐
- FILIFORME
-
- ☐
- IMPALPÁVEL

PELE

- ☒
- CORADA
-
- ☐
- SUDOREICA
-
- ☐
- PÁLIDA
-
- ☒
- SECA
-
- ☐
- CIANÓTICA
-
- ☐
- QUENTE
-
- ☐
- FRIA

ENCHIMENTO CAPILAR

- ☒
- ≤ 2 seg
-
- ☐
- > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO

- ☐
- SIM
-
- ☐
- NÃO

LOCAL: _____

D

neurológico

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR

- ☒
- ESPONTÂNEA
-
- ☐
- À VOZ
-
- ☐
- À DOR
-
- ☐
- NENHUMA

TOTAL: 15

RESPOSTA VERBAL

- ☒
- ORIENTADO (A)/SORRI (P)
-
- ☐
- CONFUSO (A)/CHORO CONSOLÁVEL (P)
-
- ☐
- PALAVRAS INAPROPRIADAS (A)/INCONSOLÁVEL (P)
-
- ☐
- SONS INCOMPREENSÍVEIS (A)/GEMENTE (P)
-
- ☐
- NENHUMA

RESPOSTA MOTORA

- ☒
- OBEDECE A COMANDOS
-
- ☐
- LOCALIZA A DOR
-
- ☐
- MOVIMENTO DE RETIRADA
-
- ☐
- FLEXÃO ANORMAL
-
- ☐
- EXTENSÃO ANORMAL
-
- ☐
- NENHUMA

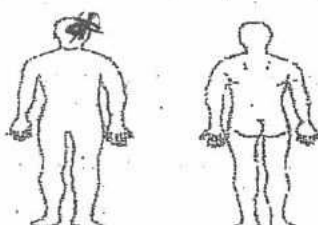
PUPILAS:

- ☒
- NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
-
- ☐
- ALTERADAS: _____

E

exposição

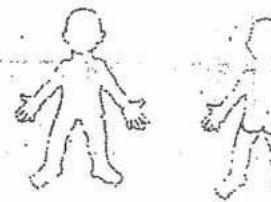
ADULTO



LESÕES

HEMATOMA PERIORBITAL
E + LACERAÇÃO EXTENSA EM
REGIÃO TEMPORAL

PEDIÁTRICO



SAMPLA

 FC: 89 PA: 140 x 100 FR: 20 GLIC.: _____ OXIM.: 98% TEMP.: _____

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS./CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ASS./COREN

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.

☒ UNIDADE DE SAÚDE:

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

□ ΟΒΙΤΟ

→

☐ NO LOCAL

REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ DURANTE O TRANSPORTE

BOLETIM EMERG:

□ OUTRO:

PACIENTE ACOMPANHADO: ☒ SIM

ASS. DO RESPONSÁVEL:

□ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:

..EM: 1 / 1 ..

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:

Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: ESTEVA MARIA ANJO

Nº Sinistro: 3180072005

Vítima: ESTEVA MARIA ANJO

Data do Acidente: 12/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180072005**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **12/07/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12436190



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-0439427/17
Vítima: ESTEVA MARIA ANJO
CPF: 930.611.703-59

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 12/07/2017
Titular do CPF: ESTEVA MARIA ANJO

DOCUMENTOS ENTREGUES**Sinistro**

Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar

JOAO BATISTA DE LIMA NETO : 671.604.173-72

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/11/2017
Nome: JOAO BATISTA DE LIMA NETO
CPF: 671.604.173-72

JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2017
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

fls. 36

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439427/17
Vitima: ESTEVA MARIA ANJO
CPF: 930.611.703-59

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 12/07/2017
Titular do CPF: ESTEVA MARIA ANJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ESTEVA MARIA ANJO : 930.611.703-59

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

JOAO BATISTA DE LIMA NETO : 671.604.173-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/11/2017
Nome: JOAO BATISTA DE LIMA NETO
CPF: 671.604.173-72

JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2017
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS