

**PROCURAÇÃO AD JUDICIA****OUTORGANTE**

NOME:	Francisco Waldner de Brito Bezerra
ESTADO CIVIL:	Solteiro
PROFISSÃO:	Autônomo
DOMICÍLIO:	Rua Suica
RG/CPF/PIS PASEP:	95019000053 / 79664776300

OUTORGADOS

JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA, inscrito na OAB/CE sob o nº. 29.690, com escritório profissional situado na Rua Hercílio Pinheiro, nº 329, CEP 62960-000, Centro - Tabuleiro do Norte-CE.

Por meio do presente instrumento são outorgados amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 (Código de Processo Civil), e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Local: Fontaleza

Data: 07 / 03 / 19

OUTORGANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS PRAIAS, PORTOS E TRANSPORTES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CATEGORIA NACIONAL DE VEICULOS

IDENTIFICACAO DO VEICULO
 903783990

IDENTIFICACAO DO PROPRIETARIO
 903783990

FRANCISCO WALDNER DE BRITO SOUZA

CPF: 95013000053

DATA NASCIMENTO: 02/01/1978

FRANCISCO WALDNER DE BRITO SOUZA

DATA: 06/12/2019

DATA: 20/06/1998

DATA: 11/03/2014

DATA: 10/03/2014

DATA: 02/01/1978



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

Impresso nº 2018151261

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4394 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **15/10/2018 09:36:14**
 Data / Hora da Ocorrência: **20/06/2018 13:40:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA ALBERTO NEPOMUCENO , 78**
 Complemento:
 Bairro: **CENTRO** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência: **AO DA SEFAZ**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO WALDNER DE BRITO BEZERRA**
 Nascimento: **02/01/1978** CPF: **796.647.763-00**
 RG: **95019000053** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **LUSIRENE DE BRITO BEZERRA**
FRANCISCO WAGNER BEZERRA
 Endereço: **RUA ANTONIO SIMOES , 597 AP 107**
 Bairro: **SERRINHA**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.741-270**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99777-7148**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **OCC0788** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC4110BR823370** Renavam: **354006282** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **LOCADORA DE AUTOS BRASIL LTDA ME** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **OIL0075** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BGRG08F0CG343164** Renavam: **477524800** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **CHEVROLET/CELTA 1.0L LS** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **FRANCISCO VALTERLI GONCALVES MARTINS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OCC-0788-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. ALBERTO NEPOMUCENO; QUE UM OUTRO VEICULO DE PLACAS OIL-0075, QUE VINHA A SUA FRENTE NA VIA E COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA VINHA LOGO ATRÁS E AO TENTAR MUDAR DE FAIXA, ESTE VEICULO CITADO MUDOU TAMBÉM PARA A MESMA FAIXA E OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO QUE VINHA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE.///
 OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.



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



Impresso nº 2018151261

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4394 / 2018

PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 34. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Waldemar de Brito Reis

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



Nº DO CLIENTE
1184216-4
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Para saber mais sobre a Enel Energia
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdevino, 100
CEP 60136-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.261/0001-70 | CGF 06.106.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 484630304 -
Rota 06 01210 48 045400 - 5 **Data de Emissão** 11/07/2017
Nome LUSIRENE DE BRITO BEZERRA
End. Postal RU SUICA 00120 AP 301 BL 04 QD B
MARAPONGA - FORTALEZA - 60711035
Medidor 5430251 **Poste** 2337 H195
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO **Fator de Potência** 0,00
RG / CPF / CNPJ 081112353-72 **CGF**
Nome do Responsável

DATAS
Mês de Referência Jul/2017 **Data de Apresentação** 11/07/2017 **Previsão Próxima Leitura** 10/08/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legendagem sobre esta conta.
Conjunto **Índice** **Valor**
Mês **Jul/2017** **EJSD 23,48**
DICRI 0,00 p
Padrão Individual
Apuração Individual
Mensal **Trim.** **Anual** **Mensal** **Trim.** **Anual**
DIC 5,07 18,15 20,30 0,00 0,00 0,00
FIC 3,17 6,35 12,70 0,00 0,00 0,00
DMIC 2,86 0,00 0,00

ICMS
Base de Cálculo (R\$) 114,17 **Alíquota** 27,00% **Valor do Imposto** 30,82

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
81F3.DE78.DCAB.7145.927.86D1.550F.D852

INFORMAÇÕES SOBRE O RATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
41356	41193	1,00	163	0,00	163	0,70	114,17
11/07/17	09/06/17		32 DIAS		163		114,17

DESCRIÇÃO
VALOR CONSUMO DO MÊS
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 1,64)

VALOR (R\$)
114,17
10,95

VENCIMENTO

25/07/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

125,12

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	88,89
Transmissão	8,89
Distribuição	20,30
Encargos Setoriais	9,14
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	35,83
TOTAL	114,17

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

142	133	140	149	121	132	133	130	130	143	137
Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 70,43 **Compensado kg (CO₂)** 0,00 **Consciência Ecológica (%CO₂)** 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

ENEL AGRADECE E PARABENTIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 5,01 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,78% e COFINS: 3,61%
A bandeira para o mês de julho será amarela, com acréscimo de R\$ 2,88 (dois reais e oitenta e oito centavos) a cada 100 (cem) kWh. O fator que determinou para o acionamento da bandeira amarela foi o aumento do custo de geração de energia elétrica. Mais informações em www.enel.gov.br

Nº do Cliente: 1184216-4 **Referência:** Jul/2017
Data de Emissão: 11/07/2017 **Total a Pagar (R\$):** 0001184216 00S15 39492 08
Nº da Nota Fiscal: 484630304 **Nº de Controle:** 83810000001-9 25120031000-0 00011842160-3 05153949250-1





DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: Francisco Waldney de Brito Bezerra

Nacionalidade: Brasileiro Estado: Ceará Estado Civil: Solteiro

Profissão: Autônomo

Rg: 95019000053 SSP/CE-CPF: 79664776300

Logradouro: Rua Suica

Desejamos obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da lei nº 1.060 de 05 de Fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.

Fortaleza/Ce: 07 de Março de 2019

X Francisco Waldney de Brito Bezerra

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CICERA FERNANDA PIRES SILVA
 RG nº 2001030062194 data de expedição 30/08/2001
 Órgão SSP CE, portador do CPF nº 001048573-23, com
 domicílio na cidade de ITAPIUNIM, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA FIRMINO ANTUNES, nº 5N,
 complemento CENTRO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Francisco Waldner de Brito B cujo o condutor era
Francisco Waldner de Brito Bezerra.

Veículo: Motocicleta
 Modelo: HONDA / CG 125 FAN KS
 Ano: 2011
 Placa: OCC 0788
 Chassi: 9C2JC4110BR823370
 Data do Acidente: 20/06/2018
 Local e Data: Fortaleza, 05 de outubro de 2018

Cicera Fernanda Pires Silva
 Assinatura do Declarante

CARTÓRIO
JEREISSATI

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

NOME: Francisco Waldner de Brito Bezerra

RG: 95019000053

SSP/CE CPF: 79664776300

DECLARA de sua consciência e bem da verdade que **VIVE E RESIDE** em:

Logradouro: Rua Suica

Complemento: AP 301 BL 04 QD B

Bairro Maraponga **CEP:** 60711035

Que a presente declaração é a expressão da verdade, a qual é feita nos termos e sob as penas da lei, pelo que me responsabilizo pela presente

Fortaleza/Ce, 07 **DE** Março **20** 19

Francisco Waldner de Brito Bezerra



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Francisco Waldner de Brito Bezerra** - C.P.F. **796.647.763-00**, no dia **20/06/2018**, às **14h17min**, na **Avenida Alberto Nepomuceno**, no **Bairro Centro**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P375088/2018**.

Fortaleza, 04 de outubro de 2018.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

Mauricio Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Mauricio Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

 Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

 Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 79664776300 Nome completo da vítima: Francisco Waldner de Brito Bezerra
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEF Nº 445/2012

 Nome completo: Francisco Waldner de Brito Bezerra CPF: 79664776300
 Profissão: Autônomo Endereço: Rua Suíça Número: 20 Complemento: Ap 301 20
 Bairro: Maraponga Cidade: Fortaleza Estado: Ceará CEP: 60211035
 E-mail: _____ Tel.(DDD): 85988701298

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDAS MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA
☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 1047 CONTA: 00041308 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário, não alfabetizado	Local e Data, _____	TESTEMUNHAS 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____ 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____
	Nome: _____	
	CPF: _____	
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO <u>Francisco Waldner de Brito Bezerra</u> Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/04/2019 às 12:18, sob o número 0122636-59.2019.8.06.0001 e código 4670E5B. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0122636-59.2019.8.06.0001 e código 4670E5B.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013867133815
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CÔD. RENAVAM 00354006282 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2017

NOME
LOCADORA DE AUTOS BRASIL LTDA ME

FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ 07039536000160 PLACA BCC0788/CE

PLACA ANT. / UF /CE CHASSI 9C2JC4110BR823370

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011

CAP. / POT. / CIL 2P/0CV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
I ***** ** **/ **/ ** 1ª *****
P ***** ** **/ **/ ** 2ª *****
V ***** ** **/ **/ ** 3ª *****
A ***** ** **/ **/ **

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA DATA 10/10/2017

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013867133815 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 10/10/2017

VIA 01 CPF / CNPJ 07039536000 PLACA BCC0788

RENAVAM 00354006282 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2011 CAT. TAR. 09 Nº CHASSI 9C2JC4110BR823370

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81,29 DENATRAM (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO 90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,7 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO 185,5

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 09/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.806/0001-04

MOTOR: JC41E1BB23370



DENATRAM

CONTRAN

SINISTRO 3180564799 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** FRANCISCO WALDNER DE BRITO BEZERRA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPR**

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO FRANCISCO WALDNER DE BRITO BEZERRA**CPF/CNPJ:** 79664776300**Posição em 07-01-2019 09:46:01**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique aqui e nos envie um e-mail para que possamos checkar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/01/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



R- 475088/18
End. Pac: R. Ant. Simões 997 Seminha 99744-7148

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USB-91 PONTO DE APOIO: UFC Nº DA OCORRÊNCIA: 0562
DATA: 20/06/18 TURNO: MT EQUIPE: Fernanda + Francyhelio
NOME: Francisco Walauer de Brito Bezerra IDADE: 40 SEXO: MASC.
ENDEREÇO: Alberto Nepomuceno 78
REFERÊNCIA: Zefaz BAIRRO: Centro
QTY: 14.02 QUS: 14.17/14.30 QUY: 14.55 QUU:
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão como moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

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

☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS POR:
A Voz sibilosa

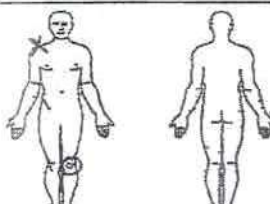
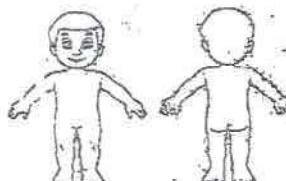
PADRÃO RESPIRATÓRIO INSPEÇÃO PALPAÇÃO / PERCUSSÃO CAUSCULTA
☒ EURNEICO ☐ NORMAL ☐ NORMAL ☐ NORMAL
☐ TAQUIPNEICO ☐ ALTERADA: ☐ ALTERADA: ☐ ALTERADA:
☐ BRADIPNEICO ☐ ☐ ☐
☐ AGÔNICA/AUSENTE ☐ ☐ ☐

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

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

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

PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

ADULTO LESÕES PEDIÁTRICO
E Exposição  DTW - Dr. Northalis 

SAMPLA

FC: PA: FR: GLIC.: OXIM.: TEMP.:
Pac: último de colisão como moto como consciente orientado a ambulância
portava capacete que foi tirado e retirado apresenta hematoma no
ombro Direto dor + MT na altura do joelho.

ANOTAÇÕES /CONDUTAS MÉDICAS

ASS. /CRM:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ASS. /COREN:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

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

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM☒ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

BOLETIM EMERG:

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG /CPF _____

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

ASSINATURA:

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS				
NOME DO PACIENTE FRANCISCO WALDNER DE BRITO BEZERRA			Nº DO PRONTUÁRIO 175130	Nº DO BE 223548
CADUS	NASCIMENTO 02/01/1978(40 ANOS)	SEXO M	RAÇA/COR PARDO	
NOME MAE LUSIRENE DE BRITO BEZERRA		NOME RESPONSÁVEL USB 91		
ENDEREÇO RUA ANTÔNIO SIMÕES 597 SERRINHA		MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	
CONTATO (85)99777-7148		CEP 60.741-270		
OCORRÊNCIA				
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE				
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				
QUEIXA SEGUNDO SAMU, COLISÃO MOTO E CARRO. APRESENTA DOR EM OMBRO DIREITO E JOELHO ESQUERDO			MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
SINTOMAS DOR EM OMBRO DIREITO E JOELHO ESQUERDO			ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS				
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLICEMIA NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI			
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ROSIRENE SILVA FREIRE			DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 20/06/2018 15:22
ÁREA DE ATENDIMENTO				
ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO TRAUMA				
ATENDIMENTO MÉDICO				
ANAMNESE <i>Paciente relatou acidente de moto com L.A.C a direita ombro e joelho</i>				
DIAGNÓSTICO COD. PROCEDIMENTO CID				
SOLICITAÇÃO () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES		
<i>Inten p/170 cirurgia</i>				
TIPO DE ALTA/SAÍDA				
ALTA/SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: <i>Cyber 18 HORAS 13 APOS 48 HORAS</i> DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL DATA E HORA DO ATENDIMENTO				

Impresso por ROSIRENE SILVA FREIRE em 20/06/2018 às 15:02:38

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

francisco waldner de brito bezerra

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Márcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEAM

103
2-18
24

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/04/2019 às 12:18, sob o número 012226365920199060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01222636-59-2019.8.06.0001 e código 4670E66.