



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo, Fortaleza-Ceará

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

fls. 13

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	DAVID SOUSA DA SILVA		
NACIONALIDADE	Brasileira	NATURAL	Brasileiro
RG	2007012017971 SSPDS	ESTADO CIVIL	Solteiro
CPF	049.707.363-32	PROFISSÃO	ESTUDANTE
ENDEREÇO	Rua 303 B Conjunto Ceará, nº 24		
BAIRRO	Conj. Ceará	CEP	60530.530
MUNICÍPIO / UF	Fortaleza/CE		
FONES	98767-9094 987109931 - 98735-5534		
E-MAIL	laiza_lino_s.7@hotmail.com		

OUTORGADA: NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo – Fortaleza – CEP 60.325-700.

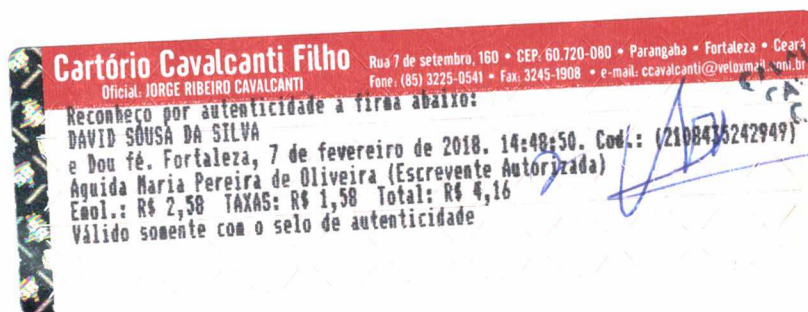
PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, desistir, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), ____ de ____ de 20 ____.

07 FEV 2018

DAVID SOUSA DA SILVA

outorgante





DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, David Souza da Silva, Brasileiro(a),
solteiro, estudante, portador da Carteira de
Identidade/RG nº 2007012017941-SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o
nº 049 707 363 - 32, residente e domiciliado na cidade de
Fortaleza, estado Ceará, na Rua
303 B conf. Ceará, Nº 24, conf. Ceará,
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), 25 de Junho de 20 18.

DAVID SOUZA DA SILVA

Declarante



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, David Sousa da Silva, brasileiro(a),
solteiro, estudante, portador(a) do RG nº
2007012017971 SSP/CE, inscrito no CPF sob nº
049 707 363-32, residente e domiciliado no endereço
Rua 303 B Conj. Liana, Conj. Ceará,

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), 25 de junho de 20 18

DAVID SOUSA DA SILVA

Declarante.

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:



DECLARAÇÃO

Eu, David Sousa da Silva,
Brasileiro(a), estudante, portador da cédula de Identidade Nº
200701 2017971 E CPF Nº 049707363-32, capaz,
nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
Rua B03 B conj Ceara no 24 bairro
conjunto Ceara-
na Cidade de Fortaleza, Estado Ceara-, CEP
60530-530, 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, 25, de Junho, de 2018.

DAVID SOUSA DA SILVA
DECLARANTE

**DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF**

Nome: <u>David Sousa da Silva</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>Rua 303 B Conf. Ceará nº 24</u>		Profissão:
CPF nº: <u>049707363-32</u>	RG n: <u>2007012017971</u>	Estado Civil:
Bairro: <u>Conf. Ceará</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>60.530-530</u>	Telefone: <u>(85)87679094 / 87109931 / 87353534</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, 25 de junho de 2018

DAVID SOUSA DA SILVA

Assinatura

Lei Nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983

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

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interessado 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

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO
CARTÃO DE TRABALHO E PROVA DE EMPREGO

201.64896.13-3

7937773

0050

CE

DAVID SOUSA DA SILVA



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



DAVID SOUSA DA SILVA

FILIAÇÃO.....: IVANEIDE ARAUJO DE SOUSA
VALDIR FELISMINO DA SILVA

NASCIMENTO.....: 01/04/1988

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE.....: FORTALEZA - CE

DOCUMENTO.....: R.G. - 2007012017971 - 01/06/2007 - SSPDS - CE

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 049.707.363-32

TIT. ELEITOR:

LOCAL DE EMISSÃO: AACCE - CAUCAIA

DATA DE EMISSÃO.: 19/07/2017

ZONA:

David Sousa da Silva
CARLOS ZECH SYLVESTER
Superintendente Regional de Trabalho e Emprego/CE

LÍBIA CORRETORA DE SSC - JT
06 ABR. 2018

Nº DO CLIENTE
2538451-1
 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 502512333
Rota 16 01240 23 029800 - 1 **Data de Emissão** 24/11/2017
Nome IVONEIDE ARAUJO DE SOUSA
End. Postal RU 0303 B CONJ CEARA 00024
 CONJUNTO CEARA - FORTALEZA - 60530530
Medidor 2575501 **Poste** 0000 U02W
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA **Fator de Potência** 0,00
RG / CPF / CNPJ 234278503-82 **CGF**

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Nov/2017	24/11/2017	23/12/2017

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
 Veja a legenda no verso desta conta.

Conjuntos	Mês	Set/2017	EUSD
		0,00 P	25,90

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
ISENTO		

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	4,95	9,91	19,82	0,00	2,69	0,00
FIC	3,17	6,35	12,70	0,00	1,00	0,00
DMIC	2,77			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5240.1A01.0A62.EC4F.5065.49AC.B4F5.0D61

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
7025	6889	1,00	136	0,00	30	0,18497	5,54
					70	0,31719	22,19
					76	0,47566	17,13
24/11/17	25/10/17		30 DIAS		136		44,86

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VR. CONSUMO DO MES RESIDENCIAL NORMAL	71,87
DESCONTO TARIFA SOCIAL - BAIXA RENDA	-27,01
QUOTA PARCELAMENTO 4/10	69,62
MULTA MORATORIA REF 08/2017	0,85
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	11,27
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,97
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 4,13)	

VENCIMENTO 05/01/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 127,57

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	21,48
Transmissão	2,15
Distribuição	14,59
Encargos Setoriais	5,05
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	2,56
TOTAL	45,83

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
10	136
09	139
08	152
07	124
06	129
05	117
04	125
03	131
02	135
01	121
12	112
11	138

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO ₂) 58,78
Compensado kg (CO ₂) 0,00
Consciência Ecológica (%CO ₂) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO
AVISO DE DÉBITO VENCIDO:
 Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 375,51. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DÉBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor
06/2017	151,25
08/2017	39,50
09/2017	184,76

Consta desta fatura R\$ 2,56 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:0,64% e COFINS:2,93%
 A bandeira para o mês de outubro será vermelha pagando 2 com acréscimo de R\$ 5,00 (mais tributos) a cada 100 (kWh). Mais informações em www.aneel.gov.br

Nº do Cliente: 2538451-1 **Referência:** Nov/2017
Data de Emissão: 24/11/2017 **Total a Pagar (R\$):** 0002538451 00184 39542 33
Nº da Nota Fiscal: 83820000001-0 **Nº de Controle:** 00025384510-6 01843954258-0



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
 06 ABR. 2018

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

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

fls. 20

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 656 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **05/02/2018 10:56:39**
Data / Hora da Ocorrência: **29/12/2017 17:40:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA AUGUSTO DOS ANJOS**
Complemento:
Bairro: **PARANGABA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **AO LADO DO TERMINAL DA LAGOA**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **DAVID SOUSA DA SILVA**
Nascimento: **01/04/1998** CPF: **049.707.363-32**
CTPS: **7937773-0050** Orgão Emissor: **MTE**
Filiação: **IVANEIDE ARAUJO DE SOUSA**
VALDIR FELISMINO DA SILVA
Endereço: **RUA 303 B, 24**
Bairro: **CONJUNTO CEARA**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL**

UF: **CE**
06 ABR. 2018

CEP: **60.530-540**Telefone: **(85) 98767-4044****Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **PMA4784** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:
9C2KD0810FR454535 Renavam: **1052997640** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **GEORGE GENUCA DE SOUZA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PMA-4784-CE, MAS NÃO POSSUI HABILITAÇÃO(CNH); QUE TRAFEGAVA PELA AV. AUGUSTO DOS ANJOS NA FAIXA DA ESQUERDA; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VIA E NA FAIXA DA DIREITA, QUANDO INVADIU A FAIXA EM QUE ESTAVA A MOTO EM QUE VINHA A VITIMA NA VIA, OCASIONANDO A COLISÃO NA VIA; QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL E SOCORREU A VITIMA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DE PARANGABA. E NADA MAIS DISSE.//
OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** DAVID SOUSA DA SILVA**VISTO DO DELEGADO(A) :**

DELEG

Cartório Cavalcanti Filho

Oficial: JORGE RIBEIRO CAVALCANTI

Rua 7 de setembro, 160 • CEP: 60.720-080 • Parangaba • Fortaleza • Ceará
Fone: (85) 3225-0541 • Fax: 3245-1208 • e-mail: ccavalcanti@veloxmail.com.br

Certifico que esta fotocópia é reprodução fiel do original que me foi
apresentado.
Fortaleza, 7 de fevereiro de 2018. 14:40:43. Usuário.: marcio

Maria Sueli Gomes Pinto (Escrevente)

Esp.: R\$ 1,28 TAXAS: R\$ 1,07 Total: R\$ 2,35

Valido somente com o selo de autenticidade




GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO


BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 656 / 2018
MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9

Cartório Cavalcanti Filho Rua 7 de setembro, 160 • CEP. 60.720-080 • Parangaba • Fortaleza • Ceará
 Oficial: JORGE RIBEIRO CAVALCANTI Fone: (P.S) 3225-0541 • Fax: 3245-1208 • e-mail: ccavalcanti@veloxmail.com.br

Certifico que esta fotocópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado.
 Fortaleza, 7 de fevereiro de 2018. 14:40:43. Usuário.: marcio

Maria Sueli Gomes Pinto (Escrevente)
 Emol.: R\$ 1,28 TAXAS: R\$ 1,07 Total: R\$ 2,35
 Válido somente com o selo de autenticidade



LIBIA CORRETORA DE SEG. PDA.
 06 ABR. 2018
 ASS: _____



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

fls. 22

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE

DAVID SOUSA DA SILVA

705005833296655

NOME MAE

IVANEIDE ARAUJO DE SOUSA

ENDEREÇO

RUA 303B 24 CONJUNTO CEARÁ

CONTATO

(85) 8767-4044

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ATENDENTE

DADOS PESSOAIS

Nº DO PRONTUÁRIO

321438

Nº DO BE

190518

NASCIMENTO

01/04/1998(19 ANOS)

SEXO

M

RACIA COR

PARDO

NOME RESPONSÁVEL

NI

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF

CE

CEP

60.530-550

OCCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA

DEFORMIDADE EM DEDO DO

DIREITO, ESCORIAÇÕES PELO CORPO

MOTIVO

AValiação TRAUMATOLÓGICA

SINTOMAS

NI

ESCALA DE DOR

99 (ADULTO)

PESO

NI KG

TEMPERATURA

NI °C

CL.º

RELO

PRESSÃO ARTERIAL

NI/NI

ALERGIAS

NI

SINAIS VITAIS

SAT O2

NI%

PULSO

NI

GLICEMIA

NI

RESPONSÁVEL

ZÁLYA

PELA CLASSIFICAÇÃO

LIANDE CAVALCANTE DE DEUS

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO

29/12/2017 17:55:59

REA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO

TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

ALGUM AUMENTO DO MODO HOJE
CURANDO.
F. R. D.

303090200

Padrão de Qualidade
Transparência
Credibilidade
5001 1400

DIAGNÓSTICO

COD. PROCEDIMENTO

CID

SÓT SOLICITADO:

() HC

() SU

() US

() TC

() RAIO-X

() OUTROS

DESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

PRONTUÁRIO 1705005833296655
NOME DO PACIENTE DAVID SOUSA DA SILVA
NOME MAE IVANEIDE ARAUJO DE SOUSA
ENDEREÇO RUA 303B 24 CONJUNTO CEARÁ
CONTATO (85) 8767-4044
NASCIMENTO 01/04/1998(19 ANOS)
SEXO M
RACIA COR PARDO
NOME RESPONSÁVEL NI
MUNICÍPIO FORTALEZA
UF CE
CEP 60.530-550
OCCORRÊNCIA
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
QUEIXA DEFORMIDADE EM DEDO DO DIREITO, ESCORIAÇÕES PELO CORPO
MOTIVO AValiação TRAUMATOLÓGICA
SINTOMAS NI
ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)
PESO NI KG
TEMPERATURA NI °C
CL.º RELO
PRESSÃO ARTERIAL NI/NI
ALERGIAS NI
SINAIS VITAIS
SAT O2 NI%
PULSO NI
GLICEMIA NI
RESPONSÁVEL ZÁLYA
PELA CLASSIFICAÇÃO LIANDE CAVALCANTE DE DEUS
DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 29/12/2017 17:55:59
REA ATENDIMENTO
ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA
ATENDIMENTO MÉDICO
ANAMNESE
ALGUM AUMENTO DO MODO HOJE CURANDO.
F. R. D.
303090200
Padrão de Qualidade
Transparência
Credibilidade
5001 1400

ALTA/SAÍDA

() DECISÃO MÉDICA () A PÉDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

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

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por ZÁLYA LIANDE CAVALCANTE DE DEUS em 29/12/2017 às 17:56:00

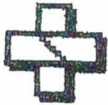
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

david sousa da silva

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
06 ABR. 2018

20259



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
REPRESENTAÇÃO DO GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE
AV. Ceará do Povo nº 1127 - Parangaba - CEP 60.920-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3324-7322

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

Nº da AIH:

2318104.00912

UNIDADE HOSPITALAR HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA	CGC / CNPJ 07.835.044 / 0002-61
---	--

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE DAVID SOUSA DA SILVA			
ENDEREÇO DO PACIENTE RUA: 303 B Nº 24			
BARRIO CONJUNTO CEARA	MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	CEP
DATA DO NASCIMENTO 01/04/1998	SEXO 1. ☒ MASC 2. ☐ FEM	CONDIÇÃO	
1. ☒ MASC 2. ☐ FEM 3. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 5. ☐ FILHO 6. ☐ OUTRO DEP.			
NOME DA MÃE IVANEIDE ARAÚJO DE SOUSA			

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE 00263458385	CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL	CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO
C. INT. PROCEDIMENTO SOLICITADO		
DATA DA EMISSÃO 29/12/17		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Anos 201 no Pr (O)	TESTE QUE CÓPIA COM ERE COM ORIGINAL Emanuelle Monteiro Mat. 763
--	---

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

UNICEN

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

PR

DIAGNÓSTICO INICIAL

Amortecimento traumático 25 5 dias no Pr (O)	TIPO DE CLÍNICA 1. ☐ CIRÚRGICA 2. ☐ OBSTÉTRICA 3. ☐ CLÍNICA MÉDICA 4. ☐ TISIOPEUMOL 5. ☐ PSIQUIÁTRICA 6. ☐ PEDIÁTRICA 9. ☐ OUTROS
---	---

PROCEDIMENTO SOLICITADO

internação

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE	DATA	HORA
---	-------------	-------------

LIBIA CORRETORES DE SEB. LTDA.
06 ABR. 2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HDMJEO-Frotinha de Parangaba

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome: <u>DAVID S. SILVA</u>				
Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			29/12/2017	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
23/12/17	INTENÇÃO PARA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA MUTUALIDADE: TRANSFERÊNCIA DO S. PARA 2.º PRONTO-SOCORRO INTERVENÇÃO CIRÚRGICA ANESTESIA GERAL CURATIVO
29/12/17	D.S.S., 19g, admitido neste hospital com HD trauma em pé direito, ferida aberta com fratura aberta, vertebrolombar Nº 5 como fraturas: HAS, DM. Cefaleia presente. Examinado pelo Dr. Cezar eurgio.
29/12/17	Paciente encaminhado ao centro cirúrgico para tratamento cirúrgico de fratura de quadril do 5º poder do fêmur do pé D.
30/12/17	Dr. Claudio Cesar R. Costa TRAUMATOLOGIA ORTOPEDIA CRM - 5309 Paciente evoluindo bem. Ferida de curativo.
30/12/17	Paciente admitido vindo do 14º emergência com HD trauma em pé direito com fratura de quadril e vertebra L4/L5, com fratura (sem efeito)

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
06 ABR. 2018

DATA	EVOLUÇÃO
30/12/17	Atenção = 30/12/17 - 1ª. Atenc. O no 1º po de apures do do 5º PDD. Avalui corrente auricular e co-putivo e o ambiente AVP MSE per-vice p/ HV. em untor estereis segus Observas 30/12/17 09/10/17 paciente admitido em do da emergência com HD de pro-tura (trauma) pe D. Consequente orientado e verbalizando AVP para (HV PATB) segue aos cuidados da enfermeira! - Repone Euph 3/12/17 PO: OP PO: LMR CO: Ana Maria NO: PM Exame de B ASD Amor Retorno ao Trabalho
	Artroscopia e CRM 10.184 TEOT 12042 Dr. Marcus Gadelha CRM - MÉDICO (A)

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

06 ABR. 2018

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome:

David Sousa da Silva

Prontuário

Enferm.

Lotto

Data Interação

Diagnóstico

130

29 112 12027

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA

EVOLUÇÃO

29 ✓

13

7

Paciente alta hospitalar para acompanhamento de
seus familiares às 10:30hs.

ENTERED
REFERENCE 412400

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

06 ABR. 2018

ATENÇÃO: QUE Cópia CONFERE COM ORIGINAL

1997

Prontuário e:



Cotclínica

Clinica de Ortopedia e Traumatologia do Ceará

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - CEP 60.030-141 TELEFAX: (85) 3212.8172 / (85) 3392.2700
E-mail: cotclinica@terra.com.br

David Luis de M. Mendes
de alta e baixa aptidão
Reservista quanto ao direito
de voto

09
/ 02
2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
06 ABR. 2018

Data

Médico - CRM

SINISTRO 3180159904 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DAVID SOUSA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO DAVID SOUSA DA SILVA

CPF/CNPJ: 04970736332

Posição em 07-05-2018 18:08:11

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
-------------------	----------------------	------------------	-------------

07/05/2018	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00
------------	--------------	----------	--------------