



Escritório Fortaleza
R. Joaquim Felício, nº 201, Sala 06, Shopping Cavalcante Plaza Center
Bairro Messejana, Fortaleza - Ceará, CEP: 60.840-115
Fone: (0xx85) 3215-1116
E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

Escritório Iguatu
Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, Nº 9
Bairro Prado, Iguatu - Ceará, CEP: 63.502-105
Fone: (0xx88) 3581-1280
E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com



PROCURAÇÃO PARA A CLÁUSULA AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: ELENILDO FREITAS DE SOUZA, brasileira, casado, agricultor, portador da Cédula de Identidade número 2007202465-2 SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 18.966.853-42, residente e domiciliado à Rua 29 de junho, Nº 257, Dt. São Pedro do Norte, Iguatu-CE, CEP: 63.580-000.

OUTORGADOS: DIEGO VICTOR LOBO SILVEIRA, brasileira, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 25.815, **EURIJANE AUGUSTO FERREIRA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE sob nº 16.326, **JOÃO RICARDO PINHO**, brasileira, divorciado, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 33.315 e **LÍGIA SAMARA ALBUQUERQUE PINTO**, brasileira, casada, inscrita na OAB/CE sob o nº. 22.902, todos com endereço profissional situado à Rua Joaquim Felício, nº 201, Sl. 06, Shopping Cavalcante Plaza, Messejana, CEP: 60.840-115, Fortaleza/CE e/ou Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, nº 9, Prado, Iguatu/CE, CEP: 63.502-105.

PODERES: Para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei nº 13.105/2015 - Código de Processo Civil, e os especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de insuficiência econômica, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Iguatu/CE, 21 de junho de 2018.

Elenildo Freitas de Souza



Escritório Fortaleza
R. Joaquim Felício, nº201, Sala 06, Shopping Cavalcante Plaza Center
Bairro Messejana, Fortaleza - Ceará, CEP: 60.840-115
Fone: (0xx85) 3215-1116
E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

Escritório Iguatu
Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, Nº 9
Bairro Prado, Iguatu - Ceará, CEP: 63.502-105
Fone: (0xx88) 3581-1280
E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **ELENILDO FREITAS DE SOUZA**, brasileira, casado, agricultor, portador da Cédula de Identidade número 2007202465-2 SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 048.966.853-42, residente e domiciliado à Rua 29 de junho, Nº 257, Dt. São Pedro do Norte, Jucás-CE, CEP: 63.580-000.

DECLARO, para os devidos fins de direito, perante a Justiça do Estado do Ceará, nos termos da Lei 7.115, de 29 de agosto de 1983, de que sou pobre na acepção jurídica do termo e não disponho de condições econômicas para custear as despesas judiciais sem sacrifício do meu sustento próprio e da minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade pela declaração acima, sob as penas da lei, assinando a presente declaração para que produza seus efeitos legais de condições econômicas.

Iguatu - Ceará, 21 de junho de 2018.

Elenildo Freitas de Souza.



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF



Nº do CPF: **048.966.853-42**
Nome: **ELENILDO FREITAS DE SOUZA**
Data de Nascimento: **08/11/1986**
Situação Cadastral: **REGULAR**
Data da Inscrição: **26/06/2008**
Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:33:36** do dia **07/07/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **97AD.391B.A1D8.A81E**



CO
EW 88

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

o Sinistro
o Protocolo

Seguro Obrigatório Dpvat - Protocolo de Recepção de Documentos
INVALIDEZ PERMANENTE

 **Fenaseg** CONVÊNIO DPVAT
Central Dpvat 0800-221204
www.dpvatseguro.com.br

CLASSIFICAÇÃO DO EVENTO

do Acidente 2910117

Vítima **ELENILDO FREITAS DE SOUZA**

048.966.857-42

Seguradora **LIDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT**

CLASSIFICAÇÃO DO REQUERENTE

de **ELENILDO FREITAS DE SOUZA**

Vítima Representante Legal

endereço para Correspondência **RUA 29 DE JUNHO**

257 Complemento

Bairro **DE SÃO PEDRO DO NORTE**

de **JUCAS**

UF **CE** CEP **62580-000** Telefone para contato **88-3581-1280**

Preencha com para documentação entregue
Preencha com para documentação faltante



REQUISITOS DO DOCUMENTO

DOCUMENTOS BÁSICOS

Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial

Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima

CPF da vítima

Comprovante de residência da vítima

Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo)

Caso de vítima com até 16 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal.

DOCUMENTOS DA VÍTIMA

Laudo do Instituto Médico Legal - IML, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima

Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localidade do evento

Termo de Curatela, no caso de alienação mental

Alvará Judicial (se for o caso)

DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL - se houver

Procuração

Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador

CPF

Comprovante de residência

NOTIFICAÇÃO

O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos e desde que eles estejam em conformidade com a legislação vigente, quando iniciará o prazo para pagamento da indenização, que é de até 30 dias.

Se outros documentos forem solicitados, o prazo de 30 dias - previsto para pagamento - será interrompido.

RESPONSÁVEL PELA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Assinatura _____

Nome _____

Identidade _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Documentação recebida sem conferência

Data _____

Nome _____

Identidade _____



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**. Sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

Obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - Assinatura do Representante Legal).

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: 048.966.853-42 Nome completo da vítima: ELENILDO FREITAS DE SOUZA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>ELENILDO FREITAS DE SOUZA</u>		CPF titular da conta <u>048.966.853-42</u>	Profissão <u>AGRICULTOR</u>
Data de nascimento <u>29 DE JUNHO</u>		Número <u>257</u>	Complemento
Cidade <u>SÃO PEDRO DO NORTE</u>	Cidade <u>JUCAS</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63.580-000</u>
Telefone (DDD) <u>(85) 9.9674-5754</u>			

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

CAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 2225 D/V: X CONTA NRO.: 20.816 D/V: 7
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome: _____ NRO: _____
 AGÊNCIA NRO.: _____ D/V: _____ CONTA NRO.: _____ D/V: _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Aceito e reconheço o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Jucas, 06 de Fevereiro de 18
Local e Data

Elenildo Freitas de Souza
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 - 2233 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **20/04/2017 08:50:40**
Data / Hora da Ocorrência: **29/01/2017 13:03:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA B**
Complemento:
Bairro: **VERDES PARK** Município: **IGUATU/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **ELENILDO FREITAS DE SOUZA**
Nascimento: **08/11/1986** CPF:
RG: **2007202465** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA VIEIRA DE FREITAS**
LUIZ RAIMUNDO DE SOUZA
Endereço: **VILA SÃO PEDRO**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **JUCAS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99858-9916**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORV4147** Uf: **CE** Município: **JUCAS** Chassi:
9C6KG065DE0006711 Renavam: **605469466** Tipo do Veículo:
MDTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/YS150 FAZER SED** Ano
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **LARANJA** Proprietário: **LUIZ RAIMUNDO DE FREITAS** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Compareceu a esta delegacia o DECLARANTE, nesta data, e informou das penalidades de falsa comunicação de crime e contravenção penal, Art 340, informou que no local e horário supracitado, trafegava como CONDUTOR na moto YAMAHA / YS, 150 FAZER, PLACA: ORV4147, CHASSI: 9C6KG065DE0006711, RENAVAM: 605469466, COR: LARANJA, ANO FAB/MOD: 2013/2014, estando a mesma no nome de: LUIZ RAIMUNDO DE FREITAS: Que o declarante conduzia a referida moto quando de repente perdeu o controle da moto vindo a cair; Que foi socorrido pelo SAMU, até o Hospital Regional Iguatu e sendo atendido pelo DR, FRANFENK, A,B, OLIVEIRA, que segundo o laudo do médico teve T.C.E, e hematomas no rosto; Que veio registrar o fato para dar entrada no seguro DPVAT. Vale salientar que as informações prestadas são de inteira responsabilidade de DECLARANTE,

[Handwritten signature]

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

[Handwritten signature]
ROBÉRIO GOMES DO SANTOS - MAT.: 300074-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Handwritten signature]
Elenildo Freitas de Souza



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE IGUAJU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 / 2033 / 2017

VISTO DO DELEGADO(A) :

JERFFISON PEREIRA DA SILVA - MAT.: 199910-1-6

EM BOMBO

Vertical text on the left margin, possibly from a binder or folder, including numbers and some illegible characters.



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
ELNILDO FREITAS DE SOUZA	048966853-42	29-01-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada exclusivamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

SUCAR/CE, 06 de Fevereiro de 18

Local e Data

Elnildo Freitas de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da facilidade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ prestou atendimento ao Sr. ELENILDO FREITAS DE SOUZA, portador do RG 2007202465-2 e inscrito no CPF 043.965.355-42, no dia 29/01/2017, às 12h40, no município de Iguatu/CE, no Verde Parque, vítima de queda de moto, sendo o mesmo encaminhado para o Hospital Regional do Iguatu. E para constar em, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 26 de Abril de 2017

Maria das Graças Torres
ASSESSORA EXECUTIVA

Maria da Graça Bezerra
Gerente SAMU 192 Regional Iguatu



UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DE IGUATU - FUSPI
 R. REG. DR. MANOEL BATISTA DE OLIVEIRA
 IGUATU - CE
 Unidade de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Número 7498	Atendimento 0001	Nome do Paciente ELENILDO FREITAS DE SOUZA	CMS	Outra de Autorização
Estado Civil Solteiro(s)		Sexo Masculino		
Local JUCAS/CE		Idade 30 Ano(s)		
Mãe FRANCISCA VIEIRA DE SOUZA		Município JUCAS		
CEP 63580-000		UF CE		
Endereço RUA EM TRANSITO, 0		Município JUCAS		
CPF do Responsável		Endereço RUA EM TRANSITO, 0		
Município JUCAS		UF CE		

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento 11/2017	Hora 13:03	Convênio SUS	Matrícula	CID
Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA		Nº Conselho		
Funcionário MARIA GARDENIA DE OLIVEIRA		Data/Hora Liberação		
Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito		Vitalidade		
Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)	PA (mmHg)

Relatório do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

*Crucida de moléculas
 com escoriações + brônco com to-couros
 no focos
 com: aneurismo + rafa.
 com to-couros*

Volta para 25mg IM agora

Dr. Rodrigo Viana
MÉDICO
CRM: 13374



Nº SOLICITAÇÃO: 14480014499



FICHA DE REFERÊNCIA



Nome do Paciente: Flávia de Freitas de Souza
 Unidade de Origem: _____
 Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Sexo: M F () Idade: 30 a Ocupação: _____ Bairro: _____
 Endereço: _____

Motivo do Encaminhamento: She com história de TCE há um
mes tendo dtg. não realizado mais
exame que hoje teve episódio convulsivo
 Resultado de Exame: TC de crânio
 Conduta já Realizada: com episódio convulsivo
de caráter tonicoclônico

Assinatura do Encaminhante nº registro: _____ Função: MEDICO. Data: 16/03/17 Hora: 15:45.

AGENDAMENTO
 Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial () Hospitalar () Auxílio Diagnóstico ()
 Procedimento: NCK. Profissional: _____
 Unidade de Referência: _____ Data: / / Hora: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

Nome do Paciente: _____
 Unidade de Referência: _____
 Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: / /

Resumo Clínico/Cirúrgico _____

Resumo de Exames _____

Diagnóstico: Principal _____
 Secundário 1 _____ CID _____
 Secundário 2 _____ CID _____

Conduta Realizada _____

 Proposta de Conduta para Seguimento _____



PLACAZ CAR
RUA P. RUI
BARRAS - CI

CLINICA DE IGUAU - FUSPI
L. ESTABITA DE OLIVEIRA

Estabilizante

Unidade de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Atendimento: 0002
Nome do Paciente: ELENILDO FREITAS DE SOUZA
Local: JUCAS/CE
Nome: RAIMUNDO DE FREITAS
Endereço: RUA VERDE PARK
Cidade: IGUAU
UF: CE

Nome do Responsável: SABELA
CPF do Responsável: RUA B, 0

DADOS DO ATENDIMENTO

Matrícula: 000017
Convênio: SUS
Nome do Atendimento: EUGENIO BARROS COSTA
Nome do Médico: MARIA VIDAL DE OLIVEIRA

Data Hora Lib. Ex. ()
Data Hora ()

Titulo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico Diagnóstico, Exame) 150x100

- 1) Captopril 50mg (R) 11:30
- 2) Lasix 200mg (IV) 11:45
- 3) Gaseural (KA) 15:25

- 4) Desacetona 10mg + ADU. 15:25
 - 5) Trend 10mg + SFO 0.2% 100ul EV 15:30
 - 6) Fenitina 100mg + SFO 0.2% 100ul EV PA 180x90
 - 7) Coluina elevada
 - 8) mardel 20% (200ul) 15:45
 - 9) foz 300ul EV agudo.
- Dr. Eugenio Costa
Pediatra
CREMESP - 9883



FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Visite nosso site: www.focs.com.br
AIH UNISUSWEB: 11111111111111111111 Emissão: 18/03/2017 06:27
Atend.Nº: 382895

Paciente: ELENILDO FREITAS DE SOUZA Idade: 30a 4m 10d Sexo: M
Data Nasc: 08/11/1986 CPF: RG: 20072024652 Est.Civil: SOLTEIRO
Mãe: FRANCISCA VISIRA DE FREITAS Pai: LUIZ RAIMUNDO DE SOUZA

Residência: RUA VINTO E NOVE DE JUNHO SN Bairro: CENTRO
Cidade: IGUATU UF: CE CEP: 63500000
Telefone: 8898589916 Profissão: AGRICULTOR Cor: PARDO
Município: ACOPIARA Religião: NAO INFORMADO Atend: WESLEY

V. SUS INTERNADOS: _____ Matrícula/CNS: _____ Titular: _____
Responsável: ANTONIO NILSON DE FREITAS CPF: _____

Indicação: JOSE CORREIA SARAIVA JUNIOR | Prontuário: 134612
Especialidade: INTERN. CIRURGICA | Data/Hora: 17/03/2017 14:37
Ortografia: POSTO I -HMSA | Qto/Leito: 107-05
Motivo: 02 URGENCIA | Tipo Acom.: ENFERMARIA

RESUMO DE TRATAMENTO

TIPO DO ATENDIMENTO:

paciente evoluindo captação
e testes com resultados positivos

ANTECEDENTES PESSOAIS

DM () AVC () ALERGIA A DROGAS ()

INTERVENÇÕES PRÉVIAS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS:

FP = FR = TA =

EXAME DE:

EXAME UROLÓGICO:

EXAME G: AO = RV = RM =

EXAME DE PILOS:

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO:

Diagnóstico de Hematoma Subdural
Hematoma Subdural

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

DIAGNÓSTICO:

TRANSF. P/ LEITO _____ ENF/APTO _____

TRANSF. P/ MÉDICO: _____

CONDIÇÕES DE ALTA: _____

DATA EM: 21, 03, 17

Dr. José Correia Saraiva Jr
cirurgião titular da
de neurocirurgia
CC. PE

Paciente: Elisabete Freitas de Souza
 Médico: _____
 Data: 17/03/17 Setor: _____
 Clínica: _____

EVOLUÇÃO MÉDICA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO
e visita de residente noturno -	① bita zero até 2ª ord. (realizar TC)	
tudo dia - 45 dias, gram	② SF 0,9% 500ml. IV, 12/12h.	
olivia com cefaleia + urina	③ Dipirona - 1cp + AD, IV, 6/6h SN	
ubrica.	④ Bromoprida - 1cp + AD, IV, 8/8h SN	
TCE	⑤ Fenitoina (250mg/5ml) - fazer 2-1 100 - SF 29%, com IV em 3-5 min.	17/03
VPM	⑥ Cloptopid 25mg - 1cp VO caso PA > 180 ou PAD > 110	
Solicita TC + Rx. Tób.	⑦ Vigilança vital de consciência	
Análises de urina.	⑧ SSV + CCG	
Dr. Allan S. Soares	⑨ Análises para urina.	
CIT		
paciente evoluindo em hemotoma		
Subdural crônico bilobado		
chirurgia não feita de segu		
Allegromed Unip		
Dr. José Carlos de Sá		
Rua Coronel João Pessoa, 2		
CEP: 51150-000		
Fone: (51) 3415-1150		

Dr. Antônio

HOSPITAL MATERNIDADE
SANTO ANTÔNIO / Barbalha - CE

BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

Nº DA AIH				CIRURGIA				ANESTESIA															
REG.				CÓDIGO CID				INÍCIO				TÉRMINO											
Conversão				Categoria				DIREÇÃO				HORA				MINUTO							
CÓDIGOS SM				DIA				MÊS				ANO				MINUTOS TOTAL				MINUTOS ACRÉSC.			
MATERIAL DE SALA				TIPO				Q				V.U				VT							
<p>REG. 134611</p>												<p>1 12 0 0 1 2 3 0</p>											
<p>CÓDIGO CID</p>												<p>080</p>											
<p>Conversão</p>												<p>080</p>											
<p>Categoria</p>												<p>080</p>											
<p>DIA</p>												<p>08</p>											
<p>MÊS</p>												<p>3</p>											
<p>ANO</p>												<p>11</p>											
<p>CÓDIGOS SM</p>												<p>080</p>											
<p>MATERIAL DE SALA</p>												<p>080</p>											
<p>TIPO</p>												<p>080</p>											
<p>Q</p>												<p>080</p>											
<p>V.U</p>												<p>080</p>											
<p>VT</p>												<p>080</p>											

Os campos após a cirurgia (vers e anverso)

PACIENTE:

Dr. Antônio de Almeida

Dr. Antônio de Almeida

MATERIAL DE SALA

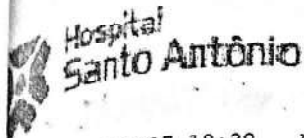
TIPO

Q

V.U

VT





AV. PAULO MAURICIO 9/N - VILA SANTO ANTONIO
FONE 88 35327700 www.focs.med.br BARBALHA-CE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HORA: 18/03/2017 19:20 ATENDIMENTO: 382895 PRONT.: 134612
SUS INTERNADOS 107-05 POSTO I -HMSA
PACIENTE: ELENILDO FREITAS DE SOUZA

DATA: 18/03/17 19:20

ESTE JOVEM, EM TRATAMENTO NEUROLÓGICO, EM POI DE DRENAGEM DE HEMATOMA, EVOLUI COM
GENERAL ESTAVEL, MANTEM DRENO DE SUÇÃO ABERTO, MEDICADO CONFORME PRESCRITO, SEGUE
CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Janara Macêdo dos Santos
Téc. Enfermagem
C.R.N. 848.417

HORA: 18/03/2017 12:38 ATENDIMENTO: 382895 PRONT.: 134612
SUS INTERNADOS 107-05 POSTO I -HMSA
PACIENTE: ELENILDO FREITAS DE SOUZA

DATA: 18/03/17 12:38

ESTE JOVEM ENCONTRA-SE NA SO.
E RETORNOU DA SO ESTA SOB EFEITO ANESTESICO, FAZENDO USO DE DRENO, MEDICADO
E PRESCRITO, SEGUE SOB CUIDADOS.

M^a SANDRA 544.436 TE

HORA: 18/03/2017 12:03 ATENDIMENTO: 382895 PRONT.: 134612
SUS INTERNADOS 107-05 POSTO I -HMSA
PACIENTE: ELENILDO FREITAS DE SOUZA

DATA: 18/03/17 12:03

ESTE JOVEM ENCONTRA-SE NA SO.

M^a SANDRA 544.436 TE



Hospital São Camilo

Unidade de Tomografia Multi-Slice
Rua Santos Dumont, 510 - Iguatu - CE
Telefax: (0xx 88) 3582-7800

PACIENTE: ELENILDO FREITAS DE SOUZA

DATA: 16/03/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTI-SLICE DO CRÂNIO-CEREBRAL

TÉCNICA:

- Obtidas imagens por aquisição volumétrica em tomógrafo multislice, sem o uso de contraste venoso. As imagens foram pós-processadas e analisadas em workstation.

LAUDO:

- Hematoma subdural fronto-parietal direito, com espessura máxima de 1,9cm, com efeito compressivo sobre o parênquima adjacente, apagando os sulcos locorregionais, desviando a linha média para esquerda em cerca de 3mm, com leve efeito compressivo sobre o VLD.
- Restante o parênquima encefálico com coeficientes de atenuação preservados.
- Demais ventrículos cerebrais com forma, dimensões e topografia normais.
- Demais sulcos corticais, fissuras e cisternas anatómicos.
- Não identificamos hemorragias intraparenquimatosas.

Obs. Pan-sinusopatia.



CEDIMAGEM
CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

BARBALHA - CE

NOME: Elenildo Freitas de Sousa

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

CONVÊNIO: apac

DATA: 17/03/2017

LAUDO

COMENTÁRIOS: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão EV do meio de contraste iodado.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- Sinais de hematoma subdural crônico em alta convexidade à direita, com leve efeito de massa e com espessura de 2 cm.

- Calcificação residual parietal à direita.

Raphael Xenofonte

Dr. Raphael Xenofonte
Médico Radiologista
CRM 12448 CE



Hospital
Santo Antônio

Elmelo Freitas

Nº

D. Nogueira 550g — 014
Terço 014 v. 12/12
Folha

9

de manhã e noite

Dr. José Carlos Spratva Jr.
Neurocirurgião Titular da
Sociedade Brasileira de Neurocirurgia
CRM 12077 - PE 1915 - PE

Voltando à consulta, trazer esta receita

HSA - REFERÊNCIA EM NEUROLOGIA E NEUROCIURURGIA - 24 HORAS

TRATAMENTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS

CIRURGIA GERAL

OBSTETRICIA

VASCULAR

CIRURGIAS PLÁSTICAS

ALERGOLOGIA

EXAMES

RESSONANCIA

RAIO-X

ELETOENCEFALOGRAFIA

COMPUTADORIZADO

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO

Av. Paulo Maurício S/N - Fone: (88) 3532-7700

VARA ÚNICA DE J. C.
FIG. 22
②



Hospital
Santo Antônio

Elenilda Fretes de Souza

14 anos

2) Coverdell 25h — 024
Tumor 27 no 4º ventrículo (30)
comp.

09-05-17

09/05/17

Dr. José Correia Batista Jr
Neurocirurgião Doutor da
Sociedade Brasileira de Neurocirurgia
CRM - 18227 / CE 19155 - PE

Voltando à consulta, trazer esta receita

HSA - REFERÊNCIA EM NEUROLOGIA E NEUROCIURGIA - 24 HORAS
TRATAMENTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS
CIRURGIA GERAL
OBSTETRÍCIA
ONCOLOGIA
CIRURGIAS PLÁSTICAS
ALDREOLOGIA
EXAMES
RESSONÂNCIA
RADIOLOGIA
ELETROENCEFALOGRAMA
COMPUTADORIZADO

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO
Av. Paulo Maurício S/N - Fone: (88) 3532-7700



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON MARBOSA DE SOUZA

Carteira de Identidade
ASSINATURA DO TITULAR

Elmildo Freitas de Souza

Carteira de Identidade
ASSINATURA DO TITULAR

Elmildo Freitas de Souza

Polegar Direito

DIREITA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE IDENTIDADE: 2007202465 - 2

DATA DE EMISSÃO: 29/09/2008

COGNOME: ELENILDO FREITAS DE SOUZA

NOME: LUIZ RAIMUNDO DE SOUZA

RAZÃO SOCIAL: FRANCISCA VIEIRA DE FREITAS

RESIDÊNCIA: ADOPTARA - CE

DATA DE NASCIMENTO: 08/11/1986

DOC. ORIGINAL: CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: TRUSSU TERMO 20869 FOLHA: 442

CPF: 048.966.853-42

LEI Nº 7.186 DE 2008

P. 1 - 131

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

048.966.853-42

ELENILDO FREITAS DE SOUZA

08/11/1986

enel
 é a segunda via de
JAN/2018

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **509992332**
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.647.751/0001-70 | CGF 06.105.848-3



DADOS DO CLIENTE

Rota 14 012125 01 0208000
 Nome FRANCISCA VIEIRA DE FREITAS Medidor 7836891 Poste 0000 0
 Endereço Postal

A Tarifa Social de Energia Elétrica
 foi criada pela Lei nº 10.428 de
 26 de abril de 2002

Selecione o nº abaixo sempre
 para entrar em contato conosco

3055701 DV **1**

VENCIMENTO
 29/01/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
 90,09

End. da Unidade Consumidora RU 0029 DE 11INHO 00257 DT SAO PEDRO DO JUCAS 63580000

RG / CPF / CNPJ 906.623.693-00

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

CGF

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP	1255	1147	1	108	0	108
----	------	------	---	-----	---	-----

COMPOSIÇÃO DA CONTA

Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
108	0,71640	77,37

ENERGIA
 CONSUMO

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
22/01/2018	20/02/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

D51D.D27C.5180.7E25.A2D0.F1C5.536D.C19B

ICMS

Razo de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
77,37	27%	20,88

OUTROS PAGAMENTOS
 ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT 12,72

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	25,91
TRANSMISSÃO	2,59
DISTRIBUIÇÃO	17,60
ENCARGOS SETORIAIS	6,09
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	25,18

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 22,96
 Conjunto JUCAS
 Mês NOV/ 2017

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Annual	Mensal	Trim.	Annual
DIC (h)	5,31	10,62	21,25	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,03			0,00		

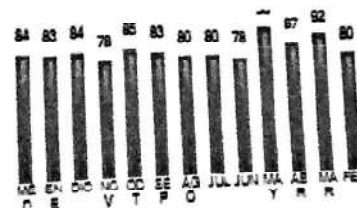
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **3055701-1** Nº da Nota Fiscal: **509992332** Total a Pagar (R\$): **90,09**
 Data de Emissão: **06/02/2018** Referência: **JAN/2018** Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



JUCAS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 012220237313

ESTADO DO CEARÁ
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

RENAVAM: 01 605469466 RNTRO: 0000000000 EXERCÍCIO: 2015

LUÍZ RAIMUNDO DE FREITAS

JUCAS/CE

CPF/ONPJ: 96487585300 ORV4147

PLACA ANTE: *****/CE CHASSI: 9C6KG0650E0006711

ESPÉCIE TIPO: CARS/MOTOCICLO/NAO ABILIC COMBUSTIVEL: GASOL/ALCO

MARCA/MODELO: YAMAHA/YS150 FAZER SED ANO FAB: 2013 ANO CEN: 2014

CARROÇ./COR: 2P/OCV/149CC CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: LARANJA

COTA ÚNICA: ***** ** VEIC. COTA ÚNICA: **/**/** SMC-COTAS: 1º *****

TAXA IPVA: ***** ** PARCELAMENTO/NOTAS: 2º *****

TAXA TERCIO (R\$): ***** ** PREMIO TOTAL (R\$): ***** ** DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

RES. DOM. BEZAMOTOS COMERCIO E SERVIÇOS DE MOTOCICLO

JUCAS
LUIZ RAIMUNDO DE FREITAS
Igor Pontes
11/03/2016

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUAS PARTES, APESAR DE TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012220237313 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
96487585300 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA O ORV4147
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatseguro.com.br
SAC DPVAT 0800 323 1204

EXERCÍCIO: 2015 DATA EMISSÃO: 11/03/2015

CPF/ONPJ: 01 96487585300 PLACA: ORV4147

RENAVAM: 605469466 MARCA/MODELO: YAMAHA/YS150 FAZER SED

ANO FAB: 2013 CAT: 09 CHASSI: 9C6KG0650E0006711

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$): DENATRAM (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): IOP (R\$): TAXA DE SEGURO SEPARADO (R\$):

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 00/00/0000

DESPACHANTE
LOTE/DOC: 122403/42 - LACRA
MOTOR: G3B9E-020118

III-2015



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LUIZ RAIMUNDO DE FREITAS RG nº 9902921430 data de expedição 13/09/99, Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 964.875.853-00, com domicílio na cidade de JUCAÁS, no Estado de CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA 29 DE JUNHO - PT. SÃO PEDRO nº 5/m, complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima ELENILDO FREITAS DE SOUZA, cujo condutor era ELENILDO FREITAS DE SOUZA.

Veículo: YAMAHA YS150 FAZER SED

Ano: 2013

Modelo: 2014

Placa: ORV 4147

Chassi: 9C6KG0650E0006711

Data do acidente: 29/01/2017

Local e Data: IGUAQUE, 19.07.2017

CARTÓRIO
Dona Clara

Luiz Raimundo de Freitas
Assinatura do Declarante

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

RECONHEÇO A(S) FIRMAS(S) DE <u>Luiz Raimundo de Freitas</u> DO SE <u>Declarante</u>	<input type="checkbox"/> Por Semelhança	<input checked="" type="checkbox"/> Por Autenticidade
	Dou fe. Iguat. CE Em Testemunho	19 JUL 2017 da Verdade

da Casa Soares
n 203-50

07/07/2018

SINISTRO 3180261332 - Resultado de consulta por beneficiário



VÍTIMA ELENILDO FREITAS DE SOUZA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev
 Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO ELENILDO FREITAS DE SOUZA
CPF/CNPJ: 04896685342

Posição em 07-07-2018 09:32:09

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/06/2018	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

[Faint, mostly illegible text from the document body, likely containing legal or administrative details.]