

DPVAT 9747-21 NATA 0187507-69.2017

**SABOYA & BRANDÃO**  
**ADVOGADOS ASSOCIADOS**

fls. 15

**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"**

|                   |                                 |
|-------------------|---------------------------------|
| <b>OUTORGANTE</b> | <b>STEVEN ANDY SILVA SANTOS</b> |
| Nacionalidade     | BRASILEIRO (A)                  |
| Natural           | FORTALEZACE-CE                  |
| Estado Civil      | SOLTEIRO (A)                    |
| RG nº             | 2004007124981 SSP-CE 04/12/2013 |
| CPF nº            | 046.365.953-86                  |
| Profissão         | OPERADOR DE BOMBEIRO            |
| Endereço          | RUA SAO SEBASTIAO ,13           |
| Complemento       | CAIS DO PORTO                   |
| Bairro            | VICENTE PIZZON                  |
| CEP               | 60.000-000 60180070             |
| Município/UF      | FORTALEZA-CE                    |
| Telefones         | (85)98774-5887                  |

**OUTORGADOS:** **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE, Tel.: (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069 / (85) 3022-0470. E-mails: [brunop.brandao@yahoo.com.br](mailto:brunop.brandao@yahoo.com.br) / [thiago\\_cs@hotmail.com](mailto:thiago_cs@hotmail.com) / [marcelobrandao@hotmail.com](mailto:marcelobrandao@hotmail.com).

**PODERES:** Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, sexta-feira, 7 de julho de 2017.

x STEVEN ANDY SILVA SANTOS

Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069

E-mails: [brunop.brandao@yahoo.com.br](mailto:brunop.brandao@yahoo.com.br) [thiago\\_cs@hotmail.com](mailto:thiago_cs@hotmail.com) [marcelobrandao@hotmail.com](mailto:marcelobrandao@hotmail.com)

SABOYA & BRANDÃO  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

|               |                          |        |            |
|---------------|--------------------------|--------|------------|
| DECLARANTE    | STEVEN ANDY SILVA SANTOS |        |            |
| Nacionalidade | BRASILEIRO (A)           |        |            |
| Natural       | FORTALEZACE-CE           |        |            |
| Estado Civil  | SOLTEIRO (A)             |        |            |
| RG nº         | 2004007124981            | SSP-CE | 04/12/2013 |
| CPF nº        | 046.365.953-86           |        |            |
| Profissão     | OPERADOR DE BOMBEIRO     |        |            |
| Endereço      | RUA SAO SEBASTIAO ,13    |        |            |
| Complemento   | CAIS DO PORTO            |        |            |
| Bairro        | VICENTE PIZZON           |        |            |
| CEP           | 60.000-000               |        |            |
| Município/UF  | FORTALEZA-CE             |        |            |
| Telefones     | (85)98774-5887           |        |            |

**DECLARO**, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, sexta-feira, 7 de julho de 2017.

STEVEN ANDY SILVA SANTOS  
**DECLARANTE**

Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE  
Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069  
E-mails: [brunop.brandao@yahoo.com.br](mailto:brunop.brandao@yahoo.com.br) [thiago\\_cs@hotmail.com](mailto:thiago_cs@hotmail.com) [marcelobrandao@hotmail.com](mailto:marcelobrandao@hotmail.com)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 13/07/2018 às 11:54, sob o número 01472003920188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0147200-39.2018.8.06.0001 e código 39A2C7E.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, STEVEN ANDY SILVA SANTOS , BRASILEIRO (A), SOLTEIRO (A), OPERADOR DE BOMBEIRO, PORTADOR DO RG Nº 2004007124981 SSP-CE 04/12/2013, INSCRITO NO CPF SOB Nº 046.365.953-86, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NA RUA SAO SEBASTIAO ,13, CAIS DO PORTO, VICENTE PIZZON, 60.000-000, FORTALEZA-CE, Telefone(s) (85)98774-5887,

DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELO SR. NAZARENO GOMES DE SOUSA, BRASILEIRO, CASADO, AUTÔNOMO, PORTADOR DO RG Nº 8912005003649 SSPCE, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 314.320.693-49 E PELA SRA. SORAYA CRISTINA GOMES BARBOSA, BRASILEIRA, CASADA, AUTÔNOMA, PORTADORA DO RG Nº 4.340.774-0 SSPPR, INSCRITA NO CPF SOB O Nº 590.270.379-49, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA SÃO PAULO – Nº 32 – 6º ANDAR – SALA 609 – BAIRRO CENTRO – CEP: 60.030-100 – FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO 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 o escritório SABOYA & BRANDÃO – ADVOGADOS ASSOCIADOS, representado através dos advogados BRUNO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o Nº 22.013, THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito no OAB-CE sob o Nº 24.156, e MARCELO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE 26.103, todos com endereço profissional a Rua São Paulo, 32 2º Andar sala 204 Bairro Centro, CEP – 60.030-100 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, sexta-feira, 7 de julho de 2017.

STEVEN ANDY SILVA SANTOS

DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:



[illegible]



RECUSOU-SE



ENDEREÇO INCORRETO



MUDOU-SE

VISTO:

fls. 20

LEIA COM ATENÇÃO:

- Conduza junto ao veículo este extrato pago, anexo ao CRLV.
- O CRLV 2017 deverá ser entregue até 60 dias após o pagamento. Decorrido o prazo, não tendo recebido, na capital, procure na agência dos CORREIOS da Av. Oliveira Paiva 2800 - Administração 1º andar- Cidade dos Funcionários, nas demais localidades procure na agência dos CORREIOS de sua cidade.
- INFORMAÇÕES - Consulte os CORREIOS pelo telefone: 3277-1963.
- Pague até o vencimento e evite multa e apreensão do veículo prevista no artigo 230-v do Código de Trânsito Brasileiro.

TELEDETRAN: 0800 275 6768

PERÍCIA: 154

www.detran.ce.gov.br



DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

DETRAN-CE

EXTRATO DE LICENCIAMENTO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL)

1/1  
OSR2483  
1.73086812-3



05/05/2017



CTCE FORTALEZA CE PL1 (CID/CE)  
STEVEN ANDY SILVA SANTOS  
R SAO SEBASTIAO, 13  
VICENTE PINZON  
60.180-070 FORTALEZA CE



12 10131353 00519 00000020207 10 050517

ULTRAPASSE SOMENTE PELA ESQUERDA.

CALENDÁRIO DE LICENCIAMENTO - 2017

| FINAL DE PLACA | 1   | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8   | 9   | 0   |
|----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| MÊS VENCIMENTO | MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ |
| DIA VENCIMENTO | 10  | 10  | 10  | 12  | 10  | 10  | 11  | 10  | 10  | 11  |

SENHOR USUÁRIO:

- Dirija-se ao Banco do Brasil, Bradesco, CEF ou Agências Lotéricas para pagamento.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3000 / 2017

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **09/06/2017 10:09:55**  
Data / Hora da Ocorrência: **07/03/2017 10:20:00**  
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA ALMIRANTE HENRIQUE SABOIA( VIA**  
Complemento:  
Bairro: **PAPICU** Município: **FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência: **PROX AO HOTEL ATLANTIDA**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **STEVEN ANDY SILVA SANTOS**  
Nascimento: **22/10/1993** CPF: **046.365.953-86**  
CNH: **05649419458** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA SUELY DA SILVA**  
**JOAO BATISTA DOS SANTOS**  
Endereço: **RUA SAO SEBASTIAO , 13**  
Bairro: **VICENTE PINZON** CEP: **60.180-070**  
Município: **FORTALEZA/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98774-5887**

Nome: **MICAELY LOPES ALBANO**  
Nascimento: **18/06/1995** CPF: **606.642.523-46**  
RG: **2007778452-3** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **SILVIA LOPES ALBANO**  
**MOISES ALBANO SILVA FILHO**  
Endereço: **RUA ERNESTO IGEL , 788**  
Bairro: **VICENTE PINZON** CEP: **60.180-425**  
Município: **FORTALEZA/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98799-1974**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OSR2483** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:  
**9C2KF1710ER100516** Renavam: **547351844** Tipo do Veículo:  
**MOTONETA** Marca / Modelo: **HONDA/PCX 150** Ano Fabricação: **2013**  
Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor: **BRANCA** Proprietário:  
**STEVEN ANDY SILVA SANTOS** Situação: **NÃO INFORMADO**  
Envolvimento: **COLISAO**

**Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE(VITIMA E PILOTO) QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE PLACA OSR-2483-CE E A OUTRA VITIMA NA SITUAÇÃO DE GARUPEIRA (MICAELY LOPES ALBANO); QUE TRAFEGAVA PELA AV. ALMIRANTE HENRIQUE SABOIA(VIA EXPRESSA)V NA FAIXA DA ESQUERDA; QUE, UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VIA E NA FAIXA DIREITA, QUANDO DE REPENTE INVADIU A FAIXA EM QUE ESTAVA A MOTO EM VINHAM AS VITIMAS NA VIA PARA DESVIAR DE UMA BOCA DE LOBO, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVAM AS VITIMAS NA VIA E LOGO EM SEGUIDA A BATIDA DA MOTO NO CANTEIRO CENTRAL DA VIA ; QUE, COM O IMPACTO, AS VITIMAS FORAM AO SOLO E FICARAM LESIONADAS; QUE, O CAUSADOR DO



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



fls. 22

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 3000 / 2018**

ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE, AS VITIMAS FORAM SOCORRIDAS POR UMA AMBULÂNCIA (DOMENOS) SENDO LEVADAS PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO. 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: / STEVEN ANDY SILVA SANTOS**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9**

• Micaely Lopes Albano



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 09/03/2017 13:55:54  
Por:EDUARDO MOREIRA

|                                                                                                                                                |  |                                |                                     |                                              |                   |                                |  |                        |  |                   |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|--|------------------------|--|-------------------|--|
| REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL                                                                                                            |  |                                |                                     |                                              |                   | DATA/HORA: 07/03/2017 11:36:03 |  |                        |  |                   |  |
| DADOS DO PACIENTE                                                                                                                              |  |                                |                                     |                                              |                   |                                |  |                        |  |                   |  |
| NS: 708606502815280                                                                                                                            |  | NOME: STEVEN ANDY SILVA SANTOS |                                     |                                              | Registro: 5497990 |                                |  |                        |  |                   |  |
| PF:                                                                                                                                            |  | RG:                            |                                     | D. NASC: 22/10/1993                          |                   | ESTADO CIVIL:                  |  | SEXO: M                |  | RAÇA/COR: Amarela |  |
| OME DA MÃE: MARIA SUELI DA SILVA                                                                                                               |  |                                |                                     | NOME DO PAI: JOSE BATISTA DOS SANTOS         |                   |                                |  |                        |  |                   |  |
| PO DE LOGRADOURO: Rua                                                                                                                          |  |                                | ENDEREÇO DO PACIENTE: SAO SEBASTIAO |                                              |                   | Nº: 1                          |  | BAIRRO: VICENTE PINZON |  |                   |  |
| COMPLEMENTO:                                                                                                                                   |  | TELEFONE CONTATO:              |                                     | MUNICÍPIO: FORTALEZA                         |                   | UF: CE                         |  | CEP: 60180070          |  |                   |  |
| IDENTIFICADOR DE RESPONSABILIDADE                                                                                                              |  |                                |                                     |                                              |                   |                                |  |                        |  |                   |  |
| OME: VEIO DE AMB. DOMENOS                                                                                                                      |  |                                | PARENTESCO: STEPHANY-IRMA           |                                              |                   | TELEFONE:                      |  |                        |  |                   |  |
| DADOS DE EMPREGO                                                                                                                               |  |                                |                                     |                                              |                   |                                |  |                        |  |                   |  |
| PO DE VÍNCULO:                                                                                                                                 |  | CBO DO EMPREGADO:              |                                     | CNPJ DO EMPREGADOR:                          |                   | COSIDO DO CNAER:               |  |                        |  |                   |  |
| ACIDENTE E SITUAÇÃO DE RISCO                                                                                                                   |  |                                |                                     |                                              |                   |                                |  |                        |  |                   |  |
| OTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta |  |                                |                                     |                                              |                   |                                |  |                        |  |                   |  |
| LEIXAS: COLISAO MOTO/CARRO COM RELATO DE TRAUMA NA CABEÇA E VOMITOS                                                                            |  |                                |                                     |                                              |                   |                                |  |                        |  |                   |  |
| BSERVAÇÕES: TCE/LEVE                                                                                                                           |  |                                |                                     |                                              |                   |                                |  |                        |  |                   |  |
| DADOS VITAIS                                                                                                                                   |  |                                |                                     |                                              |                   |                                |  |                        |  |                   |  |
| ICAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica                                                                                                               |  | Escala de Dor: Leve            |                                     | PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE             |                   |                                |  |                        |  |                   |  |
| PECIALIDADE DO ATENDIMENTO:                                                                                                                    |  |                                |                                     |                                              |                   |                                |  |                        |  |                   |  |
| ATENDIMENTO MÉDICO                                                                                                                             |  |                                |                                     |                                              |                   |                                |  |                        |  |                   |  |
| amnese:                                                                                                                                        |  |                                |                                     |                                              |                   |                                |  |                        |  |                   |  |
| ame Físico:                                                                                                                                    |  |                                |                                     |                                              |                   |                                |  |                        |  |                   |  |
| nduta:                                                                                                                                         |  |                                |                                     |                                              |                   |                                |  |                        |  |                   |  |
| EMPO NECESSÁRIO PARA BSERVAÇÃO:                                                                                                                |  |                                |                                     |                                              |                   |                                |  |                        |  |                   |  |
| AMES COMPLEMENTARES OLICITADOS:                                                                                                                |  |                                |                                     |                                              |                   |                                |  |                        |  |                   |  |
| ICAMINHAMENTO DO ICIENTE:                                                                                                                      |  |                                |                                     |                                              |                   |                                |  |                        |  |                   |  |
| ATA E HORA DO ATENDIMENTO:                                                                                                                     |  |                                |                                     | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: |                   |                                |  |                        |  |                   |  |



# INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

24 horas de proteção a vida

fls. 24

Boletim de Emergência Reg.:

O Sr.(a) Steven Andy Silva. Sato

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 7/3/2017 às 9 h.

Tendo como causa do socorro verru de acidente  
de trânsito com varas  
lacradas

Observações: recusado de 31 dias  
de afastamento do  
trabalho

Fortaleza, 7 de março de 2007

Médico de Plantão - CRM: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Meus Doc/Arq Word/CPL/ Boletim de Emergência Reg.doc

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

12/04/2017 10:00

|                                                           |                          |                       |            |              |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|------------|--------------|
| Prontuário                                                | Nome do Paciente         | Sexo                  | Nascimento | Idade        |
| 14178630                                                  | STEVEN ANDY SILVA SANTOS | M                     | 22/10/1993 | 23           |
| RG                                                        | CPF                      | Carteira Profissional |            | Estado Civil |
| 2004007124981 SSP CE                                      | 4636595386               |                       |            | 2-SOLTEIRO   |
| Endereço                                                  |                          |                       |            |              |
| R SAO SEBASTIAO,13 - MUCURIPE, FORTALEZA(CE) CEP 60181260 |                          |                       |            |              |
| Telefone Residencial                                      | Telefone Trabalho        |                       |            |              |
|                                                           |                          |                       |            |              |

DADOS DO CONVENIO

|                   |                                               |          |  |
|-------------------|-----------------------------------------------|----------|--|
| Convenio          |                                               |          |  |
| 22 HAPVIDA        | 1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - | COLETIVO |  |
| Carteira          | Validade                                      |          |  |
| 63520000022000018 |                                               |          |  |

DADOS DO ATENDIMENTO

|                                   |       |           |                           |
|-----------------------------------|-------|-----------|---------------------------|
| Setor                             |       |           |                           |
| 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG |       |           |                           |
| Data                              | Hora  | Matricula | Tipo Atendimento          |
| 09/03/2017                        | 11:09 |           | 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA |
| Médico Atendente                  |       |           | Clinica                   |
| 29505461 EDILMAR FERREIRA LESSA   |       |           | 6-TRAUMATOLOGICA          |
| Médico Acompanhante               |       | Peso (Kg) | Temperatura (°C)          |
|                                   |       |           |                           |

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

CONFERE C/ PRONTUÁRIO  
LEANDRO 431  
Assinatura



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE      Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI      Leito: 133223/5      12/04/2017 10:39

Paciente: STEVEN ANDY SILVA SANTOS      Atendimento: 41596299      Prontuário: 14178630      Convênio: HAPVIDA

Profissional(is): EDILMAR FERREIRA LESSA CRM 7399 [1]      Nº: 09436625      09/03/2017 às 11:19

|                          |                                                                                                                                       |     |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ANAMNESE                 |                                                                                                                                       |     |
| Queixa Principal         | RELATA QUEDA DE MOTO HA 2 DIAS , APRESENTA ESCORIAÇÕES DIFUSAS E DOR EM REGIÃO TORÁCICA . RX 9 TRUXE DO IJF) SEM FRATURAS OU LUXAÇÕES | [1] |
| CID10                    | M255 DOR ARTICULAR                                                                                                                    | [1] |
| DIAGNÓSTICO              |                                                                                                                                       |     |
| Hipótese Diagnóstica     |                                                                                                                                       |     |
| CID10                    | M255 DOR ARTICULAR                                                                                                                    | [1] |
| PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO |                                                                                                                                       |     |

CONFERE CI/PRONTUÁRIO

LEANDRO 431

Assinatura

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/07/2018 às 11:54 , sob o número 01472003920188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0147200-39.2018.8.06.0001 e código 39A2C7E.



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE      Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI    Leito: 133225/19    12/04/2017 10:40

Paciente: STEVEN ANDY SILVA SANTOS      Atendimento: 41688938      Prontuário: 14178630      Convênio: HAPVIDA

Profissional(is): ~~DEGINALDO RODRIGUES DA SILVA~~      Nº: 09532918    13/03/2017    às 22:43

ANAMNESE

|                  |                                                                            |     |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----|
| Queixa Principal | RELATA QUEDA DE MOTO HA 6 DIAS, CHEGA HOJE COM DOR EM GRADIL COSTAL A ESQ. | [1] |
| CID10            | T009 TRAUM SUPERF MULT NE                                                  | [1] |

DIAGNÓSTICO

|                      |                           |
|----------------------|---------------------------|
| Hipótese Diagnóstica |                           |
| CID10                | T009 TRAUM SUPERF MULT NE |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/07/2018 às 11:54 , sob o número 01472003920188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0147200-39.2018.8.06.0001 e código 39A2C7E.



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

|                                                          |  |                                     |  |                      |  |                   |  |
|----------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|----------------------|--|-------------------|--|
| HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE                                |  | Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI |  | Leito: 133225/19     |  | 12/04/2017 10:40  |  |
| Paciente: STEVEN ANDY SILVA SANTOS                       |  | Atendimento: 41688938               |  | Prontuário: 14178630 |  | Convênio: HAPVIDA |  |
| Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES CRM 13202 [1] |  | Nº: 09533594                        |  | 13/03/2017           |  | às 23:37          |  |

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO |            |
| DATA/HORA DA ALTA        |            |
| Data Da Alta             | 13/03/2017 |
| Hora Da Alta             | 23:38      |



ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) STEVEN ANDY SILVA SANTOS às 11:24 hs,  
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 10 ( DEZ ) dias,  
a partir de 09/03/2017 , tendo como causa do atendimento o código abaixo:

M255

Código da Doença

09.03.17

Local e Data

Assinatura de Edimar F. Lessa  
Traumatologia e Ortopedia  
CRM-MEC 7399

EDILMAR FERREIRA LESSA  
CRM 7399

Aceito a Colocação do CID. Assinado us

Código de Autenticação : BZYLJ37V9F1K0  
Solicitacao da Senha : 09/03/2017 11:09:10  
Inicio do Atendimento : 09/03/2017 11:19:53  
Final do Atendimento : 09/03/2017 11:24:25

R3002

EDILMAR FERREIRA LESSA

09/03/2017 11:27

192.85.4.101

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

T43000

LGFORTE

12/04/2017 08:20:28

23.0122.00091

Data inicial:

01/02/2017

Atendimento:

41596299

Nome do paciente:

Data final:

12/04/2017

Prontuário:

Categoria:

☐ Atendimentos com Pendências no Prontuário

☐ Atendimentos com alta administrativa

☐ Atendimentos realizados pela enfermagem

☐ Atendimentos liberados para auditoria

Historico

12/04/2017

08:20:28

Documentos

|                                           | Atendimento | Prontuário | Nome do Paciente        | Dt Nascimento | Idade | Sexo      |
|-------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------|---------------|-------|-----------|
| 09/03/2017 11:09 - CONSULTA TRAUMATOLOGIA | 41596299    | 89170639   | SEVER ANDY SILVA SANTOS | 22/01/1984    | 33    | Masculino |
|                                           |             |            |                         |               |       |           |
|                                           |             |            |                         |               |       |           |
|                                           |             |            |                         |               |       |           |
|                                           |             |            |                         |               |       |           |
|                                           |             |            |                         |               |       |           |
|                                           |             |            |                         |               |       |           |
|                                           |             |            |                         |               |       |           |

Pendências do Atendimento de Alta

Imp. por Tipo de Documento

Nome da Mãe

Nome do Pai

MARIA SUELY DA SILVA

Tipos de documentos

Resumo de Documentos

12 Formulário de Atendimento na Emergência

7 Prescrição Médica

10 Relatório Médico Exame

9 Receitas Médicas

10 Atestado Médico

11 Declarações

6 Pareceres Médicos

5 Solicitação de Parecer Médico

4 Admissão do Paciente

3 Evolução Médica

2

Visualizar

Imprimir Doc. Assinado

| Data/Hora           | Profissional         | Situação |
|---------------------|----------------------|----------|
| 02/03/2017 11:24:28 | SOLUAR FERRERA LESSA | ASSINADO |
|                     |                      |          |
|                     |                      |          |
|                     |                      |          |
|                     |                      |          |
|                     |                      |          |
|                     |                      |          |
|                     |                      |          |

CONFERE C/ TR...  
LEANDRO 431  
Assinatura

Be-5447940



Prefeitura de  
**Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

fls. 31

## SOLICITAÇÃO DE EXAMES

|                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome: <u>Stavom Andry Gots</u>                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                           | Nº AIH/RAE:                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                      |
| Paciente Externo?<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                         | Unid. Internação/ENF/LEITO                                                                                                                                                                | Idade:                                                                                                                                                                                                   | Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.                                                                                                                                   |
| JUSTIFICATIVA                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                      |
| <u>fratura</u>                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                      |
| EXAMES RADIOLÓGICOS                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Crânio<br><input checked="" type="checkbox"/> Tórax AP/P<br><input type="checkbox"/> Punho AP/P<br><input type="checkbox"/> Escanometria dos MMII<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Face<br><input type="checkbox"/> Ombro AP/P<br><input type="checkbox"/> Mão AP/OBL<br><input checked="" type="checkbox"/> Perna AP/P<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Coluna Cervical AP/P<br><input type="checkbox"/> Braço AP/P<br><input checked="" type="checkbox"/> Bacia AP<br><input type="checkbox"/> Joelho AP/P<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Clavícula AP<br><input type="checkbox"/> Antebraço AP/P<br><input type="checkbox"/> Quadril AP/AXIAL<br><input type="checkbox"/> Tornozelo AP/P<br><input type="checkbox"/> |
| EXAMES LABORATORIAIS                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Hemograma<br><input type="checkbox"/> Cloro<br><input type="checkbox"/> PTTA<br><input type="checkbox"/>                                                                      | <input type="checkbox"/> Glicemia<br><input type="checkbox"/> Sódio<br><input type="checkbox"/> Lipase<br><input type="checkbox"/>                                                        | <input type="checkbox"/> Uréia<br><input type="checkbox"/> Plaquetas<br><input type="checkbox"/> Amilase<br><input type="checkbox"/>                                                                     | <input type="checkbox"/> Creatinina<br><input type="checkbox"/> Cálcio<br><input type="checkbox"/> Colinesterase<br><input type="checkbox"/>                                                         |
| ULTRA-SONOGRAFIA                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Fast                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Abdome Total                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Tórax                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> MSD<br><input type="checkbox"/> MSE                                                                                                                                         |
| OUTROS EXAMES                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                      |
| Assinatura e Carimbo do Solicitante:                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                           | Data / /                                                                                                                                                                                                 | Hora: h minutos                                                                                                                                                                                      |

Dr. [assinatura]  
Clínica Médica / Pneumologia  
CREMEC 9377

**Registrado**  
Data 07/03/17  
Hora 12.43  
Ass. Recep. [assinatura]

**SINISTRO 3170342330 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** STEVEN ANDY SILVA SANTOS

**COBERTURA** Invalidez

**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Sabemi Seguradora  
S/A-Filial Fortaleza-CE

**BENEFICIÁRIO** STEVEN ANDY SILVA SANTOS

**CPF/CNPJ:** 04636595386

**Posição em 05-07-2017 08:15:45**

Pedido de indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário.

*11/07/2017*

*→ levar judicial p/ vítima assinar.*

## **SINISTRO 3170342330 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** STEVEN ANDY SILVA SANTOS

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

**BENEFICIÁRIO** STEVEN ANDY SILVA SANTOS

**CPF/CNPJ:** 04636595386

**Posição em 03-07-2018 15:14:31**

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2017

Carta nº: 11250245

A/C: STEVEN ANDY SILVA SANTOS

Sinistro: 3170342330 ASL-0233525/17  
Vitima: STEVEN ANDY SILVA SANTOS  
Data Acidente: 07/03/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: NAZARENO GOMES DE SOUSA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01605/01606 - carta\_04

