

PROCURAÇÃO



OUTORGANTE: FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA, brasileiro, casado, vendedor, portador de RG nº 20074420768 SSP-CE, inscrito no CPF sob o nº 058.814.383-96, residente e domiciliado na Avenida Avelino Machado Portela, s/n, Centro, Cidade e Comarca de Ibiapina /Ce - CEP: 62.360-000.

OUTORGADOS: NARTÉRCYA VASCONCELOS MARTINS, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 40.336 e ADRIELE MAGALHÃES DE SOUSA LINHARES, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 30.166, com Escritório Profissional localizado na Rua Sinhá Melo, 946, sala 02, Centro, Cidade e Comarca de Ibiapina/CE, CEP: 62.360-000.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus procuradores os outorgados, concedendo-lhes **AMPLOS E ILIMITADOS PODERES**, com a cláusula *ad judícia, et extra*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais em qualquer juízo, instância ou tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda poderes especiais para confessar, desistir, renunciar direitos, transigir, firmar compromissos, ou acordos, receber e dar quitação de qualquer natureza, propor execução, requerer falência, habilitar crédito, ação ordinária, procedimento sumaríssimo, ação revisória, embargos, agravos, representando ainda o outorgante, com a finalidade e especialmente para: **Ação de cobrança de seguro obrigatório- DPVAT**, podendo portanto firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica. (Em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC/15).

Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos, com ou sem reservas de poderes.

IBIAPINA/CE, 08 de abril de 2019.


FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA -
Outorgante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA

FRANCISCO SOARES DA SILVA
ROSA MARIA SOUZA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSOR UF
20074420768 SSP CE

CPF 058.814.383-96 DATA NASCIMENTO 04/04/1994

PERMISSAO ACC CATEG AB

VALIDADE 11/03/2019 1ª HABILITACAO 02/05/2014

SEM OBSERVAÇÃO:

Francisco Ionele Sousa da Silva

LOCAL PORTALEZA, CE

DATA EMISSAO 05/05/2015

34465522600
CE147362733

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1097230568

PROIBIDO PLASTIFICAR
1097230568



Cagece

Fatura Avulsa

1787163-E

Nome
FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA

CPF/CNPJ do Cliente:
058.814.383-96

012.002.00.154.00.0136.0000.0

Endereço:
AV AVELINO MACHADO PORTELA, CENTRO

06/2019

18/06/2019

Cidade:
IBIAPINA

Cep:
62.360-000

RESIDENCIAL | COMERCIAL | INDUSTRIAL | PUBLICA
001 | 000 | 000 | 000

Data Leitura: Leitura Atual:

Leitura Anterior:

Mês/Ano Água (m³) Esgoto (m³)

Endereço de Entrega da Fatura:

DESCRIÇÃO

PARCELAS

VALOR (R\$)

MULTA DE 2%

0,56

JUROS DE 0,033% AO DIA

0,17

18/06/2019

0,73

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA CLIENTE

Chet.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Francisco Ionele Souza da Silva, portador da carteira de identidade nº 20074420768 e inscrito no CPF/MF sob o nº 058.814.383-96 residente e domiciliado na Av. Avelino Machado Portela S/N - Centro Cidade Ibiapina Estado CEARA, 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:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Francisco Ionele Souza da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data

(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)



Danos Corporais Totais	Percentual da Perda
Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental	
Paralisia; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis em ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais das Perdas
Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	50
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedos da mão	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	25
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais das Perdas
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10

*

Secretaría de Vara Unica
15
Blasquez





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



BOLETIM DE Ocorrência N° 560 - 1518 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/06/2016 16:23:37**
Data / Hora da Ocorrência: **28/04/2016 20:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE-187, PROXIMO AO POSTO**
Complemento:
Bairro: **FRECHEIRAS** Município: **TIANGUA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA**
Nascimento: **04/04/1994** CPF: **058.814.383-96**
RG: **20074420768** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ROSA MARIA SOUZA DA SILVA**
FRANCISCO SOARES DA SILVA
Endereço: **AVENIDA AVELINO MACHADO PORTELA**
Bairro: **CENTRO** CEP: **62.360-000**
Município: **IBIAPINA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99495-4674**

Histórico

A VÍTIMA COMPARECE A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE NA DATA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADO PILOTAVA A MOTOCICLETA HONDA/CG150 FAN ESI, ANO: FAB/MOD 2011/2011, COR VERMELHA, PLACA NVB5950, CHASSI 9C2KC1670BR358873, COM REGISTRO DE PROPRIEDADE EM NOME DE IDIL IPUCABA DISTR DE BEB LTDA, MOTOCICLETA DA EMPRESA QUE A VÍTIMA TRABALHA, QUANDO UM ANIMAL (GADO) SURTIU NA RODOVIA VINDO A VÍTIMA COLIDIR NO ANIMAL, E CAIR AO SOLO; QUE FOI SOCORRIDO POR AMBULÂNCIA AO HOSPITAL MADALENA NUNES, ONDE DEU ENTRADA E FOI CONSTATADO FRATURA DO MEMBRO ESQUERDO, SENDO IMOBILIZADO A FRATURA, PERMANECENDO NO HOSPITAL ATÉ O DIA SEGUINTE QUANDO RECEBEU ALTA MÉDICA. E NADA MAIS DISSE E NEM LHE FOI PERGUNTADO.//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Alexandre Feijó Cabral
ALEXANDRE FEIJÓ CABRAL - MAT.: 198229-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Ionele Sousa da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARCIO FERNANDES OLIVEIRA CHAGAS - MAT.: 198983-1-5



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Ipuçaba Distribuidora de Bebidas Ltda, com CNPJ N° 07.302.876/0001-31 e IE: 06.190.964-5, localizado na Avenida José Carvalho de Aragão n° 1133, bairro Alto da Boa Vista, na cidade de Ipu- Ceará, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Francisco Ionele Sousa da Silva, cujo condutor era Francisco Ionele Sousa da Silva.

Veículo: Motocicleta

Ano: 2011

Modelo: Honda/CG 150 FAN ESI

Placa: NVB.5950

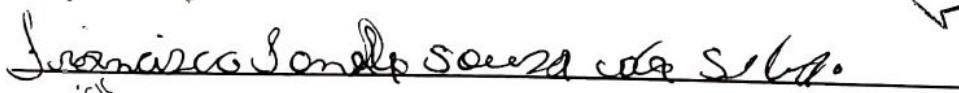
Chassi: 9C2KC1670BR358873

Data do acidente: 28 de Abril de 2016

Local e data:


Assinatura do Declarante




Assinatura do Condutor

CARTÓRIO ARAGÃO 2º OFÍCIO
Rua F. Magela Aragão Ximenes -
Ipu-CE
CNPJ: 05.814.883/0001-79



Reconheço verdadeira a(s) firma(s) por
semelhança ☒ por auten-
tificação ☐
Ruanildo de Aguiar Soares
Dou. Ipu-CE 21 de 12 de 2016
Em testemunho da verdade.
() FRANCISCO MAGELA ARAGÃO XIMENES
Tabelião
() SYLMEIA MARIA LIMA FREITAS
Escritor Substituto
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



Reconheço verdadeira a(s) firma(s) ☒ por auten-
tificação ☐ por semelhança ☐
Francisco Ionele Sousa da Silva
Ibiapina-CE
em test. 11 JAN 2017 da verdade.
Mônica Melo Alcântara
Maria Nêda da Cunha Aragão - 2º Tab. Pública
Lucia Aragão Furtado - Esc. Substituta
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

1º ADITIVO AO CONTRATO SOCIAL DA FIRMA:

IDIL – IPUÇABA DISTRIBUIDORA DE BEBIDAS LTDA

RIVANILDO DE ALMEIDA SOARES, brasileiro, natural de Fortaleza/Ce., Casado sob regime de comunhão parcial de bens, nascido aos 26/07/1954, empresário, portador do CPF nº 220.153.453-53 e Carteira de Ident. RG nº 99002276967 SSP/CE, residente e domiciliado na Rua Gustavo Sampaio, 1413, Apto. 1101, Parquelândia, Fortaleza/Ce., CEP 60455-001 e **LEILANE VIANA SOARES**, brasileira, natural de Fortaleza/Ce., Solteira, nascida em 23/10/1986, estudante, portadora do CPF nº 023.676.913-30 e Carteira de Ident. RG nº 2004009121963 SSP/CE, residente e domiciliada na Rua Gustavo Sampaio, 1413, Parquelândia, Fortaleza/Ce., CEP 60455-001, únicos sócios da **IDIL – IPUÇABA DISTRIBUIDORA DE BEBIDAS LTDA.**, com o Contrato Social arquivado na MM Junta Comercial do Estado sob o nº 23.201.055.189 em 18/03/2005 e CNPJ (MF) nº 07.302.876/0001-31, situada na Av. José Carvalho de Aragão nº 1147, Bairro Alto da Boa Vista, Ipú/Ce., CEP: 62250-000, **RESOLVEM** de comum acordo alterar o referido Contrato Social como a seguir se contrata:

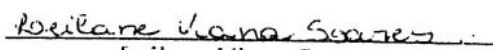
PRIMEIRA – O Endereço que era Av. José Carvalho de Aragão nº 1147, Alto da Boa Vista, Ipú/Ce., CEP 62250-000, neste ato passa a ser Av. José Carvalho de Aragão nº 1133, Alto da Boa Vista, Ipú/Ce., CEP 62250-000.

SEGUNDA – Todas as demais cláusulas constantes do instrumento particular da empresa, não modificados expressamente no ato ou em parte pelo presente instrumento, continuarão em pleno vigor.

E, por estarem justos e contratados assinam a presente alteração em 04(quatro) vias.

Ipú/Ce., 13 de dezembro de 2005.


Rivanildo de Almeida Soares


Leilane Viana Soares

 JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SEDE
CERTIFICO O REGISTRO EM: 19/12/2005
SOB Nº: 20050801287
Protocolo: 05/080128-7
Empresa: 23 2 0105518 9
IDIL IPUÇABA DISTRIBUIDORA DE
BEBIDAS LTDA ME


HAROLDO FERNANDES MOREIRA
SECRETARIO-GERAL

Ministério das Relações Exteriores
Secretaria de Recrutamento

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

ALVARÃO DE

22015123456789

19/04/71

ALVARÃO DE

22015123456789

19/04/71

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

ALVARÃO DE

22015123456789

19/04/71

ALVARÃO DE

22015123456789

19/04/71



DEPARTAMENTO MUNICIPAL
DE TRÂNSITO E RODOVIÁRIO
DE TIANGUÁ

BOLETIM DE Ocorrência
DE ACIDENTE DE
TRÂNSITO

Nº DO FORMULÁRIO
047/2013
Nº DA FOLHA
01

INFORMAÇÕES GERAIS DO ACIDENTE

HORA: 10:40 FASE DO DIA: ☐ DIA ☒ NOITE

MUNICÍPIO: TIANGUÁ UF: CE

COLISÃO TRASEIRA: 13 ☐ CAPOTAMENTO
COLISÃO LATERAL: 15 ☐ ENGAVETAMENTO
COLISÃO FRONTAL: 17 ☐ ATROPELAMENTO DE PEDESTRE
COLISÃO TRANSVERSAL: 19 ☐ ATROPELAMENTO DE ANIMAL
CHOQUE: 21 ☐ OUTRO

SEQUÊNCIA: _____

PERÍCIA TÉCNICA NO LOCAL: ☐ SIM ☒ NÃO

ÁREA: ☒ URBANA ☐ RURAL

SEVERIDADE DO ACIDENTE: 1 ☐ COM VÍTIMA FATAL 3 ☒ COM FERIDO 5 ☐ SEM VÍTIMA

QUANTIDADE DE VEÍCULOS ENVOLVIDOS: 1 ☒ COM DANOS 3 ☐ SEM DANOS 5 ☐ EVADIDOS

QUANTIDADE DE VÍTIMAS: 1 ☒ CONDUTORES FERIDOS 3 ☐ CONDUTORES MORTOS 5 ☐ PASSAGEIROS FERIDOS 7 ☐ PASSAGEIROS MORTOS 9 ☐ PEDESTRES FERIDOS 11 ☐ PEDESTRES MORTOS

DIA DA SEMANA: 1 ☐ DOMINGO 3 ☐ SEGUNDA 5 ☐ TERÇA 7 ☐ QUARTA 9 ☒ QUINTA 11 ☐ SEXTA 13 ☐ SÁBADO

DANOS AO PATRIMÔNIO PÚBLICO/PARTICULAR: _____

LOCALIZAÇÃO DO ACIDENTE

IDENTIFICAR FORA DA INTERSEÇÃO: _____

IDENTIFICAÇÃO: CE-187

SENTIDO: CENTRO-UBAJARA

REFERÊNCIA: PRÓXIMO AO POSTO DE COMBUSTÍVEL FRECHEIRAS

VIA A: IDENTIFICAÇÃO: _____ SENTIDO: _____ Nº: _____ KM: _____ METROS: _____

VIA B: IDENTIFICAÇÃO: _____

VIA C: IDENTIFICAÇÃO: _____

VIA D: IDENTIFICAÇÃO: _____

VIA - MEIO AMBIENTE

TIPO DE PAVIMENTO: 1 ☒ ASFALTO 3 ☐ CONCRETO 5 ☐ PARALELEPÍPEDO 7 ☐ CASCALHO 9 ☐ TERRA 11 ☐ OUTRO

CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO SEMAFÓRICA: 1 ☐ NORMAL 3 ☐ INTERMITENTE 5 ☐ COM DEFEITO 7 ☐ DESLIGADO 9 ☒ INEXISTENTE

CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO VERTICAL: 1 ☐ BOA 3 ☐ RUIM 5 ☒ INEXISTENTE

CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO HORIZONTAL: 1 ☒ BOA 3 ☐ RUIM 5 ☐ INEXISTENTE

SITUAÇÃO DA PISTA: 1 ☒ BOA

PISTA EM OBRAS: 1 ☐ SIM 3 ☒ NÃO

PROPRIETÁRIO: INDICADA DISTR DE BEB LTDA VEÍCULO Nº 01

PLACA/UF: 000000 MUNICÍPIO: IPU

TIPO DE VEÍCULO: HONDA CE150 MARCA: HONDA MODELO: CE150

1 ☐ AUTOMÓVEL 13 ☐ MICROÔNIBUS 15 ☐ TRATOR 17 ☐ TRACÇÃO ANIMAL 19 ☐ CAMINHÃO 21 ☐ COMBINAÇÃO DE VEÍCULOS 23 ☐ OUTRO

2 ☐ BICICLETA 3 ☐ MOTOCICLETA 4 ☐ MISTO (CAMIONETA) 5 ☐ CAMINHONETE 6 ☐ ÔNIBUS

ESTADO DOS PNEUS: 1 ☒ BOM 3 ☐ RUIM

DANOS NO VEÍCULO: 1 ☐ PEQUENA MONTA 3 ☒ MÉDIA MONTA 5 ☐ GRANDE MONTA

INFRAÇÕES CONSTATADAS: 1 ☐ SIM 3 ☒ NÃO

AUTO DE INFRAÇÃO: _____

CÓDIGO(S) DA(S) INFRAÇÃO(ÕES): _____

EXTENSÃO DA MARCA DE FREIAGEM (m): _____

MEDIDAS ADMINISTRATIVAS: 1 ☐ RETENÇÃO DO VEÍCULO 3 ☐ REMOÇÃO DO VEÍCULO 5 ☐ RECOLHIMENTO DA CARGA 7 ☐ RECOLHIMENTO DA PLACA 9 ☐ RECOLHIMENTO DO CONDUTOR 11 ☐ RECOLHIMENTO DO VEÍCULO 13 ☐ TRANSBORDO DA CARGA 15 ☒ NENHUMA

CONDOMÍNIO DO VEÍCULO Nº 01

NOME DO CONDUTOR: FRANCISCO EDUARDO SOUSA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 21/04/1994 SEXO: 1 ☒ M 3 ☐ F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: CPF: 058.814.383-96

ENDEREÇO (RUA, Nº, APTº, BAIRRO, CEP): RUA DE FÉLIX, S/N, SÃO JOÃO

TELEFONE: 011 3411-1111 MUNICÍPIO: IBIRAPINA

HABILITAÇÃO: 1 ☒ CNH 3 ☐ PERMISSÃO 5 ☐ NÃO HABILITADO 7 ☐ NÃO EXIGÍVEL 9 ☐ AUTORIZAÇÃO 11 ☐ ESTRANGEIRA 13 ☐ NÃO APRESENTOU CNH

1ª HABILITAÇÃO: 02/105/12054

Nº DE REGISTRO: 0600266057

USAVA CINTO DE SEGURANÇA: 1 ☐ SIM 3 ☒ NÃO 5 ☐ SEM INFORMAÇÃO

VALIDADE DA CNH: 1 ☒ EM DIA 3 ☐ VENCIDA

USAVA CAPACETE: 1 ☒ SIM 3 ☐ NÃO 5 ☐ SEM INFORMAÇÃO

CATEGORIA DA CNH: 1 ☒ A 3 ☒ B 5 ☐ C 7 ☐ D

SITUAÇÃO DO CONDUTOR: 1 ☐ PERMANECIU NO LOCAL 3 ☐ ATENDEU À VÍTIMA 5 ☐ EVADIU-SE 7 ☒ SOCORRIDO

ESTADO DO CONDUTOR: 1 ☐ MORTE 3 ☒ FERIDO 5 ☐ ILESO

PASSAGEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 01

VÍTIMA: 1 ☐ PASSAGEIRO 3 ☐ PEDESTRE

NOME DA VÍTIMA: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ SEXO: 1 ☐ M 3 ☐ F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: _____

ENDEREÇO (RUA, Nº, APTº, BAIRRO, CEP): _____

TELEFONE: _____ MUNICÍPIO: _____

USAVA CINTO DE SEGURANÇA: 1 ☐ SIM 3 ☐ NÃO 5 ☐ SEM INFORMAÇÃO

USAVA CAPACETE: 1 ☐ SIM 3 ☐ NÃO 5 ☐ SEM INFORMAÇÃO

POSIÇÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO: 1 ☐ NA FRENTE 3 ☐ ATRÁS 5 ☐ EM PÉ 7 ☐ NO COMPARTIMENTO DE CARGA 9 ☐ SEM INFORMAÇÃO

ESTADO DA VÍTIMA: 1 ☐ MORTE 3 ☐ FERIDO 5 ☐ ILESO

PASSAGEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 01

VÍTIMA: 1 ☐ PASSAGEIRO 3 ☐ PEDESTRE

NOME DA VÍTIMA: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ SEXO: 1 ☐ M 3 ☐ F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: _____

ENDEREÇO (RUA, Nº, APTº, BAIRRO, CEP): _____

TELEFONE: _____ MUNICÍPIO: _____

USAVA CINTO DE SEGURANÇA: 1 ☐ SIM 3 ☐ NÃO 5 ☐ SEM INFORMAÇÃO

USAVA CAPACETE: 1 ☐ SIM 3 ☐ NÃO 5 ☐ SEM INFORMAÇÃO

POSIÇÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO: 1 ☐ NA FRENTE 3 ☐ ATRÁS 5 ☐ EM PÉ 7 ☐ NO COMPARTIMENTO DE CARGA 9 ☐ SEM INFORMAÇÃO

ESTADO DA VÍTIMA: 1 ☐ MORTE 3 ☐ FERIDO 5 ☐ ILESO



32

Simbologia

	AUTOMÓVEL
	ÔNIBUS OU CAM.
	TREM
	VEÍCULO DE DOIS
	VEÍCULO DE TRÊS
	MARCHA À FRENTE
	MARCHA À RÉ
	ANTES DO ACIDENTE
	LOCAL DO ACIDENTE
	DEPOIS DO ACIDENTE
	DERRAPAGEM
	CAPOTAMENTO/1
	PEDESTRE
	ANIMAL
	OBJETO FIXO
	SEMAFORO

NARRATIVA

Ao chegar no local, os agentes encontraram um animal morto no chão e ao lado deste estava um condutor e a sua motocicleta também caiu sobre a via.

Conforme informações colhidas com os populares, o condutor era tido como uma motociclista, sentido centro-urbano; sendo que logo após o posto Frecheiras, o mesmo veio a colidir no animal que tentava atravessar a via.

As informações referentes à HABILITAÇÃO do condutor não foram colhidas, pois o condutor encontrava-se impossibilitado de fornecer informações.

TESTEMUNHA Nº 01

NOME			
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	TELEFONE	IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF
/ /	1 ☐ M 3 ☐ F	()	
ENDEREÇO (RUA, Nº, APTº, BAIRRO, CEP)			MUNICÍPIO

TESTEMUNHA Nº 02

NOME			
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	TELEFONE	IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF
/ /	1 ☐ M 3 ☐ F	()	
ENDEREÇO (RUA, Nº, APTº, BAIRRO, CEP)			MUNICÍPIO

IDENTIFICAÇÃO DO POLICIAL / AGENTE E DA OCORRÊNCIA

NOME, POSTO/GRADUAÇÃO DO POLICIAL/AGENTE		
AG. SILVA		
VIATURA	REGISTRO/MATRÍCULA	
	5759	

HOSPITAL MATERNIDADE MADALENA NUNES
LIMBUA - CE
Unidade de atendimento - EMERGÊNCIA

V 98 P 23

DADOS DO PACIENTE	
Cartão de Identificação 138415 0003	Nome do Paciente FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA
CPF 058 814 383-96	CNS 898003227763879
Data de Nascimento 04/04/1994	Local FORTALEZA/CE
Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Idade 22 Ano(s)	
Mãe ROSA MARIA SOUSA DA SILVA	
Endereço RUA PEDRO DE FREITAS, SN	Bairro SAO JOAO
CEP 62360-000	Município IBIAPINA
UF CE	Telefone 88 94954674
Profissão VENDEDOR	Empresa
CPF do Responsável	Endereço RUA PEDRO DE FREITAS, SN
Município IBIAPINA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO	
Data de Atendimento 18/04/2016	Hora 20:18
Convênio SUS	Matrícula
Profissional do Atendimento MARCIO LEONARDO BASTOS VERAS	CID
Relator de Atendimento MARCIO LEONARDO BASTOS VERAS	CRM/UF 10269/CE
Função do Atendimento ADRIELE DE SOUSA ARAÚJO	Tipo de Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO

DADOS DO ATENDIMENTO	
Data/Hora Liberação	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Altura (cm)	P (bpm)
T (°C)	R (mpm)
PA (mmHg)	

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

Problema 1 cm

1.1. Fratura braço (E) / 1.2. fratura

1.1. Rx de Col verte, sem lesão /
fratura
1.2. -

1.3. Rx de fêmur L

1.4. Rx de braço (D) (E)

1.5. JF 04/15/16

1.6. Mpm 240'

1.7. Acetil 200'

1.8. Rikemil 100'

1.9. Anestesia 100'

1.10. Anestesia 100'

Marcio Leonardo B. Veras
CRM 10269

MARCIO LEONARDO BASTOS VERAS - CRM: 10269

Paciente vítima de acidente de trânsito, apresentando luxação no braço D.

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ROSA MARIA SOUSA DA SI

Assinatura

REGISTRO DE ENFERMAGEM



NOME: João Pereira da Silva
 PRONTUÁRIO: _____
 MÉDICO: _____ LEITO: _____ DATA DA INTERNAÇÃO: ____/____/____
 MOTIVO DA INTERNAÇÃO: _____ CONVÊNIO: SUS CONVÊNIO: _____

CONTROLES

HORA	PA	P	T	R	GLICEMIA	DIURESE	EVACUAÇÃO	ÊMESE	DREN
06:27	120x80	64	36°C	14					

DIETAS / VOLUME

CONTROLE DE CATATÉRES E SONDAS

HORA	VIA ORAL	SNG	SNE	NPT	AVP	CVC	SNG	SNE	SVC

EXAMES (Laboratório / Imagem)

Coletado / Realizado 3 6 16 Entregue

	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/

CONTROLE DE PUNÇÃO VENOSA

DATA	HORA	LOCAL	MATERIAL	UTILIZADO	RESPONSÁVEL PELA PUNÇÃO	CURATIVO
			() jelco n. _____	() tree way _____		() Curativos
			() jelco n. _____	() tree way _____		() Curativos
			() jelco n. _____	() tree way _____		() Curativos

NOME:	João Sonele Sousa da Silva		
PRONTUÁRIO:	LEITO:	DATA DA	
MÉDICO:	CONVÊNIO:	CONVÊNIO	
MOTIVO DA INTERNAÇÃO:			

[illegible][illegible]

Employee		Employee	
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/

DATA	HORA	LOCAL	MATERIAL	UTILIZADO	RESPONSÁVEL PELA PUNÇÃO	CURATIVO
			() jelco n. _____	() tree way _____		() Curativos
			() jelco n. _____	() tree way _____		() Curativos
			() jelco n. _____	() tree way _____		() Curativos

EDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
PITA. E MATEMÁTICA DE MADALENA NUNES
- CE
de atendimento - EM - REGISTRO

DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente: FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA
CNS: 898003227763879
Estado Civil: Solteiro(a)
Sexo: Masculino
Idade: 22 Ano(s)
Mão: ROSA MARIA SOUSA DA SILVA
Bairro: SAO JOAO
CEP: 62360-000
Município: IBIAPINA
UF: CE
Telefone: 88 94954674
Endereço: RUA PEDRO DE FREITAS, SN
CPF do Responsável: [blank]
Endereço: RUA PEDRO DE FREITAS, SN
Município: IBIAPINA
UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 04/2016
Hora: 20:18
Convênio: SUS
Matrícula: [blank]
CID: [blank]
CRM/UF: 10269/CE
Tipo Atendimento: CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Funcionário: ADRIELE DE SOUSA ARAÚJO

Data/Hora Liberação: [blank] às [blank] hs.
Tipo de Saída: () Alta () Internação () Óbito
Pulsos Vitais: [blank]
Altura (cm): [blank]
T (°C): [blank]
P (bpm): 82
R (mpm): 20
PA (mmHg): 100/70

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

Paciente com

em fratura (E) / fratura

① Rx de Col vertebral com fratura

② Rx de fratura A1

③ Rx de fratura (E)

④ SFOR 4-500

⑤ Mpx 40'

⑥ Mpx 20'

⑦ Refrator 100

⑧ Análise de orla

Confere com Original
25/04/18
Arquivista
Sociedade Beneficente São Camilo

LEONARDO BASTOS VERAS - CRM: 10269

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ROSA MARIA SOUSA DA SILVA

Sumário de atendimento de emergência, atendimento
na sala de espera D.

SR

IMAGEM (Assinatura legível e Nº COREN)
REGISTRO DE ENFERMAGEM

- Assinatura legível e N.º COREN

REGISTRO DE ENFERMAGEM

the end

ME: 2004/9

INTUÁRIO:

Microtus longicaudus

TIPO DA INTERNAÇÃO:

Ass: Siberia Loren: 592852

CONTROLES

[illegible]

~~DIETAS / VOLUME~~

~~CONTROLE DE CATATERES E SONDAS~~

[illegible]

NPT AVA

Confere com Original

25/04/18

(99)

Aquisição

S. Cledus Schenck de Sá Camilo

EXAMES (Laboratório / Imagem)	Coletado / Realizado	Entregue
	/ /	/
	/ /	/
	/ /	/
	/ /	/
	/ /	/

CONTROLE DE PUNÇÃO VENOSA

DATA	HORA	LOCAL	MATERIAL	UTILIZADO	RESPONSÁVEL PELA PUNÇÃO	CURATIVOS
			() jelco n. _____	() tree way _____		() Curativos
			() jelco n. _____	() tree way _____		() Curativos
			() jelco n. _____	() tree way _____		() Curativos

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Assinatura legível e Nº COREN)

29.04.16

Cliente consciente, orientado, afeto, suprimido
co, corado, verbaliza, deambulando, funções
fisiológicas presentes, no momento sem
alguns.

Ass: Silvana Loren: 592852

Confere com Original
25/04/18
Arquivista
Secretaria de Saúde São Camilo

COADE BENEFICENTE SAO CAMILO
 TAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES
 UA - CE
 de atendimento - AMBULATORIO

DADOS DO PACIENTE

Atendimento 0017	Nome do Paciente FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA		CNS 898003227763879		Grat. de Autorização	
Telefone 058.814.383-96		Estado Civil Solteiro(a)		Sexo Masculino		
Nascimento 1994		Local FORTALEZA/CE		Idade 22 Ano(s)		
PACIENTE FRANCISCO SOARES DA SILVA			Mãe ROSA MARIA SOUSA DA SILVA			
PEDIATRA PEDRO DE FREITAS, SN		Bairro SÃO JOÃO	CEP 62360-000	Município IBIAPINA	UF CE	
PEDIATRA PEDRO DE FREITAS, SN		Empresa		Telefone 88 94954674		
PEDIATRA PEDRO DE FREITAS, SN		Cônjuge		UF CE		
PEDIATRA PEDRO DE FREITAS, SN		CPF do Responsável		Município IBIAPINA		
PEDIATRA PEDRO DE FREITAS, SN		Endereço RUA PEDRO DE FREITAS, SN		UF CE		

DADOS DO ATENDIMENTO

DADOS DO ATENDIMENTO					
Atendimento 06/2016	Hora 08:21	Convênio SUS	Matrícula	CID	
Módulo do Atendimento MÓDULO CONSERVA ARRUDA			CRM/UF 16409/SP	Tipo Atendimento RETORNO	
Motivo de Acidente			Funcionário RENATA VIEIRA BEZERRA DE AGUIAR		
Observação					
Data/Hora Liberação ____/____/____ às ____ hs.			Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito		
Vitais					
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)

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

Confere com Original
25/04/18
Arquivista
Sociedade Democrática São Paulo

Dr. Donillo Consenza Amado
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRANCE 16409

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ROSA MARIA SOUSA DA SI

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

UNIDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES
FORTALEZA - CE
Atendimento - AMBULATORIO

DADOS DO PACIENTE											
Atendimento 0015	Nome do Paciente FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA										
814.383-96	Local FORTALEZA/CE				CNB 898003227763879		Data de Nascimento 22/04/1994				
FRANCISCO SOARES DA SILVA					Mão ROSA MARIA SOUSA DA SILVA		Estado Civil Solteiro(a)		Sexo Masculino		
PEDRO DE FREITAS, SN					Bairro SAO JOAO		CEP 62360-000		Município IBIAPINA		
EDOR					Empresa		Conjuge		UF CE		
MARIA SOUSA DA SILVA					CPF do Responsável		Endereço RUA PEDRO DE FREITAS, SN		Município IBIAPINA		
DADOS DO ATENDIMENTO										UF CE	
Atendimento 2016		Hora 08:18		Convênio SUS		Matrícula		CID			
Local do Atendimento DANILLO CONSERVA ARRUDA						CRM/UF 16409/SP		Tipo Atendimento RETORNO			
Médico do Acidente						Funcionário LARISSA MORAIS DE AGUIAR					
Data/Hora Liberação						Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito					
Vitalis						Altura (cm)					
T (°C)						P (bpm)					
R (mpm)						PA (mmHg)					

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

fx de fratura em 3

fx : ok
cl. amb. o scto.

cl. amb

analis

Confere com Original
25/04/18
Arquivista
Sociedade Beneficente São Camilo

Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRMCE 16409

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

José Sousa da Silva
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ROSA MARIA SOUSA DA SI

Scanned by CamScanner

Guia de atendimento - AMBULATORIO

Atendimento 0023	Nome do Paciente FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA		DADOS DO PACIENTE	
814.383-96	Local FORTALEZA/CE	CNS 898003227763879	Guia de Autorização	
94	Local FORTALEZA/CE	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
SOARES DA SILVA	Mãe ROSA MARIA SOUSA DA SILVA	Idade 23 Ano(s)		
EDRO DE FREITAS, SN	Bairro SAO JOAO	CEP 62360-000	Município IBIAPINA	UF CE
POOR	Empresa	Cônjuge	Telefone 88 94954674	
MARIA SOUSA DA SILVA	CPF do Responsável	Endereço RUA PEDRO DE FREITAS, SN	Município IBIAPINA	UF CE

Atendimento 017	Hora 08:25	Convênio SUS	DADOS DO ATENDIMENTO	
do Atendimento	Matrícula	CID		
DO CONSERVA ARRUDA	CRM/UF 16409/SP	Tipo Atendimento RETORNO		
do Acidente	Funcionário LEILA MARIA LINHARES DE SA			
	Data/Hora Liberação	Tipo de Saída		
	às hs.	() Alta () Internação () Óbito		
Alturas	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
				PA (mmHg)

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

Unimed E

Dr. Maria Dias de Aguiar
Especialista em Radiologia
CRM: 02860T
Sociedade Beneficente São Camilo
Hospital e Maternidade Madalena Nunes

Confere com Original
25/04/18
Arquivista
Sociedade Beneficente São Camilo

Exames
cardiograma
d. bmtf

Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM: 16409

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ROSA MARIA SOUSA DA SI

MADE BENEFICENTE SAO CAMILO
AL E MATERNIDADE MADALENA NUNES
A - CE
e atendimento - AMBULATORIO

Carolina Ramos Carvalho Nunes
RTR - 07/16/16
Sociedade Beneficente São Camilo
Maternidade Madalena Nunes



Atendimento		Nome do Paciente		DADOS DO PACIENTE	
0011		FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA			
814.383-96				CNS	898003227763879
994		Local	FORTALEZA/CE	Estado Civil	Solteiro(a)
				Sexo	Masculino
				Idade	22 Ano(s)
		Mãe	ROSA MARIA SOUSA DA SILVA		
		Bairro	SAO JOAO	CEP	62360-000
		Empresa		Município	IBIAPINA
		Cônjuge		UF	CE
		CPF do Responsável		Telefone	88 94954674
		Endereço	RUA PEDRO DE FREITAS, SN	Município	IBIAPINA
				UF	CE

Atendimento		Hora		Convênio		DADOS DO ATENDIMENTO	
2016		08:31		SUS		Matrícula	CID
						CRM/UF	16409/SP
						Tipo Atendimento	RETORNO
						Funcionário	RENATA VIEIRA BEZERRA DE AGUIAR

Data/Hora Liberação		Tipo de Saída	
	às hs.	() Alta	() Internação () Óbito

Vitais

Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)

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

mat: 28/4/16
início e

Ex. depre-se início

Re. consolidando

cd. AM

Confere com Original
25/04/18
Arquivista
Sociedade Beneficente São Camilo

Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM/CE 16409

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ROSA MARIA SOUSA DA SI

Atendimento 0021		Nome do Paciente FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA		CNS 898003227763879		Guia de Autorização	
CPF 058.814.383-96		Local FORTALEZA/CE		Estado Civil Solteiro(a)		Sexo Masculino	
Data de Nascimento 14/1994		Mãe ROSA MARIA SOUSA DA SILVA		Idade 22 Ano(s)			
Nome do Paciente FRANCISCO SOARES DA SILVA		Bairro SAO JOAO		CEP 62360-009		Município IBIAPINA	
Nome do Paciente PEDRO DE FREITAS, SN		Empresa		UF CE		Telefone 88 94954674	
Nome do Paciente PEDRO		CPF do Responsável		Endereço RUA PEDRO DE FREITAS, SN		Município IBIAPINA	
Nome do Paciente ROSA MARIA SOUSA DA SILVA		Endereço		UF CE			
DADOS DO ATENDIMENTO							
Atendimento 2/2016		Hora 07:37		Convênio SUS		Matrícula	
Município do Atendimento		CRM/UF 16409/SP		Tipo Atendimento RETORNO		CID	
Nome do Paciente DANILLO CONSERVA ARRUDA		Funcionário RENARA AGUIAR FONTENELE					
Data/Hora Liberação		Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito					
Vitalidade		Altura (cm)		T (°C)		P (bpm)	
Peso (kg)		R (mpm)		PA (mmHg)			

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

2 exames (8)

Confere com Original
25/04/18
Arquivista
Sociedade Beneficente São Camilo

fe exame (8)
s/ exames
conduta
de AM

Danillo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRMCE 16409

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ROSA MARIA SOUSA DA SI

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES
Guia de atendimento - AMBULATORIO

Miguel Marden Carvalho Vieira
Técnico em Radiologia
CRTR - 018521
Sociedade Beneficente São Camilo
Hosp e Maternidade Madalena Nunes

Impressão: 17/10/2016 07:54

Página 1

DADOS DO PACIENTE	
Nome do Paciente FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA	CNS 898003227763879
Local FORTALEZA/CE	Estado Civil Solteiro(a)
Sexo Masculino	Idade 22 Ano(s)
Mãe ROSA MARIA SOUSA DA SILVA	Bairro SÃO JOAO
CEP 62360-000	Município IBIAPINA
UF CE	Telefone 88 94954674
CPF do Responsável	Endereço RUA PEDRO DE FREITAS, SN
Município IBIAPINA	UF CE
DADOS DO ATENDIMENTO	
Matrícula	CID
CRM/UF 16409/SP	Tipo Atendimento RETORNO
Funcionário CAROLINE LOPES SILVA	
Data/Hora Liberação	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Altura (cm)	T (°C)
P (bpm)	R (mpm)
PA (mmHg)	

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

Confere com Original
25/04/18
Arquivista
Sociedade Beneficente São Camilo

Dr Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM/CE 16409

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ROSA MARIA SOUSA DA SI

Hospital e Maternidade
Madalena Nunes

ADMINISTRAÇÃO SÃO CAMILO

RECEITUÁRIO

Nome do Paciente:

fcz Ionele S. Silva

*AGENDAR RETORNO AMBULATORIAL PARA DIA
18/10/16 07:00 HS DA MANHÃ SE CHEGAR APOS
HORARIO NÃO SERA ATENDIDO.

* IMPORTANTE: CUIDADOS E HIGIENE COM IMOBILIZAÇÃO
GESSADA COMO NÃO MOLHAR AO BANHO, MANTER LIMPO
E SECO, OBSERVAR PERFUSÃO NOS TECIDOS DISTAIS A
IMOBILIZAÇÃO E DEMAIS.

+ 45 dias

Dr Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRMCE 16409

30/8/16

Confere com Original
25/04/18

Arquivista
Sociedade Beneficente São Camilo



UNIDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL F. ATERNIDADE MADALENA NUNES
FORTALEZA - CE
de atendimento - AMBULATORIO



DADOS DO PACIENTE									
Atendimento 0007	Nome do Paciente FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA		CNS 898003227763879	Guia de Autorização					
CPF 058.814.383-96	Local FORTALEZA/CE		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino		Idade 22 Ano(s)			
Mãe ROSA MARIA SOUSA DA SILVA									
Bairro SAO JOAO		CEP 62360-000	Município IBIAPINA		UF CE	Telefone 88 94954674			
CPF do Responsável		Endereço RUA PEDRO DE FREITAS, SN		Município IBIAPINA		UF CE			
DADOS DO ATENDIMENTO									
Atendimento 05/2016	Hora 07:46	Convênio SUS	Matrícula		CID				
Município do Atendimento DANILLO CONSERVA ARRUDA			CRM/UF 16409/SP		Tipo Atendimento RETORNO				
Nome do Acidente			Funcionário RENARA AGUIAR FONTENELE						
Data/Hora Liberação			às		hs.		Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito		
Vital Signs									
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)		R (mpm)		PA (mmHg)		

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

Trat. 28.04.16
Número 6

Confere com Original
25/04/18
Arquivista
Sociedade Beneficente São Camilo

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

Rosa Maria Sousa da Silva
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ROSA MARIA SOUSA DA SI

UNIDADE BENEFICENTE SAO
HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA
GUARU - CE
de atendimento - A

LO
A NUNES
TORIO

DADOS DO PACIENTE

Atendimento 0005 Nome do Paciente FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA
CNS 898003227763879 Guia de Autorização
058.814.383-96
Data de Nascimento 04/1994 Local FORTALEZA/CE Estado Civil Solteiro(a) Sexo Masculino
Idade 22 Ano(s)
Mae ROSA MARIA SOUSA DA SILVA
Bairro SAO JOAO CEP 62360-000 Município IBIAPINA UF CE Telefone 88 94954674
Endereço RUA PEDRO DE FREITAS, SN
Município IBIAPINA UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento 04/2016 Hora 07:20 Convênio SUS
Matrícula CID
Profissional do Atendimento DANILLO CONSERVA ARRUDA
CRM/UF 16409/SP Tipo Atendimento ENCAMINHADO P/CONSULTA
Médico de Acidente RENATA VIEIRA BEZERRA DE AGUIAR
Data/Hora Liberação às hs. Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Vitalidade (kg) Altura (cm) T (°C) P (bpm) R (mpm) PA (mmHg)

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

querer co solo antem
fe drépor umu e

d. pinça carpentera

so s/ deficit M.

Confere com Original
25/04/18
Arquivista
Sociedade Beneficente São Camilo

Dr Danillo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM/CE 16409

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

atachma	crepon	10 - 04		
u	q v	20 - 02		
u	genuo	20 - 03		

João Eufrosino de Araújo
EC. EM MOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA
ASTEGO: 7242

DIGITADO EM FARMÁCIA
29.04.16 14:04

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ROSA MARIA SOUSA DA SI



ORTOBRAL
ORTOPEDIA TÉCNICA DE SOBRAL

Av. Dom José Tupinambá da Frola, 2183
Centro - CEP: 62.010-200
Sobral - CE - Fone: (88) 3614.8201
Ortobral - Ortopedia Técnica Indústria e Comércio Ltda - ME

Nota Fiscal de Venda ao Consumidor

Modelo 2 SÉRIE D

C.N.P.J.: 06.937.323/0001-92

C.G.F.: 06.695.805-9

3425



Sr.(a): Francisco Jonele Sousa S. Cpf: 20074420768
End.: Rua Pedro de Freitas, SN Data 20/05/2016
Cidade: Juazeiro Estado: Ceará

QUANT.	UNID.	DESCRIÇÃO DAS MERCADORIAS	PREÇO UNID.	TOTAL	
01	Unid	Tutor de Tímpano	350,00	350	00
TOTAL R\$				350	00

J.R. DA SILVA ALVES, Rua Anahid Andrade, 724 - Centro - Sobral - Fone: (88) 3613.1377 - C.N.P.J.: 41.438.037/0001-83 - C.G.F.: 06.9225184 - Insc. Mun. 5.541 - Insc. Sind. 6050 - 08 Bts Nfvc-3301 à 3700 - Série D - 50x2 - PAIDF: 001422637 - Aut.: 03/17/2016 - Data: 17/02/2016 - Validade: 17/02/2019.

Valor Aprox. dos tributos 4,20% fonte IBPT.

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2017

Carta nº: 11702443

A/C: FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170346586 ASL-0241251/17
Vitima: FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA
Data Acidente: 28/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LILIAN ACACIO NEVES

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 14/09/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 28/04/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170346586**
Vitima: **FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA**
Data do Acidente: **28/04/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LILIAN ACACIO NEVES**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro número **3170346586**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12566553

Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2017

Carta nº: 11219189

A/C: FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170346586 ASL-0241251/17
Vítima: FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA
Data Acidente: 28/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LILIAN ACACIO NEVES

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

TOMBO

REGISTREI a presente ação sob o nº 082-8J-2019.

no livro nº 06 da SECRETARIA.

TRIANA (Ce.) 19/06/19

[Assinatura]
Diretor(a) de Secretaria

CONCLUSÃO

Aos 25/07/19 faço estes autos
conclusos ao MM. Julz(a) de Direito.

[Assinatura]
Diretor(a) de Secretaria

Processo
Classe:
Assunto:
Requerido:
Requerente:

CPC.

perícia

TJCE.

ATENÇÃO

Você não precisa recorrer a nenhum dos órgãos de controle interno ou externo para obter a certidão de nascimento. Basta apresentar a certidão de nascimento original ou cópia autenticada em cartório.

Solicite a certidão de nascimento diretamente ao órgão de registro de nascimento ou ao cartório de registro de nascimento.

SECRETARIA DE REGISTRO CIVIL