

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Carlos Jean Oliveira Ferreira
 Estado Civil: solteiro Profissão: agricultor
 CPF: 081.043.033-92 Identidade: 20087374433
 Endereço: Rua do aeroporto - pão de mel, 1884, Centro.
 CEP: 62.902.000 Município: Russas. Estado: Ceará.

OUTORGADAS: As Advogadas **ALESSANDRA ELICE LOPES CRESCÊNCIO PEREIRA** e **KÁTHIA WALÊSKA LOPES CRESCÊNCIO PEREIRA** (e-mail: kathiacrencencio@clinicajuridica.com.br), inscritas na OAB-CE com nºs 18.949 e 20.432, respectivamente, sócias do Escritório de Advocacia **CRESCÊNCIO PEREIRA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, registrado na OAB-CE com nº 1032, em 26/01/2015, inscrito no CNPJ nº 29.571.233/0001-26, com sede na Rua Rodrigues Júnior, nº 428, Centro, Fortaleza-CE, CEP 60060-000, Fone: (85) 3253.3340, onde receberão intimações e notificações processuais.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui as OUTORGADAS como suas bastantes Procuradoras, para agirem em seu nome, podendo, em conjunto ou separadamente, administrar seus interesses, conferindo-lhes os poderes gerais das **Cláusulas AD JUDICIA ET EXTRA**, representar perante quaisquer entes públicos e privados, sejam Federais, Estaduais, Distritais, Municipais ou Autárquicos, seus órgãos, departamentos e subsidiárias, bem como qualquer Cartório, Juízo, Instância ou Tribunal, podendo promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização do **Seguro DPVAT** que lhe cabe, como beneficiário(a), junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do convênio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, termos e declarações, promover ações de seu interesse, delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os seus termos até final decisão, podendo interpor todos os recursos em Direito permitidos, promover acordos, judiciais e/ou extrajudiciais, e demais atos necessários aos interesses dos serviços contratados; conferem também os poderes da **Cláusula AD NEGOCIO**, podendo, ainda, requerer, assinar, transigir, desistir, usar e renunciar dos recursos legais, firmar compromissos, acordos, contratos, requerimentos, declarações, livros, termos, recibos e o que for preciso, juntar e retirar documentos, produzir provas e justificações, receber e dar quitação, acolher quaisquer valores, haveres, numerários ou direitos relacionados com o litígio e/ou pendências judiciais e extrajudiciais, inclusive levantar Alvarás Judiciais; firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro; receber intimações para audiências e perícias médicas; representar em audiência, bem como perante qualquer instituição bancária, mormente Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil S/A, etc.; enfim, tudo mais usar e praticar para o bom e fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, inclusive substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reserva de poder(es).

Fortaleza 17 de Dezembro de 2018

Carlos Jean Oliveira Ferreira
OUTORGANTE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008737443 - 3 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/02/2014

CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA

MANOEL FERREIRA NETO

MARIA DAS DORES DE OLIVEIRA FERREIRA

RUSSAS - CE DATA DE NASCIMENTO 18/08/1994

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 22417 FOLHA: 213

LIVRO: A19 RUSSAS - CE

CPF P.: 122

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

THOMAS WAGNER & FILHO

CÓDIGO DE CONTROLE
0D65.38D8.8B30.766E

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:53:32 do dia 15/07/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
081.043.033-92

Nome
CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA

Nascimento
18/08/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DECLARAÇÃO

Eu, Carlos Jean Oliveira Ferreira,
brasileiro(a), estado civil: solteiro, profissão: Agricultor,
portador(a) de Identidade nº 20087374433 e CPF nº 081.043.033-92,
capaz, nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
Rua do Alaporto - país de Deus, 1884, Centro
Cidade: Russas.
Estado: Ceará, CEP 62.900-000, e forneço os meus dados
pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em
desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT-FENASEG, sendo de minha total
responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza-CE, 17 de dezembro de 2018.

Carlos Jean Oliveira Ferreira
DECLARANTE

DECLARAÇÃO

Eu, Carlos Jean Oliveira Ferreira
Estado Civil: solteiro Profissão: Agricultor
CPF: 081.043.033-92 Identidade: 20087374433
Endereço: Rua do Aeroponto - Pão de Deus, 1884, Centro.

CEP: 62.900-000 Município: Russas Estado: Ceará

DECLARO para os devidos fins que possuo **hiposuficiência financeira**, não tendo, pois, condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do meu próprio sustento e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente para que surta seus devidos fins e efeitos.

Fortaleza-CE, 17 de Dezembro de 2018

Carlos Jean Oliveira Ferreira
DECLARANTE



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 538462424

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 36 025005 73 040000

Medidor

Poste

Nome FRANCISCA ELIANE OLIVEIRA FERR FERNANDES

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade

Consumidora

RU DO AEROPORTO JOAO DE DEUS 01884 RUSSAS 62900000

RG / CPF / CNPJ

019.933.193-60

CGF

Classe

B2 - 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

FP 43192

43041

1

151

0

151

Esta é a segunda via de

AGO/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

7386471

DV 4

VENCIMENTO

01/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

182,99

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

22/09/2018

Prev. Próxima
Leitura

22/09/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

C660.1773.4CDD.B56D.B56B.1A42.A004.20C4

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

ISENTO

Aliquota

Valor do Imposto

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

QUOTA PROPORCIONAL CUSTOS ADM IZZI

0,59

JUROS POR PARCELAMENTO DE DÉBITO

1,25

QUOTA PROPORCIONAL PARCEL MULTA JUROS CORRECAO

1,62

QUOTA PROPORC. PARCEL.TAXA SERVICO

3,16

QUOTA PROPORCIONAL IMPORTE PARCELAMENTO

19,04

CRÉDITO CREFAZ 0800-052-5051

96,01

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 7,77)

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

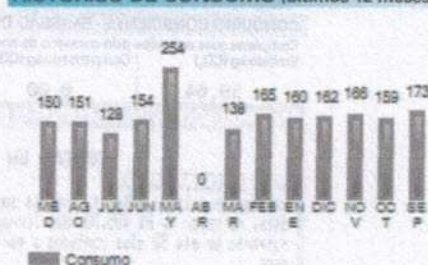
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 25,80

Conjunto RUSSAS I

Mês JUN/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



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

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

7386471-4

Nº da Nota Fiscal: 538462424

Total a Pagar (R\$): 182,99

Data de Emissão:

02/09/2018

Referência: AGO/2018

Nº de Controle: 0007386471 00030 4340 2 41

83830000001-2 82990031000-5 00073864710-1 00304340212-1





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



fls. 17

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 4958 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/12/2017 18:23:57**
Data / Hora da Ocorrência: **25/02/2017 17:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JOSE MAIA SOBRINHO**
Complemento:
Bairro: Município: **RUSSAS/CE**
Ponto de Referência: **AEROPORTO**

Noticiante(s)

Nome: **CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA**
Nascimento: **18/08/1994** CPF:
OUTROS: **22417** Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA DAS DORES DE OLIVEIRA FERREIRA**
MANOEL FERREIRA NETO
Endereço: **AVENIDA JOSE MAIA SOBRINHO, 1884**
Bairro: **AEROPORTO** CEP: **62.900-000**
Município: **RUSSAS/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99438-1542**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **MYZ7221** Uf: **CE** Município: **RUSSAS** Chassi:
9C2KC08108R355971 Renavam: **128671491** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano
Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor:
AZUL Proprietário: **RENATO DE OLIVEIRA MACIEL** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Informa o queixoso que no dia, hora e local indicados, trafegava na motocicleta acima identificada, sentido Sítio Cipó/ bairro Aeroporto, quando em frente ao Campo de Aviação, a corrente da motocicleta quebrou e o queixoso perdeu o controle da motocicleta e foi de encontro a uma árvore; Que com o choque, ficou desacordado e só retornou no IJF, em Fortaleza; Que segundo lhe comunicaram foi socorrido pela ambulância do SAMU, para o Hospital e Casa de Saúde de Russas, de onde foi transferido para o IJF; Que ficou em coma por três dias; Que teve traumatismo Crânio Encefálico e ficou internado por aproximadamente 18 dias; Que não possui habilitação; Que não colidiu em ninguém; Que no momento do acidente, não tinha ninguém na via; Que até hoje encontra-se com dificuldades na falar, no andar entre outras sequelas

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANSELMO FERREIRA DE MATOS JUNIOR - MAT.: 134003-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Carlos Jean Oliveira Ferreira

VISTO DO DELEGADO(A) :

João Carlos

DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

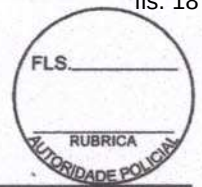
Pág. 1 de 2

Impresso em: 20/12/2017 18:33:48



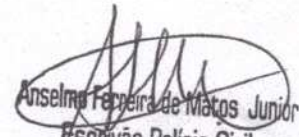
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

fls. 18



BOLETIM DE Ocorrência Nº 541 - 4958 / 2017

JOSE GUTENBERG MOREIRA SOUSA - MAT.: 300545-1-2


Anselmo Ferreira de Matos Junior
Escrivão Polícia Civil
Mat. 134003-1-8

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013126487326
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM RNTC EXERCÍCIO
01 128671491 0000000000 2017

NOME
RENATO DE OLIVEIRA MACIEL

RUSSAS/CE

CPF/CNPJ PLACA
06314542332 MYZ7221

PLACA ANT/UF CHASSI
***** /RN 9C2KC08108R355971

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN KS 2008 2008

CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/0CV/149CC PARTIC AZUL

COTA UNICA VENC. COTA UNICA
***** ** / ** / ** 1 *****

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS
*** 2 *****
3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
00/00/0000

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
RUSSAS 16/09/2017
Igor Pontel
DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO- SEGURO DPVAT

CE Nº 013126487326 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

2017
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
06314542 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 16/08/2017

VIA CPF / CNPJ PLACA
01 06314542332 MYZ7221

RENAVAM MARCA / MODELO
128671491 HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI
2008 09 9C2KC08108R355971

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO 00/00/0000

PROPRIETÁRIO
LOTE/DOC **SEGURO ALIDER DPVAT**
MOTOR: KC08E18955971

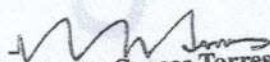
SET-2016



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade 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. **CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA**, portador do RG 2008737443-3 inscrito no CPF 081.043.033-92, no dia 25/02/2017, às 17h35, no município de Russas/CE, na rua do Aeroporto, vítima de colisão moto com árvore, sendo encaminhado para o Hospital e Casa de Saúde de Russas e depois transferido para o Hospital I.J.F. Centro - Instituto Dr. José Frota - Fortaleza - CE. E para constar eu, 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, 06 de Outubro de 2017


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA


Rejane Aveiro M. Araújo
ASSESSORIA EXECUTIVA
06.10.2017

Autentico, para os devidos efeitos, a presente copia reprográfica do documento que me foi apresentado em Cartório pela parte interessada. 
Dom fe. Russas, 06/11/2017.  da verdade.
Em testemunho
ELIANE DE FREITAS MAIA
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo(s): HN-337581 - CARTORIO HERCULES ASHARIAN-21 OFICIO DE
RUSSAS/CE
Fone/Fax: (88) 3411.0107-Av. Dom Lino-1140-Centro



SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - Ce
Fone: (85) 3433 7434



HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará



25/02/2017 17:50:32 1700187195 GUIA DE: () ATENDIMENTO (X) OBSERVAÇÃO - DIURNO - 36

Paciente: 00087643 - CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA DN: 18/08/1994 - 23 A 2 M 2 D Sexo: M - Est. Civil: Solteiro(a)
 Identidade: 20087374433 - SSP-CE Raça/Cor: Parda - CPF: 081.043.033-92 Ocupação: AGRICULTOR
 Endereço: RUA - DO AEROPORTO - 1884 - ZONA RURAL - RUSSAS - CE CEP: 62.900-000 Nat.: RUSSAS - CE
 Contato: (88) 99321-1750 Mãe: MARIA DAS DORES DE OLIVEIRA FERREIRA Pai: MANOEL FERREIRA NETO Validade:
 Convênio: SUS - SUS Carteira: CNS: 203642339280003 Caráter Atend.: URGÊNCIA
 Autorização: Sisprenatal: Profiss. Atend.: NILSON Setor: EMERGENCIA
 Motivo: URGENCIA / EMER Especialidade: CLINICA MEDICA

OUTRAS ANOTAÇÕES (Enfermagem)

Peso: — KG. Temp.: — °C. Pressão: 90x60 mmHg. D. X.: SAT 98% FC: 124 bpm
 Classificação de Risco: () VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE () AZUL
 FR: 30 rpm
 Glaucoma: 08

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Pré cirurgia no bloco de
 Pulmas Isocônicos FOTOMAGNETOS.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICO

TCE

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

() RAIO-X () ULTRASSOM () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS: —

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

EVOLUÇÃO

SRL 1000 ml	(18:30) (18:30)	Pot vítima de
FENTANIL 05 l &	> 18:45h	acidente moto-
SUCCAN 01g &	18:55h	cyclístico
LOT	n: 1,5	Bruna Almeida de Lima
SG 80 l + 02mg FENTANIL, 20mg	> 19:35h	Enfermeira
SVD	n: 14 21:15h	COREN / CE: 344.251
		CEL: 14400000664

CONDUTA:

() ALTA POR DECISÃO MÉDICA () AMBULATÓRIO () ALTA A PEDIDO
 () OBSERVAÇÃO (Até 24 Horas) () ALTA A REVELIA () INTERNAÇÃO
 (X) TRANSFERÊNCIA PARA: JGF DATA E HORA DA SAÍDA/ALTA: 25 / 02 / 2017 22:10

ÓBITO

Antes do 1º Atendimento? () SIM () NãO Destino: () Família () IML () Anatomia Patológica () — / — / — : —

Assinatura do Paciente ou Responsável
 Assinatura do Médico

Dr. Nilson Mendonça
 Médico
 CREM 15.683

Carimbo e Assinatura do Médico

ATESTADO MÉDICO

NOME: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA

Atesto para os devidos fins que o paciente acima descrito, 23 anos, vítima de acidente de moto no dia 25/02/17. Foi admitido no IJF inconsciente. Permaneceu internado na UTI até 27/02/17. TC de crânio da admissão evidenciou contusão frontal E, optado por tratamento conservador. Evoluiu bem na enfermaria com regressão da lesão nos exames de imagem de controle. Recebeu alta hospitalar dia 15/03/17. Retorna ao ambulatório com queixa de tontura, desequilíbrio e dificuldade na marcha. Ao exame físico: GCS 15, PIFR, MOE normal, sem déficits motores, marcha atáxica, disártrico. Nega uso de medicações específicas. Alta ambulatorial.

CID-10: S-06.9

FORTALEZA, 24 DE OUTUBRO DE 2017.


Gustavo Bandeira Santos
Residente Neurocirurgia - IJF
CREMEC 18270



Serviço de Neurocirurgia
Instituto Dr. José Frota
 Rua Barão do Rio Branco 1816
 Fortaleza - Ceará

RESUMO DE ALTA NEUROCIRÚRGICA/ ATESTADO MÉDICO

Nome: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA		
Sexo: M	Internação: 02/03/2017	Alta Neurocirúrgica: 15/03/2017
Diagnóstico: TCE		
Prontuário: 5496365	GOS-E: 6	Tratamento conservador de TCE

Evolução Clínica:

Paciente, 22 anos, vítima de acidente de moto em 25/02/17, foi admitido no IJF inconsciente. Ficou na UTI até 27/02/17, quando foi transferido para SR. TC de crânio da admissão com contusão hemorrágica frontal E, optado por tratamento conservador. Encaminhado a enfermaria da neurocirurgia em 03/03/17. Evoluiu bem, com regressão da lesão. Caso discutido com STAFF (Dr. João Antonio), orientada alta da neurocirurgia com acompanhamento ambulatorial.

Resultado de Exames:

TC de crânio (26/02/17): diminuta hiperdensidade focal frontal E, sugestiva de foco hemorrágico.

TC de crânio (28/02/17): regressão da lesão.

TC de crânio (08/03/17): controle satisfatório.

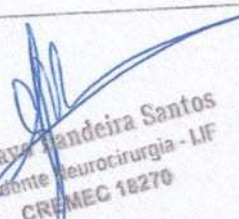
Hoje:

Paciente evoluindo bem, sem intercorrências. Ao exame: acordado e pouco desorientado, mobilizando os 4 membros. Sem queixas.

Orientações:

- Alta da neurocirurgia com acompanhamento ambulatorial
- Retorno ambulatorial neurocirurgia Dr. Carlos Vinícius - terças e quintas.
- 30 dias de repouso em domicílio
- Observação domiciliar rigorosa e **RETORNO IMEDIATO à emergência se INTERCORRÊNCIAS.**
- **ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA - POSTO DE SAÚDE.**
- Sugerimos afastamento de suas atividades laborais conforme perícia médica.

Fortaleza, 15 de Março de 2017.


 Gustavo Bandeira Santos
 Residente Neurocirurgia - IJF
 CREMEC 18270



GOVERNO MUNICIPAL
RUSSAS
Nossa maior obra é cuidar das pessoas

Sistema Único de Saúde
SUS / CEARÁ

ESF PEIXE

CNES 700571

FICHA DE REFERÊNCIA INTERNA

Unidade de Origem: **PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA** Município: **RUSSAS - CE**

Nome: Cortez Leon Duarte Gervasio Prontuário Nº _____

Sexo: ☒ M ☐ F Data Nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____

Endereço: _____ Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: 23 mos. Histórico de acidente de moto FEV/17, lesões no cérebro; tudo ficando

Resultado de Exames: internado, evoluiu após acidente com perda, dano, redução do fôlego e sensibilidade de em
diminuído direito. Ref. Apresenta dificuldade pr

Impressão Diagnóstica: deombrulor.

Muriel Alencar Barbosa
MÉDICO
Assinatura do **CREMEC 18177** Carimbo

medico
Função

21,08,18
Data

Hora

Unidade de Referência: Centro de Reabilitação

Procedimento: Fisioterapia Motora

Profissional: Fisioterapia

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado do(s) Exame(s): _____

Diagnóstico Principal: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Consulta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincidiu com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Médico / Carimbo

Função

Data

Hora

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por KATHIA WALESKA LOPES CRESCENCIO PEREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 17/05/2020 às 22:41, sob o número 02284961520208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0228496-15.2020.8.06.0001 e código 6805597.



GOVERNO MUNICIPAL
RUSSAS
Nossa maior obra é cuidar das pessoas

Sistema Único de Saúde
SUS / CEARÁ

ACS = GRACA

FICHA DE REFERÊNCIA INTERNA

Unidade de Origem: **PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Município: **RUSSAS - CE**

Nome: **Carla Jean Oliveira Ferreira** Prontuário Nº _____

Sexo: ☒ M ☐ F Data Nascimento: **18/08/94** Ocupação: _____

Endereço: **Carimbo** Fone: **88/9240-0988**

Motivo do Encaminhamento: **Det. por Hipercolesterolemia TCE M + 2 meses**

Resultado de Exames: **Recebendo Falta de Equilíbrio Otorrinolaringológico na PA e Vistas Turvas.**

Impressão Diagnóstica: **TCE Reverso**

Victor Ramier Vieira
MÉDICO
CREMEC-15600

Assinatura do Médico / Carimbo

Função

Data

Hora

Unidade de Referência: _____

Procedimento: _____ Profissional: **Neurologista**

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado do(s) Exame(s): _____

Diagnóstico Principal: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Consulta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincidiu com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Médico / Carimbo

Função

Data

Hora

SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA E SISTEMA OSTEO ARTICULAR
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DO TRABALHO E DA SAÚDE OCUPACIONAL
RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DA CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL E LABORATIVA
LAUDO ESPECIALIZADO EM APARELHO LOCOMOTOR / COLUNA VERTEBRAL

fls. 26

ASO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

NOME: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA
RG: CPF 081.043.033.92 PROFISSÃO: AGRICULTOR
CID 10: S04.9

QUEIXA PRINCIPAL: CONCUSSÃO CEREBRAL / ALTERAÇÃO NA LETURA, NA
CEFALEIA PARIETAL DIREITA / ESCRITA E NA PERCEPÇÃO ESPACIAL

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL: EM 25 DE FEVEREIRO DE 2017 SOFREU QUESO
DE MONICICETA (COLIDINDO COM UMA ÁRVORE) PROCUROU HOSPITAL
E CASA DE SAÚDE DE REVELER TENDO SIDO TRANSPORTADO PARA O
HOSPITAL E INSTITUTO JOSE FRETA - COM REGISTRO CLÍNICO
CLÍNICO :- INCONSCIENTE COMO DIAGNÓSTICO DE CONTUSÃO
HEMORRÁGICA FRONTAL, TENDO SIDO INICIADO TRATAMENTO
CLÍNICO COMENADOR (APÓS 18 DIAS DE TRATAMENTO CLÍNICO)
MARCA COM DESVIO LATERAL PARA A DIREITA POR ALTERAÇÃO
DO EQUILÍBRIO DO 1º NEURÔNIO MOTOR - TC EM -
DENSOU HIPERDENSIDADE - POR FOCO HEMORRÁGICO -
HD - FOCO HEMORRÁGICO - ALTERAÇÃO DO OSTIOSTATISMO
NOVO EX. DE TC + RM - ROLBERG POSITIVO.

DIAGNÓSTICOS: CLÍNICO ☐ RADIOLOGICO ☐ LABORATÓRIO ☐ IMAGEM ☐ OUTRO ☐

- 1) MARCA ATÁXICA CEREBRAL POR DIFERENÇA EQUILÍBRIO.
- 2) TRAUMATISMO CRANEO-ENCEFÁLICO (S04.9)
- 3) FOCO CEREBRAL FRONTAL D HEMORRÁGICO (S04.9)
- 4) DISPLASIA - ABASIA PR - TRAUMÁTICA
- 5) BILATERAL PR - TRAUMÁTICA

OBSERVAÇÕES: DEVIDO A LESÃO DO 1º NEURÔNIO MOTOR
OCORRIDA EM 25/2/2017 O PACIENTE TEM COMO
SEQUELA A MARCA ATÁXICA E ROLBERG POSITIVO
COM PROBLEMAS DA LINGUAGEM E COMUNICAÇÃO
DE ORIGEM DIFERENTE: ATASIA E ABASIA
MEDICADO COM AMITRIPTILINA 25MG DE 12/12h.
DEVE FAZER TRATAMENTO NEUROQUIRÚRGICO COM RESSONÂNCIA
MAGNÉTICA DO CRÂNIO.

ASSINATURA

Francisco Porpino Peres
Ortopedia, Traumatologia
Medicina do Trabalho - CREMEC 9855
CARIMBO 9969.8107 - 9737.2992

ATA NESTA DATA: -
10/04/2018

SINISTRO 3180187157 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA

CPF/CNPJ: 08104303392

Posição em 02-09-2018 16:42:41

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
25/05/2018	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Fortaleza

24ª Vara Cível (SEJUD 1º Grau)

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8424, Fortaleza-CE - E-mail: for24cv@tjce.jus.br

DESPACHO INICIAL (Emenda)

Processo nº: **0228496-15.2020.8.06.0001**
Classe: **Procedimento Comum**
Assunto: **Seguro**
Requerente: **Carlos Jean Oliveira Ferreira**
Requerido: **Investprev Seguradora S/A e outro**

Intime-se a parte autora, por seu advogado, para no prazo de 15 (quinze) dias, promover a emenda à inicial, **substituindo o polo passivo, fazendo constar somente a Seguradora Líder**, que é a representante das seguradoras consorciadas do seguro DPVAT em todo o território nacional (art. 1º da Portaria SUSEP nº. 2.797/2007 e art. 41 da Resolução CNSP nº 332/2015) e a instituição conveniada com o TJCE para receber citação/intimação eletrônica, **esclarecendo que esta providência contribuirá para maior celeridade processual, não acarretando prejuízo para parte autora.**

Decorrido o lapso temporal acima assinalado sem o cumprimento das diligências determinadas, será indeferida a petição inicial, nos termos do art. 321, parágrafo único do CPC.

Exp. Nec.

Fortaleza/CE, 18 de maio de 2020.

MAGNO GOMES DE OLIVEIRA
Juiz de Direito

Ao Juízo da **24ª VARA CÍVEL** DA COMARCA DE **FORTALEZA**, NO ESTADO DO CEARÁ.

PROCESSO Nº **0228496-15.2020.8.06.0001**

AUTOR(A): **CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA**

RÉ(U/S) : SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓCIOS DO SEGURO DPVAT S/A e Outra.

ASSUNTO: **EMENDA À INICIAL.**

O(A) **AUTOR(A)**, por sua Advogada, abaixo informada, já oportunamente qualificado(a/s) nos autos do processo em epígrafe, vem perante esse r. Juízo para, com o devido respeito e acatamento, expor e requerer como segue:

1. Em atenção ao despacho de fl. 28, vem **EMENDAR A INICIAL** para retificar o polo passivo da demanda para ***fazer constar somente a Seguradora Líder, que é a representante das seguradoras consorciadas do seguro DPVAT em todo o território nacional.***

2. No ensejo, requer que toda intimação e demais comunicações processuais sejam feitas **unicamente** em nome da Advogada **KÁTHIA WALÊSKA LOPES CRESCÊNCIO PEREIRA**, OAB-CE nº 20.432, e-mail: kathiacrescencio@hotmail.com, sob pena de nulidade, com esteio no **art. 272, §§ 2º e 5º, do CPC.**

Nestes termos,

E. Deferimento.

Fortaleza, 29 de Maio de 2020.

P/P

(ASSINADO POR CERTIFICAÇÃO DIGITAL)

KÁTHIA CRESCÊNCIO PEREIRA
OAB-CE Nº 20.432



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Fortaleza

24ª Vara Cível (SEJUD 1º Grau)

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8424, Fortaleza-CE - E-mail: for24cv@tjce.jus.br

DESPACHO INICIAL (Emenda)

Processo nº: **0228496-15.2020.8.06.0001**
Classe: **Procedimento Comum**
Assunto: **Seguro**
Requerente: **Carlos Jean Oliveira Ferreira**
Requerido: **Investprev Seguradora S/A e outro**

Recebo a emenda à inicial (fls. 29).

Defiro a gratuidade judiciária.

Determino a imediata substituição do pólo passivo, o qual figurará como parte promovida a Seguradora Líder, gestora do consórcio DPVAT, devendo ser providenciada a alteração no cadastro de partes do SAJPG, mediante a inclusão do código controlado para cadastro de partes nº 10525895.

Deixo de designar audiência de conciliação/mediação, com fundamento no art. 334, § 4º, II do CPC, tendo em vista que as demandas desta natureza não comportam autocomposição antes da realização de perícia médica.

Cite-se a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT pelo portal eletrônico do e-SAJ para **apresentar contestação**, no prazo de 15 (quinze) dias, contado a partir da ciência da citação por meio eletrônico, na forma do art. 5º da Lei nº. 11.419/2006, sob pena de ser considerado revel e presumirem-se verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte requerente. Determino, outrossim, a intimação da requerida para, no mesmo lapso temporal, juntar aos autos a cópia do processo administrativo relativo ao fato descrito na inicial.

Considerando o art. 3º, § 1º, inciso XXIII da Resolução nº 047/2018 – CPJ/CE, ouça-se o Representante do Ministério Público.

Exp. Nec.

Fortaleza (CE), 01 de junho de 2020.

MAGNO GOMES DE OLIVEIRA
Juiz de Direito