



CAROLINA FREITAS  
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

|                                                                        |                            |                                  |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| Outorgante: <i>Márcia de Souza Santana</i>                             |                            | Data Nasc: <i>22/05/1977</i>     |
| Estado Civil: <i>casada</i>                                            | Profissão: <i>autônoma</i> | Nacionalidade: <i>brasileira</i> |
| RG: <i>97005011143</i>                                                 | CPF: <i>633.472.103-87</i> |                                  |
| Endereço: <i>Rua Francisca Elizabete, nº 998, casa A, na Maraponga</i> |                            |                                  |
| Cidade: <i>Fortaleza</i>                                               | CEP: <i>60.711-032</i>     |                                  |

**OUTORGADO:** CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

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

Fortaleza (CE), 01 de Julho de 2020.

*Márcia de Souza Santana*  
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS  
ADVOCACIA

**DECLARAÇÃO DE POBREZA**

Declaro para os devidos fins que eu,  
Márcia de Souza Santana, residente e  
domiciliado na Rua Francisca Elizabeth, nº 998,  
bairro: Marapenga, na cidade de Fortaleza, portador(a) do  
RG nº 97005011143, inscrito(a) no CPF nº 633.472.103-87,  
estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu  
próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que  
declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que  
assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com  
esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 01 de Julho de 20 20.

Márcia de Souza Santana  
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS  
ADVOCACIA

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, Márcia de Souza Santana, brasi  
leiro(a), casada, autônoma, portador(a) de cédula  
de identidade nº. 97005011143, inscrito(a) no CPF sob o  
nº 633.472.103-87, DECLARO que tenho domicílio e sou  
residente na Rua Francisca Elizabeth, nº 998,  
Bairro Marapenga, CEP: 60.711 - 032 /CE, conforme  
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 01 de Julho 2020.

Márcia de Souza Santana

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. \_\_\_\_\_

RG Nº:

CPF Nº:

2. \_\_\_\_\_

RG Nº

CPF Nº



CAROLINA FREITAS

ADVOCAZIA

### DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela \_\_\_\_\_ presente, \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ (a) Sr(a) Márcia de Souza Santana \_\_\_\_\_ Declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a litude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 01 de Julho 2020.

Priscila de Souza Santana

DECLARANTE

## TESTEMUNHAS

1. NOME \_\_\_\_\_

CPF:

ASSINATURA

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

**Polgareiro Direto**

*Márcia de Souza Santana*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 97005011143 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/12/2008

NOME  
**MÁRCIA DE SOUZA SANTANA**

FILIAÇÃO  
**JOSÉ SANTANA**

**FÁTIMA PAIXÃO DE SOUZA**

NATURALIDADE  
**ESTÂNCIA - SE**

DATA DE NASCIMENTO  
**22/05/1977**

DOC. ORIGEM  
**CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 3 OFÍCIO TERMO: 2856 FOLHA: 201 V**

LIVRO: A-03 ESTÂNCIA - SE

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 1

A presente cópia fotostática conferida com o original exibido nestas notas. Dou fé Maracanã.

Em test. da verdade

22 NOV. 2019

VALIDO SEMPRE  
SELO DE AUTENTICAÇÃO  
N. ID 037546

COMO COMPROVANTE DE IDENTIDADE

OFÍCIO DE NOTAS  
CARTÓRIO MARQUES  
R. Dr. Mendel Stenbruch, 271  
L. 7 e 8 - Fone: 3253 1356 - Fone 3253 1956  
JANA VIRGÍNIA DE PAULA MARQUES - Tabelã

1) GABRIELLE PINTO FERREIRA NAPOLEÃO - Esc. Autorizada  
2) VANESSA QUINTELA OLIVEIRA SOUSA - Esc. Autorizada  
3) GLAUDENBERG GOMES MENEZES - Esc. Autorizada  
4) WANDA MEDRADO DA FARIAS - Esc. Autorizada  
5) MORGANA INGRID DE MELO ALCANTARA - Esc. Autorizada  
6) ALEXANDRE CONDE PAZ - Esc. Autorizada  
7) MAYARA KELLY DE ABREU SILVA - Esc. Autorizada  
8) MARIA DE FÁTIMA PEREIRA DE OLIVEIRA - Esc. Autorizada

A presente cópia fotostática conferida com o original exibido nestas notas. Dou fé Maracanã.

Em test. da verdade

22 NOV. 2019

VALIDO SEMPRE  
SELO DE AUTENTICAÇÃO  
N. ID 037546

COMO COMPROVANTE DE IDENTIDADE

OFÍCIO DE NOTAS  
CARTÓRIO MARQUES  
R. Dr. Mendel Stenbruch, 271  
L. 7 e 8 - Fone: 3253 1356 - Fone 3253 1956  
JANA VIRGÍNIA DE PAULA MARQUES - Tabelã

1) GABRIELLE PINTO FERREIRA NAPOLEÃO - Esc. Autorizada  
2) VANESSA QUINTELA OLIVEIRA SOUSA - Esc. Autorizada  
3) GLAUDENBERG GOMES MENEZES - Esc. Autorizada  
4) WANDA MEDRADO DA FARIAS - Esc. Autorizada  
5) MORGANA INGRID DE MELO ALCANTARA - Esc. Autorizada  
6) ALEXANDRE CONDE PAZ - Esc. Autorizada  
7) MAYARA KELLY DE ABREU SILVA - Esc. Autorizada  
8) MARIA DE FÁTIMA PEREIRA DE OLIVEIRA - Esc. Autorizada



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | Nº 058615822

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135 040  
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

Esta é a sua conta de  
04/2020

Nº DO CLIENTE  
9185081 DV

VENCIMENTO  
17/04/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)  
18,84

DATA EMISSÃO  
09/04/2020

#### DADOS DO CLIENTE

Nome JEOVA DE SOUZA SANTANA

Endereço RU FRANCISCA ELIZABETE 00998 CS A  
60711-032 FORTALEZA MARAPONGA  
Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 3553166-CPN-308 - FOH06U44

CPF / CNPJ  
614.354.173-64

#### ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

E4DA.AA82.BC14.5540.A64A.6999.51EA.C7E3

#### DATAS DE LEITURA

Anterior 10/03/2020 | Atual 09/04/2020 | Prev. Próx. Leitura 11/05/2020

#### DADOS DA MEDIÇÃO

| Posto Tarifário | Consumido<br>Leitura Atual | Leitura Anterior | Consumo<br>Mês (kWh) | Injetado<br>Leitura Atual | Leitura Anterior | Consumo<br>Mês (kWh) | Const.<br>Medidor | Consumo<br>Líquido (kWh) | Consumo<br>Faturado (kWh) | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-----------------|----------------------------|------------------|----------------------|---------------------------|------------------|----------------------|-------------------|--------------------------|---------------------------|------------------|-------------|
| HFP             | 7617.00                    | 7582.00          | 35.00                | 0.00                      | 0.00             | 0.00                 | 1.00              | 35.00                    | 35.00                     | 0.52914          | 18.52       |

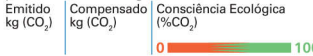
| DESCRIÇÃO DA CONTA | Quantidade | Tarifa  | Valor (R\$) | CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)                                             |
|--------------------|------------|---------|-------------|----------------------------------------------------------------------|
| Juros Moratórios   |            |         | 0.32        |                                                                      |
| Consumo            | 35         | 0.52914 | 18.52       |                                                                      |
|                    |            |         |             | Posto Tarifário Injetado Utilizado Saldo (kWh) A Expirar Próximo Mês |

#### HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



#### CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.



| Tributo:  | Base (R\$): | Alíquota (%): | Valor (R\$): |
|-----------|-------------|---------------|--------------|
| PIS/PASEP | 0,00        | 0,00          | 0,00         |
| COFINS    | 0,00        | 0,00          | 0,00         |
| ICMS      | 0,00        | 0,00          | 0,00         |

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 11/03 - 09/04

838200000000-2 18840031040-6 00303045707-0 00009185081-9



Autenticação Mecânica

Órgãos de Proteção ao Crédito, Cartórios de Títulos e a Suspensão do Fomento de Energia Elétrica.

Pague sua conta até a data de vencimento. Você evita a cobrança de juros e multa, o envio de informações aos

Para a sua comodidade, utilize o sistema de débito automático em conta corrente.

JEOVA DE SOUZA SANTANA  
RU FRANCISCA ELIZABETE 00998 CS A  
FORTALEZA MARAPONGA  
60711-032

#### DADOS PARA ENTREGA

FOH06U44 3553166-CPN-308  
9185081  
09/04/2020 09/04/2020

#### ENEL & VOCÊ

Central de Relacionamento 0800 285 0196  
Atendimento 24 horas Internet www.eneldistribuicao.com.br

#### OBSERVAÇÕES

As regras para a cobrança da Contribuição de Iluminação Pública poderão ser encontradas em www.eneldistribuicao.com.br

#### Informações sobre Legislação

Comunicamos aos nossos clientes que quaisquer informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores para consulta em todas as nossas lojas de atendimento e no nosso site.

#### Importante

Informações sobre os atendimentos comerciais realizados podem ser obtidas em todas as nossas lojas de atendimento e no nosso site.

#### LEGENDA DE TERMOS E ABREVIações

HFP: Hora fora ponta.  
Contrat: Contratada.  
Regist: Registrada.  
Ultrapass: Ultrapassagem.  
UFER: Unidade de faturamento de energia reativa.  
DMRC: Demanda máxima correspondente ao Reativo.

#### LEGENDA DOS INDICADORES DE QUALIDADE E FORNECIMENTO

DIC: Número de horas que o cliente ficou sem energia.  
FIC: Número de vezes que o cliente ficou sem energia.  
DMIC: Duração máxima, em horas contínuas, que o cliente ficou sem energia.  
DICRI: Duração de interrupções ocorridas em Dias Críticos.  
Dias Críticos: Dias em que o número de ocorrências emergenciais supera o padrão normal.  
Clientes cujos padrões de continuidade tenham sido violados, deverão receber uma compensação financeira através da conta de energia, conforme critérios definidos no Procedimento de Distribuição Módulo 8, além de poder solicitar à distribuidora a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI, sempre que for necessário. Para mais informações entre no site www.aneel.gov.br.

#### INFORMAÇÕES/RECLAMAÇÕES

Regionais de Atendimento Enel:  
Fortaleza e Região metropolitana:  
(85) 4353 4788/4988  
Juazeiro: (88) 3566 2225  
Iguatu: (88) 3581 1191  
Limoeiro: (88) 3423 4101  
Canindé: (85) 3343 2025  
Sobral: (85) 3677 2234  
Itapipoca: (88) 3631 4188

#### CENTRAL DE TELEATENDIMENTO

1 - Ouvidoria: 0800 280 4100, dias úteis, das 8h às 12h e das 14h às 18h,  
com protocolo de atendimento anterior  
2 - Agência Reguladora de Serviços Públicos do Estado do Ceará  
- ARCE - 0800 727 0167 - ligação gratuita de telefones fixos e móveis.  
3 - Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167 - ligação gratuita de telefones fixos e móveis.  
Em caso de falta de energia, envie um SMS para 26816 com: faltadeluz + espaço + número do cliente



Formulário de devolução da conta com campos para Hora, Data, Rubrica, Matricula, e opções de devolução (Casa fechada, Endereço insuficiente, Outros - especificar).

IMPORTANTE Caso haja cobrança de valores referentes a serviços e/ou produtos não relacionados ao consumo de energia elétrica, o cliente poderá solicitar a emissão de nova fatura com a exclusão destes valores, com excesso de cobranças de taxas e contribuições previstas em lei ou regulamentos, como a CIP (contribuição de iluminação pública).





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DO 14. DISTRITO POLICIAL  
Impresso nº 2019857058



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 114 - 1297 / 2019**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **25/11/2019 16:13:36**  
Data / Hora da Ocorrência: **11/11/2019 17:40:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV DE CONTOURNO, PROXIMO A COGERH, CONJUNTO INDUSTRIAL - MARACANAU/CE**  
Ponto de Referência: **PROX AS CAIXAS DAGUA**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **MÁRCIA DE SOUZA SANTANA**  
Nascimento: **22/05/1977** CPF: **633.472.103-87**  
RG: **97005011143** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **FÁTIMA PAIXÃO DE SOUZA**  
**JOSÉ SANTANA**  
Endereço: **RUA 20 - CASA, 39 SITIO**  
Bairro: **ALTO ALEGRE I**  
Município: **MARACANAU/CE** CEP: **00.000-000**  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98577-2223**

**Histórico**

Informa a declarante que no dia local e hora acima citados, seguia como garupeira na motocicleta de Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN, Ano de Fabricação: 2008, Ano do Modelo: 2008, Cor: PRETA, RENAVAL: 110823591 Número Chassi: 9C2JC30708R719406, Placa: HXK-7758 que era guiada pelo proprietário FRANCISCO GILDERSON SOARES DE ARAUJO, quando segundo a declarante um veículo tipo carro trancou a moto, tendo o guiador perdido o controle e a declarante entrou em pânico e com medo pulou da moto em movimento sofrendo lesões na mão direita; Na ocasião foi socorrida pelo proprietário da moto para o hospital Frotinha da Parangaba, onde foi atendida conforme relatório médico apresentado nesta delegacia. E mais não disse.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 14. DISTRITO POLICIAL**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**FRANCISCO ETEVALDO CARVALHO DE SOUSA - MAT.: 60851**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Márcia de Souza Santana*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**AURELIO DE ARAUJO PEREIRA - MAT.: 014383-1-X**



Prefeitura de  
Fortaleza

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

fls. 22

## REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                                                                 |                           |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| DADOS PESSOAIS                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                                 |                           |                       |
| NOME DO PACIENTE<br><b>MARCIA DE SOUZA SANTANA</b>                                                                                                                                                                                                                       |                                                                   | Nº DO PRONTUÁRIO<br><b>394985</b>                               | Nº DO BE<br><b>296765</b> |                       |
| CADUS                                                                                                                                                                                                                                                                    | NASCIMENTO<br><b>22/05/1977(42 ANOS)</b>                          | SEXO<br><b>F</b>                                                | RAÇA/COR<br><b>PARDO</b>  |                       |
| DOCUMENTOS<br><b>CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 97005011143;CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 63347210387</b>                                                                                                                                                               |                                                                   | NOME MAE<br><b>FATIMA PAICXAO DE SOUZA</b>                      |                           |                       |
| MUNICÍPIO<br><b>FORTALEZA</b>                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   | ENDEREÇO<br><b>RUA FRANCISCA ELIZABETE 998 CASA A MARAPONGA</b> |                           |                       |
| CEP<br><b>60.711-032</b>                                                                                                                                                                                                                                                 | UF<br><b>CE</b>                                                   | CONTATO<br><b>(85) 98577-2223</b>                               |                           |                       |
| OCORRÊNCIA                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   |                                                                 |                           |                       |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE                                                                                                                                                                                                                         |                                                                   |                                                                 |                           |                       |
| CLASSIFICAÇÃO DE RISCO                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                   |                                                                 |                           |                       |
| QUEIXA<br><b>QUEDA DE MOTO., DOR EM 1 PODODACTILO DIREITO</b>                                                                                                                                                                                                            |                                                                   | MOTIVO<br><b>AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA</b>                       |                           |                       |
| SINTOMAS<br><b>NI</b>                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                   | ESCALA DE DOR<br><b>99 (ADULTO)</b>                             |                           |                       |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                                 |                           |                       |
| PESO<br><b>NI KG</b>                                                                                                                                                                                                                                                     | PRESSÃO ARTERIAL<br><b>NI/NI</b>                                  | SAT O2<br><b>NI%</b>                                            | PULSO<br><b>NI</b>        | GLICEMIA<br><b>NI</b> |
| TEMPERATURA<br><b>NI °C</b>                                                                                                                                                                                                                                              | ALERGIAS<br><b>DIPIRONA</b>                                       |                                                                 |                           |                       |
| CLASSIFICAÇÃO<br><b>AMARELO</b>                                                                                                                                                                                                                                          | RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO<br><b>DANIELA DE SOUZA FEITOZA</b> | DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO<br><b>11/11/2019 23:44:01</b>      |                           |                       |
| ÁREA ATENDIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                   |                                                                 |                           |                       |
| <b>TRAUMATOLOGIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |                                                                 |                           |                       |
| ATENDIMENTO MÉDICO                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                   |                                                                 |                           |                       |
| ANAMNESE                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   |                                                                 |                           |                       |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                 |                           |                       |
| SADT SOLICITADO:<br><input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRANIO <input type="checkbox"/> RAI-O-X                                                                                    |                                                                   | COD. PROCEDIMENTO                                               |                           | CID                   |
| <input type="checkbox"/> OUTROS                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                                                                 |                           |                       |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                   |                                                                 |                           |                       |
| MÉDICAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                              | APRAZAMENTO                                                       | OBSERVAÇÕES                                                     |                           |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                                                                 |                           |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                                                                 |                           |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                                                                 |                           |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                                                                 |                           |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                                                                 |                           |                       |
| TIPO DE ALTA/SAÍDA                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                   |                                                                 |                           |                       |
| <input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO ÓBITO: <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS |                                                                   |                                                                 |                           |                       |
| DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL                                                                                                                                                     |                                                                   |                                                                 |                           |                       |
| DATA E HORA DO ATENDIMENTO                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   | CARIMBO E ASSINATURA DO MEDICO ESPECIALISTA                     |                           |                       |

Impresso por maria edvaney de oliveira mariano em 21/11/2019 às 13:32:20

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

MARCIA DE SOUZA SANTANA

*[Assinatura]*  
MARCIA DE SOUZA SANTANA  
MARCIA DE SOUZA SANTANA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 06/07/2020 às 13:54, sob o número 02368381520200000001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0236838-15.2020.8.06.0001 e código 6CA98B4.



## FICHA DE ATENDIMENTO

## IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): Admissão: 12/11/2019 08:51  
 Nome: MARCIA DE SOUZA SANTANA  
 Pront.: 5644160 Data Nasc.: 22/05/1977 Idade: 42 ano(s) 6 mes(es) e 4 dia(s) Tel.: 85 98577-2223  
 Mãe: FATIMA PAIXAO DE SOUZA  
 Sexo: Feminino RG: 97005011143 Município: FORTALEZA  
 CEP 60878666 Bairro: MARAPONGA  
 Endereço: RUA FRANCISCA ELIZABETE

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador DENISE SALES ARACANJO Horário 12/11/2019 08:54  
 Queixa: trauma sangrante em 1º QD ontem  
 Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA  
 Discriminador: FRATURA EXPOSTA  
 Autoagressão: Não  
 Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: PA: FR:

## ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: RICARDO LEITAO SANTIAGO CRM: 6296 Nº: 573196 Horário 12/11/2019 12:01  
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:  
 Eixo: PEQUENA CIRURGIA  
 Hipótese Diagnóstico: FRATURA AO NÍVEL DO PUNHO E DA MÃO  
 Comorbidade:

## HDA/Exame Físico:

PCTE VITIMA DE ESMAGAMENTO DA FALANGE DISTAL DO POLEGAR DIREITO, COM FRATURA COMINUTIVA E EXPOSTA, PERFUSÃO DISTAL REGULAR.

## ALTA

Data: 12/11/2019 17:40

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

| Data             | Fluxograma               | Discriminador   | Risco   | Profissional          |
|------------------|--------------------------|-----------------|---------|-----------------------|
| 12/11/2019 08:54 | ACIDENTE COM MOTOCICLETA | FRATURA EXPOSTA | LARANJA | DENISE SALES ARACANJO |

## EXAME

| Nome | Data Solicitação | Urgente | Situação |
|------|------------------|---------|----------|
|------|------------------|---------|----------|

## EVOLUÇÃO

| Data Cadastro    | Usuário Cadastro        | Descrição                                                                              |
|------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 12/11/2019 12:03 | RICARDO LEITAO SANTIAGO | SUTURA DE LESÃO EM MÃO. CURATIVO OCLUSIVO. ALTA CIRURGIA PLÁSTICA. RETORNO AMBULATÓRIO |



Prefeitura de  
Fortaleza

H

fls. 24

PARANGABA

REGI OI

NOME DO PACIENTE

MARCIA DE SOUZA SANTANA

CADUS

DOCUMENTOS

CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 97005011143; CADASTRO

NOME RESPONSÁVEL

NI

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF  
CE

CEP  
60.711-032

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

QUEIXA

QUEDA DE MOTO, DOR EM APODACHILO DIREITO

SINTOMAS

NI

PESO

NI KG

TEMPERATURA

NI °C

CLASSIFICAÇÃO

AMARELO

PRESSÃO ARTERIAL

NI/NI

ALERGIAS

DIPIRONA

RESPONSÁVEL PELO AT.

DANIELA DE S

ÁREA DE ATENDIMENTO

TRAUMATOLOGIA

ANAMNESE

DO PRATUÁRIO

1940°5

Nº DO BE

296765

RACIA/COR

PARDO

DE MÃE

ATIMA PAICXAO DE SOUZA

CASA A MARAPONGA

DATA DE DOB

(LTO)

GLICEMIA

NI

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO

11/11/2019 23:44:01

DIAGNÓSTICO

SADY SOLICITADO

( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRAN

MEDICAMENTO

OBSERVAÇÕES

ALTA/SAÍDA

( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) CP

DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PA

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

Impresso por DANIELA DE SOUZA FEITOZA em 11/11/2019 23:44:01  
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, s  
enal.

APÓS 48 HORAS

Sanções previstas no art. 299 do Código

SOUZA SANTANA

PP. Lhouse  
M. L. M.  
M. L. M.



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 06/07/2020 às 13:54, sob o número 02368381520208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0236838-15.2020.8.06.0001 e código 6CA98B4.



# INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg.: 5644360

O Sr.(a) Márcia de Souza Santana

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 12/11/2019, às 13:54 h.

Tendo como causa do socorro fratura exposta de falange distal do

dedo anelar direito

Observações: Necessite de um pronto mínimo de 30 (trinta) dias

de recuperação

Fortaleza, 12 de novembro de 2019

Médico de Plantão - CRM: Ricardo Leão

Ricardo Leão Santiago  
Cirurgia Plástica  
CRM 6296 - RQE 2340

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

Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

(/)

Buscar no site

A COMPANHIA ▾

SEGURO DPVAT ▾

PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento)

CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾

SALA DE IMPRENSA ▾

TRABALHE CONOSCO ▾

CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DF parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200070216 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARCIA DE SOUZA SANTANA  
COBERTURA Invalidez  
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE  
BENEFICIÁRIO MARCIA DE SOUZA SANTANA  
CPF/CNPJ: 63347210387

**Posição em 04-06-2020 19:09:17**  
O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.  
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX  
Valor da Indenização: R\$00.000,00  
Juros e Correção: R\$00.000,00  
Valor Total: R\$00.000,00

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 21/02/2020        | R\$ 2.531,25         | R\$ 0,00         | R\$ 2.531,25 |

| Histórico das correspondências enviadas |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Data da Carta                           | Referência                         | Ver Carta                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 02/03/2020                              | PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO           |  (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/wgul0IZqLC5qgmi9FAiEzA==/xwEDjHe__Gd2Nel3tjkVkycX3bp+umax79MTapi_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCadwCRTG33IK0FFowhXiYKA=)   |
| 17/02/2020                              | INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE    |  (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/u39J__mv1IUIAfy37uub5hg==/F8wXGpBnkbRrZdcRsXg90BjdH7rAjX2hp6TFapi_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCadwCRTG33IK0FFowhXiYKA=)  |
| 14/02/2020                              | ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT |  (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/kw7JpuhbPFw2G43llmmIA==/CzomKVuPK4Ejzyt0vi25Im+WB8kXjdwwLJ59nCyapi_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCadwCRTG33IK0FFowhXiYKA=) |

DOCUMENTOS PENDENTES

Clique aqui para enviar.



(https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

Disponível na

App Store

(https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8)

DISPONÍVEL NO

Google Play

(https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)

ACESSIBILIDADE

https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

1/2

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 06/07/2020 às 13:54 , sob o número 02368381520208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0236838-15.2020.8.06.0001 e código 6CA98B4