



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	Evarir Evaristo Pereira		
NACIONALIDADE	Brasileiro	TELEFONE	9.8146-5022
RG	20076241941	ESTADO CIVIL	solteiro
CPF	059.258.183-77	PROFISSÃO	autônomo
ENDEREÇO	Rua Alfredo de Castro, nº 1		
BAIRRO	Centro	CEP	62.850-000
MUNICIPIO / UF	Cascavel / CE		

OUTORGADA: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE, CEP 60.055-10.

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, desistir, renunciar, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitações, 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), 19 de Agosto de 2020

Evarir Evaristo Pereira

OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Evair Evaristo Pereira, brasileiro(a),
solteiro, autônomo, portador(a) da Carteira de
 Identidade/RG nº 20076241941, e inscrito (a) no CPF sob o nº
059.258.183-77, residente e domiciliado (a) na Rua
Alfredo de Castro, nº 21m², no bairro
Centro, na cidade Caracavel, CEP 62.850-000,
 declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar
 com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha
 família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 19 de Agosto de 2020

Evair Evaristo Pereira
 Declarante



DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, Evair Evaristo Pereira, brasil
eiro(a), solteiro, autônomo, portador(a) da cédula de Identidade Nº
20076241941 e CPF Nº 059.258.183-77, DECLARO
que resido no seguinte endereço: Rua Alfredo de Castro, nº
517, no bairro Centro, na cidade de Cascavel, CEP
62.850-000, 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, 19, de Agosto, de 2020

Evair Evaristo Pereira
DECLARANTE



DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu, Evair Evaristo Pereira, portador (a) do RG nº 20076241941, e CPF 059.258.183-77, declaro para todos os fins a que se destinar, que compareci ao escritório da Dra. **CAROLINA FREITAS MOREIRA**, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE, CEP 60.055-10, e tenho total e plena consciência da existência da Ação de Cobrança de Indenização de Seguro DPVAT, referente ao acidente ocorrido na data de 13/03/2020, proposta contra a Seguradora Líder. Assumo de forma plena, única e integral a responsabilidade da veracidade por toda documentação/ informação acostada aos presentes autos. Declaro ainda, para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não possuo nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo administrativo, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a **Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA**, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE, CEP 60.055-10, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e, ou administrativa no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

“AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI, ART. 339 E 340 DO CPB.”

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza (CE), 19 de Agosto de 2020

Evair Evaristo Pereira
Declarante

TESTEMUNHA
CPF:

TESTEMUNHA
CPF:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 EVAIR EVARISTO PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
 20076241941 SSP CE

CPF
 059.258.183-77

DATA NASCIMENTO
 21/06/1993

RELAÇÃO
 CARLOS EUGENIO PEREIRA
 ROZI MEIRY EVARISTO
 CARVALHO PEREIRA

PERMISSÃO
 ACC CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO
 05557355785

VALIDADE
 15/03/2021

1ª HABILITAÇÃO
 02/08/2012

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR
 Evair Evaristo Pereira

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 21/10/2019

ASSINATURA DO EMISSOR
 IGOR VASCONCELOS PONTE
 17216313812
 CE172935547

CEARA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1843065740

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1843065740



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | Nº 074007948

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
07/2020

Nº DO CLIENTE
3346907 DV

VENCIMENTO
04/08/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
312,66

DATA EMISSÃO
28/07/2020

DADOS DO CLIENTE

Nome CARLOS EUGENIO PEREIRA

Endereço RU ALFREDO DE CASTRO 00000 00000
62850-000 CASCABEL CENTRO
Classificação Comercial

Modalidade Tarifária B3 OUTROS-CONV.

Ligação TRIFÁSICO

Medidor 3665993-FAE-299 - CV019R57

CPF / CNPJ

426.505.693-87

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0B09.E4F5.6E27.2D9E.32F6.63E1.57EE.218F

DATAS DE LEITURA

Anterior

27/06/2020

Atual

28/07/2020

Prev. Próx. Leitura

27/08/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	24422.00	24121.00	301.00	0.00	0.00	0.00	1.00	301.00	301.00	0.76648	230.71

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC		80,91
Juros Moratórios		1,04
Consumo	301	0,76648
		230,71

Quantidade

Tarifa

Valor (R\$)

CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh) Atualizado	A Expirar Próximo Mês

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
0	0	0%

ATENÇÃO

DEBITOS ANTERIORES:

Mes/Ano Valor R\$

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 28/06 - 28/07 Informamos que a sua conta de energia com fornecimento lido partir de 01/07/2020 passa ter o reajuste tarifário médio de 3,94% publicado na Resolução Aneel nº 2.676/20 em 14/04/2020, postergado devido ao covid19.

83870000003-6 12660031020-5 01063880807-0 00003346907-5



Autenticação Mecânica

fls. 20

Órgãos de Proteção ao Crédito, Cartórios de Protesto de Títulos e a Suspensão do Fornecimento 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.

DEBITO AUTOMÁTICO

CARLOS EUGENIO PEREIRA
RU ALFREDO DE CASTRO 00000 00000
CASCABEL CENTRO
62850-000

DADOS PARA ENTREGA

CV019R57 3665993-FAE-299
3346907
28/07/2020 28/07/2020

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.

FIG: 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, FIG, 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



REMETENTE

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

Devolução da conta

Para garantir a validade dos dados impressos nesta conta, arquive a mesma em local seco, sem contato com plástico, óleo ou produtos químicos. 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 e contribuições previstas em lei ou regulamentos, como a CIP (contribuição de iluminação pública).

IMPORTANTE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL
 Impresso nº 2020320701



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 439 - 958 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **28/05/2020 09:06:00**
 Data / Hora da Ocorrência: **13/03/2020 18:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **MIRANTE DA COAHB - CASCAVEL/CE**
 Ponto de Referência: **PRAÇA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EVAIR EVARISTO PEREIRA**
 Nascimento: **21/06/1993** CPF: **059.258.183-77**
 RG: **20076241941** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **ROZI MEIRY EVARISTO CARVALHO PEREIRA**
CARLOS EUGENIO PEREIRA
 Endereço: **RUA ALFREDO DE CASTRO, 1245**
 Bairro: **PARQUE JUAREZ QUEIROZ**
 Município: **CASCAVEL/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98146-5022**

Histórico

Veio noticiar que estava conduzindo o veículo de propriedade de Alice Bezerra de Oliveira de placa: OSS0725CE, quando colidiu em outro veículo que seguia na contramão; Que caiu ao solo e sofreu fratura exposta no dedo da mão esquerda e lesões pelo corpo; Que foi socorrido pelas testemunhas e levado para o Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira à Messejana; Que não deseja representar criminalmente, apenas registrar o Boletim de Ocorrência para acionar o seguro DPVAT.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANTONIA AILA FARIAS ALENCAR - MAT.: 027338-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSAFAT ARAUJO CARNEIRO FILHO - MAT.: 30112911

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE: EVAIR EVARISTO PEREIRA
CAUSAS: CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05925818377
NOME RESPONSÁVEL: NI
MUNICÍPIO: FORTALEZA UF: CE
CEP: 60.872-560

DADOS PESSOAIS
NASCIMENTO: 21/06/1993(26 ANOS)
ENDEREÇO: RUA PADRE PEDRO DE ALENCAR 1945 PAUPINA
CONTATO: (85)98146-5022

Nº DO PRONTUÁRIO: 5174817
SEXO: M
NOME MÃE: ROZY MEIRY EVARISTO CARVALHO PEREIRA
Nº DO RE: 397719
RAÇA/COR: PARDO

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE: OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO
ESCALA DE DOR: 5 (ADULTO)

SINTOMAS: DOR

SINAIS VITAIS
PRESSÃO ARTERIAL: NI/NI
TEMPERATURA: NI °C
PULSO: NI
GLICEMIA: NI

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO: ROSILENE GOMES DE BRITO

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 13/03/2020 19:58:44

ÁREA DE ATENDIMENTO
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

DIAGNÓSTICO: *Fratura de 5º e 6º costela de mão e*
Solax do mto e AP/Obligado
Lesão punho/perna local

SADIT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAO-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO

APRAZAMENTO

Dr. Wendel Alcântara Mendes
CRM 14753 / 5807 16025
Ortopedia e Traumatologia

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

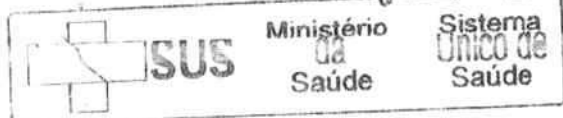
Impresso por Rosilene Gomes de Brito em 13/03/2020 19:58:44

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

EVAIR EVARISTO PEREIRA

Amoelly
CONFERE COM ORIGINAL
27/04/2020

04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1573
Messejana - Cep: 60.864-810
Fortaleza - Ceará



Ministério
da
Saúde

Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CASA

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNIC

15 - UF

16 - CE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ret c/ pat exp GI do 5º QRT
c/ denvio

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese + EF + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS

Intoxicação por...

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ABSENTISTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº BILHETE

38 - DATA

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CNAE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

☐ CNS ☐ CPF

47 - DATA DO DOCUMENTO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

14.885.197/00012-05

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON

BARROS DE OLIVEIRA

Dr. Jornalista Tomaz Coelho 1578

Messejana - Cep: 60.864-810

For. Graf. HIDEBO-SAL Ceará 005

Armo Lily
CONFERE COM ORIGINAL
27/10/2020



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HDEBO

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HDEBO

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

EVAIR EUARISTO PEREIRA

6 - Nº PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 3 2 0 7 6 4 2 9 3 1 1 9 1

8 - DATA DO NASCIMENTO

21/06/1993

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

ROZIE MEIRY EUARISTO CARVALHO PEREIRA

DDD - 11 - TELEFONE DE CONTATO

85 81 416 5022

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA PADRE PEDRO DE ALENCAR 1945, PAUPINA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

14 - CÓD. IBGE MUNIC.

15 - UF

CE 6108172560

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fortalecimento do fôlego do Sr. Evair E
necessitando fort. cirúrgica

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PINH

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Dq

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Exatidão do diagnóstico

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS AS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fort. cirúrgica

25 - CÓDIGO DO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº BILHETE

38 - SE INCL

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - C. BDR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

☐ CNS ☐ CPF

48 - DATA DO DOCUMENTO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

04.885.197/00012-05

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON

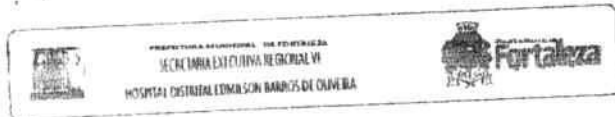
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578

Messejana - Cep: 60.864-810

Grat. HDEBO-SAM Ceará 005

Amo 04
CONFERE COM ORIGINAL
27/10/2020



REGISTRO EMERGÊNCIA

MATRÍCULA
5174817

PACIENTE EVANIL GUARISTO PEREIRA

DATA OPERAÇÃO 02/04/2020

ENFERMARIA

LEITO Dr. Tadeu M. Nobrega
TRAUMATOLOGIA - ORTOPEDIA
CRM 5619 TEST 7643

1º AUXILIAR DR TADEU

2º AUXILIAR

3º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR

ANESTESISTA Dr. Anthony Moura

TIPO DE ANESTESIA BLOCADO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DA MÃO (E)

TIPO DE OPERAÇÃO OSTEOSÍNTESE + TENOPLASTIA

DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO 0 MESMO

RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO SIM

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO NÃO

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCNICAS LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISUAIS

- (1) PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
- (2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + CLOREX + ROS
- (3) ACESSO LATERAL NO 5º DADO (E)
- (4) TENOPLASTIA DO TENDÃO EXTENSOR
- (5) REDUÇÃO CLOSETA + FIXAÇÃO COM 2 FIOS DE K
- (6) RECONTINHA DO PAVES + CORTAR
- (7) DRA GESSADA

Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
Chefe de Clínica e Cirurgião
CREMEC-13252 / RGE 8123

Anno Lily
CONFERE COM ORIGINAL
27/04/2020

Gráf HDEBO-SAME Desc. Oper
04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578
Mossoró - Cep: 60.864-810
Fortaleza - Ceará



PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE



Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira
Avenida Jornalista Tomaz Coelho, 1578 - CNPJ: 04.985.187/0012-05 - Messejana - 85 - 3105.1560

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

Guilherme Costa

Uso 1:

Receita para _____ *14*

para 100g de 12/12/1

Guilherme Costa

Dr. Paulo de Tasso Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM-1985

Uso Exclusivo do HOEBO - Messejana.

Fortaleza, _____ de _____

Assinatura do Profissional

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200220539

Vítima: EVAIR EVARISTO PEREIRA

Data do Acidente: 13/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EVAIR EVARISTO PEREIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.012,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: EVAIR EVARISTO PEREIRA

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 104

Agência: 000001958

Conta: 0000025686-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

