



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	José Everlando Moura Mates		
NACIONALIDADE	Brasileiro	TELEFONE	9.8866.8607
RG	2002002072537	ESTADO CIVIL	casado
CPF	039.655.123-82	PROFISSÃO	autônomo
ENDEREÇO	Rua Paraíso Verde, nº 607		
BAIRRO	Canindezinho	CEP	60.732-795
MUNICIPIO / UF	Fortaleza/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

José Everlando Moura Mates

OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, José Everlando Moura Mates, brasileiro(a),
casado, autônomo, portador(a) da Carteira de
 Identidade/RG nº 2002002072537, e inscrito (a) no CPF sob o nº
039.655.123-82, residente e domiciliado (a) na Rua
Paraíso Verde, nº 607, no bairro
Canindezinho, na cidade Fortaleza, CEP 60.732-795,
 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

José Everlando Moura Mates

Declarante



DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, José Everlando Moura Matos, brasil
eiro(a), casado, autônomo, portador(a) da cédula de Identidade Nº
2002002072537 e CPF Nº 039.655.123-88, DECLARO
que resido no seguinte endereço: Rua Paraíso Verde, nº
607, no bairro Canindezinho, na cidade de Fortaleza, CEP
60.732-795, 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

José Everlando Moura Matos
DECLARANTE



DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu, José Everlando Moura Matos, portador (a) do RG nº 2002008078537, e CPF 039.655.123-82, 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 08/02/2020, 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

José Everlando Moura Matos
Declarante

TESTEMUNHA
CPF:

TESTEMUNHA
CPF:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

DOC. IDENTIDADE / CDS. EMISSOR UF
2002002072537 SSP CE

CNPJ
039.685.123-82 DATA NASCIMENTO
08/09/1984

FILIAÇÃO
ANTÔNIO GOMES MATOS
VALDERINA MOURA MATOS

PERMISO
ACC
CAT. NAL
A2

Nº REGISTRO
05693254721 VALIDEZ
21/03/2023 1ª HABILITAÇÃO
22/01/2013

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

Assinatura do Portador: *Jose Everlando Moura Matos*

LOCAL
FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO
26/03/2018

Assinatura do Emissor: *[Assinatura]* 56200672956
CE164273670

CEARÁ

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1633583876

PROIBIDO PLASTIFICAR
1633583876



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | Nº 073802063

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

DADOS DO CLIENTE

Nome VALDERINA MOURA MATOS

Endereço RU PARAISO VERDE 00607
60732-795 FORTALEZA CANINDEZINHO
Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 2852084-FAE-297 - FOL18U16

CPF / CNPJ
744.328.933-20

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9D76.94FD.6DEF.4F51.F36F.8504.2CBB.DC6B

DATAS DE LEITURA

Anterior 26/06/2020 | Atual 27/07/2020 | Prev. Próx. Leitura 26/08/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

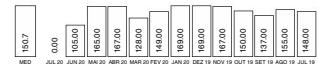
Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	20915.00	20915.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00	30.00	0.18267	5.48

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
Credito De Pequenos Valores	0	0,00000	0,00
Consumo sem Subvenção			10,36
Desconto Baixa Renda			10,36
Consumo de 000 kwh até 030 kwh	30	0,18267	5,48
Cofins Compl Bx Renda			0,17
Credito De Pequenos Valores			27,94
Pis Compl Bx Renda			0,03
COB ASSIST RESIDENCIA BASICA 0800 600056			15,99
COB DOACAO LUCAS DANTAS 88 99929 6065			2,50
Seg Resid 3 +1			5,53
Bonus Itaipu			1,76

CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh)	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

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
PIS/PASEP	15,84	0,3400	0,05
COFINS	15,84	1,5900	0,25
ICMS	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 27/06 - 27/07 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. PARA CONFERÊNCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.



Autenticação Mecânica

fls. 20

Para a sua comodidade, utilize o sistema de débito automático em conta corrente. Pague sua conta até a data de vencimento. Você evita a cobrança de juros e multa, o envio de informações aos órgãos de proteção ao crédito, Cartórios de Títulos e a Suspensão do Fornecimento de Energia Elétrica.

VALDERINA MOURA MATOS
RU PARAISO VERDE 00607
FORTALEZA CANINDEZINHO
60732-795

DADOS PARA ENTREGA

FOL18U16 2852084-FAE-297
2778484
27/07/2020 07/08/2020

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.
Registr: 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



REMETENTE

Para garantir a validade das informações, o cliente deve assinar e carimbar a fatura com a exclusão dos dados impressos nesta conta, arquivar 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.

IMPORTANTE

DEVOÇÃO DA CONTA

Senhor Entregador: assine com "X" o motivo da devolução desta conta.

☐ Casa fechada
☐ Endereço insuficiente
☐ Outros - especificar: _____

Recusou-se a receber ☐ Não existe o nº indicado ☐

Matrícula: _____ Rubrica: _____

Data: _____ Hora: _____



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

- [home](#) Página Inicial
- [home](#)



POLÍCIA CIVIL DELEGACIA ELETRÔNICA



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL *Governo do Estado do Ceará*

done_all Boletim Eletrônico de Ocorrência Concluído!

Caro(a) JOSE EVERLANDO MOURA MATOS, Seu cadastro foi realizado com sucesso. Acompanhe o andamento de sua Ocorrência

Protocolo: 202075183

Senha: A7Y8BXY

Estas informações também foram enviadas para o e-mail cadastrado.

Grato por usar nossos serviços.

[Fecharclear](#)

Polícia Civil

Rua do Rosário, 199 Centro - Fortaleza/CE
Tel: (85) 3101 2509

© 2008 - Governo do Estado do Ceará. Todos os Direitos Reservados



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ELETRÔNICA

BOLETIM DE Ocorrência Nº 931 - 35251 / 2020

DADOS DA Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **31/03/2020 09:47:02** Data / Hora da Ocorrência: **08/02/2020 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA OSORIO DE PAIVA, 4800**
Complemento:
Bairro: **CANINDEZINHO** Município: **FORTALEZA/CEARA**

DADOS DA VÍTIMA

Nome: **JOSE EVERLANDO MOURA MATOS**
E-mail: **michellearrudafalcao@gmail.com** Nascimento: **08/09/1984**
RG: **2002002072537** Orgão Emissor: **SSP** CPF: **039.655.123-82**
Filiação: **VALDERINA MOURA MATOS**
ANTONIO GOMES MATOS
Endereço: **RUA PARAISO VERDE, 607** CEP: **60.732-795**
Complemento:
Bairro: **CANINDEZINHO** Município: **FORTALEZA/CE** País: **BRASIL**

DADOS DO VEÍCULO

1) Placa: **NQQ9069** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C6KG0460B0025654** Renavam: **282462953** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **YAMAHA/FAZER YS250** Ano Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **REGINALDO CHAGAS MARTINS**

HISTÓRICO

VINHA NA RUA CITADA, EM DIREÇÃO A MINHA CASA, QUANDO UMA SENHORA ATRAVESSOU A RUA SEM OLHAR, PARA NAO BATER NELA EU TENTEI DESVIAR, MAS ACABEI COLIDINDO NA TRASEIRA DE UMA CARRO QUE ESTAVA NA FRENTE. VINDO A CAIR.

CÓDIGO DE CONTROLE: **887ADA535688A9C6E6B0FDDDB4A15DF02**

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DO 19. DISTRITO POLICIAL**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *+ Jose Everlando Moura Matos*

OBSERVAÇÕES

1. Valide seu Boletim de Ocorrência acessando www.delegaciaeletronica.ce.gov.br.
2. BO válido somente com a assinatura do responsável pelo informação.
3. O texto do histórico é de responsabilidade do noticiante.
4. Este documento tem fé pública, sendo dispensada a assinatura da autoridade policial (Decreto nº 27.378/2004).
5. Falsa comunicação à Polícia constitui crime previsto no artigo 340 do Código Penal Brasileiro.
6. Nos casos de violência doméstica com solicitação de medida(s) protetiva(s), a mulher deverá procurar a delegacia especializada para providências.

**Prefeitura de
Fortaleza**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

CADUS

DOCUMENTOS

NOME RESPONSÁVEL

NI

MUNICÍPIO

FORTALEZA

CEP

60.732-795

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

QUEIXA

REFERE TER SOFRIDO COLISÃO CARRO/MOTO, APRESENTA DOR E EDEMA EM MAO ESQUERDA E

JOELHO MID

SINTOMAS

NI

PESO

NI KG

TEMPERATURA

NI °C

CLASSIFICAÇÃO

RDE

ÁREA DE ATENDIMENTO

02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ANAMNESE

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

REFERE TER SOFRIDO COLISÃO CARRO/MOTO, APRESENTA DOR E EDEMA EM MAO ESQUERDA E

SINAIS VITAIS

PRESSÃO ARTERIAL

NI/NI

ALERGIAS

NEGA

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO

FABIANA ARAUJO NOGUEIRA

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

Nº DO PRONTUÁRIO
5172020

Nº DO RF
392392

NASCIMENTO
08/09/1984(35 ANOS)

SEXO
M

RACIA/COR
PARDO

NOME MÃE
VALDERINA MOURA MATOS

ENDEREÇO
RUA PARAÍSO VERDE 607 SIQUEIRA

CONTATO
(85) 98809-6761

ESCALA DE DOR
7 (ADULTO)

MOTIVO
ACIDENTE DE MOTO

SAT O2
NI%

PULSO
NI

GLICEMIA
NI

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
**08/02/2020
20:52:28**

DIAGNÓSTICO

SATÉ SOLICITADO

☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIO-X

COO. PROCEDIMENTO

CIO

RECEITA

MEICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

TIPO DE ALTA/SAÍDA

DECISÃO MÉDICA

A PEDIDO

EVASÃO

TRANSFERÊNCIA

INTERNAÇÃO

ÓBITO

ATE 48 HORAS

APÓS 48 HORAS

FAMÍLIA

IML

ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

Impresso por FABIANA ARAUJO NOGUEIRA em 08/02/2020 20:52:28

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 CP Penal

JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

Marco Antonio Araujo Costa

Ortopedia e Traumatologia

CRM 16422

19.03.2020

08/02/2020

08/02/2020

08/02/2020

08/02/2020

08/02/2020

08/02/2020

08/02/2020

08/02/2020

08/02/2020

08/02/2020

08/02/2020

08/02/2020

08/02/2020

08/02/2020

08/02/2020

08/02/2020

08/02/2020

08/02/2020

08/02/2020

08/02/2020

08/02/2020

08/02/2020

08/02/2020

08/02/2020

08/02/2020

08/02/2020

08/02/2020

08/02/2020

 SUS	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 PROFI
7 - CAPTAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DO NASCIMENTO
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	9 - SEXO ☒ MASCULINO ☐ FEMININO
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	11 - TELEFONE DE CONTATO
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	13 - CDD - 11
14 - CDD - 14	15 - UF
16 - CDD - 16	17 - CDD - 17

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSA
--------------------------	-----------------------	------------------------	-------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO	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)

36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº BILHETE	38 - SÉRIE
39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNAE EMPRESA	41 - CDD
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ INAPREVIDADO	

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	44 - CDD ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO	46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Carimbo e Assinatura

48 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

50 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

51 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

52 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

53 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

54 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

55 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

56 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

57 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

58 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

59 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

60 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

61 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

62 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

63 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

64 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

65 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

66 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

67 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

68 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

69 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

70 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

71 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

72 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

73 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

74 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

75 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

76 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

77 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

78 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

79 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

80 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

81 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

82 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

83 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

84 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

85 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

86 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

87 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

88 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

89 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

90 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

91 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

92 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

93 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

94 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

95 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

96 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

97 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

98 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

99 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

100 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Gráf. HDEBO-SAME-AIH-005

09/03/2020

[Assinatura]

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ, protocolado em 26/08/2020 às 15:33, sob o número 02479082920208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0247908-29.2020.8.06.0001 e código 71E786A.



REGISTRO EMERGÊNCIA	MATRÍCULA
---------------------	-----------

PACIENTE			
DATA OPERAÇÃO	ENFERMARIA	LEITO	Dr. Ildou M. Nobrega Traumatologia-Ortopedia
1º AUXILIAR	2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA	TIPO DE ANESTESIA		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO			
VIA DE OPERAÇÃO			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO			
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

[Handwritten signature]

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÊC LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO

[Handwritten description of the operation, including details of the surgical approach, ligament repair, drainage, suturing, and material used. The text is written in cursive and spans several lines.]

Gráf HDEBO-SAME-Desc. Oper

09.03.2020

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200171504

Vítima: JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

Data do Acidente: 08/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000007412

Conta: 0000029813-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

