



VINÍCIUS MELO
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Nome: JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA		Contato(s) Telefônico:	
Nacionalidade: BRASILEIRO	Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: AGRICULTOR	
RG (Registro de Identidade) 97014002747 SSPDS/CE		CPF: 785.698.853-34	
Endereço: RUA LUIS UCHOA NETO		Número: 410	
Bairro: OSMAR CARNEIRO		Complemento: CASA	
CEP: 63.870-000	Cidade: BOA VIAGEM	Estado: CEARÁ	

OUTORGADO(S): VINÍCIUS PINHEIRO MELO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE 24.353, portador do CPF sob o nº. 016.548.623-63, sócio administrador na sociedade **PINHEIRO MELO – SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 26.942.992/0001-60, inscrito na OAB/CE 1453, com escritório na Pça. Mons. José Candido, nº. 103, Loja 01, bairro Centro, cidade de Boa Viagem, estado do Ceará, CEP 63870-000, tel.: (88) 3427-2867.

Através do presente instrumento particular de mandato, a(s) parte(s) OUTORGANTE(s) nomeia(m) e constitui (em) como seu(s) procurador (es) o(s) OUTORGADO(s), conferindo-lhe(s) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil e art. 5º, §2º do Estatuto da OAB, com cláusula "Ad Judicia Et Extra", para praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, **principalmente perante qualquer companhia de seguro conveniada ao FENASEG, participante do convênio DPVAT**, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, e *os especiais* para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitação, firmar autorizações de pagamento ou crédito de indenização de sinistro, prestar declarações, **declarar e requerer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA**, anuir e receber alvarás judiciais de levantamento, podendo receber os valores neles expressos provenientes de depósitos feitos pela(s) **SEGURADORA(S) pertencentes ao CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT e SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A** junto à instituição financeira responsável pela guarda destes valores, podendo ainda receber e endossar cheque em nome do outorgante relativo a pagamento dos valores pleiteados junto as Seguradoras do Consórcio DPVAT, dando tudo por bom e valioso, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, seguindo uma e outras, até decisão final.

BOA VIAGEM/CE, 23 de setembro de 2020.


OUTORGANTE

Rua. Praça Monsenhor Jose Cândido, nº. 103, Loja 01, Bairro Centro, Boa Viagem – Ceará, CEP 63870-000
Tel.: (88) 3427 – 2867 | E-mail: contato@viniciusmelo.adv.br

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**DECLARANTE:**

Nome: JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA		Contato(s) Telefônico:
Nacionalidade: BRASILEIRO	Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: AGRICULTOR
RG (Registro de Identidade) 97014002747 SSPDS/CE		CPF: 785.698.853-34
Endereço: RUA LUIS UCHOA NETO		Número: 410
Bairro: OSMAR CARNEIRO		Complemento: CASA
CEP: 63.870-000	Cidade: BOA VIAGEM	Estado: CEARÁ

DECLARO que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50, com fundamento na Lei 7.115/83.

BOA VIAGEM/CE, 23 de setembro de 2020.


Declarante

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polícia Digital

José dos Santos Pereira

ASSINATURA DO TITULAR

PARTE DA IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 97014002747 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/10/2014

NOME
JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

FILIAÇÃO
EDUARDO DE SOUSA PEREIRA
MARIA SELMA DOS SANTOS PEREIRA

NATURALIDADE BOA VIAGEM - CE DATA DE NASCIMENTO 06/03/1978

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:4.241 FOLHA:97
LIVRO:A-5 BOA VIAGEM - CE
CPF 785.698.853-34

2 VTA ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.115 DE 29/08/03 P.: 103

033

6826363

Para agilizar seu atendimento, utilize o e-mail acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 24 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 100
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.105.843-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 074172567

Rota BV020U02 - 181000

Nome IRANEIDE MENDES OLIVEIRA

Endereço RU LUIS UCHOA NETO, 00410 - 00410, OSMAR CARNEIRO,

63870-000 BOA VIAGEM

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO

Referência 07/2020

Emissão 29/07/2020

Medidor 4047176-CPN-308

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KWH)

44B653309301044E3550504FF000E4F0CF

DATAS DE LEITURA

Anterior Atual P.F. 20 dias Próxima prevista

29/06/2020 29/07/2020 29/08/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	11.060	10.968	1,00	92	00	92	0,2723	25,06

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-
PIS COMPL BX RENDA	5,42
COFINS COMPL BX RENDA	0,03
DESCONTO BAIXA RENDA	0,33
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-23,71
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	23,71
CONSUMO DE 031 KWH ATE 092 KWH	5,50
DEBITO DE PEQUENOS VALORES	10,56
BONUS ITAIPU	15,94
	-1,21

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	48,77	0,34	0,16
COFINS	48,77	1,59	0,77

15/08/2020		CPF/CNPJ		45,67
CONSUMO CONSCIENTE				
EMISSIONES DE CO ₂ (kg/kWh) Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.				
Emitido kg (CO ₂)		Compensado kg (CO ₂)		Consciência Ecológica (%CO ₂)
1,17		0,00		100

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 30/06 - 29/07
Informamos que a sua conta de energia com fornecimento lido a partir de 01/07/2020 passa ter o reajuste tarifário medio de 3,94% publicado na Resolução Aneel nº 2.676/20 em 14/04/2020, postergado devido ao covid19.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA SOB AS PENAS DA LEI**DECLARANTE:**

Nome: JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA		Contato(s) Telefônico:
Nacionalidade: BRASILEIRO	Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: AGRICULTOR
RG (Registro de Identidade) 97014002747 SSPDS/CE		CPF: 785.698.853-34
Endereço: RUA LUIS UCHOA NETO		Número: 410
Bairro: OSMAR CARNEIRO		Complemento: CASA
CEP: 63.870-000	Cidade: BOA VIAGEM	Estado: CEARÁ

DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83) que sou residente e domiciliado (a) no endereço acima informado.

Declara ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

BOA VIAGEM/CE, 23 de setembro de 2020.



DECLARANTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 650 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/08/2020 11:14:33**
Data / Hora da Ocorrência: **24/04/2020 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R CARMELINDA SAMPAIO, ALTO DO ZÉ ROSA - BOA VIAGEM/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA**
Nascimento: **06/03/1978** CPF:
RG: **97014002747** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA SELMA SANTOS PEREIRA**
EDUARDO DE SOUSA PEREIRA
Endereço: **RUA MARIA EVIZA DE CARVALHO, 46**
Bairro: **VILA AZUL**
Município: **BOA VIAGEM/CE** CEP: **63.870-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9940-0502**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NVB8183** Uf: **CE** Município: **BOA VIAGEM** Chassi:
9C2KC1620AR046098 Renavam: **218145667** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 TITAN MIX ES** Ano
Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **EDUARDO DE SOUSA PEREIRA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

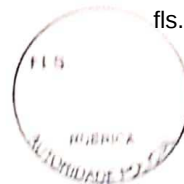
NÃO HÁ INDENIZAÇÃO DPVAT SE A VÍTIMA ESTAVA PRATICANDO UM CRIME COM O VEÍCULO NO MOMENTO DO ACIDENTE, INFORMATIVO 604 DO STJ.

A vítima qualificada compareceu hoje nesta delegacia e informou que na data acima mencionada sofreu um acidente de trânsito, que a vítima estava na garupa da motocicleta também acima mencionada, pilotada por JOSÉ BENEVENUTO DA SILVA, que esta MOTO está LICENCIADA em nome de EDUARDO DE SOUSA PEREIRA, que a vítima vinha na garupa da motocicleta em questão quando em dado momento na rua Carmelinda Sampaio um cachorro saiu de uma das residências e correu para pista e que a vítima relata não ter dado tempo frear esta motocicleta e como estava na garupa da mesma sua perna enganchou nesta fazendo com que a mesma quebrasse em três lugares, que teve fratura exposta e que o rapaz que vinha pilotando esta motocicleta nada sofreu, que foi socorrido pela ambulância local de Boa Viagem e levado até o HOSPITAL CASA de SAÚDE ADÍLIA MARIA, que a vítima SOFREU: fratura exposta em sua perna direita por conta deste acidente, que foi transferido para Messejana, que a vítima trouxe a esta delegacia 2 testemunhas, e nada mais disse///

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por VINICIUS PINHEIRO MELO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 05/10/2020 às 14:41, sob o número 025632738202008060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0256327-38.2020.8.06.0001 e código 765A23A.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
Impresso nº 2020487761



fls. 14

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 650 / 2020

O presente registro é de inteira responsabilidade do responsável pela informação ficando este cientificado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FABIO MOTA DA SILVA - MAT.: 30110541

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Josefa dos Santos Pereira

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIANA CAMINHA SIMÕES - MAT.: 301255-3-3

TESTEMUNHA 01: *Josefa dos Santos Pereira*

TESTEMUNHA 02: *Rafael da Silva Rodrigues*

DETRAN/CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - ELETRÔNICO

CÓDIGO RENAVAM
00218145667



Valide este QR code com app Vio

PLACA
NVB8183

EXERCÍCIO
2020

ANO FABRICAÇÃO
2010

ANO MODELO
2010

ESPECIE / TIPO
PASSAGEIRO MOTOCICLETA

MARCA / MODELO / VERSÃO
HONDA/CG150 TITAN MIX ES

PLACA ANTERIOR / UF
NVB8183/CE

CHASSI
9C2KC1620AR046098

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COMBUSTÍVEL
ALCOOL/GASOLINA

CATEGORIA
PARTICULAR

CAPACIDADE
▼ ▼

POTÊNCIA/CILINDRADA
0CV/149

PESO BRUTO TOTAL
0.03

MOTOR
KC16E2A046098

CMT
▼ ▼

EIXOS
▼

OTACÃO
02P

CARROCERIA
NÃO APLICAVEL

NOME
EDUARDO DE SOUSA PEREIRA

CNPJ / CNPJ
167.249.333-15

LOCAL
BOA VIAGEM CE

DATA
25/06/2020

ASSINADO DIGITALMENTE PELO DETRAN

OBSERVAÇÕES DO VEÍCULO

QUITACAO EXERCICIO DPVAT: 2020**

MENSAGENS DENATRAN

Para fazer a validação deste documento, procure por "Vio" nas lojas Google Play ou App Store, instale o app em seu celular e faça a leitura do QR code localizado ao lado do código Renavam de seu veículo. Fazendo isto, você será capaz de verificar a autenticidade de seu documento de forma simples e segura, garantindo a fidelidade desta impressão.

Vio



Para saber mais sobre o Vio, acesse:
<https://servicos.serpro.gov.br/vio>

CASA DE SAÚDE
Adília Maria



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA
FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

UNIDADE DE ATENDIMENTO 24H

DATA: 24/06/2020

HORÁRIO: 18:03 H

DADOS DO PACIENTE

ATENDIMENTO Nº: _____

NOME: José Carlos dos Santos Pereira CARTÃO DO SUS: _____

SEXO: () F (X) M DATA DE NASCIMENTO: 06/03/1978 IDADE: 42 ESTADO CIVIL: Único(a) PROFISSÃO: Agente

NOME DA MÃE: Maria Helena dos Santos Pereira NATURALIDADE: Boa Viagem

ENDEREÇO: Rua Luis Vitorino Neto Nº 410 BAIRRO: Bairro de Fátima

CIDADE: B.V. ESTADO: CE TELEFONE: (198) 8106-7655 ACIDENTE DE TRABALHO: () SIM () NÃO

PA: X mmhg SPO₂: % FC: bpm FR: ipm T: °C PESO: Kg

QUEIXAS: _____

EMERGÊNCIA (VERMELHA) ATENDIMENTO IMEDIATO (0 MIN)	MUITO URGENTE (LARANJA) ATENDIMENTO EM ATÉ 10 MIN	URGENTE (AMARELA) ATENDIMENTO EM ATÉ 60 MIN	POUCO URGENTE (VERDE) ATENDIMENTO EM ATÉ 120 MIN	NÃO URGENTE (AZUL) ATENDIMENTO EM ATÉ 240 MIN
- Politraumatizado grave - Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; - Queimaduras grandes; - Parada cardiorrespiratória; - Estado mental alterado ou em coma, com histórico de uso de drogas; - Comprometimentos da coluna vertebral; - Desconforto respiratório grave; - Dor no peito associada à falta de ar; - Crises convulsivas (inclusive pós-crise); - Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio; - Reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória; - Complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia); - Hemorragias não controláveis; - Alterações de sinais vitais em paciente com sintomas diversos;	- Cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, alterações do campo visual, dislalia, afasia; - Alteração aguda de comportamento (agitação, letargia ou confusão mental); - Dor severa; - Hemorragia moderada sem sinais de choque ou instabilidade hemodinâmica; - Arritmia (sem sinais de instabilidade);	- Politraumatizado sem alterações de sinais vitais; - Trauma cranioencefálico leve; - Convulsão nas últimas 24 horas; - Desmaios; - Alterações de sinais vitais em paciente sintomático; - Idade superior a 60 anos; - Hemorragia moderada (controlada) sem sinais de choque; - Vômito intenso; - Crise de pânico; - Dor moderada; - Pico hipertensivo;	- Asma fora de crise; - Dor leve; - Estado febril sem alteração nos sinais vitais; - Enxaqueca (paciente com diagnóstico anterior de enxaqueca); - Náusea e tontura; - Torcicolo; - Hemorragia em pequena quantidade controlada (sem sinais de instabilidade hemodinâmica); - Drenagem de abscesso;	- Queixas crônicas sem alterações agudas; - Unha encravada; - Troca de sondas; - Aplicação de medicação externa com receita; - Curativos; - Trocas ou requisições de receitas médicas; - Avaliação de resultados de exames; - Solicitação de atestados médicos; SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.

Casa de Saúde Adília Maria
CNPJ: 07.806.680/0001-84
Esta cópia confere com
a Original dos Nossos Arquivos

Protocolo Nº 349

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

NOME:

DATA: 24 4 20

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Q.1. Fratura Exposta. MTD

- Rx de joelho e perna D.

Voltarem comp 24

EVOLUÇÃO MÉDICA:

S.F. 0,92. 100 ml

+ Tamoxifeno - comp { 1V 18:30
(qda - qda)

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Casa de Saúde Adina Maria
CNPJ: 07.606.680/0001-84
Esta Cópia Confere Com
a Original dos Nossos Arquivos

Protocolo nº

Dr. Sergio Cezar
Diaz Morales
Médico CREMEX 19376

DIREÇÃO GERAL

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO NÃO TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL.
Rua São Vicente de Paula, nº 110 - Centro - Boa Viagem - Ceará - CEP: 63.670-000 - Fone: (88) 3427-1136 / 3427-1699 - CNPJ: 07.606.680/0001-84 - CNEC - 2479028



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 29/01/2020 10:10:47

Por: MÁRCIA REJANE PEREIRA DE MORAIS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 11/10/2018 02:26:37	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 701004885397793	NOME: LUIS RIBEIRO DO NASCIMENTO			Reg. S70: 5584484			
CPF: 89684397372	RG: 309517096	D. NASC: 12/12/1957	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: ANS 54		
NOME DA MÃE: ANTONIA RIBEIRO BATISTA			NOME DO PAI: FRANCISCO BATISTA FILHO				
TIPO DE LOGRADOURO: Fazenda	ENDEREÇO DO PACIENTE: RECREIO			Nº: 27	BAIRRO: AGUAS BELA		
COMPLEMENTO: AGUAS BELAS	TELEFONE: 998025070	MUNICÍPIO: BOA VIAGEM		UF: CE	CEP: 63870000		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: PAC VEIO DE AMB DE DE CANINDE ANTONIA			PARENTESCO: ESPOSA		TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CEO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COS DO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta							
QUEIXAS: lesão sangrante me há horas, ecg15							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MEDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA		
Idade: 42 ano(s) 1 mes(es) e 29 dia(s)	Sexo: Masculino	Pront.: 5666049
Endereço: RUA LUIS UCHOA NETO		Bairro: SANDRA
Num: 88	CEP: 63870-000	UF: CEARÁ
Cidade: BOA VIAGEM		

Localização		
Clinica: UNIDADE 25	Enfermaria: 252	Leito: 2511
Admissão Emergência: 28/04/2020 20:11		
Internação 29/04/2020	16:54	Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório **Cancelada**
 Tipo de Saída: Alta Não

Resumo Clínico

ACIDENTE DE MOTO EM 24/04/2020. FRATURA EXPOSTA TIBIA DIREITA. TRANSFERIDO DO FROTINHA DIA 29/04 PARA O IJF. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA TÍBIA EM 30/04/2020.

Exames Realizados

29/04: HB 12,1 LEUCO 9420 PLAQ 280.000 TAP/TTPA NL U 46 CR 1,1
 01/05: HB 10,1 HT 30% LEUCO 8690 PLAQ 297.000 U 45 CR 0,8

Terapêutica Utilizada

ANALGESIA
 CEFAZOLINA PROFILÁTICA
 SINTOMÁTICOS
 HEPARINA PROFILÁTICA
Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S822	FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 04/05/2020

Observações Complementares

AGENDAR RETORNO COM 30 DIAS PARA DRA. JANETE. RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS DA CIRURGIA.

Responsável

Médico: CAMILA PINTO DE NADAI

Data: 30/04/2020

Camila P. de Nadai
 Médico

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará
 Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



Prefeitura de
Fortaleza

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO

Paciente: _____

BE / Prontuário: _____

Lauro Mello

O paciente José Luis dos
Santos Pereira, 42 anos,
sofre acidente de moto
em 21/04/2020.
Fustura exposta de
tubia direita.
Tubos perfis de Fusturas
p/ o IGF no dia 29/04.
Realizar tratamento
cirúrgico de fusturas

Data: ____/____/____

Ass./Carimbo do Médico

MA 000.003 - Versão 2 - 01/DEZ/17 - 1 via - Formato A5 (148/210).
Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60 025-061 • Fortaleza, Ceará, Brasil
(85) 3255-5000.

de fúbia (D) em 14/05/2020
sem interrupções.

Deve permanecer afastado
de suas atividades

laborais por 30 dias

a contar de hoje.

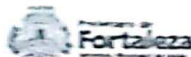
Retorno ambulatorial

c/ Dra. Janete e aguardar
outros da alta.

Corporal de Justiça
GABINETE DO JUIZ

04/05/2020

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Paciente: JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

Prontuario: 5666049

USO ORAL

1. NOVALGINA 1G

S/N

TOMAR 01 CP ATE DE 6/6H SE DOR OU TAX > 37,8

Data: 04/05/2020

CAMILA PINTO DE MADA

12853CRM

Rua Barão do Rio Branco, 1818, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Paciente: JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

Prontuario: 5666049

USO ORAL

1. NOVALGINA 1G

S/N

TOMAR 01 CP ATE DE 6/6H SE DOR OU TAX > 37,8

Data: 04/05/2020

CAMILA PINTO DE MADA

12853CRM

Rua Barão do Rio Branco, 1818, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: CAMILA PINTO DE NADAI

Conselho: 12853CRM

Endereço: Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro

Cidade: Fortaleza

Telefone: (85) 3255-5000

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA

2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

ENDEREÇO: RUA LUIS UCHOA NETO, 88, SANDRA, BOA VIAGEM

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL

TRAMAL 50MG 02 CX

TOMAR 01 CP ATÉ DE 8/8H SE DOR FORTE

DATA: 04/05/2020

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

RG: _____ EMISSOR: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ UF: _____

TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico

Data: _____

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: CAMILA PINTO DE NADAI

Conselho: 12853CRM

Endereço: Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro

Cidade: Fortaleza

Telefone: (85) 3255-5000

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA

2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

ENDEREÇO: RUA LUIS UCHOA NETO, 88, SANDRA, BOA VIAGEM

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL

TRAMAL 50MG 02 CX

TOMAR 01 CP ATÉ DE 8/8H SE DOR FORTE

DATA: 04/05/2020

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

RG: _____ EMISSOR: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ UF: _____

TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico

Data: _____

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

Med Fisio

MEDICINA E FISIOTERAPIA

Dr. Arlindo Florêncio dos Santos CPF: 23368608304 CRM: 4699
Praça Monsenhor José Candido, 106, salas 5,6 e 7. Boa Viagem - CE.
Fones: (88) 3427-7265 (88) 88095219 e (85) 9 96461477

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, e para provas juntas ao INSS que: Joscelio dos Santos Pereira, RG: 97014002747 e CPF: 785.698.853-34 residente na Rua Luís Uchoa Neto 110, nesta cidade.

Paciente vítima de queda de moto, tendo apresentado fratura exposta da tibia direita, tendo realizado cirurgia com fixação interna.

Paciente evoluindo com dores locais e severas limitações, deambulando com ajuda de muletas.

Devida as severas limitações, paciente encontra-se impossibilitado de exercer suas atividades laborativas por (90) noventa dias.

Necessitando de avaliação pericial do INSS.
CIDIO S 82.2

Boa Viagem Ce, 10 de Setembro de 2020

Dr. Arlindo F. Santos
Médico
CRM 4699

AUTENTICAÇÃO	
A presente fotocópia confere com o original exibido. Dou fé.	
GOVC 03	10 SET. 2020
AUTENTICAÇÃO	
N. ID 624360	
() Joaquim Bezerra Sobrinho - Titular () Luis Eduardo Gadelma da Silva - Substituto () Antonia Alves da Sousa - Substituto VALIDO POR QUINTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE	



JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA 42 M
08.09.2020
CLINIC TEC - BOA VIAGEM - CE
RADIOGRAFIA DIGITAL DE FEMUR D EM AP/P

Clinic Tec
Centro de Imagens
(08) 3427-2068 / 98834-8157
99722-5867 / 99444-6243



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. O parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200289639 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA

CPF/CNPJ: 78569885334

Posição em 05-10-2020 08:17:28

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) (

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/08/2020	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
22/09/2020	REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT	📎 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/VZ4DvfqeMW71Vrr7GDF?api_key=xv3QU6G4cejbHm+oZOXCHtpT7Ulj4DEemTteyu1cS1M=)
05/09/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	📎 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/9INOr4+kewG6k3eCAtz?api_key=xv3QU6G4cejbHm+oZOXCHtpT7Ulj4DEemTteyu1cS1M=)
18/08/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	📎 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/514PeSgule+3AhJR5p5eSw?api_key=xv3QU6G4cejbHm+oZOXCHtpT7Ulj4DEemTteyu1cS1M=)

Chat

Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	Atualização do Pagamento Administrativo no DPVAT - Beneficiário(a): JOSCELIO DOS SANTOS PEREIRA - Sinistro: 3200289639
Valor Nominal	R\$ 2.362,50
Indexador e metodologia de cálculo	INPC-IBGE - Calculado pro-rata die.
Período da correção	24/4/2020 a 27/8/2020

Dados calculados

Fator de correção do período	125 dias	1,007387
Percentual correspondente	125 dias	0,738652 %
Valor corrigido para 27/8/2020	(=)	R\$ 2.379,95
Sub Total	(=)	R\$ 2.379,95
Valor total	(=)	R\$ 2.379,95

Memória analítica do cálculo

Valor inicial	2.362,50			
Data inicial	24/4/2020			
Data final	27/8/2020			
Periodicidade	Mensal			
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.			
	Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
	24/4/2020	1/5/2020	-0,0537 (%)	2.361,23
	1/5/2020	1/6/2020	-0,2500 (%)	2.355,33
	1/6/2020	1/7/2020	0,3000 (%)	2.362,39
	1/7/2020	1/8/2020	0,4400 (%)	2.372,79
	1/8/2020	27/8/2020	0,3018 (%)	2.379,95

Acréscimos de juro, multa e honorários

Sub Total	(=)	R\$ 2.379,95
Valor total	(=)	R\$ 2.379,95

Retornar Imprimir