

Águia Assessoria jurídica

Dr. Mamede Adriano Filho OAB/CE: 27490, Cels: (85)988081329(oi);
(85)996298847(tim), Victor Hugo Lima de França, Cels: (85)986824574, (85)987579994
e (85) 30559729 Rua Barão Do Rio Branco, 2027, sala 5, José Bonifácio - Fortaleza-Ce.
CEP: 60.871-170-; e: e-mail – mamedeaf@gmail.com

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Alex de Sousa Lima</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Autônomo</u>	Carteira de Identidade: <u>97027009524</u>	
CPF nº: <u>009.275.423-66</u>	Residência: <u>Rua Amador Bueno, 1120</u>		
Bairro: <u>JARDIM DAS OLIVEIRAS</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CEARA</u>	CEP: <u>60821-040</u>

por este instrumento nomeio e constituo meu bastante procurador Dr. **MAMEDE ADRIANO FILHO**, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB-CE., sob o N°. 27490, com escritório na Rua José Hipólito – 485 – Sala – 09, Centro de Messejana – Fortaleza - CE. CEP – 60.871-170, onde recebe intimações, a quem concede poderes com cláusula **AD JUDICIA e EXTRA JUDICIA** para o foro em geral, conforme estabelecido no art.38 do Código de Processo Civil pátrio acompanhando-as e especialmente para onde esta se apresentar para defender os direitos do outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja autor ou réu, ou reclamar, defender direitos, podendo interpor todos os recursos permitidos, até final sentença, fazer e assinar requerimentos, apresentar documentos e testemunhas, produzir provas e justificações, transigir, desistir, firmar compromissos, acordo, renunciar direitos, **RECEBER E DAR QUITAÇÃO**, passar recibos, representar a outorgante em instituições públicas e privadas, bem como repartições públicas, seja Federal, Estadual ou Municipal, autarquias e fundações, podendo, ainda representar a outorgante e licitações, adjudicar bens, assinar contratos, homologar acordos, e tudo o mais, inclusive substabelecer a presente procuração com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza, 21/10/2020

ALEX de SOUSA LIMA
OUTORGANTE

Águia Assessoria jurídica

**Dr. Mamede Adriano Filho OAB/CE: 27490, Cels: (85)988081329(oi);
(85)996298847(tlm), Victor Hugo Lima de França, Cels: (85)986824574, (85)987579994
e (85) 30559729 Rua Barão Do Rio Branco, 2027, sala 5, José Bonifácio - Fortaleza-Ce.
CEP: 60.871-170-; e: e-mail - mamedeaf@gmail.com**

DECLARAÇÃO

Nome: <u>ALEX DE SOUSA LIMA</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Autônomo</u>	Carteira de Identidade: <u>97027009524</u>	
CPF n°: <u>009.275.423-66</u>	Residência: <u>Rua Amador Bueno, 1120</u>		
Bairro: <u>JARDIM DAS OLIVEIRAS</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>Ceará</u>	CEP: <u>60821-040</u>

Em conformidade com o Art. 4º da Lei 1.060 de 05/02/1950 e o Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, **DECLARO SER POBRE DA FORMA DA LEI**, não podendo arcar com taxas, emolumentos, depósitos judiciais, custas, honorários advocatícios ou outras cobranças de qualquer tipo ou natureza sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

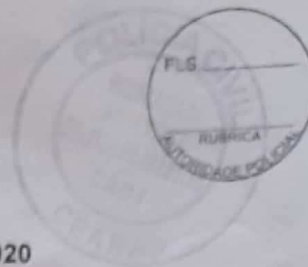
Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza, 24/10/2020.

ALEX DE SOUSA LIMA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 202099986



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 317 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/02/2020 14:34:50**
Data / Hora da Ocorrência: **27/11/2019 19:40:00**
Endereço da Ocorrência: **AV PRESIDENTE JUSCELINO KUBITSCHKE,**
PASSARE - FORTALEZA/CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALEX DE SOUSA LIMA**
Nascimento: **12/03/1983** CPF: **009.275.423-66**
CNH: **06236572120** Orgão Emissor: **DETRAN** UF:
Filiação: **GERALDA DE SOUSA LIMA**
EDIMAR CARVALHO DE LIMA
Endereço: **RUA AMADOR BUENO, 1120**
Bairro: **JARDIM DAS OLIVEIRAS**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **98904-6722**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNW8927** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C6DG2520H0013002 Renavam: **1134646760** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/XTZ150 CROSSER** E Ano
Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **CINZA** Proprietário: **ALEX DE SOUSA LIMA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE, NA DATA DE 27 DE NOVEMBRO DE 2019, POR VOLTA DAS 19:40, TRAFEGAVA PELA AVENIDA PRESIDENTE JUSCELINO KUBITSCHKE, NA MOTOCICLETA YAMAHA/ XIZ150 CROSSER E, PLACA PNW8927. QUANDO, UM VEICULO, CUJA PLACA NÃO SABE INFORMAR NO MOMENTO, AO FAZER UM RETORNO, AVANÇOU A PREFERENCIAL, COLIDINDO COM O DEPOENTE, QUE VEIO A SOLO; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES, OS QUAIS ACIONARAM O SAMU, ATRAVÉS DO CELULAR DO DECLARANTE; QUE A AMBULÂNCIA DO SAMU CONDUZIU-LHE ATÉ O HOSPITAL INSTITUTO JOSÉ FROTA; QUE SOFREU FRATURA EXPOSTA DO JOELHO E FÊMUR ESQUERDOS. E NÃO MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

ALEX de SOUSA LIMA

VISTO DO DELEGADO(A) :

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

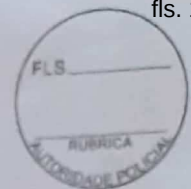
Pág. 1 de 2

Consolidado em: 03/02/2020 14:57:24

Impresso em: 03/02/2020 14:57:24



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 202099986



fls. 11

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 317 / 2020

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702807185496261 Admissão: 27/11/2019 20:45
Nome: ALEX DE SOUSA LIMA
Pront.: 5456133 Data Nasc.: 12/03/1983 Idade: 36 ano(s) 10 mes(es) e 9 dia(s) Tel.: 85 98739-7307
Mãe: GERALDA DE SOUSA LIMA
Sexo: Masculino RG: 00927542366 Município: FORTALEZA
CEP 60520790 Bairro: JARDIM DAS OLIVEIRAS
Endereço: AMADOR BUENO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador MARIA DE NAZARE P UCHOA COREN:43995 Horário 27/11/2019 20:47
Queixa: LESAO SANGRANTE MIE ,ECG15

Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA

Discriminador: ESCORE6

Autoagressão: Não

Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: AMANDA PROGENIO DOS SANTOS CRM: 43995 Nº: 578825 Horário 27/11/2019 21:34

Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: PROCEDIMENTO

Hipótese Diagnóstico: FRATURA DO FEMUR

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, RELATA TRAUMA HOJE

QUEIXA DE DOR EM COXA E JOELHO ESQ;

NEUROVASCULAR PRESERVADO EM MIE

APRESENTA SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE EM FACE LATERAL DA COXA ESQ (APROX. 5 CM)

SOLICITO RX PARA REAVALIAÇÃO

SERVIÇO DE PROTOCOLO - N.
FAC TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 21 / 01 / 2020
MATRICULA 51022
Márcia Farias

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 27/11/2019 23:37

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data		Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
27/11/201	20:47	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	ESCORE6	LARANJA	MARIA DE NAZARE P UCHOA



Av. Humberto Monte, 1440 - Parquelândia - CEP: 60450-000
 Telefone: (85) 3283.4784 / 98800.0778

RECEITUÁRIO

LAUDO

Receitei Alex de Souza
 Linhares, 20 anos, brasileiro, casado, em
 27/11/2019, submetido a tra-
 tamento cirúrgico com a
 técnica de fixação e enfor-
 tado com uma placa de fixação
 com 4 parafusos, sendo 75% por os-
 seificação e 25% por material
 de síntese, com boa evolução
 e sem complicações, sendo
 a cirurgia definitiva.
 CID: S72.4 e S72.

Dr. João Batista Gomes da Silva
 Médico - CRM: 5155
 CPF: 228.775.923-91

Fortaleza,

18/05/2020

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: ALEX DE SOUSA LIMA
 Idade: 36 ano(s) 10 mes(es) e 1 dia(s) Sexo: Masculino Pront.: 5456133
 Endereço: AMADOR BUENO Bairro: JARDIM DAS OLIVEIRAS
 Num: 1120 CEP: 60520790 UF: CEARÁ Cidade: FORTALEZA

Localização

Clinica: UNIDADE 12 Enfermaria: 121 Leito: 1212
 Internação 27/11/2019 17:52 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE, 36 ANOS, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 27/11/19 (SIC), SENDO ADMITIDO NESTE SERVIÇO, VIA SAMU, COM FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO. NEUROVASCULAR PRESERVADO DO MEMBRO ACOMETIDO. SUBMETIDO A CIRURGIA DE URGÊNCIA COM APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR E PARAFUSOS NO FÊMUR DISTAL ESQUERDO PARA FECHAMENTO DA ARTICULAÇÃO.

Exames Realizados

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

Terapêutica Utilizada

OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO COM DR. JONATAS BRITO, SEM

Sequelas Apresentadas

DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO ARTICULAR DO JOELHO ESQUERDO, COM NECESSIDADE DE FISIOTERAPIA PRECOCE PARA MOBILIZAÇÃO DA ADM DO JOELHO

Diagnóstico

S724 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S724	FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR
Não	S723	FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
Não	S72	FRATURA DO FEMUR

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 13/01/2020

Observações Complementares

ORIENTO NECESSIDADE DE FISIOTERAPIA PRECOCE DO JOELHO ESQUERDO COM MOBILIDADE ATIVA E PASSIVA. RETORNO AMBULATORIAL EM 2 SEMANAS P/ DR. JONATAS BRITO

Responsável

Médico: CAIO DA SILVEIRA JALES

Data: 13/01/2020

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050519	Urgência	28/11/2019 02:15	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	JONATAS BRITO DE ALENCAR NETO
Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050624	Procedimento Eletivo	09/01/2020 13:00	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILIANA DO FEMUR (METAFISE DISTAL)	JONATAS BRITO DE ALENCAR NETO

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

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702807185496261 Admissão: 27/11/2019 20:45
 Nome: ALEX DE SOUSA LIMA
 Pront.: 5456133 Data Nasc.: 12/03/1983 Idade: 36 ano(s) 10 mes(es) e 9 dia(s) Tel.: 85 98739-7307
 Mãe: GERALDA DE SOUSA LIMA
 Sexo: Masculino RG: 00927542366 Município: FORTALEZA
 CEP 60520790 Bairro: JARDIM DAS OLIVEIRAS
 Endereço: AMADOR BUENO

EXAME

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

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

PRESCRIÇÃO

Médico: AMANDA PROGENIO DOS SANTOS CRM 20203 27/11/19 22:29

Prescrição	Horário:
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
ORIENTAÇÕES EXTRAS TETANOPROFILAXIA	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H SN	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 20ML/3MIN SN	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H SN	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN SE NAUSEA OU VOMITO	
CLINDAMICINA 150MG/ML (600MG) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 100ML/H	
CIPROFLOXACINA 2MG/ML (200MG) - BOLSA ADMINISTRAR 2 BOLSA / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H .	
ORIENTAÇÕES EXTRAS TETANOPROFILAXIA	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
DIETA ZERO - OUTRO	

SERVIÇO DE PROTOCOLO
 PARTIRADA
 PELO SISTEMA E-SUS
 DATA 21 / 01 / 2020
 MATRICULA 51022
 SERVIDOR(A) 2

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

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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MAMEDE ADRIANO FILHO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 22/10/2020 às 15:55, sob o número 02602524220208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0260252-42.2020.8.06.0001 e código 78A04DC.

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702807185496261

Admissão: 27/11/2019 20:45

Nome: ALEX DE SOUSA LIMA

Pront.: 5456133 Data Nasc.: 12/03/1983 Idade: 36 ano(s) 10 mes(es) e 9 dia(s) Tel.: 85 98739-7307

Mãe: GERALDA DE SOUSA LIMA

Sexo: Masculino

RG: 00927542366

Município: FORTALEZA

CEP 60520790

Bairro: JARDIM DAS OLIVEIRAS

Endereço: AMADOR BUENO

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL☐ Alta. Conduta☐ Observação☐ Referência para:☐ ÓbitoARQUIVO DE PROTOCOLO - 10
FAC TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 21 / 01 / 2020
MATRICULA 51022*João Frota*



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Alex de Sousa Lima** - C.P.F. - **009.275.423-66**, no dia **27/11/2019**, às **20h06min**, na **Avenida Presidente Juscelino Kubitschek**, no **Bairro Passaré**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido pela Sra. **Maria Francisca Albano Lima** por meio do Processo nº **P989822/2019**.

Fortaleza, 17 de Dezembro de 2019.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

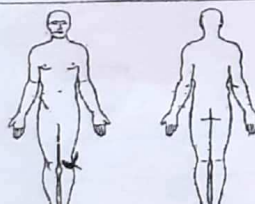
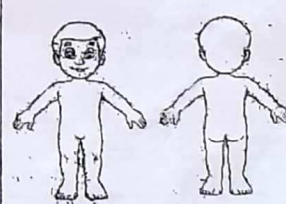
VEÍCULO: USB M-02 PONTO DE APOIO: casa 2614-5 Nº DA OCORRÊNCIA: 0945
DATA: 27/11/2019 TURNO: 8 IN EQUIPE: Edigley e Cleiton
NOME: Alex Sousa Lima IDADE: 32 anos SEXO: Masculino
ENDEREÇO: Av. Juscelino Kubitschek 3300
REFERÊNCIA: Imob da Paulo Rocha BAIRRO: Passagem
QTY: 20:01 QUS: 20:06 - 20:28 QUY: 20:43 QUU: 21:25
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão carro x moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO ☐ NÃO RESPONSIVO	☒ PRESENTE ☐ AUSENTE	☒ PRESENTE ☐ AUSENTE
☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS	POR: _____	
A Vitalidade		
B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO ☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/AUSENTE	INSPEÇÃO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____ PALPAÇÃO / PERCUSSÃO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____ AUSCULTA ☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____
C Circulação	PULSO ☒ NORMOCÁRDICO ☐ TRAQUICÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO LOCAL: _____ ☐ CHEIO ☐ FILIFORME ☐ IMPALPÁVEL	PELE ☒ CORADA ☐ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA ☐ SUDOREICA ☐ SECA ☐ QUENTE ☐ FRIA ENCHIMENTO CAPILAR ☒ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg SANGRAMENTO EXTERNO ☒ SIM ☐ NÃO

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA ☒ 4 À VOZ ☐ 3 À DOR ☐ 2 NENHUMA ☐ 1	ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2 NENHUMA ☐ 1	OBEDECE A COMANDOS ☒ 6 LOCALIZA A DOR ☐ 5 MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4 FLEXÃO ANORMAL ☐ 3 EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2 NENHUMA ☐ 1
TOTAL: 15		
PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS		

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
	Dr. Otavio Luis Gualbe Fratura exposta de patela esquerda com estilhaço ósseo	

SAMPLA

FC: 70	PA: 140/90	FR: 18	GLIC.: —	OXIM.: —	TEMP.: —
--------	------------	--------	----------	----------	----------

Atendimento prestado ao solo em via pública. Este paciente com
mente acurado verbalizando e alerta. O mesmo foi acompanhado por uma
mãe muito relata que portava capote de metal por a retirado
e ele não sente, mas a vomita. O mesmo refere fratura de
patela no joelho esquerdo exposta com estilhaço ósseo e sangue
saindo pelo local de lesão e alguns estilhaços ósseos
saindo pelo corpo.

ASS. /CRM:

[illegible]

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

UNIDADE DE SAÚDE: 1.5.F Centro BOLETIM EMERG: _____

☐ LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO: _____

☐ ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE

ACIEN TE ACOMPANHADO: ☐ SIM ☒ NÃO

SS. DO RESPONSÁVEL: _____

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO: _____

Assistência Própria dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente

EM: 11 às 12 hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

ESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

OCAL:

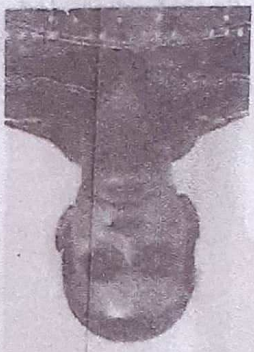
EM: / /

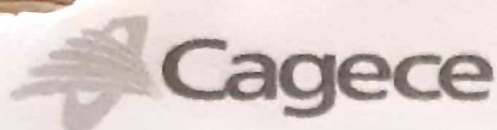
SS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

U, _____ RG /CPF _____
DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO
AMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

SSTNATURA:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL	
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARROSA DE SOUSA	
ESTADO DO CEARÁ	
Polegar Direito	
	
	
ALEX DE SOUSA ALI' MMA	
CARTÃO DE IDENTIDADE	
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	97027009524
DATA DE EXPIRAÇÃO	21/09/2009
ALEX DE SOUSA LIMA	
EDIMAR CARVALHO DE LIMA	
GERALDA DE SOUSA LIMA	
FORTALEZA - CE	
DATA DE NASCIMENTO	
12/03/1983	
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: ANT	
BEZERRA TERMO: 54071 FOLHA: 152	
LIVRO: A-48 FORTALEZA - CE	
CPF: 009.275.423-66	
2 VIA	
ASSINATURA DO EMISSOR	
P.: 1	



Nº de Inscrição:

005491177

DADOS DO CLIENTE

Nome: ALEX DE SOUSA LIMA

End. Entrega: RUA AMADOR BUENO, 1120, JARDIM DAS OLIVEIRAS

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60821-040

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001

Setor: 046

Quadra: 0211

Lote: 0552

Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^o	Média Semestral (m ³)
ÁGUA	A09F188337	898	904	6	7

DATAS

Leitura Atual: 07/12/2019

Emissão: 07/12/2019

Lacre Água: 4105653

Leitura Anterior: 08/11/2019

Próxima Leitura: 08/01/2020

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 10/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	526	526	125	526	526
Analisadas	528	527	528	528	528
Em conformidade	527	526	518	516	528

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 6 m³ | META: 10 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

Evite incêndios. Regularize-se junto ao Corpo de Bombeiros.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)

HISTÓRICO DE VOLUME

ÁGUA

28,30

Mês/Ano | Água (m³) | Esgoto (m³)



(/)



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

SINISTRO 3200109969 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ALEX DE SOUSA LIMA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO ALEX DE SOUSA LIMA

CPF/CNPJ: 00927542366

Posição em 21-10-2020 13:20:44

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
31/03/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
28/07/2020	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
---------------	------------	-----------