



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO DISTRICTAL DO MONDUBIM  
ALEXANDRA JACKELINE MOURA ROLIM SILVA - OFICIALA INTERINA  
SUBSTITUTA: SARAH PHILOMENO PONTES  
CNPJ: 74.189.895/0001-90 - Rua Clemente Silva, Nº 251 A - Mondubim - CEP: 60.711-445 - Fortaleza - CE  
Tel: (85) 3296.2821 / 3467.0769 - E-mail: cartoriodemondubim@hotmail.com.br  
Reconheço por autenticidade a firma indicada de  
JACKSON AMADEU MARINHO  
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.  
Fortaleza, 20 de junho de 2018. Em test. da verdade.  
Valdélia Maria Cavalcante de Sousa (Escrivente Autorizada)  
Valor Total R\$ 4,16

Confira os dados do ato em:  
selodigital.tjce.jus.br/portal

aid

bria

E 28.394

19955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: [najma.said.adv@gmail.com](mailto:najma.said.adv@gmail.com)

### PROCURAÇÃO

|                |                          |              |           |
|----------------|--------------------------|--------------|-----------|
| OUTORGANTE     | Jackson Amadeu Marinho   |              |           |
| NACIONALIDADE  | brasileiro               | NATURAL      | +         |
| RG             | 2006009133526            | ESTADO CIVIL | casado    |
| CPF            | 036.526.113-06           | PROFISSÃO    | timeteloy |
| ENDEREÇO       | Vl. Julia nº 11          |              |           |
| BAIRRO         | Maraponga                | CEP          | 60712-040 |
| MUNICIPIO / UF | Fortaleza/CE             |              |           |
| FONES          | (85) 86053652 / 85972891 |              |           |
| E-MAIL         | -                        |              |           |

**OUTORGADA:** NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo – Fortaleza – CEP 60.325-700.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicia 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, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber 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.

20 JUN. 2018

FORTALEZA (CE), \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

*Jackson Amadeu Marinho*  
outorgante







# Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: [najma.said.adv@gmail.com](mailto:najma.said.adv@gmail.com)

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Jackson Amadeu Marinho, Brasileiro(a),  
casado, motoboy, portador da Carteira de  
Identidade/RG nº 2006009133526 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o  
nº 036.526.113-06, residente e domiciliado na cidade de  
Fortaleza, estado Ceará, na Rua  
Vl. Selia, Nº 11, Maraponga,  
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), 12 de Dezembro de 2018.

Jackson Amadeu Marinho

Declarante





# Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: [najma.said.adv@gmail.com](mailto:najma.said.adv@gmail.com)

## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Jackson Amadeu Maranhão, brasileiro(a),  
casado, motoboy, portador(a) do RG nº  
2006009133526, inscrito no CPF sob nº  
036.526.113-06, residente e domiciliado no endereço  
Ul. Julia nº 03 bairro Maraponga.

Declaro para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que tem total e plena consciência da propositura da **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT**, em seu nome e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não propõe 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. NAJMA MARIA SAID SILVA**, brasileira, solteira, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 28.394, com escritório profissional a Rua Antônio Drumond, nº 1051, bairro Monte Castelo, CEP 60.325-700, Fortaleza-CE, 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), 12 de Dezembro de 2018

Jackson Amadeu Maranhão

Declarante.

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:





# Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: [najma.said.adv@gmail.com](mailto:najma.said.adv@gmail.com)

## DECLARAÇÃO

Eu, Jackson Amadeu Marinho,  
Brasileiro(a), casado, portador da cédula de Identidade N°  
2006009133526 E CPF N° 036.526.113-06, capaz,  
nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:  
Vl. Julia me ss bairro maracanga

na Cidade de Fortaleza, Estado Ceará, CEP  
60712-040, 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, 12, de Dezembro, de 2018.

Jackson Amadeu Marinho

DECLARANTE



# Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: [najma.said.adv@gmail.com](mailto:najma.said.adv@gmail.com)

## DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

|           |                         |                |                         |
|-----------|-------------------------|----------------|-------------------------|
| Nome:     | Jackson Amadeu Maranhão | Nacionalidade: | Brasileira              |
| Endereço: | Vl Julia no 11          | Profissão:     | motoboy                 |
| CPF nº:   | 036.526.113-06          | RG n°:         | 2006009133526           |
| Bairro:   | Marapenga               | Cidade:        | Fortaleza/ce            |
| CEP:      | 60712-040               | Estado Civil:  | casado                  |
|           |                         | Estado:        | CE                      |
|           |                         | Telefone:      | (85) 86053652/85972891/ |

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTOS, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o (a) acima qualificado (a) DECLARO(A), sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia 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 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, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente:

Fortaleza, 12 de Dezembro de 2018

Jackson Amadeu Maranhão

Assinatura

Lei Nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983

O PRESIDENTE DA REPUBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, hominímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.

Paragrafo único – O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em Processo Penal.

Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na Legislação aplicável.

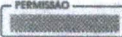
Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.

Brasília, e, 29 de Agosto de 1983: 162º da Independência e 95º da República.

João Figueiredo / Ibrahim Arbi-Ackel / Hélio Beltrão

|                                                                                                                                   |                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL<br>MINISTÉRIO DAS CIDADES<br>DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO<br>CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO |                                                                                          |
| NOME<br><b>JACKSON AMADEU MARINHO</b>                                                                                             |                                                                                          |
|                                                  | DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF<br>2006009133526 SSP CE                                |
|                                                                                                                                   | CPF<br>036.526.113-06                                                                    |
|                                                                                                                                   | DATA NASCIMENTO<br>07/04/1992                                                            |
|                                                                                                                                   | FRMÇÃO<br>FRANCISCA LEUDA<br>MARINHO DUARTE                                              |
| PERMISSÃO<br>                                    | ACC<br> |
| CALHAS<br>AB                                                                                                                      |                                                                                          |
| 1º REGISTRO<br>05318676107                                                                                                        | VALIDADE<br>22/06/2021                                                                   |
|                                                                                                                                   | 1ª HABILITAÇÃO<br>04/10/2011                                                             |
| OBSERVAÇÕES<br>EXERCE ATIV REMUNERADA;                                                                                            |                                                                                          |
| Assinatura do Portador: <i>Jackson Amadeu Marinho</i><br>ASSINATURA DO PORTADOR                                                   |                                                                                          |
| LOCAL<br>FORTALEZA, CE                                                                                                            | DATA EMISSÃO<br>24/06/2016                                                               |
| Assinatura do Emissor: <i>Igor Vasconcelos Ponte</i><br>IGOR VASCONCELOS PONTE<br>ASSINATURA DO EMISSOR                           |                                                                                          |
| DETRAN CE (CEARA)                                                                                                                 |                                                                                          |

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

~~03 SET 2018~~  
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018







Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 525614216

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

fls. 23

Esta é a segunda via de

MAI/2018

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE  
**8940073** DV **9**

VENCIMENTO  
**23/05/2018**

TOTAL A PAGAR (R\$)  
**51,24**

Rota 11 01210 43 0267400

Nome JACKSON AMADEU MARINHO

Endereço Postal

Medidor

4055702

Poste

1000 0

End. da Unidade  
Consumidora

VL JULIA 00011 MARAPONGA FORTALEZA 60712040

RG / CPF / CNPJ 036.526.113-06

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

### INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 17912 17843 1 69 0 69

### DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA  
CONSUMO

Quantidade Tarifa Valor (R\$)  
69 0,71825 49,55

### DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/  
Apresentação

16/05/2018

Prev. Próxima  
Leitura

18/06/2018

### ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

66CE.3115.5B37.A3F5.3386.0A74.7440.3CA9

### ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto  
49,55 27% 13,37

### COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 18,67  
TRANSMISSÃO 1,99  
DISTRIBUIÇÃO 10,64  
ENCARGOS SETORIAIS 2,85  
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 15,40

### INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

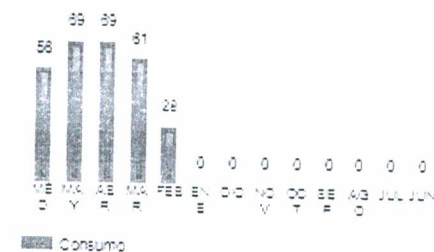
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 13,73

Conjunto BONSUCESSO

Mês MAR/ 2018

|          | Padrão Individual |       |       | Apuração Individual |       |       |
|----------|-------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
|          | Mensal            | Trim. | Anual | Mensal              | Trim. | Anual |
| DIC (h)  | 5,07              | 10,15 | 20,30 | 1,92                | 1,92  | 0,00  |
| FIC (un) | 3,17              | 6,35  | 12,70 | 1,00                | 1,00  | 0,00  |
| DMIC (h) | 2,86              |       |       | 1,92                |       |       |

### HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



### CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)

0 100

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

8940073-9

Nº da Nota Fiscal: 525614216

Total a Pagar (R\$): 51,24

Data de Emissão:

20/06/2018

Referência: MAI/2018

Nº de Controle: 0008940073 00004 4307 2 73

83860000000-0 51240031000-2 00089400730-0 00044307231-0



LIBIA CORRETORA DE SEG

03 SET 2018  
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

ASS: 20 SET. 2018

AM





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1777 / 2018**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **20/04/2018 08:01:24**  
Data / Hora da Ocorrência: **06/03/2018 10:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA CONSELHEIRO LAFAYETE C/**  
Complemento: **RUA JANDIRA**  
Bairro: **JARDIM IRACEMA** Município: **FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência: **PROX A UMA DISTRIBUIDORA**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **JACKSON AMADEU MARINHO**  
Nascimento: **07/04/1992** CPF: **036.526.113-06**  
RG: **2006009133526** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **FRANCISCO LEUDA MARINHO DUARTE**  
**NC**  
Endereço: **VILA JULIA , 11**  
Bairro: **MARAPONGA**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.712-040**  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98605-3652**

**Dados do(s) Veículo(s)**

- 1) Placa: **NQZ1359** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BGSA1910AB167739** Renavam: **171158989** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **CHEVROLET/CLASSIC** Ano Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **STEFESSON RODRIGUES MAIA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **NUN8229** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1670BR333715** Renavam: **279958439** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **JACKSON AMADEU MARINHO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

**Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA NUN-8229-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA CONSELHEIRO LAFAYETE; QUE UM OUTRO VEICULO DE PLACAS NQZ-1359, AVANÇOU A PREFERENCIAL, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM A MOTO DA VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTELO DO ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE.//  
OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.  
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO DISTRICTAL DO MONDUBIM  
ALEXANDRA JACKELINE MOURA ROLIM SILVA - OFICIAL INTERINA  
SUBSTITUTA: SARAH PHILOMENO PONTES  
CNPJ: 74.189.895/0001-90 - Rua Clemente Silva, Nº 251 A - Mondubim - CEP: 60.711-445 - Fortaleza - CE  
Tel: (85) 3296.2821 / 3467.0769 - E-mail: cartoriomondubim@hotmail.com.br  
Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta serventia, que confere com o original. Dou fé.  
Fortaleza, 20 de junho de 2018.  
Em testemunho da verdade  
Valdelia Maria Cavalcante de Sousa - Escrevente Autorizada  
Valor Total R\$ 2,35

**POLICIAL**

**LIRIA CORRETORA DE SEG. LTDA**

**03 SET 2018**  
**LIRIA CORRETORA DE SEG. LTDA**  
Pág. 1 de 2

**20 SET 2018 11:45**

**Ass: Sen elio**







# GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 26

FLS. \_\_\_\_\_

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1777 / 2018

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Andressa Amadeu Marinho*

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO DISTRITAL DO MONDUBIM  
ALEXANDRA JACKELINE MOURA ROLIM SILVA - OFICIALA INTERINA  
SUBSTITUTA: SARAH PHILOMENO PONTES  
CNPJ: 74.189.895/0001-90 - Rua Clemente Silva, Nº 251 A - Mondubim - CEP: 60.711-445 - Fortaleza - CE  
Tel: (85) 3296.2821 / 3467.0769 - E-mail: cartoriomondubim@hotmail.com.br  
Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta  
serventia, que confere com o original. Dou fé.  
Fortaleza, 20 de junho de 2018.

Em testemunho da verdade  
Valdelia Maria Cavalcante de Sousa (Escrevente Autorizada)  
Valor Total R\$ 2,35

Confira os dados do ato em:  
seledigital.tjce.jus.br/portal



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

03 SET 2018  
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Assinatura

Pág. 2 de 2

Impresso em: 20/04/2018 08:11:45

6 Relatório Médico - Invalidez por Acidente

A ser preenchido pelo médico assistente do segurado

|                    |                       |                                                                  |                                          |                                 |
|--------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------|
| Data do acidente   | 06/03/2018            | Internou-se para tratamento em virtude do acidente que o vitimou | <input checked="" type="radio"/> Clínico | <input type="radio"/> Cirúrgico |
| Data da internação | 06/03/2018            | JACKSON AMADREU                                                  |                                          |                                 |
| Nome hospital      | FERTINHA ANT. BEZERRA | Data da alta hospitalar                                          | 06/03/2018                               |                                 |

Encontrou no segurado outros defeitos físicos, moléstias ou doenças existentes antes da data do acidente?  
Cite especificando lesões/doenças e o percentual de perda funcional.

NÃO

Quais os tratamentos que o segurado foi submetido até a data indicada acima? REDUÇÃO INCRUENTE DE LIXAÇÃO ESCAPULO UMERAL ESQ E TORNOZELO ESQ. + IMOBILIZAÇÃO. 543 01 S-93

|                                                                                           |                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Foram esgotados todos recursos terapêuticos visando a recuperação do paciente? Justifique | Data da definição da(s) seqüela(s) |
| SIM                                                                                       | 05/07/2018                         |

|                                                                                                        |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Descrição da seqüela permanente com perda funcional causada pelo acidente de que o segurado foi vítima | Grau (mínimo, médio ou máximo) ou percentual |
| INCAPACIDADE FUNCIONAL DO OMBRO ESQ                                                                    | 40%                                          |
| INCAPACIDADE FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQ                                                                | 30%                                          |
| DEBILIDADE MOBILIZAÇÃO + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS                                                      |                                              |

|                            |                              |                             |      |
|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|------|
| Nome do médico responsável | LIBIA BATISTA GOMES DA SILVA | CRM                         | 5155 |
| Local                      | FORTALEZA - CE               | Firma reconhecida do médico |      |
| Data                       | 05/07/2018                   |                             |      |
| Assinatura / carimbo       |                              |                             |      |

PÁGINA 2/2

Mod. 230/058 - Maio/06

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

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

Assi

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 21/12/2018 às 09:04, sob o número 018888393720188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0188839-37.2018.8.06.0001 e código 422D015.





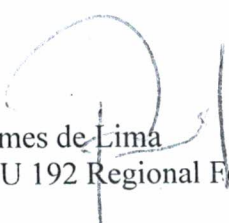
## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Jackson Amadeu Marinho**, no dia **06/03/2018**, às **11h14min**, na **Rua Conselheiro Lafayette** no **Bairro Barra do Ceará**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P240055/2018**.

Fortaleza, 22 de junho de 2018.

Atenciosamente,

  
Roberto Gomes de Lima  
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza

  
Maurício Lopes Alves  
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

ASS:

**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU**Prefeitura de  
**Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde**TERMO DE ENTREGA****PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Conforme processo nº **P240055/2018**, estamos entregando ao Sr. **Jackson Amadeu Marinho**, CPF: **036.526.113-06**, cópia do Prontuário de Atendimento realizado pelo SAMU 192 Regional Fortaleza, no dia **06/03/2018**.

Fortaleza, 22 de Junho de 2018.

Atenciosamente,

Dr. Francisco Rômulo Sampaio Lira  
Coord. do Setor Médico do SAMU 192 Regional Fortaleza.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

Ass:

Nome do solicitante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data do recebimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_





SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

 Prefeitura de  
**Fortaleza**  
 Secretaria Municipal de Saúde

## PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USB 96 PONTO DE APOIO: DVO (CSA) Nº DA OCORRÊNCIA: 0299  
 DATA: 001.03.2018 TURNO: MT EQUIPE: KADSON + LUIZA  
 NOME: JACKSON amadeu marinho IDADE: 25 SEXO: M  
 ENDEREÇO: RUA CONSELHEIRO LAFAIETE Nº 1010  
 REFERÊNCIA: PROX: ATACADÃO DA BARRA BAIRRO: BARRA DO CEARÁ  
 QTY: 12:00 QUS: 12:11 QUR:  QUY: 12:24 QUU:   
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: COLISÃO CARRO X MOTO

## RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

## RESPOSTA AO CHAMADO

☒ RESPONSIVO  
☐ NÃO RESPONSIVO

## EXPANSÃO TORÁCICA

☐ PRESENTE  
☐ AUSENTE

## PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

☐ PRESENTE  
☐ AUSENTE

A

vias aéreas

☐ PÉRVEAS☐ OBSTRUÍDAS

POR: \_\_\_\_\_

B

respiração

## PADRÃO RESPIRATÓRIO

☐ EUPNEICO  
☐ TAQUIPNEICO  
☐ BRADIPNEICO  
☐ AGÔNICA/AUSENTE

## INSPEÇÃO

☐ NORMAL  
☐ ALTERADA: \_\_\_\_\_

## PALPAÇÃO/PERCUSSÃO

☐ NORMAL  
☐ ALTERADA: \_\_\_\_\_

## AUSCULTA

☐ NORMAL  
☐ ALTERADA: \_\_\_\_\_

C

circulação

## PULSO

☐ NORMOCÁRDICO  
☐ TAQUICÁRDICO  
☐ BRADICÁRDICO

☐ CHEIO  
☐ FILIFORME  
☐ IMPALPÁVEL

LOCAL: \_\_\_\_\_

## PELE

☐ CORADA  
☐ PÁLIDA  
☐ CIANÓTICA  
☐ SUDOREICA  
☐ SECA  
☐ QUENTE  
☐ FRIA

## ENCHIMENTO CAPILAR

☐ ≤ 2 seg  
☐ > 2 seg

## SANGRAMENTO EXTERNO

☐ SIM  
☐ NÃO

D

neuroológico

## ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

## ABERTURA OCULAR

 ESPONTÂNEA ☐ 4  
 À VOZ ☐ 3  
 À DOR ☐ 2  
 NENHUMA ☐ 1

TOTAL: \_\_\_\_\_

## RESPOSTA VERBAL

 ORIENTADO (A)/SORRI (P) ☐ 5  
 CONFUSO (A)/CHORO CONSOLÁVEL (P) ☐ 4  
 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A)/INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3  
 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A)/GEMENTE (P) ☐ 2  
 NENHUMA ☐ 1

## RESPOSTA MOTORA

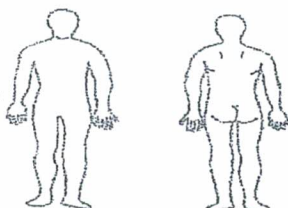
 OBEDECE A COMANDOS ☐ 6  
 LOCALIZA A DOR ☐ 5  
 MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4  
 FLEXÃO ANORMAL ☐ 3  
 EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2  
 NENHUMA ☐ 1

 PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)  
☐ ALTERADAS: \_\_\_\_\_

E

exposição

## ADULTO



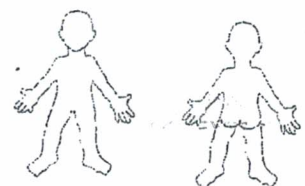
## LESÕES

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

Ass: \_\_\_\_\_

## PEDIÁTRICO



## SAMPLA

 FC: 113 PA: x FR: 20 GLIC.:  OXIM.: 97% TEMP: 

História de colisão carro - moto, queda sincope  
 no momento comumente orientado. Refere dor  
 no ombro esq + braço esq



| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                |                                                                                                 | CHECAGEM                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| ASS./CRM:                                                                                        |                                                                                                 |                                       |
| ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS                                                                     |                                                                                                 |                                       |
|                                                                                                  |                                                                                                 |                                       |
| ASS./COREN:                                                                                      |                                                                                                 |                                       |
| ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM                                                               |                                                                                                 |                                       |
|                                                                                                  |                                                                                                 |                                       |
| ASS.: <i>Kabson</i>                                                                              |                                                                                                 |                                       |
| DESTINO DO PACIENTE                                                                              |                                                                                                 |                                       |
| UNIDADE DE SAÚDE: _____                                                                          |                                                                                                 | BOLETIM EMERG: _____                  |
| <input type="checkbox"/> LIBERADO <input type="checkbox"/> RECUSA                                | <input type="checkbox"/> REMOVIDO POR TERCEIROS                                                 | <input type="checkbox"/> OUTRO: _____ |
| <input type="checkbox"/> ÓBITO → <input type="checkbox"/> NO LOCAL                               | <input type="checkbox"/> DURANTE O TRANSPORTE                                                   |                                       |
| PACIENTE ACOMPANHADO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                  | ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:                                                           |                                       |
| ASS. DO RESPONSÁVEL:                                                                             | Daniel Ayremoraes Batista<br>Médico<br>Ortopedia e Traumatologia<br><small>CREMEQ-12833</small> |                                       |
| EM: <u>06/07/2018</u> às _____                                                                   |                                                                                                 |                                       |
| COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES                                                                |                                                                                                 |                                       |
| RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:                                                                    |                                                                                                 |                                       |
| DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:                                                                  |                                                                                                 |                                       |
|                                                                                                  |                                                                                                 |                                       |
| LOCAL: _____                                                                                     |                                                                                                 |                                       |
| ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: _____                                                      |                                                                                                 |                                       |
| EM: ____/____/____                                                                               |                                                                                                 |                                       |
| TERMO DE RECUSA                                                                                  |                                                                                                 |                                       |
| EU, _____, RG/CPF _____                                                                          |                                                                                                 |                                       |
| DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO |                                                                                                 |                                       |
| PELO SAMU EM: ____/____/____, às _____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.  |                                                                                                 |                                       |
| ASSINATURA: _____                                                                                |                                                                                                 |                                       |



**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

|                                                                                                                                                                                                                            |                                                         |                                             |                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>DADOS PESSOAIS</b>                                                                                                                                                                                                      |                                                         | Nº DO PRONTUÁRIO<br>160500                  | Nº DO BE<br>200488                                  |
| DO PACIENTE<br>CKSON AMADEU MARINHO                                                                                                                                                                                        | NASCIMENTO<br>07/04/1992(25 ANOS)                       | SEXO<br>M                                   | RACIA/COR<br>PARDO                                  |
| MAE<br>RANISCA LEUDA MARINHO DUARTE                                                                                                                                                                                        | NOME RESPONSÁVEL<br>SAMU FORTALEZA                      | CEP<br>NI                                   | UF<br>CE                                            |
| REÇO<br>JA, RUBENS MONTE 407 CASA 11 JARDIM CEARENSE MARAPONGA                                                                                                                                                             | MUNICÍPIO<br>FORTALEZA                                  |                                             |                                                     |
| <b>OCORRÊNCIA</b>                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                             |                                                     |
| AL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE                                                                                                                                                                              |                                                         |                                             |                                                     |
| <b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b>                                                                                                                                                                                              |                                                         |                                             |                                                     |
| OLISAÇÃO MOTO CARRO REFERE DOR NO OMBRO ESQ E TORNOZELO ESQ                                                                                                                                                                | MOTIVO<br>ACIDENTE DE MOTO                              | ESCALA DE DOR<br>99 (ADULTO)                |                                                     |
| <b>SINAIS VITAIS</b>                                                                                                                                                                                                       |                                                         |                                             |                                                     |
| PRESSÃO ARTERIAL<br>NI/NI                                                                                                                                                                                                  | SAT O2<br>NI%                                           | PULSO<br>NI                                 | GLICEMIA<br>NI                                      |
| ALÉRGICAS<br>NI                                                                                                                                                                                                            | RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO<br>MARIA GOMES DE CASTRO |                                             | DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO<br>06/03/2018 11:34:53 |
| <b>ÁREA ATENDIMENTO</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                         |                                             |                                                     |
| <b>ATENDIMENTO MÉDICO</b>                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                                             |                                                     |
| <p><i>Perfuração costal do acidente de moto<br/>1º dor no ombro (E) e tornozelo (E)</i></p>                                                                                                                                |                                                         |                                             |                                                     |
| <b>AGNOSTICO</b>                                                                                                                                                                                                           |                                                         | COD. PROCEDIMENTO                           | CID                                                 |
| ADT SOLICITADO:<br>( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRANIO ( ) RAIO-X                                                                                                                                                 |                                                         | ( ) OUTROS                                  |                                                     |
| <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                                                                                                                                                                                   |                                                         | <b>APRAZAMENTO</b>                          | <b>OBSERVAÇÕES</b>                                  |
| <p><i>Re de ombro (E) ad vendolun</i><br/> <i>Re de tornozelo (E) ad</i><br/> <i>Re de tornozelo (E) ad/pupl</i><br/> <i>Re de pé (E) ad/ohfr</i></p>                                                                      |                                                         |                                             |                                                     |
| <b>TIPO DE ALTA/SAÍDA</b>                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                                             |                                                     |
| ALTA/SAÍDA<br>( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS<br>DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL<br>DATA E HORA DO ATENDIMENTO |                                                         |                                             |                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                            |                                                         | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA |                                                     |

Impresso por MARIA GOMES DE CASTRO em 06/03/2018 às 11:34:57  
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.

*Re sem fraturas*  
*CD. Am + entranhas*

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA  
**ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL**

*[Assinatura]*  
**Marcia Ramos**  
Mat. 45632  
Coordenador do SAME - HDEAM

JACKSON AMADEU MARINHO

**LIBIA CORRETORA DE SEG. LT.**

**03 SET 2018**

**LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.**

**20 SET. 2018**

*[Assinatura]*  
**Daniel Ayre Moraes Batista**  
Médico  
Ortopedia e Traumatologia  
CRMFC: 13633

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 21/12/2018 às 09:04, sob o número 01888393720188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0188839-37.2018.8.06.0001 e código 422D016





Prefeitura de  
Fortaleza

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

fls. 34

## REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

OK

|                                                  |                                                   |                                                               |                   |                                                     |                    |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------|--------------------|
| NOME DO PACIENTE<br>JACKSON AMADEU MARINHO       |                                                   | DADOS PESSOAIS                                                |                   | Nº DO PRONTUÁRIO<br>5068077                         | Nº DO BE<br>263791 |
| CADUS                                            | NASCIMENTO<br>07/04/1992(25 ANOS)                 | SEXO<br>M                                                     | RAÇA/COR<br>PARDO |                                                     |                    |
| NOME MÃE<br>FRANCISCA LEUDA MARINHO DUARTE       | NOME RESPONSÁVEL<br>NI                            | MUNICÍPIO<br>FORTALEZA                                        |                   | UF<br>CE                                            |                    |
| ENDERECO<br>RUA 4 240 CS 03 MONDUBIM             | CEP<br>60.752-630                                 |                                                               |                   |                                                     |                    |
| CONTATO<br>(85) 98597-2891                       |                                                   |                                                               |                   |                                                     |                    |
| OCORRÊNCIA                                       |                                                   |                                                               |                   |                                                     |                    |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE |                                                   |                                                               |                   |                                                     |                    |
| CLASSIFICAÇÃO DE RISCO                           |                                                   |                                                               |                   |                                                     |                    |
| QUEIXA<br>EDEMA E DOR.                           | MOTIVO<br>TRAUMATISMO DO TORNOZELO E PE - LUXACAO |                                                               |                   |                                                     |                    |
| SINTOMAS<br>DOR E EDEMA.                         | ESCALA DE DOR<br>4 (ADULTO)                       |                                                               |                   |                                                     |                    |
| PESO<br>NI KG                                    | PRESSÃO ARTERIAL<br>NI/NI                         | SAT O2<br>NI%                                                 | PULSO<br>NI       | GLICEMIA<br>NI                                      |                    |
| TEMPERATURA<br>NI °C                             | ALERGIAS<br>NEGA                                  | RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO<br>KELINE SORAYA SANTANA NOBRE |                   | DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO<br>10/03/2018 08:25:03 |                    |
| CLASSIFICAÇÃO<br>VERDE                           | ÁREA ATENDIMENTO                                  |                                                               |                   |                                                     |                    |

ARF  
ATENDIMENTO  
EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

*Refere ter tido acidente  
de trânsito há 04 dias e ter se  
curtido com fratura de*

DIAGNÓSTICO  
SADT SOLICITADO  
( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRANIO (X) RAO-X (X) RX Tornozelo e PE HO/P

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OBSERVAÇÕES

MEDICAMENTO

APRAZAMENTO

*Rx: Curativos e Fita Cur + M  
Pe e o Pomada  
(303090200).*

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 KELINE SORAYA SANTANA NOBRE em 10/03/2018 08:25:03  
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 297  
Penal.

CONFERE COM ORIGINAL

21.03.18

*Kafu*

*Dr. Jackson Amadeu Marinho  
Traumatologista  
CRM 5613 TEOT 1543*

200

*Jackson Amadeu Marinho*  
jackson amadeu marinho

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD

20 SET. 2018

04.885.197/0012-05  
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON  
BARROS DE OLIVEIRA

04.885.197 012-05  
HOSPITAL DIST. EDMILSON  
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tormaz Coelho, 1578  
Mossoró - CEP: 60111-000

Av. Jornalista Tormaz Coelho, 1578  
Mossoró - CEP: 60111-000

Fortaleza

Ceará

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 21/12/2018 às 09:04, sob o número 018888393720188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0188839-37.2018.8.06.0001 e código 422D016.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA DE SAUDE



HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

AV. JORNALISTA TOMAZ COELHO 1578 - MESSEJANA - FONE - 31051560

RECEITUÁRIO

NOME DO  
PACIENTE:

*Jackyza Mendes*

*12*

*190 0141*

*@ PROFEN (11)*

*100mg*

*4mg*

*Amor de*  
*de 12/12h*

Uso exclusivo do HDEBO - Messejana

*10.07.18*

Dr. *Tadeu M. Nobrega*  
Traumatologia-Ortopedia  
CRM 5613 7892-412

Uso exclusivo do HDEBO - Messejana

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

Assi





# RECEITA

Jackson Amador Moura

uso oral

① Profenid 100mg \_\_\_\_\_ 1m  
Terminar op de 12/12/18 p/ 2m

② Musculon 100mg \_\_\_\_\_ 1m  
Terminar op a medida p/ 2m

06/03/18

  
Daniel Ayremoraes Batista  
Médico  
Ortopedia e Traumatologia  
CRMFC: 13633

QUANDO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA  
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS.  
PREJUDICAM A SAÚDE, PERGUNTE AO SEU MÉDICO.

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34883210 CNPJ - 4 885.197/0010-35

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

LIBIA CORRETORA DE SEGURANÇA

20 SET. 2018

Assinatura



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura  
Frotinha de Antônio Bezerra



Prefeitura de  
**Fortaleza**

### ATESTADO MÉDICO

O Sr(a) Sockson Amador Moura

Foi atendido (a) neste Hospital:

Dia: 06 de 03 de 18 as        hs       

Tendo como causa do atendimento: S82.6 / S93.4

1. ( ) paciente foi atendido nesta instituição as        hs  
E pode retornar á suas atividades.
2. (X) Necessitando de cinco ( 05 ) dias de afastamento de  
suas atividades laborais ou escolares por motivos de Doença  
ou agravos:
3. ( ) Encontra - se a ( ) Apto ( ) Inapto a prática curricular  
de Educação física .
4. ( ) Não apresenta, no momento , sinais e/ou sintomas de  
Doenças ou agravos que o (a) incapacitem para o trabalho
5. ( ) Paciente encaminhado á especialidade:

Fortaleza, 06 de 03 de 18

**Médico CRM**

HOSPITAL DISTRITAL Dr EVANDRO AYRES DE MOURA  
RUA CANDIDO MAIA 294 - ANTONIO BEZERRA  
FORTALEZA - CEARA - PABX (85) 3488.22  
CRM 103633

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

ASS: 20 SET. 2018

ASS:





PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



AV. Jornalista Tomaz Coelho Nº 1578 - Messejana - fone - 3105.15.60

ATESTADO MÉDICO

TIM DE EMERGÊNCIA Nº \_\_\_\_\_

amos para fins legais que

Jackson Henderson  
Messias

tendido neste hospital no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_

(X) Necessita de 12 (doze) dias de afastamento de suas atividades profissionais,  
partir desta data por motivo de doença ou agravamento à sua saúde.

Necessita de \_\_\_\_ ( ) dias de afastamento das atividades escolares por motivo de  
ença.

Encontra-se ( ) APTO ( ) INAPTO a prática do componente curricular de educação  
ca no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Paciente foi atendido neste hospital às \_\_\_\_ hs, podendo retornar ao trabalho.

Paciente encaminhado para acompanhamento na especialidade \_\_\_\_\_

Paciente concorda com a posição do diagnóstico: \_\_\_\_\_

CU: 593.4

Fortaleza, 10 de 03 de 2018

Dr. Jackson M. Nobrega  
Traumatologia-Ortopedia  
CRM 5618 TEOR 1443

Carimbo - Ass. Do Profissional

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180451779 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JACKSON AMADEU MARINHO  
COBERTURA Invalidez  
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME  
BENEFICIÁRIO JACKSON AMADEU MARINHO  
CPF/CNPJ: 03652611306

Posição em 12-12-2018 18:27:25

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

Histórico das correspondências enviadas

| Data da Carta | Referência                      | Ver Carta |
|---------------|---------------------------------|-----------|
| 06/10/2018    | Negativa Técnica - Sem sequelas |           |
| 02/10/2018    | Aviso de Sinistro               |           |