

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Bruna Ellen Dantas Alves</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	
Estado Civil: <u>solteira</u>	Profissão: <u>Autônoma</u>	Carteira de Identidade: <u>2007844335-5</u>	
CPF nº: <u>607.636.233-37</u>	Residência: <u>Moraujo, nº 584</u>		
Bairro: <u>Vila Velha</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>60347025</u>

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na rua Barbara de Alencar, nº 1920, apto 301, bloco E, aldeota, Fortaleza - CE CEP: 60.140-000, fone: **(85) 9657.0528**
e-mail: KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instancia ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Fortaleza (CE), 28 de Setembro de 2017.

Bruna Ellen Dantas Alves
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Bruna Ellen Dantas Alves,
brasileiro(a), Solteira, Autônoma, portador da Carteira de Identidade/RG nº
2007844335-5, e inscrito no CPF/MF sob o nº 607.616.233-37 residente e
domiciliado na cidade de Fortaleza, estado do Ceará, na Rua
Moraujo, nº 584, declaro para os devidos fins
que possuo hiposuficiência 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), 28 de Setembro de 2.017.

Bruna Ellen Dantas Alves

**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 - 2736 / 2017****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **25/05/2017 15:34:02**Data / Hora da Ocorrência: **16/11/2016 18:00:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA MOZART PINHEIRO DE LUCENA**

Complemento:

Bairro: **VILA VELHA**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **EM FRENTE AO SUPER LAGOA****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **ANTÔNIO BERNARDO ALVES FILHO**Nascimento: **11/01/1973** CPF:RG: **2006002117290** Orgão Emissor: **SSPDS**

UF:

Filiação: **MARIA LUCIA MARTINS ALVES****ANTÔNIO BERNARDO ALVES**Endereço: **RUA MORAUJO, 584**Bairro: **VILA VELHA**CEP: **60.347-025**Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 8829-9728**Nome: **BRUNA ELLEN DANTAS ALVES**Nascimento: **13/04/1997** CPF: **607.616.233-37**RG: **20078443355** Orgão Emissor: **SSPDS**UF: **CE**Filiação: **SANDRA DANTAS ALVES****ANTONIO BERNARDO ALVES FILHO**Endereço: **RUA MORAÚJO, 584**Bairro: **VILA VELHA**CEP: **60.347-025**Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 8949-4702****Dados do(s) Veículo(s)****1) Placa: NVF6356** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2JC4110BR401850** Renavam: **259914355** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** AnoFabricação: **2010** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:**PRETA** Proprietário: **ANTONIO BERNARDO ALVES FILHO** Situação:**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

QUE A VÍTIMA NO DIA E HORA MENCIONADOS ACIMA VINHA NA GARUPA DA MOTO DE PLACAS NVF-6356/CE PILOTADA POR SEU PAI DE NOME ANTONIO BERNARDO ALVES FILHO (PROPRIETÁRIO DA MOTO) E SEGUIA NA AVENIDA MOZART PINHEIRO DE LUCENA, SENTIDO/BARRA DO CEARÁ, QUANDO UMA MOTO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, COM DOIS OCUPANTES, QUE VINHA EM ALTA VELOCIDADE NA MESMA FAIXA DA AVENIDA QUE VINHA A VÍTIMA, EMPARELHOU COM A MOTO DA VÍTIMA E UM DOS OCUPANTES DA MOTO CHUTOU A MOTO DA VÍTIMA ATINGINDO O JOELHO DA VÍTIMA (GARUPEIRA); QUE, O PAI DA VÍTIMA (GARUPEIRA) PERDEU A DIREÇÃO DA MOTO E AMBOS CAÍRAM NO CHÃO; QUE, NA QUEDA A VÍTIMA (GARUPEIRA) SE LESIONOU E SEU PAI NÃO SOFREU LESÕES GRAVES; QUE, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E FOI LEVADA PARA O FROTINHA DE PARANGABA ONDE RECEBEU OS

Antônio Bernardo Alves Filho



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 - 2736 / 2017

PRIMEIROS ATENDIMENTOS; QUE, O MOTORISTA E GARUPEIRO DA MOTO CAUSADORA DO ACIDENTE NÃO PRESTOU SOCORRO E SE EVADIU; QUE, NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA DO SOCORRO FURTADO SILVA - MAT.: 133997

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Bruna Ellen Dantas Alves

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9

x Antônio Bernardo Alves Filho



Seguradora Líder • DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML DO SEGURO DPVAT

Eu, Bruna Ellen Dantas Alves,
Portador da carteira de identidade nº 20078443355, e inscrito no CPF/MF sob o nº
607.616.233-37, Reside e domicilia na Rua: Morayo
Número: 584, Bairro: Vila Velha, Cidade: Fortaleza, Estado: CE,

sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal – IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro Obrigatório DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML localizado no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro Obrigatório DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no município em que resido realiza perícias com prazo superior a **90 noventa** dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro Obrigatório DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causa diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal – IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

LOCAL Fortaleza/CE DATA 18 / 05 / 17

Bruna Ellen Dantas Alves.

Assinatura do declarante conforme
documento de identificação.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. **Bruna Ellen Dantas Alves**, no dia **16/11/2016**, às **19h57min**, na **Avenida Mozart Pinheiro de Lucena**, no **Bairro Vila Velha**, vítima de acidente de trânsito. Removida ao **Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira**.

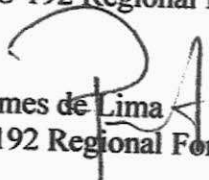
Documento requerido pela Sra. **Sandra Dantas da Costa**, Processo nº **P660035/2017**.

Fortaleza, 4 de maio de 2017.

Atenciosamente,


Esther Cunha

Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Roberto Gomes de Lima
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO BERNARDO ALVES FILHO,
 RG nº 07366097920, data de expedição 26/11/16,
 Órgão DETRAN-6, portador do CPF nº 704.992.843-72, com
 domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
MORADIO, VILA VELHA, nº 585,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima BRENNA ELLEN DANTAS ALVES, cujo o condutor era
ANTONIO BERNARDO ALVES FILHO.

Veículo: MOTO
 Modelo: FAN CG 125 KS
 Ano: 2010
 Placa: NUF 0356 ICE
 Chassi: 9C2JC4110BR401850
 Data do Acidente: 16/11/2016
 Local e Data: AVENIDA MOZAR PINHEIRO DE LUCENA

Antonio Bernardo Alves Filho
 Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

PACIENTE: BRUNA ELLEN DANTAS ALVES			
DADOS PESSOAIS			
NOME DO PACIENTE: BRUNA ELLEN DANTAS ALVES		Nº DO PRONTUÁRIO: 261806	Nº DO BE: 110337
NASCIMENTO: 13/04/1997 (19 ANOS)		SEXO: F	RACIA: PARDO
NOME RESPONSÁVEL: NI		MUNICÍPIO: FORTALEZA	
CEP: 60.347-025		UF: CE	
OCORRÊNCIA: ELA TRAIU O SAMU USB 79, C/O QUADRO DE TRAUMA EM MID. NEGA DM, HAS			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA			
ESCALA DE DOR: 5 (ADULTO)			
SINAIS VITAIS		SINAIS VITAIS	
PRESSÃO ARTERIAL: 110/70	SAT O2: 98%	PULSO: 92	GLICOSE: NI
ALERGIAS: NEGA ALERGIAS			
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO: CRISTIANE DOS SANTOS LIMA			DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 16/11/2016 20:43:20
ÁREA DE ATENDIMENTO			
ATENDIMENTO MÉDICO			
PROBLEMA: TRAUMA C/O SAMU APRESENTANDO FRATURA PLATO			
EXAME: (X) PLATO () OUTROS			
US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIOS-X () OUTROS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MÉDICAMENTO		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
TIPO DE ALTA/SÁIDA			
☐ A PEDIDO ☐ EMISSÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ☐ ÓBITO ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS			
ASSINATURA DO MÉDICO		ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	
OS SANTOS LIMA em 16/11/2016 às 20:44:09			
as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do			
BRUNA ELLEN DANTAS ALVES			

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 28/09/2017 às 14:04, sob o número 01730278620178060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 017302786-2017.8.06.0001 e código 2FF9668F.

Nome: <u>Elton Dantas Alves</u>	Enferm: <u>D</u>	Leito: <u>123</u>	Data Internação: <u>16/11/16</u>	Diagnóstico:
---------------------------------	------------------	-------------------	----------------------------------	--------------

ATENDIMENTO: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA: _____ EVOLUÇÃO

16/11/16 - Bom humor, acordando cedo, sem maiores queixas, segue em observação.

Rosimeire M. de Santana
Enfermeira
COREN-306109

Peito regular.

Dr. Rodrigo Mendes Antunes
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 4600

17/11/16 - AS 9:00HS, REALIZADO TROCA DE CURATIVO EM MT E. ASPECTO FERIDA LIMPA E SECA. ANTISSEPTICA COM SF A 4%, APLICADO AGE, OCLUSÃO COM GASES, ATADURADO E ESPALDAPADO. ACQ. ENF = Julliano G. de Menezes.

Martha Machado
Enfermeira
COREN-CE 315.200

18/11/16 - Paciente B.E.D.P., Feminino, 19a, com fratura de platô tibial, segue: consciente, orientado, verbalizando, mobilizando com auxílio, aceita bem a dieta. Diátese: espontânea, evacuações ausentes no período. Hemodinâmica: normotérmica, eufórica, normocárdica. Segue com cuidados de enfermagem. AC Orfa: Girkudamos.

Juzy Ramos
Enfermeira
COREN: 440.000

Acidente ostial
Apresenta cirurgia p/ fr. platô tibial
est. fratura

Dr. Carlos Roberto Gomes
Traumatologia
CRM - 1050

ARMANDO MATEUS
2003

ARMANDO MATEUS
ARTIGO DE CÉLULA CURET COM DACTIL

19/11/16 - Bom humor, no B.E.D.P.

20/11/16 - Bom humor, no B.E.D.P., fratura de platô tibial D. bons sinais, mantendo-se em observação e aguardando evolução.

Rosimeire M. de Santana
Enfermeira
COREN-306109

Sistema Único de Saúde
Centro de Controle de Internação
 Rua ... nº ...
 Fone: ...
 Telex: ...

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

2316102012631

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA **CGC/CNPJ 07.835.044 / 0002-61**

DADOS DO PACIENTE

Nome: ELIA E LON DANTAS ALVES
 Idade: 585
 Sexo: M
 Estado: Fortaleza
 Condição: 1. IASC 3. FEM 2. SEGURADO 4. CONJUGE 6. FILHO 8. OUTRO DEP.
 Nome do Paciente: Dantas Alves

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF e Assinat. do Médico Responsável: Dr. Antonio Luiz V. Gonçalves
 CPF e Assinat. do Diretor Clínico: Dr. João Francisco B. L. T. Morais
 Assinat. do Médico Solicitante: Dr. Antonio Luiz V. Gonçalves
 Assinat. do Diretor Clínico: Dr. João Francisco B. L. T. Morais

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Justificativa: Doença do aparelho urinário
Doença do aparelho urinário

Justificativa: Doença do aparelho urinário
Doença do aparelho urinário

Justificativa: Doença do aparelho urinário
Doença do aparelho urinário

Justificativa: Doença do aparelho urinário
Doença do aparelho urinário

Justificativa: Doença do aparelho urinário
Doença do aparelho urinário

Justificativa: Doença do aparelho urinário
Doença do aparelho urinário

Justificativa: Doença do aparelho urinário
Doença do aparelho urinário

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante: Dr. Antonio Luiz V. Gonçalves
 Data: 10/11/16
 Hora: ...

Porte	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			1 / 1	

ANOTAR-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
16/12/16	116 paciente, já de Alta Hospitalar, chegou ao enfermo com estação de trabalho com Alta Hospitalar, prestando assistência a 17/12/16 (576) Dr. Marco Antônio de Almeida, Refere-se ao diagnóstico de enfermagem 71589
17/12	117-12 Acute fracture Dr. Roberto Mendes Rodrigues Clínica - Traumatologia CRM - 9530
18/12	118-12 Acute fracture, diagnóstico P.O. no membro superior direito. Consistência normal. Releitura RX de controle. Segue em observação. Dr. Roberto Mendes Rodrigues Clínica - Traumatologia CRM - 9530

NOTAR-SE: este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 28/09/2017 às 14:04, sob o número 0173027-86.2017.8.06.0001 e código 2FF9968F.

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

TRAUMA 66111

NOME: DAIVA ELLEN DANTAS ARAUJO

IDADE: 19A ENF.: D Nº. PRONTUÁRIO: 261806

HISTÓRICO DE ATRIBUIÇÃO DOS MEDICAMENTOS

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HISTÓRICO DE ATRIBUIÇÃO DOS MEDICAMENTOS	RESERVAÇÃO
10/11	1. DOR DE CABEÇA	SUA	Paciente consciente, orientada
	2. DOR DE CABEÇA	OT 13	Unilateralmente. Com F.R no
	3. DOR DE CABEÇA	OT 13	m.t. Nega alergia
	4. DOR DE CABEÇA	OT 13	medicamentosos. Nega
	5. DOR DE CABEÇA	OT 13	WAS e D.M. Sem dor
	6. DOR DE CABEÇA	OT 13	no período. Segue em
	7. DOR DE CABEÇA	OT 13	curada.

Dr. Antônio Luiz V. Gonçalves
Médico
Ortopedia - Traumatologia
CRM 12.444

Dr. Antônio Luiz V. Gonçalves
Médico
Ortopedia - Traumatologia
CRM 12.444

Dr. Antônio Luiz V. Gonçalves
Médico
Ortopedia - Traumatologia
CRM 12.444

Dr. Antônio Luiz V. Gonçalves
Médico
Ortopedia - Traumatologia
CRM 12.444

Dr. Antônio Luiz V. Gonçalves
Médico
Ortopedia - Traumatologia
CRM 12.444

Dr. Antônio Luiz V. Gonçalves
Médico
Ortopedia - Traumatologia
CRM 12.444

Dr. Antônio Luiz V. Gonçalves
Médico
Ortopedia - Traumatologia
CRM 12.444

Dr. Antônio Luiz V. Gonçalves
Médico
Ortopedia - Traumatologia
CRM 12.444

Dr. Antônio Luiz V. Gonçalves
Médico
Ortopedia - Traumatologia
CRM 12.444

SINAIS VITAIS	
HR: <u>24.44</u>	
PA: <u>130x80</u>	
TEMP: <u></u>	
P/MIN: <u></u>	
M.V. / MIN: <u></u>	

Glicemias	Insulinas	Rubrica
16:		
20:		
06:		

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME: ELLEN DANTAS ALVES

DATA NASCIMENTO: 13/04/1997

LOCAL NASCIMENTO: VILA VELHA

ENDEREÇO: RUA ...

OCCORRÊNCIA

NASCIMENTO: 13/04/1997 (19 ANOS)

Nº DO PRONTUÁRIO: 261806

Nº DO BE: 110337

SEXO: F

RACIA COR: PARDO

NOME RESPONSÁVEL: NI

MUNICÍPIO: FORTALEZA

UF: CE

CEP: 60.347-025

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ELLEN DANTAS ALVES 79 C/O QUADRO DE TRAUMA EM MID. NEGA DM, HAS

MOTIVO: AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA

ESCALA DE DOR: 5 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

PRESSÃO ARTERIAL: 110/70

SAT O2: 98%

PULSO: 92

GLICEMIA: NI

ALERGIAS: NEGA ALERGIAS

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO: CRISTIANE DOS SANTOS LIMA

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 16/11/2016 20:44:09

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

Exame físico: INTRA-PI SANO MANIFESTAÇÃO FÍSICA P/TO
PR-211, (D)

Dr. Antonio Luiz V. Gonçalves
Médico
Ortopedia - Traumatologia

CREMEC 12.444 COD. PROCEDIMENTO

US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAO-X

() OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

TIPO DE ALTA/SAÍDA

() A PEDIDO () EMISSÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

() FAMILIA () IML () ANAT. PATOL

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

OS SANTOS LIMA em 16/11/2016 às 20:44:09

Eu, o(a) médico(a) abaixo assinado(a), informo que as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do

BRUNA ELLEN DANTAS ALVES

30333
FUNDADOR: MAURICIO



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FROTINHA DE PARANGABA
AV. Osório de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000 - Fortaleza-Ceará
Telefone: (85) 3131 7322

RECEITA

Atestado Médico

Ata de a pronto socorro
Eu, Doutor Alex, fui
submeter todos os exames
fistula para fazer o diagnóstico,
e a fistula considerada,
de alta hematológica deficiente.
CID-10: S82.1

DATA: 24/02/12

Dr. Hildemar D. Queiroz
Traumatologia Ortopedia
Medicina Esportiva
CRM 7879

CRM - Médico (a)

Ambulatório



Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FROTINHA DE PARANGABA
Av. ... de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000 - Fortaleza-Ceará
Telefone: (85)3131 7322

RECEITA

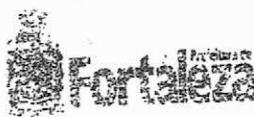
Guine
ref
I sugere aos
100 12/12
Fraque gelado
Dr. Oliveira
Vector 6º série 70abs.
100 piron

[Signature]
Dr. ...
CRM - 4800

DATA: ____/____/____

CRM - Médico (a)

Ambedatório



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DEPT. MARIA JOSÉ DAMASCENO DE OLIVEIRA
PROVINCIA DE PRAZARIA
AV. Celso de Paiva nº 1127 - Pajuçara - CEP 60.720-001 - Fortaleza/CE
Telefone: (85) 3131 7122

RECEITA

123

BRUNA ELLEN D. ARAUJO

Rx

1- ALGINAC us cd 118

- Tomar Olypus 12/12

2- NOUNICINA us cd 218
10mm

- Tomar Olypus 8/8

Dr. Marcus Gadelha
Ortopedia e Traumatologia
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
CRM: 10184 TEOT 12042

DATA: 16 12 16

CRM - Médico (a)

 Fortaleza	PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL IV H.D.Mª JOSÉ B. DE OLIVEIRA.	
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL		
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		
Nome: Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira Endereço: Av. General Ósorio de Paiva, 1127 Bairro: Parangaba Fone: 85 - 3131-7321 / 3131-7322 Cidade: Fortaleza UF: Ceará CNPJ: 07.835.044/0002-61		
Paciente:	BRUNA ELLEN D. AVELAR	
Endereço:	RUA MONTEIRO 585 VIA	
Bairro:	VILA	Telefone:
Prescrição:		
① CIPROFLOXACINA 500mg 1000mg 1000mg		
- Tomar 1 comprimido 12/12h		
16/12/16		
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	Dr. Marcus Gadelha Ortopedia e Cirurgia CRM: 19184 TEOT 12042	
Nome completo:		
Identificação:		
Orgão emissor:		
Cidade:	UF:	Assinatura do Farmacêutico
Telefone:		
Data: / /		
1ª via da farmácia - 2ª via do paciente		



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FROTINHA DE PARANGABA
AV. Osório de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000 - Fortaleza-Ceará
Telefone: (85) 3111 7322

RECEITA

Bom dia, Bom dia, Bom dia

Saudável:

Hidroxocloroquina - 10 comprimidos

ps- fustura para Tisina Dim

DATA: 24/02, 12

Dr. Hildemar D. Queiroz
Traumatismo Ortopedia
Medicina Esportiva
CRM 7879

CRM - Médico (a)

Ambulatório



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FROTINHA DE PARANGABA
AV. Osório de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000 - Fortaleza-Ceará
Telefone: (85) 3131 7322

RECEITA

Bruna Ellen Dantas Alves

Serrote

43 isômeros - 20 minutos

procedimentos listados
para fins de registro

Dr. Hildemar B. Queiroz
Traumatologia Ortopedia
Medicina Esportiva
CRM 7879

DATA: 23.12.16

CRM - Médico (a)

Ampliador


Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSP. DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FROTINHA DE PARANGABA
AV. Osório de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000
Fortaleza-Ceará Telefone: (85) 3131 7322

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD.: _____

Atesto que o (a) Sr. (a) BRUNO FELIX D. ALVES

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 16/11/16 às _____ hs.

Tendo como causa de socorro _____

Necessita de (90) ^(nove) dias de afastamento das suas funções para recuperação, Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) p. apêndice

Observações: _____

Fortaleza-Ce. 16 de 12 de 16

Dr. Marcus Gadelha
Ortopedia e Traumatologia
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
CRM: 10134 TEST 12042

CRM - Médico (a)

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 60.501 de 14/03/67, e será expedido para justificativa de 01 (hum) a 15 (quinze) dias de afastamento.

Ambulatório

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007844335 - 5 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/04/2011

NOME BRUNA ELLEN DANTAS ALVES

FILIAÇÃO ANTONIO BERNARDO ALVES FILHO

SANDRA DANTAS ALVES

NATURALIDADE FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO 13/04/1997

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: ANTONIO BEZERRA TERMO: 216206

FOLHA: 271V LIVRO: A-194 FORTALEZA - CE

CPF 607.616.233-37

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 6

CONFERE COM O ORIGINAL

SAPE - SAMU 192 Regional Fortaleza

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polígono Direito

Bruna Ellen Dantas Alves

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CONFERE COM O ORIGINAL

SAPE - SAMU 192 Regional Fortaleza

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL				MINISTERIO DAS CIDADES			
DETRAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO Nº 012991502713				DETRAN			
PPT 01		VIA 01		COD. RENAVAM 00000000000		EXERCICIO 2016	
ANTONIO BERNARDO ALVES FILHO FORTALEZA				CONTRAN			
70499284372 /CE		9020C4110BR401B50 /CE		NVF6356/CE		PLACA NVF6356/CE	
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.		CONSTRUTIVEL 5ASOLINA		CONSTRUTIVEL 5ASOLINA		CONSTRUTIVEL 5ASOLINA	
HONDA/CG 125 FAN KS		ANO INIC. 2010		ANO FIM. 2011		ANO INIC. 2010	
2P/OCV/124CC		CATEGORIA PARTIC		COF. PREDOMINANTE PRETA		COF. PREDOMINANTE PRETA	
1		VENO. COTA DIRIG. 1		VENO. COTA DIRIG. 1		VENO. COTA DIRIG. 1	
2		VENO. COTA DIRIG. 2		VENO. COTA DIRIG. 2		VENO. COTA DIRIG. 2	
3		VENO. COTA DIRIG. 3		VENO. COTA DIRIG. 3		VENO. COTA DIRIG. 3	
4		VENO. COTA DIRIG. 4		VENO. COTA DIRIG. 4		VENO. COTA DIRIG. 4	
5		VENO. COTA DIRIG. 5		VENO. COTA DIRIG. 5		VENO. COTA DIRIG. 5	
6		VENO. COTA DIRIG. 6		VENO. COTA DIRIG. 6		VENO. COTA DIRIG. 6	
7		VENO. COTA DIRIG. 7		VENO. COTA DIRIG. 7		VENO. COTA DIRIG. 7	
8		VENO. COTA DIRIG. 8		VENO. COTA DIRIG. 8		VENO. COTA DIRIG. 8	
9		VENO. COTA DIRIG. 9		VENO. COTA DIRIG. 9		VENO. COTA DIRIG. 9	
10		VENO. COTA DIRIG. 10		VENO. COTA DIRIG. 10		VENO. COTA DIRIG. 10	
11		VENO. COTA DIRIG. 11		VENO. COTA DIRIG. 11		VENO. COTA DIRIG. 11	
12		VENO. COTA DIRIG. 12		VENO. COTA DIRIG. 12		VENO. COTA DIRIG. 12	
13		VENO. COTA DIRIG. 13		VENO. COTA DIRIG. 13		VENO. COTA DIRIG. 13	
14		VENO. COTA DIRIG. 14		VENO. COTA DIRIG. 14		VENO. COTA DIRIG. 14	
15		VENO. COTA DIRIG. 15		VENO. COTA DIRIG. 15		VENO. COTA DIRIG. 15	
16		VENO. COTA DIRIG. 16		VENO. COTA DIRIG. 16		VENO. COTA DIRIG. 16	
17		VENO. COTA DIRIG. 17		VENO. COTA DIRIG. 17		VENO. COTA DIRIG. 17	
18		VENO. COTA DIRIG. 18		VENO. COTA DIRIG. 18		VENO. COTA DIRIG. 18	
19		VENO. COTA DIRIG. 19		VENO. COTA DIRIG. 19		VENO. COTA DIRIG. 19	
20		VENO. COTA DIRIG. 20		VENO. COTA DIRIG. 20		VENO. COTA DIRIG. 20	
21		VENO. COTA DIRIG. 21		VENO. COTA DIRIG. 21		VENO. COTA DIRIG. 21	
22		VENO. COTA DIRIG. 22		VENO. COTA DIRIG. 22		VENO. COTA DIRIG. 22	
23		VENO. COTA DIRIG. 23		VENO. COTA DIRIG. 23		VENO. COTA DIRIG. 23	
24		VENO. COTA DIRIG. 24		VENO. COTA DIRIG. 24		VENO. COTA DIRIG. 24	
25		VENO. COTA DIRIG. 25		VENO. COTA DIRIG. 25		VENO. COTA DIRIG. 25	
26		VENO. COTA DIRIG. 26		VENO. COTA DIRIG. 26		VENO. COTA DIRIG. 26	
27		VENO. COTA DIRIG. 27		VENO. COTA DIRIG. 27		VENO. COTA DIRIG. 27	
28		VENO. COTA DIRIG. 28		VENO. COTA DIRIG. 28		VENO. COTA DIRIG. 28	
29		VENO. COTA DIRIG. 29		VENO. COTA DIRIG. 29		VENO. COTA DIRIG. 29	
30		VENO. COTA DIRIG. 30		VENO. COTA DIRIG. 30		VENO. COTA DIRIG. 30	
31		VENO. COTA DIRIG. 31		VENO. COTA DIRIG. 31		VENO. COTA DIRIG. 31	
32		VENO. COTA DIRIG. 32		VENO. COTA DIRIG. 32		VENO. COTA DIRIG. 32	
33		VENO. COTA DIRIG. 33		VENO. COTA DIRIG. 33		VENO. COTA DIRIG. 33	
34		VENO. COTA DIRIG. 34		VENO. COTA DIRIG. 34		VENO. COTA DIRIG. 34	
35		VENO. COTA DIRIG. 35		VENO. COTA DIRIG. 35		VENO. COTA DIRIG. 35	
36		VENO. COTA DIRIG. 36		VENO. COTA DIRIG. 36		VENO. COTA DIRIG. 36	
37		VENO. COTA DIRIG. 37		VENO. COTA DIRIG. 37		VENO. COTA DIRIG. 37	
38		VENO. COTA DIRIG. 38		VENO. COTA DIRIG. 38		VENO. COTA DIRIG. 38	
39		VENO. COTA DIRIG. 39		VENO. COTA DIRIG. 39		VENO. COTA DIRIG. 39	
40		VENO. COTA DIRIG. 40		VENO. COTA DIRIG. 40		VENO. COTA DIRIG. 40	
41		VENO. COTA DIRIG. 41		VENO. COTA DIRIG. 41		VENO. COTA DIRIG. 41	
42		VENO. COTA DIRIG. 42		VENO. COTA DIRIG. 42		VENO. COTA DIRIG. 42	
43		VENO. COTA DIRIG. 43		VENO. COTA DIRIG. 43		VENO. COTA DIRIG. 43	
44		VENO. COTA DIRIG. 44		VENO. COTA DIRIG. 44		VENO. COTA DIRIG. 44	
45		VENO. COTA DIRIG. 45		VENO. COTA DIRIG. 45		VENO. COTA DIRIG. 45	
46		VENO. COTA DIRIG. 46		VENO. COTA DIRIG. 46		VENO. COTA DIRIG. 46	
47		VENO. COTA DIRIG. 47		VENO. COTA DIRIG. 47		VENO. COTA DIRIG. 47	
48		VENO. COTA DIRIG. 48		VENO. COTA DIRIG. 48		VENO. COTA DIRIG. 48	
49		VENO. COTA DIRIG. 49		VENO. COTA DIRIG. 49		VENO. COTA DIRIG. 49	
50		VENO. COTA DIRIG. 50		VENO. COTA DIRIG. 50		VENO. COTA DIRIG. 50	
51		VENO. COTA DIRIG. 51		VENO. COTA DIRIG. 51		VENO. COTA DIRIG. 51	
52		VENO. COTA DIRIG. 52		VENO. COTA DIRIG. 52		VENO. COTA DIRIG. 52	
53		VENO. COTA DIRIG. 53		VENO. COTA DIRIG. 53		VENO. COTA DIRIG. 53	
54		VENO. COTA DIRIG. 54		VENO. COTA DIRIG. 54		VENO. COTA DIRIG. 54	
55		VENO. COTA DIRIG. 55		VENO. COTA DIRIG. 55		VENO. COTA DIRIG. 55	
56		VENO. COTA DIRIG. 56		VENO. COTA DIRIG. 56		VENO. COTA DIRIG. 56	
57		VENO. COTA DIRIG. 57		VENO. COTA DIRIG. 57		VENO. COTA DIRIG. 57	
58		VENO. COTA DIRIG. 58		VENO. COTA DIRIG. 58		VENO. COTA DIRIG. 58	
59		VENO. COTA DIRIG. 59		VENO. COTA DIRIG. 59		VENO. COTA DIRIG. 59	
60		VENO. COTA DIRIG. 60		VENO. COTA DIRIG. 60		VENO. COTA DIRIG. 60	
61		VENO. COTA DIRIG. 61		VENO. COTA DIRIG. 61		VENO. COTA DIRIG. 61	
62		VENO. COTA DIRIG. 62		VENO. COTA DIRIG. 62		VENO. COTA DIRIG. 62	
63		VENO. COTA DIRIG. 63		VENO. COTA DIRIG. 63		VENO. COTA DIRIG. 63	
64		VENO. COTA DIRIG. 64		VENO. COTA DIRIG. 64		VENO. COTA DIRIG. 64	
65		VENO. COTA DIRIG. 65		VENO. COTA DIRIG. 65		VENO. COTA DIRIG. 65	
66		VENO. COTA DIRIG. 66		VENO. COTA DIRIG. 66		VENO. COTA DIRIG. 66	
67		VENO. COTA DIRIG. 67		VENO. COTA DIRIG. 67		VENO. COTA DIRIG. 67	
68		VENO. COTA DIRIG. 68		VENO. COTA DIRIG. 68		VENO. COTA DIRIG. 68	
69		VENO. COTA DIRIG. 69		VENO. COTA DIRIG. 69		VENO. COTA DIRIG. 69	
70		VENO. COTA DIRIG. 70		VENO. COTA DIRIG. 70		VENO. COTA DIRIG. 70	
71		VENO. COTA DIRIG. 71		VENO. COTA DIRIG. 71		VENO. COTA DIRIG. 71	
72		VENO. COTA DIRIG. 72		VENO. COTA DIRIG. 72		VENO. COTA DIRIG. 72	
73		VENO. COTA DIRIG. 73		VENO. COTA DIRIG. 73		VENO. COTA DIRIG. 73	
74		VENO. COTA DIRIG. 74		VENO. COTA DIRIG. 74		VENO. COTA DIRIG. 74	
75		VENO. COTA DIRIG. 75		VENO. COTA DIRIG. 75		VENO. COTA DIRIG. 75	
76		VENO. COTA DIRIG. 76		VENO. COTA DIRIG. 76		VENO. COTA DIRIG. 76	
77		VENO. COTA DIRIG. 77		VENO. COTA DIRIG. 77		VENO. COTA DIRIG. 77	
78		VENO. COTA DIRIG. 78		VENO. COTA DIRIG. 78		VENO. COTA DIRIG. 78	
79		VENO. COTA DIRIG. 79		VENO. COTA DIRIG. 79		VENO. COTA DIRIG. 79	
80		VENO. COTA DIRIG. 80		VENO. COTA DIRIG. 80		VENO. COTA DIRIG. 80	
81		VENO. COTA DIRIG. 81		VENO. COTA DIRIG. 81		VENO. COTA DIRIG. 81	
82		VENO. COTA DIRIG. 82		VENO. COTA DIRIG. 82		VENO. COTA DIRIG. 82	
83		VENO. COTA DIRIG. 83		VENO. COTA DIRIG. 83		VENO. COTA DIRIG. 83	
84		VENO. COTA DIRIG. 84		VENO. COTA DIRIG. 84		VENO. COTA DIRIG. 84	
85		VENO. COTA DIRIG. 85		VENO. COTA DIRIG. 85		VENO. COTA DIRIG. 85	
86		VENO. COTA DIRIG. 86		VENO. COTA DIRIG. 86		VENO. COTA DIRIG. 86	
87		VENO. COTA DIRIG. 87		VENO. COTA DIRIG. 87		VENO. COTA DIRIG. 87	
88		VENO. COTA DIRIG. 88		VENO. COTA DIRIG. 88		VENO. COTA DIRIG. 88	
89		VENO. COTA DIRIG. 89		VENO. COTA DIRIG. 89		VENO. COTA DIRIG. 89	
90		VENO. COTA DIRIG. 90		VENO. COTA DIRIG. 90		VENO. COTA DIRIG. 90	
91		VENO. COTA DIRIG. 91		VENO. COTA DIRIG. 91		VENO. COTA DIRIG. 91	



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Bruna Ellen Dantas Alves,
 PORTADOR(A) DO RG Nº 20078443355 EXPEDIDO POR SSP EM 07/04/11 E
 CPF 607616233-37 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Recusou
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Bruna Ellen Dantas Alves, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0578 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 25260-909.013

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Fortaleza/CE, 18 de Maio de 17

LOCAL E DATA

Bruna Ellen Dantas Alves

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AGENCIA IRACEMA
 DATA: 25/05/2017 HORA: 13:47:03
 TERMINAL: 00311146 CONTROLE: 003111460438

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
 DEPÓSITO EM DINHEIRO
 0578.013.00025260-9

CONTA CREDITADA:
 NOME: BRUNA ELLEN DANTAS ALVES
 VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 10,00
 NÚMERO DO ENVELOPE: 3115011034
 NÚMERO DE CONTROLE: 145166769

A confirmação do depósito se dará pelo
 lançamento do valor na conta do favorecido após
 a abertura do envelope e a verificação dos
 valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
 SAC CAIXA: 0800-726 0101
 Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
 www.caixa.gov.br

Rota 18 01150 43 297400 - 1 Data de Emissão 26/04/2017
 Nome BRUNA ELLEN DANTAS ALVES
 End. Postal RU MORAUJO 00584
 VILA VELHA - FORTALEZA - 60347025
 Medidor 9885611 Poste 0000 0000
 Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00
 RG/CPF/CNPJ 607616233-37 CGF
 Nome do Responsável

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO					
Mês de Referência	Data de Apresentação	Provisão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.					
Abr/2017	26/04/2017	26/05/2017	Conjunto	BARRA DO CEARÁ		Mês	Fev/2017	
ICMS			Padrão Individual		P		EUSD 17,50	
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
109,86	27,00%	29,66	DIC	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC	3,11	6,22	12,45	0,00	0,00
4246.0940.1200.00F9.3F03.D647.CF21.FDFB			DMIC	2,77			0,00	
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO								
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)	
22156	21990	1,00	166	0,00	30	0,23163	6,94	
					70	0,35708	27,79	
					66	0,59565	39,32	
26/04/17	27/03/17	30 DIAS			166		74,05	
DESCRIÇÃO								VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES								74,05
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079								9,67
MULTA MORATORIA REF 03/2017								1,81
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL								11,70
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA								2,32
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA-MES (- R\$ 4,81)								

(85)987740318
 (85)988994932

VENCIMENTO	04/05/2017	TOTAL A PAGAR (R\$)	99,55
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	31,83	140	
Transmissão	0,76	166	
Distribuição	11,09	162	
Encargos Setoriais	5,57	136	
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	36,76	126	
TOTAL	86,04	124	
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO ₂ (kg/kWh)		115	
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		116	
Emitido kg (CO ₂)	71,75	123	
Compensado kg (CO ₂)	0,00	126	
Conscientia Ecológica (%CO ₂)		142	
		206	
		0	
CONTAS EM ATRASO			
AVISO DE DÉBITO VENCIDO:		DÉBITOS ANTERIORES	
Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 163,25. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.		Mes/Ano	Valor R\$
		05/2016	4,23
		02/2017	55,58
		03/2017	103,44
Consta desta fatura R\$ 7,10 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 1,15% e 5,22% (Lei 9.990/2000 - ANEEL e Lei n. 10.837/02 e 10.833/03)			
Conforme Resolução Homologatória ANEEL 2.214/2017, entre 1 e 30 de abril a Tarifa será reduzida em 0,06630 R\$/kWh para reverter a previsão do Encargo de Energia de Reserva (EER) da Usina Angra III. O efeito na fatura se dará conforme ciclo de leitura e faturamento. Informações: www.aneel.gov.br ou pelos canais convencionais de comunicação			
Nº do Cliente:	7555493-3	Referência:	Abr/2017
Data de Emissão:	26/04/2017	Total a Pagar (R\$):	99,55
Nº da Nota Fiscal:	475125625	Nº de Controle:	0007555493 00011 39122 14
8384000000-6 99550031000-2 00075554930-9 00113912245-0			

-DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

DATA DO ACIDENTE 16/11/16 CPF DA VÍTIMA 607.616.233-37

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Marajo

CIDADE Fortaleza UF CE CEP 60347-025

E-MAIL _____

TELEPHONE (____) _____

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() A IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDEENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCARIOS, TALIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

() CARTEIRA DE IDENTIDADE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO

DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDENCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÔPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU
DECLARAÇÃO DA RESIDENCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL).

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

CONFIRMEM OS DADOS BANCARIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

() CARTEIRA DE IDENTIDADE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO

DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

VALORES DE INDENIZAÇÃO

DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 73.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODEMÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DATA 18/05/17

IDENTIDADE

ASSINATURA James Ellen D.

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

EMERGENCY

261800

Scientist: Wm. J. Kelly

Idade da Operação: 1546, 110

Enfermaria:

Leito: 123

Iteration:	1000000
------------	---------

1º Auxiliar *Armando Doria*

^c Auxiliar.

3º Auxiliar:

instruimento

Anestesista:

Tipo de Anestesia:

Indicador Pré-operatório: Instalação posto fixação em

Função de Coerção: *fortemente crônicas listras pontos fracos*

Diagnóstico Pós-operatório: 1) MEBMO.

Neleto (Medista Patologista:

Exatidão Radiológica no ato:

A. Acidentes durante a operação:

☐ Contaminada ☐ Infec tada

DESCRIÇÃO DE OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

105, motor

19673 pm + Pissipkan + Pissipkan Lagoon

57X20 CO-7M 1054V

1732 1720

Approx. 1000 Eastern poplars from river can
be seen in "T" + 0.5 km. S.

1776 1777 1778 1779 1780 1781 1782 1783 1784 1785 1786 1787 1788 1789 1790 1791 1792 1793 1794 1795 1796 1797 1798 1799 1800 1801 1802 1803 1804 1805 1806 1807 1808 1809 1810 1811 1812 1813 1814 1815 1816 1817 1818 1819 1820 1821 1822 1823 1824 1825 1826 1827 1828 1829 1830 1831 1832 1833 1834 1835 1836 1837 1838 1839 1840 1841 1842 1843 1844 1845 1846 1847 1848 1849 1850 1851 1852 1853 1854 1855 1856 1857 1858 1859 1860 1861 1862 1863 1864 1865 1866 1867 1868 1869 1870 1871 1872 1873 1874 1875 1876 1877 1878 1879 1880 1881 1882 1883 1884 1885 1886 1887 1888 1889 1890 1891 1892 1893 1894 1895 1896 1897 1898 1899 1900 1901 1902 1903 1904 1905 1906 1907 1908 1909 1910 1911 1912 1913 1914 1915 1916 1917 1918 1919 1920 1921 1922 1923 1924 1925 1926 1927 1928 1929 1930 1931 1932 1933 1934 1935 1936 1937 1938 1939 1940 1941 1942 1943 1944 1945 1946 1947 1948 1949 1950 1951 1952 1953 1954 1955 1956 1957 1958 1959 1960 1961 1962 1963 1964 1965 1966 1967 1968 1969 1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979 1980 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2030 2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2040 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2050 2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2060 2061 2062 2063 2064 2065 2066 2067 2068 2069 2070 2071 2072 2073 2074 2075 2076 2077 2078 2079 2080 2081 2082 2083 2084 2085 2086 2087 2088 2089 2090 2091 2092 2093 2094 2095 2096 2097 2098 2099 2100 2101 2102 2103 2104 2105 2106 2107 2108 2109 2110 2111 2112 2113 2114 2115 2116 2117 2118 2119 2120 2121 2122 2123 2124 2125 2126 2127 2128 2129 2130 2131 2132 2133 2134 2135 2136 2137 2138 2139 2140 2141 2142 2143 2144 2145 2146 2147 2148 2149 2150 2151 2152 2153 2154 2155 2156 2157 2158 2159 2160 2161 2162 2163 2164 2165 2166 2167 2168 2169 2170 2171 2172 2173 2174 2175 2176 2177 2178 2179 2180 2181 2182 2183 2184 21

11-7-2000 Brit 103

90. 5 kg in a 100 m

max/min = max/min @ SS (max)

Dr. Guillermo D. Querezo
Traumatología Ortopedia
Medicina Deportiva
C.A. 78

100-443887-1000

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 28/09/2017 às 17:04, sob o número 01730278620178060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0173027-86.2017.8.06.0001 e código 2FF968F.

[illegible]

VOLUME

Bruna Ellen Pintas Alves!

Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
01	123	16/11/16	

NOTA: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
16/11/16	B. E. P. L. P. Pintas, HD. Fratura do platô tibial D. Evoluiu estável. Ausência de complicações, verificado os seus membros. Sinta a dor controlada. Eliminações fisiológicas presentes. Sem alterações no membro. Aguardando cirurgia.

Enfermeira
COPINCE 3013

Agno de Evolução

Paulo César Barros Maciel
Médico - Ortopedista
CRM 4977

29/11/16

Paciente com HD de fratura de platô tibial D. com estado geral bom. Apresenta dor moderada, verbalizada. Mantido no leito cooperativo, aguardando cirurgia. Aguardando cirurgia.

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4500

B. E. P. L. P. Pintas, HD. Fratura do platô tibial D. Evoluiu estável, cooperativo verbalizado. Seus membros, ausência de complicações. Aguardando cirurgia.

Enfermeira
COPINCE 3013

Platô tibial
Aguardando cirurgia

ARMATIZADO EM USE BARCO DE OXIGÊNIO
MÉDICO (CRM) CONTINUA SEM AVALIAÇÃO

3033

12/16

Exame de vista
Apresentação de exame
de vista.

Dr. Carlos Roberto Gomes
Tribunal de Justiça
CJ 7634

15/12/11. Buena examinada ao esc. 08:15 hr. Retornou às 13:30
após a datação do plano físico. De momento, orientada
segundo o observatório.

Rosmeire de Santana
Enfermeira
COREN 306109

Pront. e, mais, sem intermínio

Dr. H. Idelfonso D. Queiroz
Tribunal de Justiça
CJ 7634

Dr. H. Idelfonso D. Queiroz
Tribunal de Justiça
CJ 7634

- + P. 1.º
- + F. 1.º
- + F. 2.º
- + F. 3.º
- + F. 4.º
- + F. 5.º
- + F. 6.º
- + F. 7.º
- + F. 8.º
- + F. 9.º
- + F. 10.º
- + F. 11.º
- + F. 12.º
- + F. 13.º
- + F. 14.º
- + F. 15.º
- + F. 16.º
- + F. 17.º
- + F. 18.º
- + F. 19.º
- + F. 20.º
- + F. 21.º
- + F. 22.º
- + F. 23.º
- + F. 24.º
- + F. 25.º
- + F. 26.º
- + F. 27.º
- + F. 28.º
- + F. 29.º
- + F. 30.º
- + F. 31.º
- + F. 32.º
- + F. 33.º
- + F. 34.º
- + F. 35.º
- + F. 36.º
- + F. 37.º
- + F. 38.º
- + F. 39.º
- + F. 40.º
- + F. 41.º
- + F. 42.º
- + F. 43.º
- + F. 44.º
- + F. 45.º
- + F. 46.º
- + F. 47.º
- + F. 48.º
- + F. 49.º
- + F. 50.º
- + F. 51.º
- + F. 52.º
- + F. 53.º
- + F. 54.º
- + F. 55.º
- + F. 56.º
- + F. 57.º
- + F. 58.º
- + F. 59.º
- + F. 60.º
- + F. 61.º
- + F. 62.º
- + F. 63.º
- + F. 64.º
- + F. 65.º
- + F. 66.º
- + F. 67.º
- + F. 68.º
- + F. 69.º
- + F. 70.º
- + F. 71.º
- + F. 72.º
- + F. 73.º
- + F. 74.º
- + F. 75.º
- + F. 76.º
- + F. 77.º
- + F. 78.º
- + F. 79.º
- + F. 80.º
- + F. 81.º
- + F. 82.º
- + F. 83.º
- + F. 84.º
- + F. 85.º
- + F. 86.º
- + F. 87.º
- + F. 88.º
- + F. 89.º
- + F. 90.º
- + F. 91.º
- + F. 92.º
- + F. 93.º
- + F. 94.º
- + F. 95.º
- + F. 96.º
- + F. 97.º
- + F. 98.º
- + F. 99.º
- + F. 100.º

Dr. H. Idelfonso D. Queiroz
Tribunal de Justiça
CJ 7634