

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Sara Moura Mota
Estado Civil: Solteira Profissão: Doméstica
CPF: 046.556.282-51 Identidade: 32412266 (SESP-AM)
Endereço: Pereade Lagoa das Pedras dos Paulos, S/N, Zona Rural
CEP: 62500-000 Município: Itapipoca Estado: Ceará

OUTORGADAS: As Advogadas ALESSANDRA ELICE LOPES CRESCÊNCIO PEREIRA, brasileira, casada, inscrita na OAB/CE com nº 18.949, e-mail: acrescencio@clinicajuridica.com.br, e KÁTHIA WALÊSKA LOPES CRESCÊNCIO PEREIRA, brasileira, divorciada, inscrita na OAB/CE com nº 20.432, e-mail: kathiacrescencio@clinicajuridica.com.br, sócias da **CRESCÊNCIO PEREIRA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita no CNPJ nº 29.571.233/0001-26, com escritório na Rua Rodrigues Júnior, nº 428, Centro, Fortaleza-CE, CEP 0060-000, Fone/fax: (85) 3253.3340, onde receberão intimações e notificações processuais.

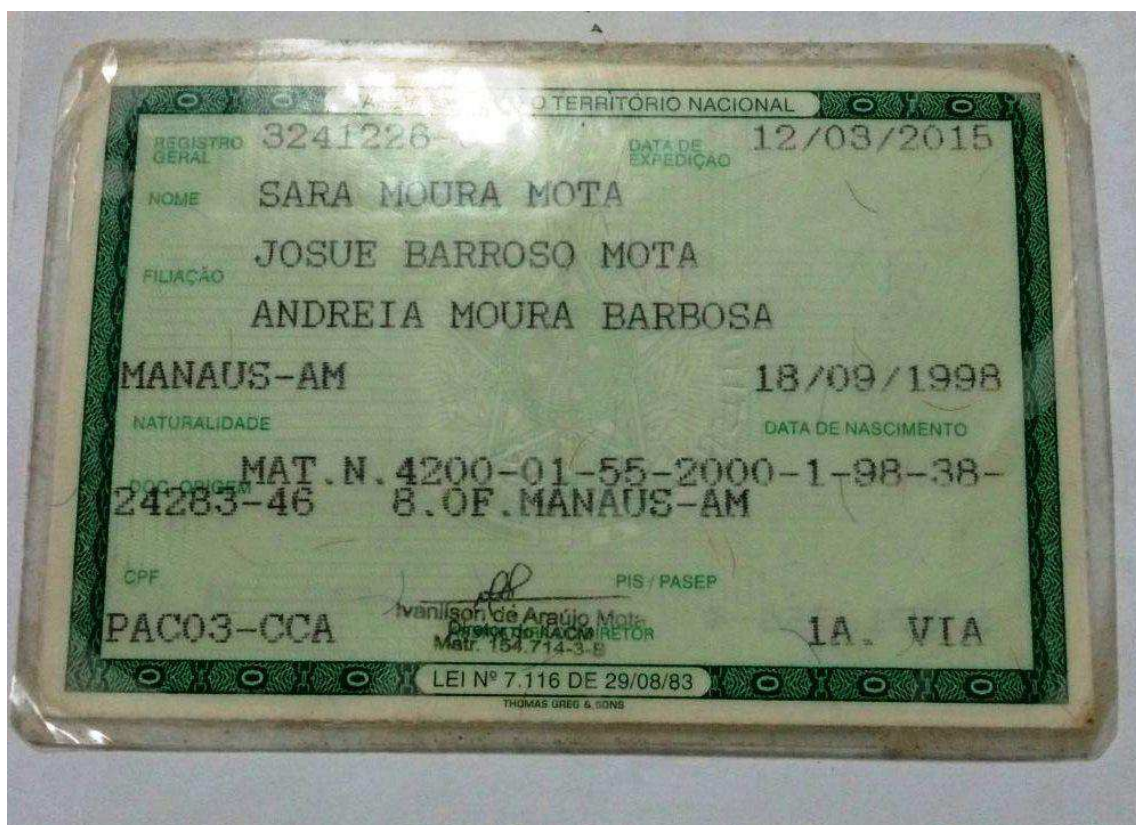
PODERES:

Pelo presente instrumento particular de Procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui as Outorgadas como suas bastante Procuradoras, conferindo-lhes os poderes da **Cláusula AD JUDICIA ET EXTRA**, podendo, em conjunto ou separadamente, representar perante repartições públicas e privadas, sejam Federais, Estaduais, Municipais ou Autárquicos, bem como qualquer Cartório, Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo-lhes os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário(a), em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo Seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do convênio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, termos e declarações, promover ações de seu interesse, delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os seus termos até final decisão, com poderes para promover acordos judiciais e extrajudiciais, e demais atos necessários aos interesses dos serviços contratados. Além dos poderes conferidos pela **Cláusula AD NEGOCIO**, podendo, ainda, requerer, desistir, usar e renunciar dos recursos legais, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, acordos, contratos, recibos e o que for preciso, transigir, receber e dar quitação, endossar cheques, acolher quaisquer valores, haveres, numerários ou direitos relacionados com o litígio e/ou pendências judiciais e extrajudiciais, levantar Alvarás Judiciais, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro, receber intimações para audiências e perícias médicas em nome do(a) Outorgante, representar em audiência, bem como perante qualquer instituição bancária, mormente Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil, etc., enfim, todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, tudo mais usar e praticar para o bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reserva de poder(es).

Fortaleza, 11 de junho de 2018.

Sara Moura Mota
Outorgante





SARA MOURA MOTA

FILIAÇÃO.....: JOSUE BARROSO MOTA
ANDREIA MOURA BARBOSA

NASCIMENTO.....: 18/09/1998

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: MANAUS - AM

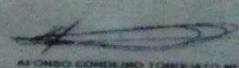
DOCUMENTO.....: C. I. 32412266 12/03/2015 SESP AM

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 046.556.282-51 CNH.....:

TIT. ELEITOR: 089362680736 SEÇÃO: 0336 ZONA: 017

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: GRTE SOBRAL/CE - 19/04/2016



AS ONDO CONSELHO TONELATO Nº 110
Superintendente Regional de Trabalho e Emprego no Estado do Ceará

ASSINATURA DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

2293716-1

Para efetuar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

de 26 de abril de 2002
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.847.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

coelce

fls. 16

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 420464968

Rota 34 35009 13 049200 - 7 Data de Emissão 18/02/2016

Nome MARIA VALDIRENE MOURA DAVI

End. Postal PV LAGOA DAS PEDRAS DOS PAULOS 00000
- ITAPIPOCA - 62500000

Medidor 9666504 Poste 0000 0000

Classe 04-RURAL MONOFASICO Fator de Potência

RG / CPF / CNPJ 942807033-53 CGF

Nome do Responsável

Nome do Responsável

DATAS			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Conjunto	ITAPIPOCA	
Fev/2016	17/03/2016	17/03/2016	Mês	Dez 2015	EIQU 23,62
			DICI= 0,00 P		
ICMS			Padrão Individual		
Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual
ISENTO			10,73	0,00	0,00
			DIC	2,36	2,06
			FIC	1,00	1,00
			DMIC	2,36	2,06
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL					
12B1.7E37.9393.3723.7F8E.1848.0752.FD14					
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO					
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Tot.
23381	23228	1,00	161	0,00	161
			Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)	
			0,3452	55,58	
18-02-16	18-01-16	31 DIAS	161	55,58	
DESCRIÇÃO					VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES					55,58
MULTA MORATORIA REF 11/2015					1,02
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 6,14)					

VENCIMENTO	24/03/2016	TOTAL A PAGAR (R\$)	56,60
COMPOSIÇÃO DO VALOR DO CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	35,12	158	161
Transmissão	0,74	161	156
Distribuição	14,08	174	143
Encargos Setoriais	2,01	181	74
Tributos (TOM, PIS, COFINS)	2,63	191	194
TOTAL	55,58	118	197
		230	
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO ₂ (Kg/kWh)		Consciência Ecológica (% CO ₂)	
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecoelce.		0	
Emitido kg(CO ₂)	69,58	Compensado kg(CO ₂)	0,00

Informações importantes e avisos de vencimento

Estamos expandindo o canal WhatsApp e por isso temos novos números para contato por celular. Para consultar os números acesse nosso site: www.coelce.com.br

NÃO FOI POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: FAT MÉDIA-LEIT BIMESTRAL ART 66 RES 414

Consta desta fatura R\$ 2,63 referente a PIS e COFINS.

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2015, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.

Nº do Cliente: 2293716-1 Referência: Fev/2016
Data de Emissão: 18/02/2016 Total a Pagar (R\$): 56,60
Nº da Nota Fiscal: 420444968 Nº de Controle: 0002293716 00178 39032 23

83850000000-8 5600031000-4 00022937160-4 01783903202-6



DECLARAÇÃO DE POBREZA

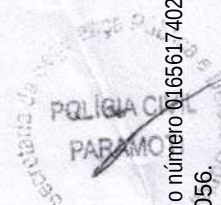
Eu, SARA MOURA MOTA, brasileira, solteira, doméstica,
portadora de CPF nº 046.556.282-51 e de Cédula de Identidade nº
32412266 (SESP-AM), residente e domiciliada no Povoado Lagoa das
Pedras dos Paulos, S/N, Zona Rural, Itapipoca-CE, CEP 62500-000,
DECLARO para os devidos fins de prova que possuo **hipossuficiência**
financeira, não tendo, pois, condições de arcar com as custas processuais e
honorários advocatícios sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha
família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente para que surta seus
devidos fins e efeitos legais.

Fortaleza, 11 de Junho de 2018.

Sara Moura Mota

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DPI/DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR
UNIDADE POLICIAL DE PARAMOTI
Rua: Cesário Gomes, 68, Bairro: Bela Vista, Paramoti-CE.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA - B.O

DADOS DA OCORRÊNCIA:

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº B.O 371/2016

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 26/12/2016 às 10hs35min

DATA DA OCORRÊNCIA: 29/08/2016 às 06hs30min

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: Av. Monsenhor Tabosa, defronte ao Samu, Itapipoca-CE.

MATERIAL (IS) ROUBADO(S) /APREENDIDO(S):

HISTÓRICO: Informa o queixoso que na data e local acima mencionados, estava pilotando a moto que está em nome de Antonio Belo de Paulo, placa HYV8894, chassi 9C2KC0820BR042962, marca/mode HONDA/CG 150 TITAN ESD, ano fab./ano mod. 2008/2008, cor predominante PRETA. Que estava pilotando a moto em via pública, juntamente com sua companheira que ia na garupa Sara Moura Mot RG: 3241226-6, quando o veículo não identificado da frente fez efetuar uma manobra para a direita sem acionar o pisca alerta, logo atrás vinham as vítimas, que o piloto freou bruscamente para desviar e evitar uma colisão do veículo da frente, conseqüentemente uma topik que vinha logo atrás não deu tempo de frear, vindo a colidir na traseira da motocicleta em que estavam as vítimas, que o piloto perdeu o equilíbrio e o controle da motocicleta, pois a garupeira foi arremessada ao chão, e seu esposo tentou segurar a motocicleta, mas não obteve êxito, pois então chegaram a cair ao solo. Que foram socorridos por populares e levados para o hospital de São Camilo de Itapipoca-CE. Que a garupeira foi transferida em estado grave para o LRF em Fortaleza-CE. Que teve fratura da coluna, passou por cirurgia, mais escoriações pelo corpo. Que o piloto teve escoriações pelo corpo. Nada mais disse e vai devidamente assinado. /s/

► DADOS DO QUEIXOSO:

MANOEL RUBENS MOURA DAVI, brasileiro, solteiro, agricultor, nascido aos 24/01/1995 natural de Itapipoca-CE, filho de Francisco Moreira Davi e Maria Valdirene Moura Davi, domiciliado na localidade de Povoador Lagoa das Pedras dos Paulos, Itapipoca-CE.

Obs.: Art. 299 do C.P.B. - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar ou nele inserir ou fazer 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 01 (um) ano a 05 (cinco) anos.

DELEGACIA DESTINO: UNIDADE POLICIAL DE PARAMOTI-CE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 28488-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Manoel Rubens Moura Davi

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por KATHIA WALESKA LOPES CRESCENCIO PEREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/09/2018 às 16:48, sob o número 01656174020188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0165617-40.2018.8.06.0001 e código 3D40056.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012851874588
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - RCT - EXERCÍCIO
PPT 01 00957470991 0000000000 2016

NOME
ANTONIO BELO DE SAUL

ITAPIPOCA / CE

OPH / CNPJ - PLACA
0163677362 HNV8894/CE

PLACA ANT. / UE - CHASSI
7CE 9D2KCC30BR042962

ESPÉCIE / TIPO - COMBUSTÍVEL
FAE / MOTOCICLO NAO AFILIE. GASOLINA

MARCA / MODELO - ANO - 1ª - ANO MOD.
HONDA / CG 150 TITAN E 2006 2006

CAP / POT / CIL - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE
2P / 0CV / 149CC PARTIC. BRANCA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - 1ª VENC. COTA ÚNICA
1 2 3

FAIXA LÉVIA - PARCELAMENTO / COTAS
1 2 3

VALOR TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
143,38 1,11 144,49 07/07/2016

OBSERVAÇÕES

LOCAL - DATA
ITAPIPOCA 07/07/2016

Assinatura do Superintendente
Igor Ponte
DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012851874588 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO
2016 08/07/2016

VIA - OPH / CNPJ - PLACA
01 0163677362 HNV8894

RENAVAM - MARCA / MODELO
00957470991 HONDA / CG 150 TITAN E

ANO FAB. - CAT. LÉVIA - Nº CHASSI
2008 09 9D2KCC30BR042962

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) - DETRAN (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)
129,04 14,34 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
4,15 1,11 522,01

PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 07/07/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MOTOR - JACOB 27077113 00404



Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 178033 Atendimento 0014 Nome do Paciente SARA MOURA MOTA
Documento(s) Identidade: 32412266 Certidão Nascimento: 24283
Data de Nascimento 18/09/1998 Local MANAUS/AM
Mãe ANDREIA BARBOSA MOTA
Endereço DISTRITO LAGOA DAS PEDRAS DOS PAULOS, SN ZONA RURAL CEP 62500-000 Município ITAPIPOCA
Profissão ESTUDANTE Empresa Cônjuge
Responsável MANOEL RUBENS MOURA DAVI CPF do Responsável Endereço DISTRITO LAGOA DAS PEDRAS DOS PAULO Município ITAPIPOCA
UF CE Telefone 8899815243

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 29/08/2016 Hora 07:40 Convênio SUS Matricula CID
Profissional do Atendimento MARCO ANTONIO ARAUJO COSTA CRM/UF 6422/CE Tipo Atendimento CONSULTA
Indicador de Acidente Funcionário MILENA FREIRES CAMPOS
Trânsito
Observação
Sala Data/Hora Liberação às hs Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Vitaliais
Peso (kg) Altura (cm) T (°C) 36,3 P (bpm) R (mpm) PA (mmHg) 130 X 80

Classificação de Risco

Classificação de Risco: ACOLHIDO Data e Hora: 29/08/2016 08:27

Responsável pela Classificação: MILENA FREIRES CAMP

Relatório:

cliente não passou pelo acolhimento, entrou pela emergência.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Paciente vítima queda moto refusa
lombalgia e apresentando fce joelho dir
Rx: fratura corpo L-4?
CD. Ao IJF - sentar p/ TC coluna

Dr. Marco Antonio Araújo Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6422

MARCO ANTONIO ARAUJO COSTA - CRM 6422

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum custo para o paciente ou
qualquer tipo de convênio
HMSVP

Assinatura Paciente/Responsável

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 178033	Atendimento 0016	Nome do Paciente SARA MOURA MOTA	CNS 898003946592807	Guia de Autorização
Documento(s)	Identidade: 32412266	Certidão Nascimento: 24283	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Feminino
Data de Nascimento 18/09/1998	Local MANAUS/AM	Mãe ANDREIA BARBOSA MOTA	Idade 17 Ano(s)	
Pai JOSUE BARBOSA MOTA	Endereço DISTRITO LAGOA DAS PEDRAS DOS PAULOS, SN	CEP 62500-000	Município ITAPIPOCA	UF CE
Profissão ESTUDANTE	Empresa	Cônjuge		Telefone 889981523333
Responsável MANOEL RUBENS MOURA DAVI	CPF do Responsável	Endereço DISTRITO LAGOA DAS PEDRAS DOS PAULO	Município ITAPIPOCA	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 29/08/2016	Hora 11:46	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento GEORGE ARAUJO MAGALHAES	CRM/UF 8672/CE	Funcionário SYLVANIA DOURADO DE SOUSA	Tipo Atendimento CONSULTA	
Indicador de Acidente				
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)
				R (mpm)
				PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

DR. GEORGE ARAUJO MAGALHAES
UROLOGIA
CREMEC 8672

GEORGE ARAUJO MAGALHAES - CRM: 8672

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio

HMSVP

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MANOEL RUBENS MOURA DAVI

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 29/08/2016 16:53:37	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 706702519167413	NOME: SARA MOURA MOTA				Registro: 5463619		
CPF:	RG:	D. NASC: 18/09/1998	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: ANDREIA MOURA BARBOSA				NOME DO PAI: JOSUE BARROSO MOTA			
TIPO DE LOGRADOURO:	ENDEREÇO DO PACIENTE: LAGOA DAS PEDRAS DOS PAULOS		Nº: S/N	BAIRRO: ITAPIPOCA			
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 996192128	MUNICÍPIO: ITAPIPOCA	UF: CE	CEP: 62500000			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: AMB. ITAPIPOCA		PARENTESCO:			TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda cu projeção de uma motocicleta							
QUEIXAS: TRAUMA NA COLUNA, HA 8H							
OBSERVAÇÕES: TRM							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 hora de proteção à vida"



Prefeitura de
Fortaleza

fls. 23

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: SARA MOURA MOTA		ID Paciente: 5463619
Data de Nascimento: 18/09/1998	Idade: 17 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: (Sem nome)		Data do Exame: 29/08/2016
LAUDO		

TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR

TÉCNICA:

Exame realizado por aquisição volumétrica em aparelho Multi-Slice sem uso de contraste e com reconstrução multiplanar, que demonstra:

Fratura cominutiva do corpo de L5 com redução da altura vertebral e avulsão de fragmentos. Há deslocamento posterior de fragmento para o canal medular determinando importante redução de sua amplitude. Há também traço de fratura sem desalinhamento na lâmina direita de L5.

Presença de vértebra de transição lombossacra com mega-apófise transversa bilateral (VT).

Demais corpos vertebrais de alinhamento posterior normal, de dimensões, densidade e contornos anatômicos.

Demais articulações interapofisárias e costovertebrais, forames neurais e elementos dos arcos posteriores da coluna sem alterações.

Estruturas paravertebrais sem anormalidades

CAMILO DE ALENCAR DIOGENES
CRM 9506

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por KATHIA WALESKA LOPES CRESCENCIO PEREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/09/2018 às 16:48, sob o número 01656174020188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0165617-40.2018.8.06.0001 e código 3D4005B.

Pronto Atendimento

Clínica Médica 24h
Buco-Maxilo-Facial 24h
Clínica de Imagens
Tomografia, Ultra-som
Raios X

**Internamentos
Clínicos & Cirúrgicos**

Cir. Buco-maxilo-facial
Cirurgia Cardíaca
Cirurgia Geral
Cir. Neurológica
Cir. Pediátrica
Cirurgia Plástica
Cir. Proctológica
Cirurgia Ortopédica
Cirurgia Urológica
Cirurgia Vascular
Cirurgia Médica
Ginecologia
Obstetrícia

UTI

Rim Centro (Hemodiálise)
Litotripsia Extra-Corpórea
Fisioterapia

V *Sara M. Mota*

Solucido

① *Coleta de Pulso*

06/09/16

Dr. Yuri C. Gomes
Médico
CRM 16.418



NEUROFISIO

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA, NEUROLOGIA TRAUMATOLÓGICA E ORTOPÉDICA

SARA MOURA MOTA

SOLICITO

FISIOTERAPIA COLUNA LOMBAR

JUST

ARTRODESE DE COLUNA LOMBAR

FORT. 24.10.16

Antonio Gomes
Neurocirurgia
CRM 2859

**NEUROFÍSIO**

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA, NEUROLOGIA TRAUMATOLÓGICA E ORTOPÉDICA

ATESTADO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE SARA
MOURA MOTA, SE ENCONTRA EM TRATAMENTO
NEUROLOGICO COM QUADRO DE TRAUMATISMO
RAQUIMEDULAR LOMBAR SENDO OPERADA DE
ARTRODESE LOMBOSSACRA VIA POSTERIOR COM
LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DA COLUNA. ESTA DE
ALTA FISIOTERAPÊUTICA PARA ACOMPANHAMENTO
AMBULATORIAL.

CID S 34.2

FORT. 24.10.2016



Antonio Gomes
Neurocirurgia
CRM 2859

Rua Coronel Jucá, 1450 - Aldeota - Fone: (85) 3261.6067 - 3224.9237 - Fone/Fax: (85) 3261.3824
CEP 60.170-320 - Fortaleza - CE

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: SANA MOCMA MOTA

RG: _____

Prontuário Nº _____ Nome da Mãe: _____

Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento: ____/____/____ Ocupado: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

SOLICITA FISIOTERAPIA COMUNA COM BOM

Resultado de Exames: _____

"20 SESSÕES"

Conduta já Realizada: _____

Dr. Jans de Faria Silva
Impressão Diagnóstica: _____
Medico

Res-querência C: Com BOM

CRMS 2300240/CE

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

MEDICO

Função

27/10/16

Data

10:00 AM

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: _____

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: FISIOTERAPIA

Profissional: FISIOTERAPEUTA

Unidade de Referência: _____

Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº: _____

Alta: ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____

CID: _____

Secundário 1: _____

CID: _____

Secundário 2: _____

CID: _____

Proposta de Conduta para Segmento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

(*) Utilizar também como resumo de Alta

AMARELO

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIPOCA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE ITAPIPOCA
AV. ESAU ALVES - S/N - FAZENDINHA - ITAPIPOCA - CE

f/s. 27



1700219653		03/08/2017 09:01:07		FICHA DE ATENDIMENTO				CLINICA MEDICA		DIURNO		31	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF		Prontuário			
SARA MOURA MOTA		18/09/1998		18 A 10 M 15 D		898003946592807		00046317					
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil		Raça/Cor	
IDENTIDADE		32412266		SSPCE		12/03/2015		F		SOLTEIRO(A)		PARDA	
Mãe		Pai		Naturalidade		Contato		Ocupação					
ANDREIA MOURA BARBOSA		JOSUE BARROSO MOTA		ITAPIPOCA - CE		(88) 98251-1883							
Endereço													
LOCALIDADE - LAGOA DAS PEDRAS DOS PAULO		S - DESERTO - ITAPIPOCA - CE											
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal			
AMARELO		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE											
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso		Pressão	
PRONTO ATENDIMENTO		URGÊNCIA		DRA. DANIELLE CRISTINA								120 x 60	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:							
RECEPÇÃO		DEMANDA ESPONTANEA		ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS		DAYANA.DEYGLES							
Queixa Principal													
DOR													
Anamnese de Enfermagem		COM DOR NO EPIGÁSTRIO E COLUNA LOMBAR		GSC		TOTAL							
				AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6									
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)													
Paciente com dor no epigastrio e coluna lombar, dor plana e													
sintomas súbitos, associados a náusea e vômito, com													
história de dor, com trauma recente, com dor moderada													
Exame Físico													
Hipótese Diagnóstica													
Dor e náusea													
SADT - Exames Complementares													
(X) RAIO-X		() ULTRA-SON		() TC		() SANGUE		() URINA		() ECG		() OUTROS: _____	
PRESCRIÇÃO													
APRAZAMENTO													
OBSERVAÇÃO													
Conduta													
() Alta por Decisão Médica		() Ambulatório											
() Alta a Pedido		() Observação (Até 24h)											
() Alta a Revelia		() Internação											
() Transferência para: _____		Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____											
óbito													
Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não		Destino: () Família		() IML		Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável													
Carimbo e Assinatura do Médico													
Impresso por: dayana.deygles													
Data Hora: 03/08/2017 09:14:57													
1700219653													



Rio de Janeiro, 29 de Março de 2017

Carta nº: 10740029

A/C: SARA MOURA MOTA

Sinistro: 3170110790 ASL-0071918/17
 Vítima: SARA MOURA MOTA
 Data Acidente: 29/08/2016
 Natureza: INVALIDEZ
 Procurador: MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: SARA MOURA MOTA
 Valor: R\$ 3.375,00
 Banco: 237
 Agência: 000001351-0
 Conta: 0000028685-0
 Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau completo 100%

% Invalidez Permanente DPVAT: (100% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =

R\$ 3.375,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

