



**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)

**PROCURAÇÃO**

|                |                              |              |           |
|----------------|------------------------------|--------------|-----------|
| OUTORGANTE     | Luiz Carlos Ferreira         |              |           |
| NACIONALIDADE  | Brasil                       | NATURAL      |           |
| RG             | 97013032286                  | ESTADO CIVIL | Casado    |
| CPF            | 320440033-03                 | PROFISSÃO    | Vigilante |
| ENDEREÇO       | Rua Santo Ambrósio, 280      |              |           |
| BAIRRO         | Q. Alvorada                  | CEP          | 60833322  |
| MUNICÍPIO / UF | Fortaleza                    |              |           |
| FONES          | (85) 98869-4442 / 98809-7742 |              |           |
| 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 judicium 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 medicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 03 de Junho de 2018.

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, Luz Carlos Ferreira, Brasileiro(a),  
Casado, Ucraino, portador da Carteira de  
Identidade/RG nº 97013032286 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o  
nº 320440033-68, residente e domiciliado na cidade de  
Rua Santo Ambrosio (Fortaleza) estado Ceará, na Rua  
Rua Santo Ambrosio, Nº 280, C. Alvorada,  
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), 03 de Junho de 2018.

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, Luc Carlos Ferreira, brasileiro(a),  
Casado, Vigilante, portador(a) do RG nº  
97013032286, inscrito no CPF sob nº  
320440033-68, residente e domiciliado no endereço  
Rua Santo Anbrosio, 280 - Conj. Alvorada - Fortaleza,

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), 03 de Junho de 2018

*Declarante.*

TESTEMUNHA:  
CPF:  
NASC:

TESTEMUNHA:  
CPF:  
NASC:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/07/2018 às 08:32, sob o número 01470964720188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0147096-47.2018.8.06.0001 e código 399C8B1.



# 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, Luiz Carlos Ferreira,  
 Brasileiro(a), Casado, Viúva, portador da cédula de Identidade Nº  
97013032286 E CPF Nº 320440033-68, capaz,  
 nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:  
Rua Santo Ambrósio, 280 - Q. Alvorada

na Cidade de Fortaleza, Estado Ceará, CEP  
60833322, 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, 03, de Junho, de 2018.

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: Luiz Carlos Ferreira       |                            | Nacionalidade: Brasileira |
| Endereço: Rua Santo Antonio 1280 |                            | Profissão: Vigilante      |
| CPF nº: 320440033-68             | RG n: 97013032268          | Estado Civil: Casado      |
| Bairro: C. Alvorada              | Cidade: Fortaleza          | Estado: CE                |
| CEP: 60833322                    | Telefone: (85) 98869-4442. |                           |

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO, 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, 03 de Junho de 2018

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, homonímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo 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

fls. 19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



CE

NOME  
**LUIZ CARLOS FERREIRA**



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
**97013032286 SSPDS CE**

CPF DATA NASCIMENTO  
**320.440.033-68 17/03/1968**

FILIAÇÃO  
**MANOEL ALVES FERREIRA  
REGINA MARIA VENANCIO  
FERREIRA**

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
**AB**

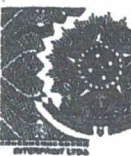
Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO  
**05204964607 11/05/2022 13/05/2011**

OBSERVAÇÕES  
**SEM OBSERVAÇÃO;**

ASSINATURA DO PORTADOR  
**FORTALEZA, CE 16/05/2017**

ASSINATURA DO EMISSOR  
**89833214563  
CE159407362**

**CEARÁ**



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1488519726**



PROIBIDO PLASTIFICAR  
**1488519726**

Scanned by CamScanner

LIRIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
11.9 ABR. 2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/07/2018 às 08:32, sob o número 01470964720188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0147096-47.2018.8.06.0001 e código 399C8B4.



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 517248580  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de  
MAR/2018

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

898130

DV 2

VENCIMENTO

22/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DADOS DO CLIENTE

Rota 10 01260 02 0254200 Medidor 5231015 Poste 1922 P94E  
Nome LUIZ CARLOS FERREIRA  
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU STO AMBROSIO 00280 CJ, ALVORADA FORTALEZA 60833322

RG / CPF / CNPJ 320.440.033-68 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 18572 18514 1 58 0 58

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação Prev. Próxima Leitura  
14/03/2018 13/04/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

AD73.FFE1.9B5F.E015.1188.FEFA.8A5B.3730

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto  
40,06 27% 10,81

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS  
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO  
INDENIZAÇÃO MENSAL DIC

-38,03  
-2,03

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

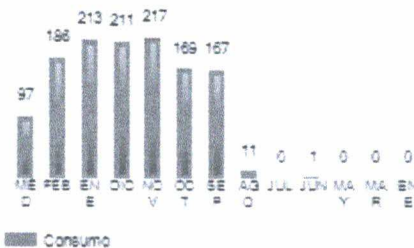
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 14,40  
Conjunto AGUA FRIA  
Mês JAN/ 2018

|          | Padrão Individual |       |       | Apuração Individual |       |       |
|----------|-------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
|          | Mensal            | Trim. | Anual | Mensal              | Trim. | Anual |
| DIC (h)  | 5,07              | 10,15 | 20,30 | 11,92               | 0,00  | 0,00  |
| FIC (un) | 3,17              | 6,35  | 12,70 | 3,00                | 0,00  | 0,00  |
| DMIC (h) | 2,86              |       |       | 7,09                |       |       |

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 898130-2 Nº da Nota Fiscal: 517248580 Total a Pagar (R\$): 0,00  
Data de Emissão: 25/03/2018 Referência: MAR/2018 Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

09 ABR. 2018



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



**DOCUMENTO ORIGINAL**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 634 / 2018**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **02/02/2018 10:39:31**  
Data / Hora da Ocorrência: **01/01/2018 08:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA CIDADE ECOLÓGICA , 278**  
Complemento:  
Bairro: **EDSON QUEIROZ** Município: **FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência: **FRIGORIFICO UNIBOI**



**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **LUIZ CARLOS FERREIRA**  
Nascimento: **17/03/1968** CPF: **320.440.033-68**  
RG: **97013032286** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **REGINA MARIA VENÂNCIO FERREIRA**  
**MANOEL ALVES FERREIRA**  
Endereço: **RUA SANTO AMBRASIO , 280**  
Bairro: **CONJUNTO ALVORADA**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.833-322**  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98869-4442**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **PMV3988** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2ND1110FR002177** Renavam: **1033281430** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/XRE 300** Ano Fabricação: **2014**  
Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA**  
Proprietário: **LUIZ CARLOS FERREIRA** 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 PMV-3988-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA CIDADE ECOLÓGICA E AO TENTAR ULTRAPASSAR UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE ESTAVA A SUA FRENTE NA VIA, QUANDO FOI FECHADO E ACONTECEU A COLISÃO NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS DE UBER E FOI TER ATENDIMENTO NO HOSPITAL SÃO MATEUS. E NADA MAIS DISSE.//  
OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.  
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

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

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9**

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 1

Impresso em: 02/02/2018 10:46:59

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MARTINS  
FORTALEZA CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS  
TABELIÃO: BEL. CLÁUDIO MARTINS - CNPJ: 06.589.261/0001-75  
Rua Engº Antônio Ferreira Antero, Nº 470 - Parque Manibura - CEP: 60.821-765 - Fortaleza - CE  
Tel: (85) 3273.5566 - E-mail: geral@cartoriomartins.com.br

Autentico para os devidos fins, a presente cópia do documento que me foi apresentado em cartório pela parte interessada. Dou fé.  
Fortaleza, 20 de Fevereiro de 2018.  
Em testemunho da verdade.  
Selo Digital de Fiscalização- Tipo 3 -No.:-

**IRANILDO SILVA DOS SANTOS**  
Escrevente Autorizado



**09 ABR. 2018**  
ASS. \_\_\_\_\_  
LÍCIA CORRETOIRA DE SEG. JUD.

ARTICULAR SERVIÇOS MÉDICOS E FISIOTERÁPICOS LTDA  
CNPJ: 13.251.274/0001-03

|                                                                                                                                                                                   |                             |                                                                  |                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Data do acidente                                                                                                                                                                  | 01/01/2018                  | Internou-se para tratamento em virtude do acidente que o vitimou | <input checked="" type="radio"/> Clínico <input type="radio"/> Cirúrgico |
| Data da internação                                                                                                                                                                | 01/01/2018                  | LUIZ CARLOS FERREIRA                                             |                                                                          |
| Nome hospital                                                                                                                                                                     | SÃO MATEUS                  | Data da alta hospitalar                                          | 01/01/2018                                                               |
| Encontrou no segurado outros defeitos físicos, moléstias ou doenças existentes antes da data do acidente?<br>Cite especificando lesões/doenças e o percentual de perda funcional. |                             |                                                                  |                                                                          |
| NÃO                                                                                                                                                                               |                             |                                                                  |                                                                          |
| Quais os tratamentos que o segurado foi submetido até a data indicada acima?                                                                                                      |                             |                                                                  |                                                                          |
| TRATAMENTO CONSERVADOR + IMOBILIZAÇÃO DE FRATURAS NO PE D7e.                                                                                                                      |                             |                                                                  |                                                                          |
| Foram esgotados todos recursos terapêuticos visando a recuperação do paciente? Justifique                                                                                         |                             | Data da definição da(s) seqüela(s)                               |                                                                          |
| SIM                                                                                                                                                                               |                             | 09/05/2018                                                       |                                                                          |
| 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 PE D7e.                                                                                                                                                 |                             | 60%                                                              |                                                                          |
| DOR A IMOBILIZAÇÃO + LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO + DEFORMIDADE E DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA EM 09/05/18.                                                                                |                             |                                                                  |                                                                          |
| Nome do médico responsável                                                                                                                                                        | JOÃO BATISTA GOMES DA SILVA | CRM                                                              | 5157                                                                     |
| Local                                                                                                                                                                             | FORTALEZA - CE              | Firma reconhecida do médico                                      |                                                                          |
| Data                                                                                                                                                                              | 09/05/18                    |                                                                  |                                                                          |
| Assinatura / rubrica                                                                                                                                                              |                             |                                                                  |                                                                          |

Dr. João Batista Gomes da Silva  
Médico - CRM. 5155  
CPF: 228.775.923-1

LUIZ CORRETORES DE SEG. LTDA.  
15 MAIO 2018

IMPRESSÃO DO BOLETIM DE ATENDIMENTO DE EMERGENCIA

PAGINA 1 DE 2

011: 1754546 011: 1754583

1.745.052USUARIO RONALDOARAGAO

fls: 23

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE EMERGENCIA - BAE

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE - PACIENTE

NOME: LUIZ CARLOS FERREIRA

DAT NASC: 17/03/1968

ISN ATENDIMENTO: 1.745.052

( ) 1ª PRIMEIRA CONSULTA ( ) SUBSEQUENTE

CPF: 320.440.033-68

RG: 9701302286

IDADE: 49

DATA DE NASC: 17/03/1968 00:00:00

SEXO: MASCULINO

ENDEREÇO RESIDENCIAL: R SANTA BROZ, N 280 - EDSON QUEIROZ - FORTALEZA (CE) - CEP - FONE(S) (85) 8869-4442

ENDEREÇO COMERCIAL:

NATURALIDADE:

PROFISSÃO:

ESTADO CIVIL:

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE:

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE - RESPONSÁVEL LEGAL

NOME: LUIZ CARLOS FERREIRA

PARENTESCO (escrever de próprio punho):

CPF: 320.440.033-68

RG: 9701302286

IDADE: 49

ESTADO CIVIL:

SEXO: MASCULINO

ENDEREÇO RESIDENCIAL: R SANTA BROZ, N 280 - EDSON QUEIROZ - FORTALEZA (CE) - CEP - FONE(S) (85) 8869-4442

ENDEREÇO COMERCIAL:

NATURALIDADE:

PROFISSÃO:

INFORMAÇÕES DO PRONTO ATENDIMENTO

DATA DO ATEENDIMENTO: 01/01/2018 08:53:20

CONVÊNIO: UNIMED MULTIPLAN - ENF

PROCEDÊNCIA:

ESPECIALIDADE:

CLÍNICA:

ATENDIMENTOS ANTERIORES NO PRONTO ATENDIMENTO

| ISN ATEND | DATA DO ATENDIMENTO | DIAGNÓSTICO                                       | MÉDICO                       | TIPO DE ATENDIMENTO |
|-----------|---------------------|---------------------------------------------------|------------------------------|---------------------|
| 1247410   | 15/02/2016 13:23:59 | DOR LOMBAR BAIXA                                  | JOSE DE SA CAVALCANTE JUNIOR | PRONTO ATENDIMENTO  |
| 899122    | 21/10/2014 19:21:34 | DOR ABDOMINAL E PELVICA                           | IATAGAN ROCHA JOSINO         | PRONTO ATENDIMENTO  |
| 884287    | 27/09/2014 14:45:29 | CONTUSAO DE OUTRAS PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE | VANDICK DE QUEIROZ GERMANO   | PRONTO ATENDIMENTO  |
| 311999    | 12/07/2012 19:31:18 | EXAME MEDICO LEGAL                                | FELIPE RAMOS NOGUEIRA        | PRONTO ATENDIMENTO  |

INFORMAÇÕES DADAS PELO MÉDICO RESPONSÁVEL

MÉDICO RESPONSÁVEL: RONALDO DE ARAGAO RODRIGUES

QUEIXA PRINCIPAL/ANAMNESE/EXAME FÍSICO

QUEIXA PRINCIPAL:

ANAMNESE: ANAMNESE: TRAUMA EM PÉ D COM SUSPEITA DE FRATURA

CD RX

ANAMNESE BASICA: GESTANTE [NAO] - ALERGIA(S) [NAO] - CIRURGIA(S) [NAO] - MEDICAMENTO(S) [NAO] - COMORBIDADE(S): []

EXAME FÍSICO:

DR. RONALDO DE ARAGAO RODRIGUES

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

URGÊNCIA CLÍNICA - FORTALEZA

3001 - TEL 085 33011880 - RQE 7113

CONFERE COM ORIGINAL

30/1/18

Fantaf

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

FRATURA DO PE NAO ESPECIFICADA

CID

S92.9

EXAMES SOLICITADOS

ENFERMAGEM

| HORA | TEMPERATURA | PA | FC | FR | SAT | GLICEMIA | LIGADO   | DESLIGADO |
|------|-------------|----|----|----|-----|----------|----------|-----------|
|      |             |    |    |    |     |          | MONITOR  |           |
|      |             |    |    |    |     |          | OXIMETRO |           |
|      |             |    |    |    |     |          | OXIGENIO |           |
|      |             |    |    |    |     |          | BIC      |           |

EVA00272 - GERADO EM 01/01/2018 AS 09:15:06

INFLUXO INFORM

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

09. ABR. 2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/07/2018 às 08:32, sob o número 0147096472018188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pp/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0147096-47.2018.8.06.0001 e código 399C886.

Scanned by CamScanner

IMPRESSÃO DO BOLETIM DE ATENDIMENTO DE EMERGENCIA  
PAGINA 2 DE 2

HOSPITAL SAO MATEU  
1.745.052USUARIO RONALDOARAGAO

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE EMERGENCIA - BAE

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE - PACIENTE

NOME: LUIZ CARLOS FERREIRA

CPF: 320.440.033-68

RG: 9701302286

IDADE: 49

ISN ATENDIMENTO: 1.745.052

( ) 1ª PRIMEIRA CONSULTA ( ) SUBSEQUENTE

ENDEREÇO RESIDENCIAL: R SANTA BROZ, N 280 - EDSON QUEIROZ - FORTALEZA (CE) - CEP - FONE(S) (85) 8869-4442

ENDEREÇO COMERCIAL:

NATURALIDADE:

PROFISSÃO:

ESTADO CIVIL:

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE:

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

MÉDICO RESPONSÁVEL: RONALDO DE ARAGAO RODRIGUES

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

Mom Bio INTERNA

13/30

CARIMBO, CRM, ASSINATURA DO PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

Foi Realizado TAU BOTA GESSADA

Claudio H. Rebouças  
Téc. Imobilizações Ortopédica  
RG. 910023.546-01

RESUMO

SAIDA [ ]

LOCAL [ ]

Se persistirem os sintomas que provocaram a busca pelo atendimento hospitalar, ou surgirem novas intercorrências, o paciente deverá procurar imediatamente o serviço médico.

CARIMBO, CRM E ASSINATURA DO PLANTONISTA

CARIMBO E ASSINATURA DA ENFERMAGEM

VA00272 - GERADO EM 01/01/2018 AS 09:15:06

INFLUXO INFORMATICA

Protocolo: 76575664592  
Nome: LUIZ CARLOS FERREIRA  
DN: 17/03/1968  
Solicitante: Dr.(a) RONALDO DE ARAGAO RODRIGUES

Data: 1/1/2018

Unidade: UNIMAGEM



0003IN483F00201S

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PÉ DIREITO**

**Técnica:** Exame realizado em equipamento multi-detectors, com posteriores reconstruções multiplanares e 3D.

**Análise:**

Fratura cominutiva da base do primeiro metatarso, com desalinhamento dos fragmentos ósseos.

Fratura cortical na margem articular tarso-metatarsica dos ossos cubóides intermédio e lateral.

Fratura da extremidade distal da falange proximal do segundo e terceiro dedos, com extensão articular, sendo notado no segundo dedo desalinhamento dos fragmentos ósseos.

Edema dos tecidos moles adjacentes aos sítios de fratura.

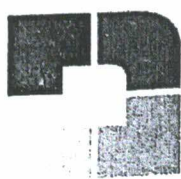
Não observo ao método sinais de derrame articular ao método.

**DR. JOAO BRUNO DE OLIVEIRA ROCHA**  
CRM-12983

Este laudo foi assinado eletronicamente

BIÁ CORRETORA DE SEG. LTDA.  
09 ABR 2018

Página 1 de 1



HOSPITAL  
SÃO MATEUS

**ATESTADO MÉDICO**

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) PACIENTE **LUIZ CARLOS FERREIRA** ESTEVE EM CONSULTA MÉDICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HSM NO DIA 01/01/18 E NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES DE TRABALHO POR UM PERÍODO DE NOVENTA (90) DIA(S) A PARTIR DESTA DATA.

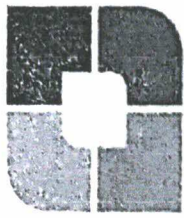
CID10: S92.9

FORTALEZA, 01/01/18

Dr. Marcos Aurélio  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC12081

Hospital São Mateus  
Av. Santos Dumont, 5633 Papicu, Fortaleza – CE.  
Fone: (85) 34211444

ATA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
09 ABR. 2018



HOSPITAL  
SÃO MATEUS

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: LUIZ CARLOS FERREIRA

USO ORAL

1. TORAGESIC 10mg ..... 1 CAIXA

- TOMAR 1 COMPRIMIDOS, VIA ORAL, ATÉ 3X AO DIA, EM CASO DE DOR

2. FLODIN DUO 150mg ..... 1 CAIXA

- TOMAR 1 COMPRIMIDO, VIA ORAL, DOSE ÚNICA DIÁRIA, DURANTE 7 DIAS.

Fortaleza, 01/01/18

Dr. Marcos Aurélio S. Medeiros  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC 12081

Dr. Marcos Aurélio  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC 12081

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
09 ABR. 2018

Hospital São Mateus  
Av. Santos Dumont, 5633 Papicu, Fortaleza – CE.  
Fone: (85)34211444

|                                                              |  |                                             |  |
|--------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS                                             |  | 3 - Número da Guia Principal                |  |
| 31.714-4                                                     |  |                                             |  |
| 4 - Data da Autorização                                      |  | 5 - Sembr                                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 6 - Número da Carteira                                       |  | 9 - Validade da Carteira                    |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 13 - Código no Operadora                                     |  | 14 - Nome do Contratado                     |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante                        |  | 16 - Conselho                               |  |
| Beau Botelho                                                 |  | 9325                                        |  |
| 21 - Caráter do Atendimento                                  |  | 22 - Data da Solicitação                    |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 23 - Trabalho                                                |  | 24 - Código do Procedimento                 |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 25 - Descrição                                               |  | 26 - Nome do Contratado                     |  |
| Bota Costado Com Saco                                        |  |                                             |  |
| 27 - Data Solic.                                             |  | 28 - Data Rec.                              |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 29 - Código CBO                                              |  | 30 - Assinatura do Profissional Solicitante |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 31 - Código CBO                                              |  | 32 - Assinatura do Contratado               |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada) |  | 34 - Tipo de Consulta                       |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  | 36 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 37 - Hora Inicial                                            |  | 38 - Hora Final                             |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 39 - Código do Procedimento                                  |  | 40 - Descrição                              |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 41 - Nome do Profissional                                    |  | 42 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 43 - Nome do Profissional                                    |  | 44 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 45 - Nome do Profissional                                    |  | 46 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 47 - Nome do Profissional                                    |  | 48 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 49 - Nome do Profissional                                    |  | 50 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 51 - Nome do Profissional                                    |  | 52 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 53 - Nome do Profissional                                    |  | 54 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 55 - Nome do Profissional                                    |  | 56 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 57 - Nome do Profissional                                    |  | 58 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 59 - Nome do Profissional                                    |  | 60 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 61 - Nome do Profissional                                    |  | 62 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 63 - Nome do Profissional                                    |  | 64 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 65 - Nome do Profissional                                    |  | 66 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 67 - Nome do Profissional                                    |  | 68 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 69 - Nome do Profissional                                    |  | 70 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 71 - Nome do Profissional                                    |  | 72 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 73 - Nome do Profissional                                    |  | 74 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 75 - Nome do Profissional                                    |  | 76 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 77 - Nome do Profissional                                    |  | 78 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 79 - Nome do Profissional                                    |  | 80 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 81 - Nome do Profissional                                    |  | 82 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 83 - Nome do Profissional                                    |  | 84 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 85 - Nome do Profissional                                    |  | 86 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 87 - Nome do Profissional                                    |  | 88 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 89 - Nome do Profissional                                    |  | 90 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 91 - Nome do Profissional                                    |  | 92 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 93 - Nome do Profissional                                    |  | 94 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 95 - Nome do Profissional                                    |  | 96 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 97 - Nome do Profissional                                    |  | 98 - Nome do Profissional                   |  |
|                                                              |  |                                             |  |
| 99 - Nome do Profissional                                    |  | 100 - Nome do Profissional                  |  |
|                                                              |  |                                             |  |

17/03/2018 14:00:00  
19 APR 2018

Dr. [Assinatura]  
[Assinatura]  
[Assinatura]

SINISTRO 3180222820 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUIZ CARLOS FERREIRA  
COBERTURA Invalidez  
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA  
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME  
BENEFICIÁRIO LUIZ CARLOS FERREIRA  
CPF/CNPJ: 32044003368

Posição em 03-06-2018 18:56:48

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 30/05/2018        | R\$ 1.687,50         | R\$ 0,00         | R\$ 1.687,50 |