

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2018164880**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4509 / 2018****JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2018164880

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4509 / 2018

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **19/10/2018 10:21:10**Data / Hora da Ocorrência: **25/05/2016 02:00:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA BEIRA MAR C/ RUA JOAQUIM NABUCO**

Complemento:

Bairro: **PRAIA DE IRACEMA**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **PROX A BARRACA DA BOA****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **MAURICIO DANTAS DE CARVALHO**Nascimento: **12/12/1980** CPF: **617.750.103-68**CNH: **02881740662**Orgão Emissor: **DETRAN**UF: **CE**Filiação: **MARIA DANTAS DE CARVALHO****MANOEL CANDIDO DE CARVALHO**Endereço: **RUA SÃO CAETANO, 181**Bairro: **BARRA DO CEARA**Município: **FORTALEZA/CE**CEP: **60.333-700**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98510-1363****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **ORV4626** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2JC4160ER013790** Renavam: **597779775** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN ESD** AnoFabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor:**VERMELHA** Proprietário: **MARIA DE FATIMA RODRIGUES DA SILVA**Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA ORV-4626-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. BEIRA MAR; QUE AO PASSAR POR CIMA DE REDUTORES DE VELOCIDADE(TARTARUGAS) NA VIA, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E ACONTECEU A QUEDA NA VIA; QUE APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA SUA ESPOSA, SENDO LEVADO PARA SUA RESIDÊNCIA E DOIS DIAS DEPOIS FOI PROCURAR ATENDIMENTO NO FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE.///

OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.

PRAZO 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) :

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1407097057 	
NOME MAURICIO DANTAS DE CARVALHO DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE 1921649 MT CR CPF 617.750.103-68 DATA NASCIMENTO 12/12/1980 FILIAÇÃO MANOEL CANDIDO DE CARVALHO MARIA DANTAS DE CARVALHO PERMISSÃO ACC CAT. HAB. AD	
IP. REGISTRO 02881740662 VALIDADE 28/08/2017 1ª HABILITAÇÃO 28/05/2003	
PROIBIDO PLASTIFICAR 1407097057 CLASSIFICAÇÃO EXERCE ATIV. REMUNERADA Assinatura do Portador LOCAL FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO 20/12/2016 Assinatura do Emissor 41907900036 CE157091031	
DETRAN-CE (CEARA)	

CONFIDENCIAL



Cagece

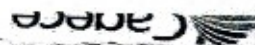
Companhia
de Água e Esgoto
do Ceará

Av. Dr. Lauro Vieira Chaves, 1030 - Vila União
CEP: 60.420-280 - Fortaleza - CE - Brasil
CNPJ: 07.040.108/0001-57 / CEF 06859.236-1
Atendimento ao cliente: 0800.2750195
Internet: www.cagece.com.br

JURANY D DE ALBUQUERQUE UN-MTN
RU STO CAETANO-BARRA DO CEARA 181
BARRA DO CEARA
60.333-700 FORTALEZA

Emissão:
17/08/2018

Descrição:	Local:	Ser:	Sub-Ser:	Quadra:	Sub-Quadra:	Lote:	Comp:	Reserva:	Sequencial:	Nº Medidor:
07497563	001	044		406		0169	0000.9		00554880	A11F218904





DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: <u>Nascimento D. de Carvalho</u>		
DATA DA CIRURGIA:	UNIDADE:	LEITO:
CIRURGIÃO: <u>Dr. André</u>	1º AUX.: <u>Dr. Marcelo</u>	2º AUX.:
AUX. CIRCULANTE:	AUX. INSTRUMENTADORA:	
ANESTESISTA: <u>Dr. Vicente</u>	TIPO DE ANESTESIA:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>pat. S. Motetoso macramente Condição</u>		
TIPO DE CIRURGIA: <u>Pro. Cirúrgica</u>		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <u>OK</u>		
EXAMES DURANTE ATO CIRÚRGICO: <u>Su</u> <u>Pa</u>		
INTERCORRÊNCIAS DURANTE A CIRURGIA:		

Forilante - DDD
 Análise Regional
 Proprio e anti-proprio N. DND. D
 Cuidado cirúrgico
 Incisão de 2cm de 1cm de D
 Colocação pat. S. Motetoso
 Ressecção pat. S. Motetoso D
 Fio de N° 20 nity - modu
 Fio
 Fio de 4/80/50
 Sutura
 Curativo
 Data 6/04


Fortaleza
 HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
 FROTHIA ANTONIO BEZERRA
 Mariana Moniz Marques Soares
 Mat. 45300-01
 Coordenadora SAME - HDEAM
 CONFERE COM ORIGINAL

Rg. 950 21001 9440

Cpt. 617 750103 68



Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

HDEAM

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

Barbosa Dantas de Carvalho

61164

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

12/12/80

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Barbosa Dantas de Carvalho

81586619384

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua São Coelano Nº 181 Barra do Ceará

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

Joralema

CE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

queda de moto dia 26/05/16 (sic)

Fratura do 5º MTT @

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de Complicação

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ex. físico e RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura 5º Metatarso @

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Cirurgia

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Trauma

eletiva

() CNS (X) CPF

903819711384

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dra. Luciana Lima
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Mão

06/06/16

CPF 12354

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

HOSPITAL DISTRICTAL E ANDRÉ AYRES DE ARAÚJO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. Órgão Emissor

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

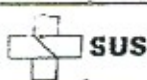
12670040504

CONFERE COM ORIGINAL

Rg. 950 21001 9440

Cpt. 617 750103 68

fls. 14



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

HDEAM

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

Barricão Dantas de Carvalho

61164

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

12/12/86

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Barra Dantas de Carvalho

81586619384

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua. São Coelano Nº 181 Barra do Ceará

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

Jortaleira

P-R

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

queda de moto dia 26/05/16 (sic)

Fratura do 5º MTT (D)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ex. físico e RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura 5º Metatarso (D)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Cirurgia

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Trauma

eletiva

() CNS () CPF

003819711384

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dra. Luciana Lima
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Mão

06/06/16

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADO

() PRECATORIO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO ALVES DE MOURA

PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CONFERE COM ORIGINAL

12670040504



Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE MAURICIO DANTAS DE CARVALHO		DADOS PESSOAIS Nº DO PRONTUÁRIO 61164		Nº DO BE 55697	
CADSUS		NASCIMENTO 12/12/1980(35 ANOS)		SEXO M	
NOME M/AE MARIA DANTAS DE CARVALHO		NOME RESPONSÁVEL O MESMO		RAÇA/COR PARDO	
ENDEREÇO RUA SAO CAETANO 181 BARRA DO CEARA		MUNICÍPIO		UF CE	
CONTATO		CEP NI			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE					
QUEIXA PANCADA PE D		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO MOTIVO QUEDA DE MOTO			
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)			
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SINAIS VITAIS	
TEMPERATURA NI °C		SAT O2 NI%		PULSO NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE		ALERGIAS NS		GLICEMIA NI	
ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO TRAUMA		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ARIZA JACOME DE CASTRO		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 27/05/2016 14:59:30	
ANAMNESE					
ATENDIMENTO MÉDICO					
<i>Acidente de rua</i> <i>Fratura 5ª metatarso</i> <i>33090207</i>					
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO		CID	
SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X <i>fe, e tórax</i> () OUTROS					
MÉDICAMENTO		PRESCRIÇÃO MÉDICA APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
<i>Prota</i> <i>Prota</i> <i>Prota</i>		<i>Prota</i> <i>Prota</i> <i>Prota</i>		<i>Prota</i> <i>Prota</i> <i>Prota</i>	
TIPO DE ALTA/SAÍDA					
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA			

Impresso por ARIZA JACOME DE CASTRO em 27/05/2016 às 14:59:34

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

mauricio dantas de carvalho

FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
 PHOENIX, ARIZONA
Milano
 SPECIAL AGENT IN CHARGE
 CONFIDENTIAL



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE

NOME:	Mauricio Dantas do Carvalho
ESTADO CIVIL:	Solteiro
PROFISSÃO:	Autônomo
DOMICÍLIO:	Rua STO Cattano - Barra do Ceará
RG/CPF/PIS PASEP:	95021019440

OUTORGADO

JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA, inscrito na OAB/CE sob o nº. 29.690, com escritório profissional situado na Rua Hercílio Pinheiro, nº 329, CEP 62960-000, Centro - Tabuleiro do Norte-CE.

Por meio do presente instrumento são outorgados amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 (Código de Processo Civil), e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Local: Fortaleza

Data: 31 / 07 / 2019

Mauricio Dantas do Carvalho

OUTORGANTE

OAB/CE nº 29.690

advocaciaulissesferreira@gmail.com

Rua Hercílio Pinheiro, nº 329, CEP 62.960-000, Centro - Tabuleiro do Norte-CE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**NOME:**

Mauricio Dantas de Carvalho

RG:

95025019440

SSP/e **CPF:** 617.750.103-68**DECLARA de sã consciência e bem da verdade que VIVE E RESIDE em:****Logradouro:**

Rua Sto Estevão

Complemento:**Bairro**

Barra do Ceará

CEP:

60333700

Que a presente declaração é a expressão da verdade, a qual é feita nos termos e sob as penas da lei, pelo que me responsabilizo pela presente

Fortaleza/Ce, 31 DE julho 2019

x Mauricio Dantas de Carvalho

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: Mauricio Dantas de Carvalho

Nacionalidade: Brasileiro Estado Ceará Estado Civil: Solteiro

Profissão: Autônomo

Rg: 95023019440 SSP/ ce -CPF: 617.750.103-68

Logradouro: Rua 570 Coeteno

Desejamos obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da lei nº 1.060 de 05 de Fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.

Fortaleza/Ce: 31 de Julho de 20 19

Mauricio Dantas de Carvalho

SINISTRO 3180515685 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MAURICIO DANTAS DE CARVALHO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev
Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** MAURICIO DANTAS DE CARVALHO**CPF/CNPJ:** 61775010368**Posição em 31-07-2019 18:11:30**

O pedido de reanálise do processo não foi concluído, pois não recebemos os documentos complementares solicitados na última correspondência. Como não identificamos, na documentação apresentada anteriormente, novas lesões ou agravamento da(s) sequela(s) já indenizada(s). O pedido de indenização foi finalizado, permanecendo o valor pago.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
04/12/2018	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00

**EXMO(A). SR.(A) JUÍZ(A) DE DIREITO DA ____ VARA CIVIL DA
COMARCA DE FORTALEZA/ CEARÁ**

PAULO ROBERTO RABELO LEAL, advogado atuante nos auditórios locais, vem, perante V. Exa. Requerer a juntada do SUBSTABELECIMENTO SEM RESERVA DE PODERES, para fins de regularização processual.

P. Deferimento

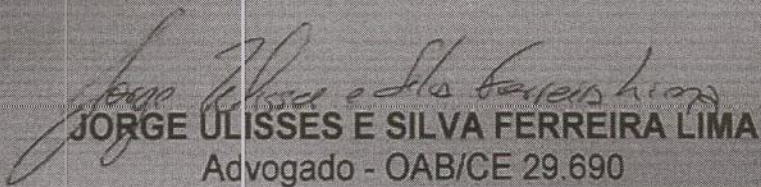
Fortaleza, CE, 30 de julho 2019

PAULO ROBERTO RABELO LEAL
Advogado - OAB/CE 13.591

SUBSTABELECIMENTO

JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA, brasileiro, advogado, convivente (união estável), inscrito na OAB/CE 29.690, SUBSTABELECE SEM RESERVAS DE PODERES, na pessoa do advogado, **PAULO ROBERTO RABELO LEAL**, brasileiro, advogado, convivente (união estável), inscrito na OAB/CE sob o nº. 13.591, com escritório profissional situado na Rua 15 de Novembro, 1133, Centro, Baturité-Ce., nesta os poderes foram outorgados por MAURICIO DANTAS DE CARVALHO, para ajuizamento da ação **COBRANÇA DE SEGURO DPVAT** na Comarca de Fortaleza/CE.

Fortaleza, 22 de Agosto de 2019


JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA
Advogado - OAB/CE 29.690