



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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	Reinaldo Aguiar Gomes		
NACIONALIDADE	Brasileiro	NATURAL	Fortaleza-CE
RG	06930835603	ESTADO CIVIL	Casado
CPF	556.090.743-04	PROFISSÃO	Vendedor
ENDEREÇO	Rua 06 nº 173		
BAIRRO	Jerussoli I	CEP	61910-000
MUNICÍPIO / UF	Maracanaú - CE		
FONES	9-8699-4896		
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 médicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 10 de setembro de 2019.

Reinaldo Aguiar Gomes
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

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Reinaldo Aguiar Gomes, Brasileiro(a),
casado, rendedor, portador da Carteira de
 Identidade/RG nº 06930835603 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o
 nº 556.090.743-04, residente e domiciliado na cidade de
Maracanã, estado Ceará, na Rua
06, Nº 173, Juvinati I,

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), 10 de setembro de 20 19.

Reinaldo Aguiar Gomes

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

DECLARAÇÃO

Eu, Reinaldo Aguiar Gomes,
 Brasileiro(a), casado, vendedor, portador da cédula de Identidade Nº
06930835603 E CPF Nº 556.090.743-04, capaz,
 nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
Rua 06, nº 173 - Bairro Jereissati 1
 na Cidade de Maracanaú, Estado Ceará, CEP
61.910-000, 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, 10, de setembro, de 2019.

Reinaldo Aguiar Gomes
 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

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Reinaldo Aguiar Gomes, brasileiro(a),
casado, vendedor, portador(a) do RG nº
06930835603, inscrito no CPF sob nº
556.090.743-04, residente e domiciliado no endereço
Rua 06, nº 173 - Jereissati 1 - Maracanaú - CE

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), 10 de setembro de 20 19.

Reinaldo Aguiar Gomes

Declarante.

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

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

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <i>Reinaldo Aguiar Gomes</i>		Nacionalidade: Brasileira
Endereço: <i>Rua 06, n: 173</i>		Profissão: <i>vendedor</i>
CPF nº: <i>556.090.743-04</i>	RG n: <i>06930835603</i>	Estado Civil: <i>casado</i>
Bairro: <i>Jereissati 1</i>	Cidade: <i>Maracanã</i>	Estado: CE
CEP: <i>61.910-000</i>	Telefone:	

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, 30 de setembro de 2019.

Reinaldo Aguiar Gomes
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.

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

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

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

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

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

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

João Figueiredo / Ibrahim Arbi-Ackel / Hélio Beltrão

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1544988749 		
NOME RETINALDO AGUIAR GOMES DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 226358992 SSFDS CE		
CPF 556.090.743-04 DATA NASCIMENTO 15/11/1973		
FILIAÇÃO GERALDO FERREIRA GOMES MARIA INES AGUIAR GOMES		
PERMISSÃO PERMISSÃO ACC CAIXA B		
Nº REGISTRO 06930835603 VALIDADE 04/10/2018 1ª HABILITAÇÃO 04/10/2017		
OBSERVAÇÕES 		
ASSINATURA DO PORTADOR 		
LOCAL MARACANAÚ, CE DATA EMISSÃO 09/10/2017		
ASSINATURA DO EMISSOR 		
CEARÁ		

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAÚ

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 204 - 6913 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **23/07/2018 14:56:40**Data / Hora da Ocorrência: **02/06/2018 17:00:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA UM**

Complemento:

Bairro: **JEREISSATI I**Município: **MARACANAÚ/CE**Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO CONDOMÍNIO PREMIUM VILLAGE****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **REINALDO AGUIAR GOMES**Nascimento: **15/11/1973** CPF: **556.090.743-04**CNH: **06930835603**Orgão Emissor: **DETRAN**UF: **CE**Filiação: **MARIA INÊS AGUIARGOMES****GERALDO FERREIRA GOMES**Endereço: **RUA 06, 173**Bairro: **JEREISSATI - I**Município: **MARACANAÚ/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **3382-4573****Histórico**

Afirma o declarante que no dia 02/06/2018, por volta das 17h00min, trafegava pela Avenida um, no Bairro Jereissati I, conduzindo o carro de marca/modelo CELTA LIFE, com placa NSG-8115/CE, chassi-9BGRZ08F0BG144857, registrado em nome da empresa MONTE VERDE COM DE FRUTAS E VERDURAS LTDA ME, de propriedade de ADRIANA MAIA, ocasião em que o mesmo passou no local citado quando cochilou perdendo o controle da direção do veículo, vindo a colidir com um veículo que estava estacionado em frente ao condomínio Premium Village; Que o referido veículo que o declarante conduzia capotou, declarando que foi socorrido por uma unidade móvel de emergência SOS MARACANAÚ, onde o mesmo foi conduzido para o Hospital ABEMP (ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA, localizado no município de Maracanaú; Que em face do acidente o declarante teve fratura no rádio do braço esquerdo, onde se submeteu a procedimento cirúrgico; E nada mais disse;/////////.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAÚ**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****ISMAEL LIBERATO REBOUÇAS - MAT.: 198337-1-2****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**
VISTO DO DELEGADO(A) :**PAULO ANDRE MAIA CAVALCANTE - MAT.: 126907-1-1**



Secretaria de Saúde de Maracanaú
S.O.S Maracanaú

MARACANAÚ-CE, 25 de JUNHO de 2018.

CERTIDÃO NARRATIVA

Certificamos, em virtude do direito que lhe é conferido por Lei a esta Coordenação, mediante ao requerimento por escrito da parte interessada que, o SOS AMBULÂNCIA de Maracanaú, prestou Atendimento, Extra-hospitalar ao Sr.(a) **REINALDO AGUIAR GOMES** CONTATO DO TITULAR OU RESPONSÁVEL: 85 3382.4573 IDENTIDADE Nº: 226358992 SSPDS CE, filho(a) de GERALDO FERREIRA GOMES e de MARIA INES AGUIAR GOMES, nascido (a) em 15/11/1973, natural de FORTALEZA-CE. Residente na RUA: 06, Nº 173, JEREISSATI I, MARACANAÚ-CE, O (a) qual na data de 02/06/2018, por volta das 17:21h, foi vitimado(a) no trânsito (CARRO X CARRO).

A vítima foi conduzida ao Hospital. ABEMP, PAJUÇARA-CE

Em anexo, cópia da Ficha de Registro de Ocorrência de Socorro e Urgência.

RECEBIDO EM: 25,06,18 ÀS: 10 HORAS E 33 MIN.

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

Reinaldo Aguiar Gomes

COPIA ORIGINAL

P/ Francisco Gessival M. Santos
PREFEITURA DE MARACANAÚ
SECRETARIA DA SAÚDE
Fco. Gessival M. Santos
COORDENADOR SOS AMBULÂNCIA

FRANCISCO GESSIVAL MARQUES DOS SANTOS
COORDENADOR DO S.O.S AMBULÂNCIAS

SECRETARIA DA SAÚDE – SOS MARACANAÚ
Hotel Feira Center – Av. I nº 17 - A – Jereissati I – Maracanaú – Ceará – CEP: 60.900-410
Telefone: 08007270077(85) 3392 8788/3392 8777/3392 8790

FICHA DE ATENDIMENTO S.O.S. MARACANAÚ Nº DA SOLICITAÇÃO RS 00

HORA DA SOLICITAÇÃO 17:00 HORA DE CHEGADA AO LOCAL 17:00

HORA DA SAÍDA DO LOCAL 17:15 HORA DE CHEGADA AO HOSPITAL 17:40

1. DATA 02/06/18 2. ENDEREÇO AV. C. J. P. - Estrada das Américas - J. P. - J. P.

3. REFERÊNCIA 4. SEXO 5. IDADE 6. BAIRRO

7. NOME

8. C. EXTERNAS 8.1 ☐ Atropelamento 8.2 ☐ Capotamento 8.3 ☐ Colisão 8.4 ☐ Queda de bicicleta 8.5 ☐ Queda de moto 8.6 ☐ Queda 8.7 ☐ Agressão física 8.8 ☐ Intoxicação/Envenenamento

9. C. CLÍNICAS 9.1 ☐ Dor intensa 9.2 ☐ Dor leve 9.3 ☐ Dor súbita 9.4 ☐ Dor crônica 9.5 ☐ Dor em punção 9.6 ☐ Dor em aperto 9.7 ☐ Dor em queimação

10. C. OBSTÉTRICAS 10.1 ☐ Aborto 10.2 ☐ STV 10.3 ☐ Parto 10.4 ☐ Complic. Pós Parto 10.5 ☐ Outros

11. C. PSIQUIÁTRICAS 11.1 ☐ Crises 11.2 ☐ Transfêrências

12. AVALIAÇÃO INICIAL

A - VIAS AÉREAS ☐ Pálidas ☐ Obstruídas

C - CIRCULAÇÃO ☐ Pálida ☐ Seca ☐ Úmida ☐ Normal ☐ Filiforme ☐ Sanguinamento Externo

B - RESPIRAÇÃO / VENTILAÇÃO ☐ Normal ☐ Posição da Traquéia ☐ Inspiração ☐ Palpação ☐ Percussão ☐ Ausculta

F. Resp.: As. O. 5.

13. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA MÉTODO AVON ☐ Alerta ☐ Responde a Estímulos verbais ☐ Responde a Estímulos dolorosos ☐ Nenhuma Resposta

14. ESCALA DE GLASGOW AC + RV =

15. ESCALA DE TRAUMA

16. PRINCIPAIS LESÕES

17. SINAIS / SINTOMAS / QUEIXAS

Anterior Posterior

1. ☐ Anorexia 2. ☐ Anorexia 3. ☐ Anorexia 4. ☐ Anorexia 5. ☐ Anorexia 6. ☐ Anorexia 7. ☐ Anorexia 8. ☐ Anorexia 9. ☐ Anorexia 10. ☐ Anorexia 11. ☐ Anorexia

12. ☐ Hipertensão 13. ☐ Hipertensão 14. ☐ Hipertensão 15. ☐ Hipertensão 16. ☐ Hipertensão 17. ☐ Hipertensão 18. ☐ Hipertensão 19. ☐ Hipertensão 20. ☐ Hipertensão 21. ☐ Hipertensão 22. ☐ Hipertensão

19. HISTÓRIA AMPLA

1. ☐ Alergia 2. ☐ Medicamentos 3. ☐ Doenças 4. ☐ Última Refeição 5. ☐ Ambiente

20. MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS

1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6. ☐ 7. ☐ 8. ☐ 9. ☐ 10. ☐ 11. ☐ 12. ☐ 13. ☐ 14. ☐ 15. ☐ 16. ☐ 17. ☐ 18. ☐ 19. ☐ 20. ☐ 21. ☐ 22. ☐ 23. ☐ 24. ☐ 25. ☐ 26. ☐ 27. ☐ 28. ☐ 29. ☐ 30. ☐ 31. ☐ 32. ☐ 33. ☐ 34. ☐ 35. ☐ 36. ☐ 37. ☐ 38. ☐ 39. ☐ 40. ☐ 41. ☐ 42. ☐ 43. ☐ 44. ☐ 45. ☐ 46. ☐ 47. ☐ 48. ☐ 49. ☐ 50. ☐ 51. ☐ 52. ☐ 53. ☐ 54. ☐ 55. ☐ 56. ☐ 57. ☐ 58. ☐ 59. ☐ 60. ☐ 61. ☐ 62. ☐ 63. ☐ 64. ☐ 65. ☐ 66. ☐ 67. ☐ 68. ☐ 69. ☐ 70. ☐ 71. ☐ 72. ☐ 73. ☐ 74. ☐ 75. ☐ 76. ☐ 77. ☐ 78. ☐ 79. ☐ 80. ☐ 81. ☐ 82. ☐ 83. ☐ 84. ☐ 85. ☐ 86. ☐ 87. ☐ 88. ☐ 89. ☐ 90. ☐ 91. ☐ 92. ☐ 93. ☐ 94. ☐ 95. ☐ 96. ☐ 97. ☐ 98. ☐ 99. ☐ 100. ☐ 101. ☐ 102. ☐ 103. ☐ 104. ☐ 105. ☐ 106. ☐ 107. ☐ 108. ☐ 109. ☐ 110. ☐ 111. ☐ 112. ☐ 113. ☐ 114. ☐ 115. ☐ 116. ☐ 117. ☐ 118. ☐ 119. ☐ 120. ☐ 121. ☐ 122. ☐ 123. ☐ 124. ☐ 125. ☐ 126. ☐ 127. ☐ 128. ☐ 129. ☐ 130. ☐ 131. ☐ 132. ☐ 133. ☐ 134. ☐ 135. ☐ 136. ☐ 137. ☐ 138. ☐ 139. ☐ 140. ☐ 141. ☐ 142. ☐ 143. ☐ 144. ☐ 145. ☐ 146. ☐ 147. ☐ 148. ☐ 149. ☐ 150. ☐ 151. ☐ 152. ☐ 153. ☐ 154. ☐ 155. ☐ 156. ☐ 157. ☐ 158. ☐ 159. ☐ 160. ☐ 161. ☐ 162. ☐ 163. ☐ 164. ☐ 165. ☐ 166. ☐ 167. ☐ 168. ☐ 169. ☐ 170. ☐ 171. ☐ 172. ☐ 173. ☐ 174. ☐ 175. ☐ 176. ☐ 177. ☐ 178. ☐ 179. ☐ 180. ☐ 181. ☐ 182. ☐ 183. ☐ 184. ☐ 185. ☐ 186. ☐ 187. ☐ 188. ☐ 189. ☐ 190. ☐ 191. ☐ 192. ☐ 193. ☐ 194. ☐ 195. ☐ 196. ☐ 197. ☐ 198. ☐ 199. ☐ 200. ☐ 201. ☐ 202. ☐ 203. ☐ 204. ☐ 205. ☐ 206. ☐ 207. ☐ 208. ☐ 209. ☐ 210. ☐ 211. ☐ 212. ☐ 213. ☐ 214. ☐ 215. ☐ 216. ☐ 217. ☐ 218. ☐ 219. ☐ 220. ☐ 221. ☐ 222. ☐ 223. ☐ 224. ☐ 225. ☐ 226. ☐ 227. ☐ 228. ☐ 229. ☐ 230. ☐ 231. ☐ 232. ☐ 233. ☐ 234. ☐ 235. ☐ 236. ☐ 237. ☐ 238. ☐ 239. ☐ 240. ☐ 241. ☐ 242. ☐ 243. ☐ 244. ☐ 245. ☐ 246. ☐ 247. ☐ 248. ☐ 249. ☐ 250. ☐ 251. ☐ 252. ☐ 253. ☐ 254. ☐ 255. ☐ 256. ☐ 257. ☐ 258. ☐ 259. ☐ 260. ☐ 261. ☐ 262. ☐ 263. ☐ 264. ☐ 265. ☐ 266. ☐ 267. ☐ 268. ☐ 269. ☐ 270. ☐ 271. ☐ 272. ☐ 273. ☐ 274. ☐ 275. ☐ 276. ☐ 277. ☐ 278. ☐ 279. ☐ 280. ☐ 281. ☐ 282. ☐ 283. ☐ 284. ☐ 285. ☐ 286. ☐ 287. ☐ 288. ☐ 289. ☐ 290. ☐ 291. ☐ 292. ☐ 293. ☐ 294. ☐ 295. ☐ 296. ☐ 297. ☐ 298. ☐ 299. ☐ 300. ☐ 301. ☐ 302. ☐ 303. ☐ 304. ☐ 305. ☐ 306. ☐ 307. ☐ 308. ☐ 309. ☐ 310. ☐ 311. ☐ 312. ☐ 313. ☐ 314. ☐ 315. ☐ 316. ☐ 317. ☐ 318. ☐ 319. ☐ 320. ☐ 321. ☐ 322. ☐ 323. ☐ 324. ☐ 325. ☐ 326. ☐ 327. ☐ 328. ☐ 329. ☐ 330. ☐ 331. ☐ 332. ☐ 333. ☐ 334. ☐ 335. ☐ 336. ☐ 337. ☐ 338. ☐ 339. ☐ 340. ☐ 341. ☐ 342. ☐ 343. ☐ 344. ☐ 345. ☐ 346. ☐ 347. ☐ 348. ☐ 349. ☐ 350. ☐ 351. ☐ 352. ☐ 353. ☐ 354. ☐ 355. ☐ 356. ☐ 357. ☐ 358. ☐ 359. ☐ 360. ☐ 361. ☐ 362. ☐ 363. ☐ 364. ☐ 365. ☐ 366. ☐ 367. ☐ 368. ☐ 369. ☐ 370. ☐ 371. ☐ 372. ☐ 373. ☐ 374. ☐ 375. ☐ 376. ☐ 377. ☐ 378. ☐ 379. ☐ 380. ☐ 381. ☐ 382. ☐ 383. ☐ 384. ☐ 385. ☐ 386. ☐ 387. ☐ 388. ☐ 389. ☐ 390. ☐ 391. ☐ 392. ☐ 393. ☐ 394. ☐ 395. ☐ 396. ☐ 397. ☐ 398. ☐ 399. ☐ 400. ☐ 401. ☐ 402. ☐ 403. ☐ 404. ☐ 405. ☐ 406. ☐ 407. ☐ 408. ☐ 409. ☐ 410. ☐ 411. ☐ 412. ☐ 413. ☐ 414. ☐ 415. ☐ 416. ☐ 417. ☐ 418. ☐ 419. ☐ 420. ☐ 421. ☐ 422. ☐ 423. ☐ 424. ☐ 425. ☐ 426. ☐ 427. ☐ 428. ☐ 429. ☐ 430. ☐ 431. ☐ 432. ☐ 433. ☐ 434. ☐ 435. ☐ 436. ☐ 437. ☐ 438. ☐ 439. ☐ 440. ☐ 441. ☐ 442. ☐ 443. ☐ 444. ☐ 445. ☐ 446. ☐ 447. ☐ 448. ☐ 449. ☐ 450. ☐ 451. ☐ 452. ☐ 453. ☐ 454. ☐ 455. ☐ 456. ☐ 457. ☐ 458. ☐ 459. ☐ 460. ☐ 461. ☐ 462. ☐ 463. ☐ 464. ☐ 465. ☐ 466. ☐ 467. ☐ 468. ☐ 469. ☐ 470. ☐ 471. ☐ 472. ☐ 473. ☐ 474. ☐ 475. ☐ 476. ☐ 477. ☐ 478. ☐ 479. ☐ 480. ☐ 481. ☐ 482. ☐ 483. ☐ 484. ☐ 485. ☐ 486. ☐ 487. ☐ 488. ☐ 489. ☐ 490. ☐ 491. ☐ 492. ☐ 493. ☐ 494. ☐ 495. ☐ 496. ☐ 497. ☐ 498. ☐ 499. ☐ 500. ☐ 501. ☐ 502. ☐ 503. ☐ 504. ☐ 505. ☐ 506. ☐ 507. ☐ 508. ☐ 509. ☐ 510. ☐ 511. ☐ 512. ☐ 513. ☐ 514. ☐ 515. ☐ 516. ☐ 517. ☐ 518. ☐ 519. ☐ 520. ☐ 521. ☐ 522. ☐ 523. ☐ 524. ☐ 525. ☐ 526. ☐ 527. ☐ 528. ☐ 529. ☐ 530. ☐ 531. ☐ 532. ☐ 533. ☐ 534. ☐ 535. ☐ 536. ☐ 537. ☐ 538. ☐ 539. ☐ 540. ☐ 541. ☐ 542. ☐ 543. ☐ 544. ☐ 545. ☐ 546. ☐ 547. ☐ 548. ☐ 549. ☐ 550. ☐ 551. ☐ 552. ☐ 553. ☐ 554. ☐ 555. ☐ 556. ☐ 557. ☐ 558. ☐ 559. ☐ 560. ☐ 561. ☐ 562. ☐ 563. ☐ 564. ☐ 565. ☐ 566. ☐ 567. ☐ 568. ☐ 569. ☐ 570. ☐ 571. ☐ 572. ☐ 573. ☐ 574. ☐ 575. ☐ 576. ☐ 577. ☐ 578. ☐ 579. ☐ 580. ☐ 581. ☐ 582. ☐ 583. ☐ 584. ☐ 585. ☐ 586. ☐ 587. ☐ 588. ☐ 589. ☐ 590. ☐ 591. ☐ 592. ☐ 593. ☐ 594. ☐ 595. ☐ 596. ☐ 597. ☐ 598. ☐ 599. ☐ 600. ☐ 601. ☐ 602. ☐ 603. ☐ 604. ☐ 605. ☐ 606. ☐ 607. ☐ 608. ☐ 609. ☐ 610. ☐ 611. ☐ 612. ☐ 613. ☐ 614. ☐ 615. ☐ 616. ☐ 617. ☐ 618. ☐ 619. ☐ 620. ☐ 621. ☐ 622. ☐ 623. ☐ 624. ☐ 625. ☐ 626. ☐ 627. ☐ 628. ☐ 629. ☐ 630. ☐ 631. ☐ 632. ☐ 633. ☐ 634. ☐ 635. ☐ 636. ☐ 637. ☐ 638. ☐ 639. ☐ 640. ☐ 641. ☐ 642. ☐ 643. ☐ 644. ☐ 645. ☐ 646. ☐ 647. ☐ 648. ☐ 649. ☐ 650. ☐ 651. ☐ 652. ☐ 653. ☐ 654. ☐ 655. ☐ 656. ☐ 657. ☐ 658. ☐ 659. ☐ 660. ☐ 661. ☐ 662. ☐ 663. ☐ 664. ☐ 665. ☐ 666. ☐ 667. ☐ 668. ☐ 669. ☐ 670. ☐ 671. ☐ 672. ☐ 673. ☐ 674. ☐ 675. ☐ 676. ☐ 677. ☐ 678. ☐ 679. ☐ 680. ☐ 681. ☐ 682. ☐ 683. ☐ 684. ☐ 685. ☐ 686. ☐ 687. ☐ 688. ☐ 689. ☐ 690. ☐ 691. ☐ 692. ☐ 693. ☐ 694. ☐ 695. ☐ 696. ☐ 697. ☐ 698. ☐ 699. ☐ 700. ☐ 701. ☐ 702. ☐ 703. ☐ 704. ☐ 705. ☐ 706. ☐ 707. ☐ 708. ☐ 709. ☐ 710. ☐ 711. ☐ 712. ☐ 713. ☐ 714. ☐ 715. ☐ 716. ☐ 717. ☐ 718. ☐ 719. ☐ 720. ☐ 721. ☐ 722. ☐ 723. ☐ 724. ☐ 725. ☐ 726. ☐ 727. ☐ 728. ☐ 729. ☐ 730. ☐ 731. ☐ 732. ☐ 733. ☐ 734. ☐ 735. ☐ 736. ☐ 737. ☐ 738. ☐ 739. ☐ 740. ☐ 741. ☐ 742. ☐ 743. ☐ 744. ☐ 745. ☐ 746. ☐ 747. ☐ 748. ☐ 749. ☐ 750. ☐ 751. ☐ 752. ☐ 753. ☐ 754. ☐ 755. ☐ 756. ☐ 757. ☐ 758. ☐ 759. ☐ 760. ☐ 761. ☐ 762. ☐ 763. ☐ 764. ☐ 765. ☐ 766. ☐ 767. ☐ 768. ☐ 769. ☐ 770. ☐ 771. ☐ 772. ☐ 773. ☐ 774. ☐ 775. ☐ 776. ☐ 777. ☐ 778. ☐ 779. ☐ 780. ☐ 781. ☐ 782. ☐ 783. ☐ 784. ☐ 785. ☐ 786. ☐ 787. ☐ 788. ☐ 789. ☐ 790. ☐ 791. ☐ 792. ☐ 793. ☐ 794. ☐ 795. ☐ 796. ☐ 797. ☐ 798. ☐ 799. ☐ 800. ☐ 801. ☐ 802. ☐ 803. ☐ 804. ☐ 805. ☐ 806. ☐ 807. ☐ 808. ☐ 809. ☐ 810. ☐ 811. ☐ 812. ☐ 813. ☐ 814. ☐ 815. ☐ 816. ☐ 817. ☐ 818. ☐ 819. ☐ 820. ☐ 821. ☐ 822. ☐ 823. ☐ 824. ☐ 825. ☐ 826. ☐ 827. ☐ 828. ☐ 829. ☐ 830. ☐ 831. ☐ 832. ☐ 833. ☐ 834. ☐ 835. ☐ 836. ☐ 837. ☐ 838. ☐ 839. ☐ 840. ☐ 841. ☐ 842. ☐ 843. ☐ 844. ☐ 845. ☐ 846. ☐ 847. ☐ 848. ☐ 849. ☐ 850. ☐ 851. ☐ 852. ☐ 853. ☐ 854. ☐ 855. ☐ 856. ☐ 857. ☐ 858. ☐ 859. ☐ 860. ☐ 861. ☐ 862. ☐ 863. ☐ 864. ☐ 865. ☐ 866. ☐ 867. ☐ 868. ☐ 869. ☐ 870. ☐ 871. ☐ 872. ☐ 873. ☐ 874. ☐ 875. ☐ 876. ☐ 877. ☐ 878. ☐ 879. ☐ 880. ☐ 881. ☐ 882. ☐ 883. ☐ 884. ☐ 885. ☐ 886. ☐ 887. ☐ 888. ☐ 889. ☐ 890. ☐ 891. ☐ 892. ☐ 893. ☐ 894. ☐ 895. ☐ 896. ☐ 897. ☐ 898. ☐ 899. ☐ 900. ☐ 901. ☐ 902. ☐ 903. ☐ 904. ☐ 905. ☐ 906. ☐ 907. ☐ 908. ☐ 909. ☐ 910. ☐ 911. ☐ 912. ☐ 913. ☐ 914. ☐ 915. ☐ 916. ☐ 917. ☐ 918. ☐ 919. ☐ 920. ☐ 921. ☐ 922. ☐ 923. ☐ 924. ☐ 925. ☐ 926. ☐ 927. ☐ 928. ☐ 929. ☐ 930. ☐ 931. ☐ 932. ☐ 933. ☐ 934. ☐ 935. ☐ 936. ☐ 937. ☐ 938. ☐ 939. ☐ 940. ☐ 941. ☐ 942. ☐ 943. ☐ 944. ☐ 945. ☐ 946. ☐ 947. ☐ 948. ☐ 949. ☐ 950. ☐ 951. ☐ 952. ☐ 953. ☐ 954. ☐ 955. ☐ 956. ☐ 957. ☐ 958. ☐ 959. ☐ 960. ☐ 961. ☐ 962. ☐ 963. ☐ 964. ☐ 965. ☐ 966. ☐ 967. ☐ 968. ☐ 969. ☐ 970. ☐ 971. ☐ 972. ☐ 973. ☐ 974. ☐ 975. ☐ 976. ☐ 977. ☐ 978. ☐ 979. ☐ 980. ☐ 981. ☐ 982. ☐ 983. ☐ 984. ☐ 985. ☐ 986. ☐ 987. ☐ 988. ☐ 989. ☐ 990. ☐ 991. ☐ 992. ☐ 993. ☐ 994. ☐ 995. ☐ 996. ☐ 997. ☐ 998. ☐ 999. ☐ 1000. ☐ 1001. ☐ 1002. ☐ 1003. ☐ 1004. ☐ 1005. ☐ 1006. ☐ 1007. ☐ 1008. ☐ 1009. ☐ 1010. ☐ 1011. ☐ 1012. ☐ 10



ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE		() Prioridade	Registro: 7475
Nome: REINALDO AGUIAR GOMES		CNS: 707603297853995	
Idade: 44 anos 6 meses 17 dias		Data Nasc: 15/11/73	
Nome da mãe: MARIA INES AGUIAR GOMES		Nome do pai: GERALDO FERREIRA GOMES	
Endereço: 06		Nº: 173	
Bairro: JEREISSATE I		Município: MARACANAU	
RG: 226358992	Orgão Expedidor:	Expedição:	CPF:
226358992	SSP CE		
Celular	Telefone Residencial	Telefone Comercial	
8598798011			
DADOS DO ATENDIMENTO			
Data atendimento: 02/06/18		Hora: 20:00:59	
Médico: JOSE FACUNDO NETO		CRM: 4364	
Especialidade:		Unidade: RECEPCAO	
Convenio: SUS		Categoria: SUS	
AMBULÂNCIA:		MOTORISTA:	
NÚMERO DA AR: 173		Situação:	
Atendente: LINDEMBERGUE FERREIRA RAQUEL			

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

Acid. de cano (sic) - Trocado pelo outro

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

Exame físico - normal

EXAMES SOLICITADOS

Radiografia de anteroposterior

Tratamento do Rodo Eufundo

Tala auto fixadora provisória

REPETIÇÃO DE ATENDIMENTO () SIM ☒ NÃO

URGÊNCIA ☒ SIM () NÃO

Nº DE VEZ

MARACANAU

Assinatura do Profissional
José Facundo Neto
 Traumatista - Ortopedista
 CRM: 4364

Assinatura do Responsável ou Paciente
JOSE MARCELO CESAR SILVA

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE									
Nome do Estabelecimento Solicitante Associação Beneficente Médica Pajuçara						CNS 2372150			
Nome do Estabelecimento Executante Associação Beneficente Médica Pajuçara						CNS 2372150			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE									
Nome do Paciente REINALDO AGUIAR GOMES				Nome Social			Nº Prontuário 7478		
Cartão Nacional de Saúde (CNS) 707603297853995				Data de Nascimento 15/11/1973		Sexo Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3		Possui outro Convênio ☐ Sim ☒ Não	
Nome da Mãe ou Responsável MARIA INES AGUIAR GOMES				Município de Nascimento FORTALEZA			UF CE		Nacionalidade BRASILEIRA
Endereço Residencial (Rua, Av. Complemento) 06				DDD			Telefone de Contato		
Nº 173		Bairro JEREISSATE I		Município de Residência MARACANAU		Código IBGE do Município 2307650		UF CE	
Ponto de Referência		Documento Nº		CPF		RG		R. Civil	
								PIS/PASEP	
								☒ Ignorado	
DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE									
Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante				Nº Cons. Classe		CPF		Ass. e Carimbo do Diretor Clínico	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO									
Principais Sinais e Sintomas Clínicos Trauma no antebraço sup. cl. ab., edema e deformidade									
Condições que justificam a internação Ref. e splintoligação									
Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)									
Análise de T.F. + T.R.									
Diagnóstico Inicial		CID 10 Principal		CID 10 Secundário		CID 10 Causas Associadas		Nº Notific. Compulsória	
Descrição do Procedimento Solicitado		PROCEDIMENTO SOLICITADO							
Código do Caráter da Internação ☒ U/E ☐ Eletivo		Clínica TRAUMATOLOGIA		Código do Procedimento Solicitado					
Equipamentos Requeridos para Internação									
PROFISSIONAL SOLICITANTE									
Nome do Profissional Solicitante FRANCISCO RODRIGUES FILHO				Documento ☒ CPF ☐ CNS					
Data da Solicitação 14/06/2018				Assinatura e Carimbo do Profis. Solicitante/Nº do Conselho de Classe				Nº do Conselho de Classe 6308	
Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 21222037300									
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)									
☐ AC DE TRÁNSITO		CNPJ da Seguradora		Número do Biliete		Série		Data Descoberta do Caso 14/06/2013	
☐ ACID TRAB/TÍPICO		CNPJ da Empresa		CNAE da Empresa		CROR			
☐ AC TRAB/TRAJETO									
Vínculo com a Previdência ☒ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Seque...									
Nome do Profissional Autorizador									
Documento ☐ CPF ☐ CNS		Nº do CNS/CPF Profis. Autorizador							
Data da Autorização		Código do Órgão Emissor M23C							
Nº Registro Cons. de Classe		Ass. do Autorizador/Carimbo							

(Espaço Reservado para Colar Etiqueta com Dados da Autorização)

URGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

Paciente anestesiado
 2. Anestesia do M.S.E
 3. Devido, a falha
 de material e falha
 de técnica de fechamento +
 falha de técnica de
 T.B.C.

Data

Assinatura e Carimbo do Anestesta

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia a um maior consumo de material e medicamento.

COPIA
 07/18

Dr. Francisco Rodrigues Filho
 ORTOPEDISTA-TRAUMATOLOGISTA
 CPF: 212.220.112-00 (CRM: 1500)

1º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

3º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

2º Auxiliar

Assinatura e Carimbo



NOME DO PACIENTE

Renaldo Aguiar Gomes

ENF. OU APTO.

LEITO

PRONTUÁRIO

DATA E HORA

EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO

14/06/18

Francisco de Almeida

Francisco de Almeida
CNPJ: 07.043.088/0001-01
RUA JOÃO CONRADO, 363 - PAJUCARA - MARACÁ - CE - 61.130-100

15/06/18

Alto Costado

Dr. Francisco Rodrigues Filho
CNPJ: 07.043.088/0001-01
RUA JOÃO CONRADO, 363 - PAJUCARA - MARACÁ - CE - 61.130-100

Francisco de Almeida
CNPJ: 07.043.088/0001-01
RUA JOÃO CONRADO, 363 - PAJUCARA - MARACÁ - CE - 61.130-100

WALDO AGUIAR

CONV.

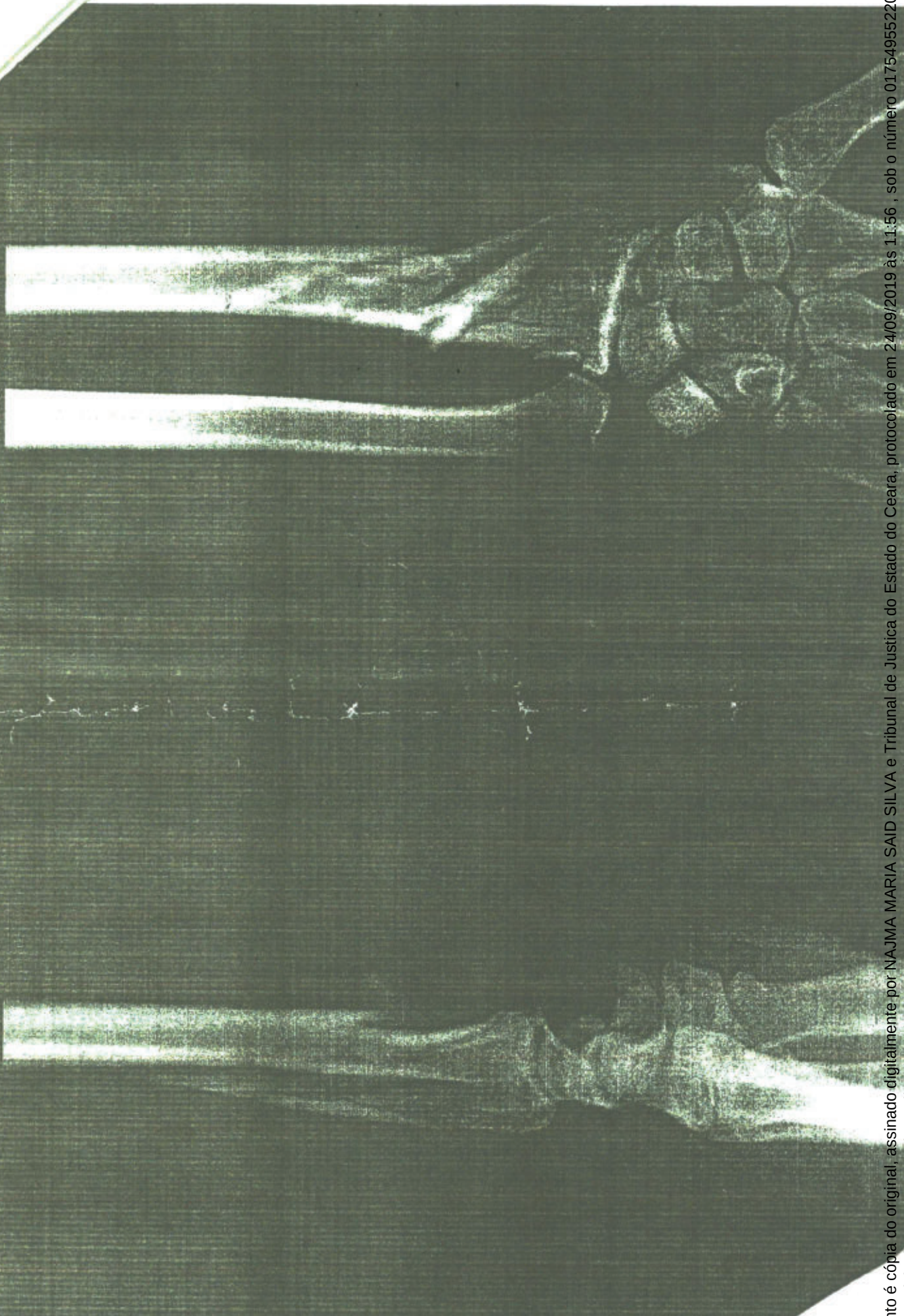
DATA: 02/06/2018

Técnico

Tam. 60x40

Tam. 60x40

Tam. 60x40



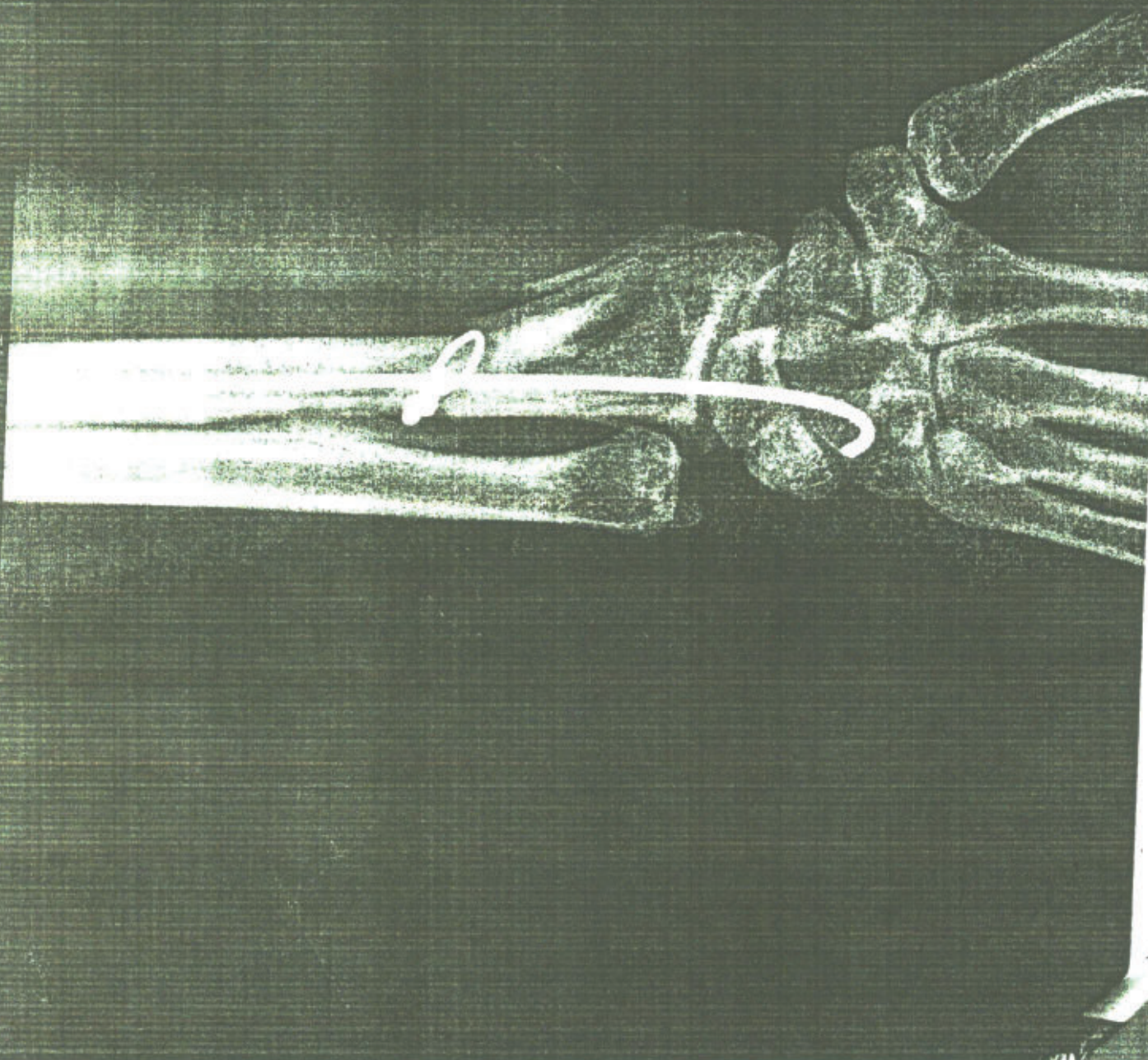
E

JAGUAR

CONV. SUS

DATA: 14/09/2018

Técnico: TR ANGELA



FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Renato Davim Gomes

vítima de acidente de trânsito, em *02/06/2018*, sofreu:

Fratura do fêmur direito (52.5)

e submeteu-se a tratamento(s):

01 Membro
Redução e fixação do
fêmur direito
com placa e parafusos

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Edema, dor e desconforto na parte superior.
Bloqueio articular, instabilidade no movimento com dor e com a fadiga e mais leve a estabilidade de equilíbrio temporária e moderada devido ao trauma. Com alguns pontos de dor e dificuldade de movimento.
Forças de flexão e extensão diminuídas.

12/09/18

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

Dr. Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará

SINISTRO 3190055394 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA REINALDO AGUIAR GOMES
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV
Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE
BENEFICIÁRIO REINALDO AGUIAR GOMES
CPF/CNPJ: 55609074304

Posição em 12-09-2019 16:06:39

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R\$00.000,00
Juros e Correção: R\$00.000,00
Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/02/2019	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25