



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	CLAUDIO MARCIO SOARES DA SILVA		
NACIONALIDADE	BRASILEIRA	NATURAL	FORTALEZA
RG	099 423-0-9	ESTADO CIVIL	CASADO
CPF	447.623.133-00	PROFISSÃO	BLICAL MILITAR
ENDEREÇO	RUA TUPI - NR 355		
BAIRRO	HENRIQUE JORGE	CEP	60510-215
MUNICIPIO / UF	FORTALEZA / CE		
FONES	(85) 98548 0030 - RESIDO: (85) 98891 0207		
E-MAIL	marcio-claudio@hotmail.com		

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 judicia 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), 16 de maio de 2019.

outorgante

Cartório Cavalcanti Filho

Oficial: JORGE RIBEIRO CAVALCANTI

Rua 7 de setembro, 160 • CEP: 60 720-080 • Parangaba • Fortaleza • Ceará
Fone: (85) 3225-0541 • Fax: 3245-1908 • e-mail: ccavalcanti@veloxmail.com.br

Reconheço por autenticidade a firma abaixo:

CLAUDIO MARCIO SOARES DA SILVA

em 16 de maio de 2019, 10:28:34, Cod.: (5561905181426) 2

Por: Marcia da Guia Farias (Escrivente Autorizada)

Em 16 de maio de 2019, 10:28:34, Total: R\$ 7,47 Func: marcia

Assinado com o selo de autenticidade





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, Claudio Marcio Soares da Silva, Brasileiro(a),
casado, policial militar, portador da Carteira de
 Identidade/RG nº 099423-0-9 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o
 nº 447.623.133-00, residente e domiciliado na cidade de
Fortaleza estado Ceará, na Rua
Tupi Nº 355, Henrique Jorge,
 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), 20 de Janeiro de 2020.

Declarante

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

fls. 20

DECLARAÇÃO

Eu, Claudio Marcio Soares da Silva,
Brasileiro(a), casado, policial militar portador da cédula de Identidade Nº
099423-0-9 PM-CE E CPF Nº 447.623.133-00, capaz,
nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
Rua Tupi, nº 355, Bairro: Henrique Jorge
na Cidade de Fortaleza, Estado Ceará, CEP
60.510-215, 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, 20, de janeiro, de 2020.

DECLARANTE

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najma.said.adv@gmail.com

🌐 najmasaid_adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Claudio Mario Soares da Silva,
brasileiro(a), casado, policial militar, portador(a) do
RG nº 099423-0-9, inscrito no CPF sob nº
447.623.133-00, residente e domiciliado no endereço
Rua Tupi, n° 355, Henrique Jorge,

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), 20 de junho de 20 20

Claudio Mario Soares da Silva
Declarante.

TESTEMUNHA:

CPF:

Najma Said

OAB/CE 28.394

TESTEMUNHA:

CPF:

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najma.said.adv@gmail.com

🌐 najmasaid.adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
CLAUDIO MARCIO SOARES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR
 09942319 PM CE

CPF
 447.623.133-00

DATA NASCIMENTO
 02/07/1972

FUNÇÃO
 DAMIAO PEREIRA DA SILVA
 RITA DE CÁSSIA SOARES DA SILVA

PERMISSÃO
 ACC CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO
 02268848123

VALIDADE
 11/04/2024

1ª HABILITAÇÃO
 12/12/1996

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR
[Assinatura]

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 15/04/2019

ASSINATURA DO EMISSOR
[Assinatura]

69441399601
CE170292363

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 17648829853

PROIBIDO PLASTIFICAR
 17648829853

Cartório Cavalcanti Filho
 Oficial JORGE RIBEIRO CAVALCANTI
 Rua 7 de setembro, 160 • CEP. 60.720-080 • Parangaba • Fortaleza
 Fone: (85) 3225-0541 • Fax: 3245-1008 • e-mail: ccavalcanti@viva

AUTENTICAÇÃO
 Certifico que esta fotocópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado.
 Fortaleza, 16 de maio de 2019, 10:57:19, Usuário.: sueli

Maria Sueli Gomes Pinto (Escrevente)
 Emol.: R\$ 1,38 TAXAS: R\$ 1,18 Total: R\$ 2,56 Anc.: sueli

Válida somente com o selo de autenticidade

03
SELO DE AUTENTICIDADE
CAVALCANTI FILHO
CAVALCANTI FILHO
CAVALCANTI FILHO
CAVALCANTI FILHO

03
SELO DE AUTENTICIDADE
CAVALCANTI FILHO
CAVALCANTI FILHO
CAVALCANTI FILHO
CAVALCANTI FILHO

Nº DO CLIENTE
452575

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

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047261/0001-70 | CGF 06.105.849-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 563551996

Rota 17 01240 27 184200 - 4 Data de Emissão 22/02/2019

Nome CLAUDIO MARCIO SOARES DA SILVA

End. Postal RU TUPI 00355
JOCKEY CLUB - FORTALEZA - 60000000

Medidor 25078122 Poste 0000 C81W

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 447623133-00 CGF

Nome do Responsável

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto Dez/2018 EUSD 78,03

Mês DICRI= 0,00 P

Mês de Referência	Característica	Previsão	Padrão Individual	Apuração Individual
FEV/2019	22/02/2019	26/03/2019	Mensal 4,95	Mensal 4,95
			Anual 5,97	Anual 5,97
			Mensal 19,82	Mensal 19,82
			Anual 2,00	Anual 2,00
			Mensal 3,11	Mensal 3,11
			Anual 6,22	Anual 6,22
			Mensal 12,45	Mensal 12,45
			Anual 0,00	Anual 0,00
			Mensal 2,77	Mensal 2,77
			Anual 0,00	Anual 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Período	Leit. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consum. Fato	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
22/02/19	32980	32170	390	390	0,69	268,26

INFORMAÇÕES SOBRE O CONSUMO

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL
DOACAO SANTA CASA FORT - TEL-85-3392-0301 1/1

Valor (R\$) 268,26

Valor (R\$) 25,29

Valor (R\$) 1,00

Pago 1/4/2019
conta

VENCIMENTO 05/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 312,55

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

322	390	409	326	342	319	315	281	271	326	304	277	310
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

MED Fev Jan Dez Nov Out Set Ago Jul Jun Maí Abr Mar

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensação das emissões pelo consumo de energia elétrica

Emitido kg (CO₂) 0

Compensação kg (CO₂) 0

Consciência Ecológica (% CO₂) 0

INFORMAÇÕES INICIAIS

Problema Aviso

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Pre Se na ap 172 AO to

Cartório Cavalcanti Filho

Oficial JORGE RIBEIRO CAVALCANTI

Rua 7 de setembro, 160 - CEP 60.120-000 - Parangaba - Fortaleza - CE

Fone (85) 3225-0541 - Fax 3245-1908 - E-mail: cavalcanti@veloxmail.com.br

AUTENTICADO

Certifico que esta fotocópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado.

Fortaleza, 16 de Maio de 2019. 19:57:19. Usuário.: sueli

Maria Sueli Gomes Pinto (Escrivente)

Emol.: R\$ 1,38 TAXAS: R\$ 1,18 Total: R\$ 2,56 Enc: sueli

Válido somente com o selo de autenticidade



452575

22/02/2019

563551996

Referência: 0000452575 00527 39732 70

Data de Emissão: 22/02/2019

Total a Pagar (R\$): 312,55

Nº do Cliente: 452575

Data de Emissão: 22/02/2019

Referência: 0000452575 00527 39732 70

Nº do Documento: 83300000003-3 12550031000-0 00004525750-7 05273973238-5



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

Impresso nº 2019277278

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1333 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **29/04/2019 14:36:21**
Data / Hora da Ocorrência: **13/02/2019 13:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA GODOFREDO MACIEL**
Complemento:
Bairro: **MARAPONGA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **COLEGIO PROVECTO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CLAUDIO MÁRCIO SOARES DA SILVA**
Nascimento: **02/07/1972** CPF: **447.623.133-00** UF: **CE**
RG: **099423-1-9** Órgão Emissor: **PM**
Filiação: **RITA DE CÁSSIA SOARES DA SILVA**
DAMIÃO PEREIRA DA SILVA
Endereço: **RUA TUPI, 355** CEP: **60.520-720**
Bairro: **JOQUEI CLUBE** Telefone: **(85) 98548-0030**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **PMP8344** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BGKT48R0GG254435** Renavam: **1091940999** Tipo do Veículo: **AUTOMOVE** Marca / Modelo: **CHEVROLET/ONIX 1.4MT LTZ** Ano: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRATA** Proprietário: **JORGE LUIS VIDAL DE QUEIROZ** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **PMR2296** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C6DG2510F0016040** Renavam: **1046155846** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED** Ano: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **CLAUDIO MARCIO SOARES DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Afirma o declarante que na data, hora e local acima citados, pilotava sua motocicleta de placa PMR2296 (acima descrita) quando foi colidido pelo carro de placas PMP8344, que avançou a preferencial; QUE, com a colisão, o declarante caiu ao solo e lesionou-se, sendo socorrido pelo SAMU ao Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira (Frotinha de Parangaba); Que, é responsável pelas informações aqui prestadas; QUE, está ciente do prazo de 06 (seis) meses para representação criminal; E nada mais disse. **FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.**

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 19. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 29/04/2019 14:47:47

Pág. 1 de 2

Impresso em: 29/04/2019 14:47:47

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.

10 JUN. 2019

fls. 24

Ata de Ocorrência nº 1333/2019, de data de 2019, 10:37:19. Descrição: acidente de trânsito, 13/02/2019, 13:00:00, sob o número 02063178720208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 02063178720208060001 e código 5D6DEFF5.



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 28/01/2020 às 11:48, sob o número 02063178720208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 02063178720208060001 e código 5D6DEFF5.



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

fls. 25

Impresso nº 2019277278

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1333 / 2019

SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

Bel. Evandro Alves de Souza
Delegado de Polícia
MAT. 14699

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699





SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PRONTO-SOLUCIONARIAL DE PORTUGAL - SERVIÇO DE CONTROLE DA SAÚDE
PRONTO-SOLUCIONARIAL DE PORTUGAL - SERVIÇO DE CONTROLE DA SAÚDE
A/O: Centro de Saúde nº 1117 - Parangaba - CEP: 44120-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3233-7222

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIT (LM)

Nº LAUDOS:

Nº de AIT:

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CBC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE *Laudo Manoel Soares da Silva*
ENDEREÇO DO PACIENTE *RUA: Tupi Nº 355*
BARRIO *HENRIQUE JORGE* **MUNICÍPIO** *FORTALEZA* **UF** *CE* **CEP**
DATA DO NASCIMENTO *02/07/1972* **SEXO** *1. MASC* **CONDIÇÃO** *2. S. SEGURO* *4. CONJUGUE* *6. FILHO* *8. OUTRO DEP.*
Nº DA AIT *RITA DE CÁSSIA SOARES DA SILVA*

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE *091379413-8* **CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL**
Q. INT. *03* **PROCEDIMENTO SOLICITADO**
DATA DA EMISSÃO *01/02/2019* **CIO - S**
CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

traumático em M.S. O (ombro)
apresenta-se com dor, inestabilidade
funções e deformidade
anômala (vernal da seta)
do osso

ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro
Mat. 763

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Requerimento de cirurgia

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Radi-x e exame físico

DIAGNÓSTICO INICIAL

Luxação acromioclavicular
clavicular e D

TIPO DE CLÍNICA

1. CIRÚRGICA *2. OBSTÉTRICA*
3. CLÍNICA MÉDICA *4. TISIOPEUMOL*
5. PSIQUIÁTRICA *6. PEDIÁTRICA*
9. OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgia

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

4364

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

José Facundo Neto
Traumato - Ortopedista
CRM: 4364

DATA

13/02/2019

HORA

CAVALCANTI FILHO
CAVALCANTI FILHO
CAVALCANTI FILHO
CAVALCANTI FILHO

Cartório Cavalcanti Filho
Rua 7 de setembro, 160 - CEP: 60.720-060 - Parangaba - Fortaleza - Ceará
Oficial: JORGE RIBEIRO CAVALCANTI
Fone: (85) 3233-044 - Fax: (85) 3233-1006 - e-mail: ccavalcanti@cartorio.com.br

Certifico que esta fotocópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado.
Fortaleza, 29 de abril de 2019, às 13:24. Usuário: robson

Aguada Maria Pereira de Oliveira (Escrivente Autorizada)
Enol: R\$ 1,38 TAXAS: R\$ 1,18 Total: R\$ 2,56 Func: robson
Válido somente com o selo de autenticidade



Trauma

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Ent. / Dieta)

Cartório Cavalcanti Filho
 Rua 1 de setembro, 180 - CEP. 60.720-000 - Parangaba - Fortaleza - Ceará
 Oficial: JORGE RIBEIRO CAVALCANTI - R. Nº 2.193.354 - CP 33.9.1808 - e-mail: cavalcanti@cartorio.com.br

Certifico que esta fotocópia é reprodução fiel do original que se foi
 apresentada.
 Fortaleza, 29 de abril de 2019. 10:13:24. Usuário.: robson

Aulda Maria Pereira de Oliveira (Escrivente Autorizada)
 Cpl.: R\$ 1,38 TAXAS: R\$ 1,18 Total: R\$ 2,56 Func: robson
 Válido somente com o selo de autenticidade

CAVALCANTIFILHO
 CAVALCANTIFILHO
 CAVALCANTIFILHO
 CAVALCANTIFILHO

AUTENTICADO
 Nº HY 651239

HOSPITAL DISTRICTAL DR. JOSE BERNARDO DE OLIVEIRA
 ATTESTO QUE ESTA CONTIENE COM ORIGINAL

Engenheiro Monitor

CAVALCANTI FILHO
CAVALCANTI FILHO
CAVALCANTI FILHO
CAVALCANTI FILHO



Atestado Médico

O (a) Sr.(a)

Cláudio Marcos S. do Figueira

Compareceu a este Hospital às _____ horas para:

- 1. Consulta ☒
- 2. Acompanhar Familiar..... ☐
- 3. Fazer Exame ☐
- 4. Fisioterapia ☐
- 5. Retorno de consulta ☐

Outrossim, comunicamos que:

A) Pode voltar em seguida ao trabalho ☐

B) Deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje ☐

C) Deverá ficar afastado do trabalho por 01 NOVEMBRO

_____ dias a contar desta data _____ ☒

Autorizo colocação do CID _____

CID: 542

(Paciente)

Fortaleza, 13 de 03 de 20 19

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.888.406-53



CLÍNICAS REUNIDAS

CENTRO
ODONTOLÓGICO
Dr. David Cruz

Identificação do Emitente

União de Clínicas do Ceará Ltda. - Endereço: Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima
CNPJ: 05.867.015/0001-75 - Telefone: 3311.6000 - Cidade: Fortaleza - UF: CE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª via - Retenção da Farmácia 2ª via - Orientação ao Paciente

Dr. João Ricardo Andrade
Ortodontia e Traumatologia
CRM 5944
CPF: 423.881.465-53
Carimbo e Assinatura do médico

Paciente:

Cláudio Manoel do Iha

Endereço:

Rua Tupi, 365 - A. Joffe

Prescrição:

① Keflex 500 — 1sa
vic anal 616h (5 dias)
② 1150 dor 616h 1a
dor

Data:

16/02/19

RETORNO: 01/03 8h

Identificação do Comprador

Nome:

Ident.:

Org. Emissor:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

Identificação do Fornecedor

Data: / /

Assinatura do farmacêutico



29/03

1

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.866.408-53

Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza- Ceará

www.uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311.6000



15/03

1

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.866.408-53

Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza- Ceará

www.uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311.6000



CLINICA
DR VAGNER PAIVA
ESPECIALIDADES MEDICAS E FISIOTERAPIA

☎ 85 3226.4242 ☐ 85 99730.8338 / 85 98923.8338
 ♣ Raul Gonçalves Leão, 679 - Aldeola - (próximo ao Colégio Militar)

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO MEDICO

compareceu à clínica no dia ____ / ____ / ____ às ____ : ____ horas,
permanecendo até às ____ : ____ horas para:

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| 1. Consulta..... | ☒ |
| 2. Acompanhar Familiar..... | ☐ |
| 3. Fisioterapia..... | ☐ |

Outrossim, comunicarnos que:

- A) Pode voltar em seguida para o trabalho sem restrições.....
- B) Deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje.....
- C) Deverá ficar afastado(a) do trabalho por trinta dias a contar dessa data 13/04/19 ☒
- D) Deverá ficar afastado de atividade física por _____ dias a contar dessa data ____/____/____ ☐
- E) Apto a retornar as suas atividades laborativas a partir da data ____/____/____ ☐
- F) Apto(a) à prática desportiva a partir da data ____/____/____ ☐
- G) CID-10: S 4 2 ☐

Diagnóstico: _____

Fortaleza, 03 de _____ de 20____



CLÍNICAS REUNIDAS

Atestado Médico

Atestado Médico
Clara Marcelo

Compareceu a este Hospital às _____ horas para:

1. Consulta ☐
2. Acompanhar Familiar..... ☐
3. Fazer Exame ☐
4. Fisioterapia ☐
5. Retorno de consulta ☐

Outrossim, comunicamos que:

- A) Pode voltar em seguida ao trabalho ☐
- B) Deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje ☐
- C) Deverá ficar afastado do trabalho por 80 NOV dias a contar desta data ____/____/____ ☒

Autorizo colocação do CID _____

542
CID (paciente)

Fortaleza, 13 de Setembro de 2019

Av. Aguanambi, 332 | Bairro de Fátima - Fortaleza - Ce | Cep: 60055-402 | PABX: (85) 3311-6000

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente	Claudio Marcio Soares da Silva	Dr. Internação	13/02/2019 22:03	Atendimento	1502606
Identidade	09942319	CPF	44762313300	Telefone 1	988910207
Data Nasc	02/07/1972	Idade	46 Anos	Telefone 2	não digitado
Endereço	Tupi, 355 Henrique Jorge	Bairro	Henrique Jorge	Sexo	Masculino
Internação		Apq / Leito	Posto 2 / 201-2	CEP	60.520-720
Convênio	FASSEC (ISSEC NOVO)	Cod Usuário	00931833008	Clínica	Médica
Guia		Senha		Dr. Validade	31/12/2019
Médico	Dr. Vicente de Paulo Ribeiro Junior (CRM 5467)				

Responsável	Vilalba	CPF	44762313300	Telefone 3	988910207
Identidade		Bairro	Henrique Jorge	Telefone	não digitado
Endereço	Tupi, 355 Henrique Jorge			CEP	60520720

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO

Autorizo a equipe médica do Hospital Uniclínica, a prestar atendimento médico-hospitalar e/ou cirúrgico ao paciente, de acordo com a boa técnica, respeitando seus critérios internos e utilizando-se de equipe especializada, que está autorizada, desde já, a praticar todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos indicados, realizar exames e métodos diagnósticos complementares, assim como encaminhar para exames complementares qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente, desde que necessária para esclarecimento diagnóstico ou tratamento, ministrar medicamentos e proceder, enfim, todos os atos necessários para o meu atendimento.

Fui informado quanto a proposta de tratamento(s), assistência clínica, medicamento(s) ou procedimento(s) (exames e cirurgias) a qual(is) serei submetido. Fui informado ainda que os benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas serão explicadas durante os cuidados assistenciais pela equipe médica, sendo a mim concedida a oportunidade para perguntas e respostas, tudo visando o consentimento livre e esclarecido.

Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o tratamento / assistência clínica / procedimento ou realização de exames, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Fui esclarecido das limitações do contrato como beneficiário de plano de saúde, estando ciente que o simples fornecimento de guia/senha de autorização para internação não garante a cobertura integral das despesas pelo convênio. O hospital não tem qualquer envolvimento na relação contratual ajustada entre mim e a Operadora de Planos de Saúde e havendo recusa ao pagamento por parte desta última, seja total ou parcial, o hospital poderá cobrar os valores devidos diretamente a mim e/ou ao meu responsável, pela tabela própria, a qual se encontra à disposição para consulta na administração.

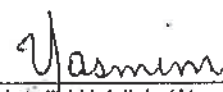
PROIBIÇÃO DO INGRESSO DE ARMAS NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL

Declaro para os devidos fins que tenho ciência da proibição do Hospital Uniclínica para com o ingresso de qualquer tipo de arma, branca ou de fogo, nas suas dependências. Afirmando que no momento da minha internação não estou portando qualquer espécie de arma, e que mesmo que possua porte de arma devidamente legalizado, não portarei qualquer espécie de arma durante minha estadia nas dependências do Hospital Uniclínica.

TERMO DE CIÊNCIA DE COBRANÇA INDEVIDA

O Hospital Uniclínica vem por meio deste, informar que toda e qualquer solicitação de pagamento, acertos de materiais e procedimentos que não sejam contemplados pelo plano de saúde ou oriundos de internações particulares, serão realizados exclusivamente de forma presencial, junto a tesouraria do Hospital e nunca através de ligações e/ou transferências bancárias de pessoa física.

Fortaleza, 13 de 02 de 19


Hospital Uniclínica (Atendente)


Responsável

Testemunha 1

CPF RG

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL