



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613  
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

**End. Profissional:** Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce  
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: [deranysantos@hotmail.com](mailto:deranysantos@hotmail.com)

## PROCURAÇÃO

### **OUTORGANTE:**

|                                  |                                                 |                                             |                       |
|----------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------|
| Nome: <u>Joyce Maria Bezerra</u> |                                                 | Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>            |                       |
| Estado Civil: <u>Solteira</u>    | Profissão: <u>Do Lar</u>                        | Carteira de Identidade: <u>2007963894-0</u> |                       |
| CPF nº: <u>074.987.633-62</u>    | Residência: <u>Rua José Friere Filho, 1148,</u> |                                             |                       |
| Bairro: <u>Cidade 2000</u>       | Cidade: <u>Crateús</u>                          | Estado/UF: <u>Ce</u>                        | CEP: <u>63700-000</u> |

**OUTORGADO:** ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 998-A, Centro, município de Crateús/CE, CEP nº 63.702-885; Celular/WhatsApp: (88) 99619-6396.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, 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 SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, 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, 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(a) outorgante, substabelecer com ou sem reservas, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Crateús – CE., 21 de Setembro de 2020

Joyce Maria Bezerra  
(outorgante)



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613  
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce  
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: [deranysantos@hotmail.com](mailto:deranysantos@hotmail.com)

### DECLARAÇÃO DE POBREZA

|                                                |                            |                                  |
|------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| Declarante: <u>Joyce Maria Bezerra</u>         |                            | Nacionalidade: <u>Brasileira</u> |
| Residência: <u>Rua José Freire Filho, 1148</u> |                            | Profissão: <u>Do Lar</u>         |
| CPF nº: <u>074.987.633-62</u>                  | RG nº: <u>2007963894-0</u> | Estado Civil: <u>Solteira</u>    |
| Bairro: <u>Cidade 2000</u>                     | Cidade: <u>Crateús</u>     | Estado/UF: <u>CE</u>             |
| CEP: <u>63 700-000</u>                         | Telefone:                  |                                  |

**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.

Crateús - Ce., 21 de Jan de 2020.

Joyce Maria Bezerra

Declarante

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
CÓDIGO 2007963894 - 0

NOME  
JOYCE MESSIAS BEZERRA

FILIAÇÃO  
GOMÇALO BEZERRA NETO

ROSA MARIA MESSIAS DA SILVA

NATURALIDADE  
CRATEIROS - CE

DATA DE NASCIMENTO  
04/10/1996

DOC. ORIGEM  
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1

OFÍCIO TERMO: 29795 FOLHA: 209

LIVRO: A-32 CRATEIROS - CE

CPF

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 23/08/83

P.: 36

CÓDIGO DE CONTROLE  
6A18.B03D.43FC.94F5

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na internet, no endereço  
[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:38:52 do dia 24/01/2014 (hora e data de Brasília)  
dígitto verificador: 00



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613  
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce  
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: [deranysantos@hotmail.com](mailto:deranysantos@hotmail.com)

### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

|                                                 |                            |                                  |
|-------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| Declarante: <u>Joyce Messias Bezerra</u>        |                            | Nacionalidade: <u>Brasileira</u> |
| Residência: <u>Rua José Francisco Filho 118</u> |                            | Profissão: <u>Do Lar</u>         |
| CPF nº: <u>074.987.633-62</u>                   | RG nº: <u>2007963894-0</u> | Estado Civil: <u>Solteira</u>    |
| Bairro: <u>Cidade 2000</u>                      | Cidade: <u>Crateús</u>     | Estado/UF: <u>Ce</u>             |
| CEP: <u>63700-000</u>                           | Telefone:                  |                                  |

**DECLARO** que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Crateús - Ce., 21 de Junho de 2020.

X Joyce Messias Bezerra  
(declarante)

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 031839314

Rota CT004U02 - 139000 Referência 11/2019  
 Nome ROSA MARIA MESSIAS DA SILVA  
 Endereço RU JOSE FREIRE FILHO, 01148, CIDADE 2000,  
 63700-000, CRATEUS  
 Classificação Tarifa Baixa Renda  
 Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL  
 Ligação Monofásica  
 Emissão 08/11/2019  
 Medidor 2652406-FAE-006  
 ÁREA RESERVADA AO FISCO ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

36001-1107-04-CP254250-040004991

DATAS DE LEITURA

Anterior Atual P.F. 30 dias Próxima prevista  
 07.10.2019 08.11.2019 05.12.2019

DADOS DA MEDIÇÃO

| Posto | Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo Mês (kWh) | Consumo Incl. (kWh) | Consumo Sat. (kWh) | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------|-------------|----------------|--------|-------------------|---------------------|--------------------|------------------|-------------|
| FF    | 16.580      | 16.446         | 1,00   | 134               | 00                  | 134                | 0,31266          | 42,00       |

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

|                                |         |        |
|--------------------------------|---------|--------|
| CIP - ILUM PUB PREF MUNIC      | -       | 14,61  |
| PIS COMPL BX RENDA             | -       | 0,03   |
| COFINS COMPL BX RENDA          | -       | 0,10   |
| DESCONTO BAIXA RENDA           | -       | -27,02 |
| CONSUMO SEM SUBVENÇÃO          | -       | 27,02  |
| CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH | 0,17700 | 5,31   |
| CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH | 0,30357 | 21,25  |
| CONSUMO DE 100 KWH ATE 220 KWH | 0,45500 | 15,47  |
| ADICIONAL BAND. AMARELA        | 0,03067 | 0,92   |
| ADICIONAL BAND. VERMELHA       | 0,02800 | 0,84   |
| PARCELAMENTO NORMAL 2/2        | -       | 60,25  |

| Tributo: | Base (R\$): | Alíquota (%): | Valor (R\$): |
|----------|-------------|---------------|--------------|
| ICMS     | 0,00        | 0,00          | 0,00         |
| PIS      | 70,81       | 0,04          | 0,03         |
| COFINS   | 70,81       | 0,30          | 0,22         |

|            |            |        |
|------------|------------|--------|
| VENCIMENTO | 18/11/2019 | 118,78 |
|------------|------------|--------|

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ

003.136.913-80

EMISSIONES 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%

52,31 0,00

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA. Você possui conta(s) em atraso (Ref:2019/10 Valor R\$152,94 ). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio dos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTESIC. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do debito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000002612579.

Periodos: Band. Tarif.: Amarela : 08/10 - 31/10 Vermelha : 01/11 - 08/11

SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MÊS TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERIODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

Nº do Cliente:

Data de Emissão: 2612579

Nº da Nota Fiscal: 08/11/2019

031839314

Referência:

Total a Pagar (R\$):

Nº de Controle:

11/2019

118,78

200009270020

V: [1.0.0.5]

83850000001 6 18780031200 9 00927002007 5 00002612579 0



83850000001 6 18780031200 9 00927002007 5 00002612579 0

## SINISTRO 3190664341 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOYCE MESSIAS BEZERRA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

**BENEFICIÁRIO** JOYCE MESSIAS BEZERRA

**CPF/CNPJ:** 07498763362

**Posição em 21-01-2020 16:41:06**

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  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 10/12/2019        | R\$ 2.362,50         | R\$ 0,00         | R\$ 2.362,50 |



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
 POLÍCIA CIVIL  
 DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



## **TERMO DE DECLARAÇÃO DA VÍTIMA JOYCE MESSIAS BEZERRA**

**INQUÉRITO Nº 445 - 350 / 2019**

Aos 16 dia(s) do mês de Setembro de 2019, nesta cidade de Crateus, Estado do Ceará, onde pela(s) 12:59 hora(s), presente achava-se **RENE GOMES MESQUITA**, Delegado(a), comigo **KAYRO CHRYSOSTOMO CAVALCANTE**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **JOYCE MESSIAS BEZERRA**, nacionalidade Brasil, solteiro(a), 1o. grau completo, filho (a) de **GONÇALO BEZERRA NETO** e **ROSA MARIA MESSIAS DA SILVA**, nascido(a) em 04/10/1996, CPF: 074.987.633-62, residente à Rua José Freire Filho, 1148, Cidade 2000 - Crateus/CE. Inquirido(a) pela Autoridade, DISSE: QUE, A vítima JOYCE MESSIAS BEZERRA relata que no dia dos fatos estava acompanhada da pessoa de AYLANNA GOMES DA SILVA, em uma festa na Praça da Igreja Matriz e de lá se dirigiram até a conveniência **BR MANIA** para lanche. Foram ao banheiro e adentraram a conveniência, mas como não tinha o lanche que elas queriam resolveram sair e foram para o Posto Sollo, mas lá demoraram pouco tempo, e seguiram para suas residências. Ao ser indagada se conhece as pessoas de HANNAY e IAGO, respondeu **não**, nunca vi eles; Ao ser questionada se possui lembranças do acidente, respondeu **não**, eu só lembro de subir na moto, abotoar o capacete e depois um clarão e pronto. Eu só tenho lembranças de quarta-feira pra frente. O acidente foi do domingo para a segunda, mas devido ao estado que eu fiquei eles (hospital) me deram calmantes e eu não me lembro de muita coisa, só tenho lembrança de quarta-feira (10-07-2019) pra frente.; Ao ser indagada se tem conhecimento de quem acionou o socorro, respondeu **não**, ninguém me disse nada; Ao ser questionada se chegou a ver as pessoas de HANNAY e IAGO no BR MANIA, respondeu **não**, por que eu não conhecia eles, nós já estávamos saindo do BR MANIA quando nos vimos um rapaz dando um cavalo de pau em um carro branco, mas não sei dizer quem é, por que nós já estávamos saindo.; Ao ser indagada dos danos que sofreu, respondeu **eu trabalho como diarista, e estou impossibilitada de trabalhar por que quebrei o fêmur, estou fazendo fisioterapia pelo SUS, duas vezes na semana e todos os meses eu já soube que tenho que pegar a fila novamente pra poder marcar e corre o**

*Joyce*

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Pág. 1 de 2

Impresso em: 16/09/2019 13:01:11

W



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



**INQUÉRITO Nº 445 - 350 / 2019**

risco de eu ficar sem fazer, por que tem outras pessoas e eu já soube que tem que chegar de madrugada pra conseguir a senha, tem horas que não me lembro das coisas, como por exemplo de quem me visita.¿; Ao ser indagada se alguém lhe procurou para lhe ajudar nas despesas médicas, respondeu ¿um tio de um deles procurou minha cunhada e disse que ia pagar tudo, mas nem sei é tio mesmo, essa foi a identificação que ele deu pra ela, o nome dele eu não sei. Quando eu tive alta dia 19-07-2019, essa pessoa pegou minha receita com minha cunhada e mandou alguns medicamentos (1 caixa de levofloxacina e 1 caixa de oxotron) genéricos, e tinha umas injeções, que eram 1 por dia durante 7 dias, mas ele só deu duas. Fraudas (5 pacotes com 30 unidades), óleo de girassol, álcool gel ele deu uma vez, mas os outros curativos ele não deu e nunca mais mandou nada. Minha mãe fez um bingo para poder me ajudar nas despesas¿. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **KAYRO CHRYSOSTOMO CAVALCANTE**, Escrivã(o) que o digitei.

DELEGADO(A) : \_\_\_\_\_

DECLARANTE : *Joyce Melissa Bezerra* \_\_\_\_\_

ESCRIVÃ(O) : \_\_\_\_\_



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL SAO LUCAS

fls. 16

Impressão: 08/07/2019 04:11

Página 1

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

|                                             |                     |                                           |                        |                      |
|---------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|------------------------|----------------------|
| Prontuário<br>065509                        | Atendimento<br>0013 | Nome do Paciente<br>JOYCE MESSIAS BEZERRA | CNS<br>706507304342993 | Guia de Autorização  |
| Documento(s)<br>Identidade: 20079638940     |                     |                                           | Estado Civil<br>Outro  | Sexo<br>Feminino     |
| Data de Nascimento<br>04/10/1996            |                     | Local<br>CRATEUS/CE                       | Idade<br>22 Ano(s)     |                      |
| Pai<br>GONCALO BEZERRA NETO                 |                     | Mãe<br>ROSA MARIA MESSIAS DA SILVA        |                        |                      |
| Endereço<br>RUA JOSE FREIRE FILHO, 1148     |                     | Bairro<br>CIDADE 2000                     | CEP<br>63700-000       | Município<br>CRATEUS |
| Profissão<br>DO LAR                         | Empresa             | Cônjuge<br>VLADIMYR DE OLIVEIRA ALVES     |                        |                      |
| Responsável<br>ANTONIO MARCOS GOMES DE SOUS | CPF do Responsável  | Endereço<br>RUA JOSE FREIRE FILHO, 1148   | Município<br>CRATEUS   | UF<br>CE             |
| Telefone<br>88 92688322                     |                     |                                           |                        |                      |

DADOS DO ATENDIMENTO

|                                                        |                                   |                                                    |                                               |     |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----|
| Data Atendimento<br>08/07/2019                         | Hora<br>04:10                     | Convênio<br>SUS                                    | Matrícula                                     | CID |
| Profissional do Atendimento<br>JOAO VICTOR LEITAO MELO |                                   | CRM/UF<br>15482/CE                                 | Tipo Atendimento<br>CONSULTA COM PROCEDIMENTO |     |
| Indicador de Acidente                                  |                                   | Funcionário<br>ANTONIA VIERA DA SILVA              |                                               |     |
| Observação                                             |                                   |                                                    |                                               |     |
| Sala                                                   | Data/Hora Liberação<br>/ / às hs. | Tipo de Saída<br>( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito |                                               |     |

Sinais Vitais

|           |             |        |         |         |           |               |                  |
|-----------|-------------|--------|---------|---------|-----------|---------------|------------------|
| Peso (kg) | Altura (cm) | T (°C) | P (bpm) | R (mpm) | PA (mmHg) | Oximetria (%) | Glicemia (mg/dL) |
|           |             |        | 96      | 22      | 140 X 90  | 95            |                  |

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 08/07/2019 04:03

Responsável pela Classificação: SAARA BARBOSA FERRE

Relatório:

paciente deu entrada na urgencia trazida pelo corpo de bombeiros, vítima de acidente de mot (SIC), apresentando dor em MID com lesão em joelho e lesão cortante em pé E

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

08/07/2019 04:18:03h Responsável: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM-CE 15482

PACIENTE TRAZIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS VITIMA DE COLISÃO CARRO MOTO

A: OK

B: MVU SEM R/A SATO2 95%

C: ABD INOCENTE PA 140X90 FC 96 BP,

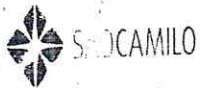
D: GLASGOW 15 NEGA DESMAIOS OU VOMITOS

E: LACERAÇÃO EM PÉ E

DEFORMIDADE( FRATURA ? EM FEMUR DIREITO) E FERIMENTO EM JOELHO DIREITO

Prescrição: 0001 Data: 08/07/2019 Hora: 04:18 Médico: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM: 15482

| Prescrição                   | Dosagem | Via | Frequência | Aprazamento |
|------------------------------|---------|-----|------------|-------------|
| AVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA |         |     |            | ATENÇÃO.    |
| RX QUADRIL AP                |         |     |            |             |
| RX CERVICAL LATERAL          |         |     |            |             |
| RX TORAX AP                  |         |     |            |             |
| RX JOELHO DIREITO            |         |     |            |             |
| RX PE E                      |         |     |            |             |
| RX COXA D                    |         |     |            |             |



DADOS DO PACIENTE

|                                             |                       |                                           |                        |                         |
|---------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------|------------------------|-------------------------|
| Prontuário<br>065509                        | Atendimento<br>0013   | Nome do Paciente<br>JOYCE MESSIAS BEZERRA | CNS<br>706507304342993 | Guia de Autorização     |
| Documento(s)<br>Identidade: 20079638940     |                       |                                           | Estado Civil<br>Outro  | Sexo<br>Feminino        |
| Data de Nascimento<br>04/10/1996            | Local<br>CRATEUS/CE   |                                           |                        | Idade<br>22 Ano(s)      |
| Pai<br>GONCALO BEZERRA NETO                 |                       | Mãe<br>ROSA MARIA MESSIAS DA SILVA        |                        |                         |
| Endereço<br>RUA JOSE FREIRE FILHO, 1148     | Bairro<br>CIDADE 2000 | CEP<br>63700-000                          | Município<br>CRATEUS   | UF<br>CE                |
| Profissão<br>DO LAR                         | Empresa               | Cônjuge<br>VLADIMYR DE OLIVEIRA ALVES     |                        | Telefone<br>88 92688322 |
| Responsável<br>ANTONIO MARCOS GOMES DE SOUS | CPF do Responsável    | Endereço<br>RUA JOSE FREIRE FILHO, 1148   | Município<br>CRATEUS   | UF<br>CE                |

DADOS DO ATENDIMENTO

|                                                        |               |                                         |           |                                               |
|--------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------|
| Data Atendimento<br>08/07/2019                         | Hora<br>04:10 | Convênio<br>SUS                         | Matrícula | CID                                           |
| Profissional do Atendimento<br>JOAO VICTOR LEITAO MELO |               | CRM/UF<br>15482/CE                      |           | Tipo Atendimento<br>CONSULTA COM PROCEDIMENTO |
| Indicador de Acidente                                  |               | Funcionário<br>ANTONIA VIERA DA SILVA   |           |                                               |
| Observação                                             |               |                                         |           |                                               |
| Sala                                                   |               | Data/Hora Liberação<br>08/07/2019 08:01 |           | Tipo de Saída<br>Permanência                  |

Sinais Vitais

|           |             |        |               |               |                       |                      |                  |
|-----------|-------------|--------|---------------|---------------|-----------------------|----------------------|------------------|
| Peso (kg) | Altura (cm) | T (°C) | P (bpm)<br>96 | R (mpm)<br>22 | PA (mmHg)<br>140 X 90 | Oximetria (%):<br>95 | Glicemia (mg/dL) |
|-----------|-------------|--------|---------------|---------------|-----------------------|----------------------|------------------|

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 08/07/2019 04:03

Responsável pela Classificação: SAARA BARBOSA FERRE

Relatório:

paciente deu entrada na urgência trazida pelo corpo de bombeiros, vítima de acidente de mot (SIC), apresentando dor em MID com lesão em joelho e lesão cortante em pé E

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

08/07/2019 04:18:03h Responsável: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM-CE 15482  
PACIENTE TRAZIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS VITIMA DE COLISÃO CARRO MOTO

A: OK

B: MVU SEM R/A SATO2 95%

C: ABD INOCENTE PA 140X90 FC 96 BP,

D: GLASGOW 15 NEGA DESMAIOS OU VOMITOS

E: LACERAÇÃO EM PÉ E

DEFORMIDADE( FRATURA ? EM FEMUR DIREITO) E FERIMENTO EM JOELHO DIREITO

08/07/2019 08:01:17h Responsável: JAMIL S. JORQUEIRA CRM-CE 6945

PACIENTE COM TRAUMA EM MID APRESENTANDO ALGIA EDEMA, LIMITAÇÃO FUNCIONAL E DEFORMIDADES.  
FRATURA DIAFIASARIA FEMUR DIREITO  
INTERNAMENTO

Jamil S. Jorquera  
CRM 6945  
Ort. Traumatologia

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: ANTONIO MARCOS GOMES



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL SAO LUCAS

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

fls. 18

Impressão: 08/07/2019 08:24

Página 1

DADOS DO PACIENTE

|                                             |                     |                                           |                        |                          |
|---------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|------------------------|--------------------------|
| Prontuário<br>065509                        | Atendimento<br>0013 | Nome do Paciente<br>JOYCE MESSIAS BEZERRA | CNS<br>706507304342993 | Guia de Autorização      |
| Documento(s)<br>Identidade: 20079638940     |                     |                                           | Estado Civil<br>Outro  | Sexo<br>Feminino         |
| Data de Nascimento<br>04/10/1996            |                     | Local<br>CRATEUS/CE                       | Idade<br>22 Ano(s)     |                          |
| Pai<br>GONCALO BEZERRA NETO                 |                     | Mãe<br>ROSA MARIA MESSIAS DA SILVA        |                        |                          |
| Endereço<br>RUA JOSE FREIRE FILHO, 1148     |                     | Bairro<br>CIDADE 2000                     | CEP<br>63700-000       | Município<br>CRATEUS     |
| Profissão<br>DO LAR                         | Empresa             | Cônjugue<br>VLADIMYR DE OLIVEIRA ALVES    |                        |                          |
| Responsável<br>ANTONIO MARCOS GOMES DE SOUS | CPF do Responsável  | Endereço<br>RUA JOSE FREIRE FILHO, 1148   | UF<br>CE               | Telefone<br>88 926883217 |

DADOS DO ATENDIMENTO

|                                                                                   |                     |                                       |                                               |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Data Atendimento<br>08/07/2019                                                    | Hora<br>04:10       | Convênio<br>SUS                       | Matrícula                                     | CID                                                |
| Profissional do Atendimento<br>JOAO VICTOR LEITAO MELO                            |                     | CRM/UF<br>15482/CE                    | Tipo Atendimento<br>CONSULTA COM PROCEDIMENTO |                                                    |
| Indicador de Acidente                                                             |                     | Funcionário<br>ANTONIA VIERA DA SILVA |                                               |                                                    |
| Observação                                                                        |                     |                                       |                                               |                                                    |
| Sala                                                                              | Data/Hora Liberação | às                                    | hs.                                           | Tipo de Saída<br>( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito |
| CETOPROFENO 100MG EV, diluir em 100mL de SF 0,9%, administrar 100mg em 30 minutos |                     |                                       | E.V.                                          | 12/12 H 04:20 16:20                                |
| SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000mL EV                                                   |                     | 500ml                                 | E.V.                                          | DOSE ÚNICA 500(04:17) 500(16:20)                   |
| OBSERVAÇÃO/DIETA ZERO                                                             |                     |                                       |                                               |                                                    |

Dr. João Victor Melo  
Médico - Cirurgião Geral  
CREMEC 15482 RQE: 9492

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

Patricia Rosa de Anchieta  
ENFERMEIRA  
COREN-CE 233.958

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: ANTONIO MARCOS GOMES



SUS

Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
da  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 19

v2019.02

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

2 - CNES

2481073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

4 - CNES

2481073

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOYCE MESSIAS BEZERRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

65509

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

70.6507.304.3429-93

8 - DATA DE NASCIMENTO

04/10/1996

9 - SEXO

Masc. ☐ 1Fem. ☒ 3

10 RAÇA/COR

03 - Parda

10.1 ETNIA

11 - NOME DA MÃE

ROSA MARIA MESSIAS DA SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 9263-8322

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

ANTONIO MARCOS GOMES DE SOUSA

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA JOSE FREIRE FILHO, 1148, CIDADE 2000

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CRATEUS

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2304103

18 - UF

CE

19 - CEP

63700-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM TRAUMA EM MID APRESENTANDO ALGIA EDEMA, LIMITAÇÃO FUNCIONAL E DEFORMIDADES.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

RISCO DE COMPLICAÇÃO

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

S72.3 Fratura da diáfise do fêmur

24 - CID 10 PRINCIPAL

S723

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

S723

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408000519

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Eletivo

31 - DOCUMENTO

(X) CNS ( ) CPF

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

209573277350004

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JAMIL SANCHES JORQUERA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/07/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Dr. Gilven Melo Marques

Médico Assistente CRM/CE: 1078

Secretaria Municipal de Saúde de Crateús

Departamento de Controle, Avaliação

Resposta e Auditoria

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL SAO LUCAS

fls. 21

Impressão: 19/07/2019 11:21

Período: 19/07/2019 07:00:00 à 19/07/2019 18:59

### Dados Clínicos - Enfermagem

|                          |                                                                     |                             |              |            |           |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------|------------|-----------|
| Paciente                 | JOYCE MESSIAS BEZERRA                                               |                             |              | Prontuário | 065501900 |
| Data de Nascimento       | Idade                                                               | Nome da Mãe                 |              |            |           |
| 04/10/1996               | 22 Ano(s)                                                           | ROSA MARIA MESSIAS DA SILVA |              |            |           |
| Data Internação          | Aposento                                                            |                             | Quarto/Leito |            |           |
| 08/07/2019               | ENFERMARIA                                                          |                             | 009/0003     |            |           |
| Profissional Responsável |                                                                     |                             | CRM          |            |           |
| JAMIL SANCHES JORQUEIRA  |                                                                     |                             | 6945         |            |           |
| Convênio                 | Setor                                                               | Especialidade               |              |            |           |
| SUS                      | CLINICA CIRURGICA                                                   | CIRURGICA                   |              |            |           |
| Diagnóstico              | S72.3 Fratura da diáfise do fêmur S72.3 Fratura da diáfise do fêmur |                             |              |            |           |

### ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 19/07/2019 10:00:00

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR, ENTREGUE AVISO DE ALTA, EXAMES, RECEITUÁRIO.

*IVONEIDE VIEIRA FERNANDES*

TEC. EM ENFERMAGEM

COREN/CE 1092584

RESPONSÁVEL: IVONEIDE VIEIRA FERNANDES - COREN-CE 1092584

*Rosa maria messias da Silva*



S. CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO

HOSPITAL SAO LUCAS

RUA Ubaldino Souto Maior, 1052, CRATEUS/CE, CEP 63700-000

fls. 22

Impressão: 19/07/2019 08:20

Página: 1

v2019.02

## Resumo/Sumário de alta

Paciente: JOYCE MESSIAS BEZERRA

Prontuário: 06550

Data de Nascimento: 04/10/1996

Nome da Mãe: ROSA MARIA MESSIAS DA SILVA

Idade: 22 Ano(s)

Convênio: SUS

Data da Internação: 08/07/2019

Setor: CLINICA CIRURGICA

Aposento: ENFERMARIA

Leito: 009 - 000

Profissional Resp.: JAMIL SANCHES JORQUEIRA

CRM: 6945

Diagnóstico Principal: S72.3 Fratura da diáfise do fêmur

Diagnóstico Secundário: S72.3 Fratura da diáfise do fêmur

Data da Alta: 19/07/2019

Hora da Alta: 08:30

## Motivo da Internação:

FRATURTA DIAFISARIA DO FEMUR D

## Conduta / Tratamento Realizado:

OSTEOSSINTESE DO FEMUR

## Exames Realizados:

RX COXA

## Plano Pós-Alta:

## Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE-6945

Assinatura Paciente/Responsável



Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

CHECK-LIST DE CIRURGIA SEGURA

Paciente: JOYCE MESSIAS BEZERRA  
Data da Int: 08/07/2019 Dt de Nasc: 04/10/1996  
Convênio: SUS Prontuário: 065509  
Município: CRATEUS-CE  
Nome da Mãe: ROSA MARIA MESSIAS DA SILVA

DATA: 08/07/19

- 1.1 (X) Confirmar identificação no prontuário ou pulseira  
1.2 Cirurgia proposta: Remoção  
1.3 (X) Avaliar jejum hora: 08:00 Data: 08/07/19  
1.4 Exames recebidos: (X) Laboratoriais ( ) ECG ( ) RX ( ) TC  
( ) US ( ) RMN (X) Ficha de internamento  
1.5 (X) Termos de consentimentos (cirúrgico, Anestésico, Amputação hemotransfusão)  
1.6 Reserva de hemoderivados  
( ) Sim (X) Não se aplica  
1.7 (X) Retirar pulseiras, brincos, próteses, esmalte, etc...  
1.8 ( ) Realizado tricotomia  
( ) Sim (X) Não se aplica  
1.9 (X) Vestimento adequado (camisola)  
1.10 Alergia (X) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_  
1.11 (X) Acesso venoso com boa infusão  
1.12 Uso de Medicação Anticoagulante (X) Não ( ) Sim data \_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável:  COREN/CE 17825 TE

3. ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- 3.1 (X) Apresentação dos membros da equipe verbalmente  
3.2 (X) Confirmar verbalmente identificação do paciente, Sítio Cirúrgico, Procedimento a ser realizado  
3.3 (X) Confirmar com cirurgião (Há etapas críticas ou inesperadas, perda sanguínea prevista?)  
3.4 (X) Confirmar com anestesia (Há alguma preocupação específica?)  
3.5 A lateralidade  quadradamente marcada  
( ) Sim ( ) Não  
3.6 (X)  no paciente e funcionamento

- 2.1 (X) Origem do encaminhamento  
(X) Clínica Cirúrgica ( ) Clínica Médica  
( ) Clínica Pediátrica ( ) Maternidade  
( ) Semi-intensiva ( ) Urgência ( ) observações  
2.2 (X) Confirmar identificação no prontuário ou pulseira  
2.3 ( ) Tipo de procedimento:  
( ) Agendamento (X) Urgência/Emergência  
2.4 (X) Termos de Consentimento ( Cirúrgico, Anestésico, Amputação, Hemotransfusão)  
2.5 (X) Local da Cirurgia? MID  
2.6 Alergia (X) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_  
2.7 via aérea difícil, Risco de aspiração, uso de prótese?  
(X) Não ( ) Sim e há equipamento disponível  
2.8 Risco de perda Sanguínea >500 ml?  
(X) Não ( ) Sim, planejamento para fluidos  
2.9 Reserva de Hemoderivados ( ) Sim (X) Não se aplica  
2.10 ( ) Demarcar lateralidade (X) Não se aplica

4. ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

- 4.1 (X) Confirmar verbalmente com a equipe se registro completo do procedimento executado  
4.2 Houve mudança no procedimento/intercorência?  
(X) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_  
4.3 Contagem manual:  
Compressas Entregue: 10 + 5 + + + conferida: 15  
Instrumentais Entregue: 3 + + + + + conferida: 3  
Lâmina Entregue: 1 + + + + + conferida: 1  
Agulha Entregue: 2 + 2 + + + conferida: 4  
4.4 As peças cirúrgicas estão identificadas e com o nome

ins 3  
FAM  
12  
30/07/2019  
101114-1 Type 5  
Trazendo  
INTEGRADOR  
Data de  
Hora: 10  
Data de  
ASS: CLA

Materia  
Process  
Lote: 00  
Data da  
Hora: 10  
Data de

Hospital São Lucas  
ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

Material: CX traumático  
Processamento: Autoclave: 01  
Lote: 003  
Data da Esterilização: 13/07/2019  
Hora: 12:00  
Data de Validade: 13/08/2019

ASS: CLAU

INTEGRADO

antes no

amento que deve

10.605

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILOANOTAÇÕES DE  
ENFERMAGEM CENTRO  
CIRÚRGICO

Paciente: JOYCE MESSIAS BEZERRA  
 Data de Int: 08/07/2019 Dt de Nasc: 04/10/1996  
 Convênio: SUS Prontuário: 065509  
 Município: CRATEUS-CE  
 Nome da Mãe: ROSA MARIA MESSIAS DA SILVA

Admissão: 16/07/19 Horas: 13:50 Cirurgia Proposta: Femur D  
 Observação: D-1 120x90 T°C 36.3°C Q: 20 Dx 80mg/dl

Medicação pré-anestésica: ☒ Não ( ) Sim Qual

Anestesista: Dr. Soares

Tipo de Anestesia: ☒ Raquidiana ( ) Geral ( ) Local

( ) Bloqueio Anestésico: ( ) Sedação

Início da anestesia 15:00

Sala: 3

Cirurgião: Dr. Sami

1º Auxiliar

Instrumentador(a)

Início da Cirurgia: 15:15 Término da Cirurgia 16:50

Posição do paciente: ☒ Dorsal ( ) Ginecológica ( ) Ventral ( ) Lateral

( ) Outra:

Soluções Antissépticas:

☒ clorhexidina Degermante

Localização de:

( ) iodopolidona Degermante

( o ) Eletrodos

( ) iodopolidona Tópico

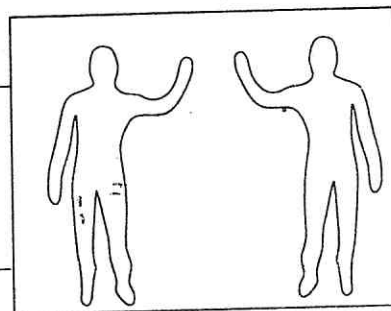
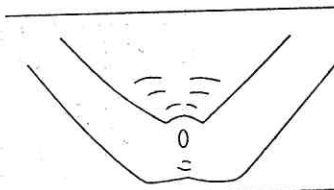
( -- ) Incisão Cirúrgica

( ) álcool iodado

( = ) placa de Bisturi

( ) álcool 70%

( # ) Drenos



Parto Cesariana: RN1º Hora: Apgar Sexo: Peso:  
 Apresentação Fetal RN2º

RN Encaminhamento às Para

Infusão de: ( ) Concentrado de Hemácias ( ) Plasma

Peça cirúrgica/Corpo estranho Entregue:

Destino: ( ) Biopsia Laboratório ( ) Outro:

Exames durante o transoperatorio: ☒ RX ( ) Laboratorial ( )

Cirurgia Realizada:

Encaminhamento às 17:00 Para: URPA

com: ☒ Curativo-Tipo compressivo☒ Dreno de sucção

( ) Imobilizador

( ) Cateter de Oxigenio O2

( ) Cateter venoso central

☒ Cateter venoso periférico

( ) Tubo Endotraqueal

( ) Sonda Vesical

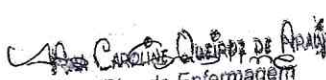
( ) Tampão

( ) Bolsa de Colostomia

( ) Outros

( ) Outros

Observação:

  
 Téc. de Enfermagem  
 COREN 790.696

Assinatura/Carimbo  
 Circulante



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRATEÚS  
GUARDA CIVIL MUNICIPAL  
DEPT - DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE TRÂNSITO

BOLETIM DE ACIDENTE  
DE TRÂNSITO

591910

01 - Nº 26

430/10

02 - FOLHA

01

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DE RAYMUNDO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 22/01/2020 às 17:04, sob o número 005008619.2020.8.06.0070 e código 5CD17B4.

DADOS DO ACIDENTE

CONDUTOR Nº

CONDUTOR Nº

VEÍCULO Nº

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 03 - RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DA RODOVIA<br><b>AVENIDA EDILBERTO FROTA Nº 1065</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 04 - MUNICÍPIO<br><b>CRATEÚS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                     | 05 - UF<br><b>CE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |
| 06 - PRÓXIMO, CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 07 - HORA DA OCORRÊNCIA<br><b>03:30</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 08 - ZONA RURAL URBANA<br><input type="checkbox"/> RURAL <input checked="" type="checkbox"/> URBANA | 09 - DATA<br><b>10/07/19</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   | 10 - DIA DA SEMANA<br><b>SEXTA</b> |
| 11 - CLASSIFICAÇÃO<br>SEM VÍTIMA <input type="checkbox"/> 1 COM VÍTIMA <input checked="" type="checkbox"/> 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 13 - NATUREZA DO ACIDENTE<br>ABALROAMENTO <input type="checkbox"/> 1<br>ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> 1<br>COLISÃO <input checked="" type="checkbox"/> 3<br>TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM <input type="checkbox"/> 5<br>CHOQUE COM OBJETO FIXO <input type="checkbox"/> 7<br>OUTRA (Especificar) <input type="checkbox"/> 9                                                 |                                                                                                     | 14 - TIPO DE PAVIMENTO<br>ASFALTO <input checked="" type="checkbox"/> 1<br>CONCRETO <input type="checkbox"/> 3<br>PARALELEPIPEDO <input type="checkbox"/> 5<br>CASCALHO <input type="checkbox"/> 7<br>TERRA <input type="checkbox"/> 9<br>AREIA <input type="checkbox"/> 2                     |                                    |
| 12 - Nº DE VÍTIMAS<br>MORTOS <input type="checkbox"/> FERIDOS <b>02</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 15 - CONDIÇÕES DA VIA<br>SECA <input checked="" type="checkbox"/> 1<br>MOLHADA <input type="checkbox"/> 3<br>OLEOSA <input type="checkbox"/> 5<br>ENLAMEADA <input type="checkbox"/> 7<br>DANIFICADA <input type="checkbox"/> 9<br>EM OBRAS <input type="checkbox"/> 2                                                                                                         |                                                                                                     | 15 - CONDIÇÕES DA VIA<br>BOM <input checked="" type="checkbox"/> 1<br>CHUVA <input type="checkbox"/> 3<br>NEBLINA <input type="checkbox"/> 5<br>GAROA <input type="checkbox"/> 7                                                                                                               |                                    |
| 17 - ENVOLVIDOS NO ACIDENTE (quantidade)<br>Automóvel ou Camionete Exceto Taxi <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3<br>TAXI <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3<br>CAMINHÃO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3<br>ÔNIBUS OU MICRO ÔNIBUS <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3<br>MOTOCICLETA OU MOTONETA <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3<br>CICLOMOTOR <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |  | 18 - CONTROLE DO TRÁFEGO DAS RODOVIAS<br>CURVA FECHADA <input type="checkbox"/> 1 CURVA EM RAMPA <input type="checkbox"/> 2<br>TANGENTE EM NÍVEL <input checked="" type="checkbox"/> 2 TANGENTE EM LOMBADA <input type="checkbox"/> 3<br>CURVA EM NÍVEL <input type="checkbox"/> 5 OUTRO (especificar) <input type="checkbox"/> 7<br>PISTA ESTREITA <input type="checkbox"/> 7 |                                                                                                     | 19 - NOME<br><b>AILANA GOMES DA SILVA</b>                                                                                                                                                                                                                                                      |                                    |
| 20 - SEXO<br><input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 21 - NASCIMENTO<br><b>29/04/90</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                     | 22 - ENDEREÇO<br><b>RUA JOSE FREIRE FILHO S/N</b>                                                                                                                                                                                                                                              |                                    |
| 23 - 1ª HABILITAÇÃO<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 24 - CATEGORIA<br><b>AB</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                     | 25 - PRONTUÁRIO Nº<br><b>06960572741</b>                                                                                                                                                                                                                                                       |                                    |
| 26 - UF<br><b>CE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 27 - EX MÉDICO EM DIA<br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                     | 28 - USAVA CINTO<br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                                                                                                  |                                    |
| 30 - EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA<br>REALIZADO NO LOCAL <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3<br>ENCAMINHADO P/EXAME <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 31 - COMPORTAMENTO DO CONDUTOR<br>PERMANECER NO LOCAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3<br>ATENDEU A VÍTIMA <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7<br>EVADIU-SE <input type="checkbox"/> 9 <input checked="" type="checkbox"/> 2                                                                                                 |                                                                                                     | 32 - AÇÃO DO CONDUTOR<br>FORÇAR PASSAGEM RODOVIA <input type="checkbox"/> 11<br>DESVIU DE OBSTÁCULO <input type="checkbox"/> 13<br>ULTRAPASSAGEM PROIBIDA <input type="checkbox"/> 15<br>EXCESSO DE VELOCIDADE <input type="checkbox"/> 17<br>CONTRAMÃO DE DIREÇÃO <input type="checkbox"/> 19 |                                    |
| 33 - NOME<br><b>HANNAY SOARES DE VASCONCELOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 34 - SEXO<br><input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                     | 35 - NASCIMENTO<br><b>04/01/51</b>                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |
| 36 - ENDEREÇO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 37 - 1ª HABILITAÇÃO<br><b>22/11/17</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                     | 38 - CATEGORIA<br><b>AB</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |
| 39 - PRONTUÁRIO Nº<br><b>06960572741</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 40 - UF<br><b>CE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                     | 41 - EX MÉDICO EM DIA<br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                                                                                             |                                    |
| 42 - USAVA CINTO<br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 43 - USAVA CINTO<br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                     | 44 - EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA<br>REALIZADO NO LOCAL <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3<br>ENCAMINHADO P/EXAME <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7                                                                              |                                    |
| 45 - COMPORTAMENTO DO CONDUTOR<br>PERMANECER NO LOCAL <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3<br>ATENDEU A VÍTIMA <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 7<br>EVADIU-SE <input checked="" type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 46 - AÇÃO DO CONDUTOR<br>FORÇAR PASSAGEM RODOVIA <input type="checkbox"/> 11<br>DESVIU DE OBSTÁCULO <input type="checkbox"/> 13<br>ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA <input type="checkbox"/> 15<br>EXCESSO DE VELOCIDADE <input type="checkbox"/> 17<br>CONTRAMÃO DE DIREÇÃO <input type="checkbox"/> 19                                                                    |                                                                                                     | 47 - MARCA<br><b>HONDA / POP 110</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |
| 48 - ESPÉCIE<br><b>MOTOCICLETA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 49 - PLACA<br><b>PWK 7843</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                     | 50 - MUNICÍPIO<br><b>CRATEÚS</b>                                                                                                                                                                                                                                                               |                                    |
| 51 - UF<br><b>CE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 52 - NOME DO PROPRIETÁRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                     | 53 - ENDEREÇO                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                    |
| 54 - SEGURADORA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 55 - BILHETE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                     | 56 - DATA DE EMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |
| 57 - OUTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 58 - OUTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                     | 59 - OUTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |

|                      |                                                           |                                  |                               |                                  |                      |
|----------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------|
| VEÍCULO Nº 02        | 58 - MARCA<br><b>FIAT/ARGO</b>                            | 59 - ESPÉCIE<br><b>AUTOMOVEL</b> | 60 - PLACA<br><b>POX 6239</b> | 61 - MUNICÍPIO<br><b>CRATEUS</b> | 62 - UF<br><b>CE</b> |
|                      | 63 - NOME DO PROPRIETÁRIO<br><b>LUIZ EVANILDO S. LIMA</b> |                                  |                               | 64 - ENDEREÇO                    |                      |
|                      | 65 - SEGURADORA                                           |                                  |                               | 66 - BILHETE                     |                      |
| 67 - DATA DE EMISSÃO |                                                           |                                  |                               |                                  |                      |
| 68 - DEFEITO         |                                                           |                                  |                               |                                  |                      |
| 69 - NOME            |                                                           |                                  |                               |                                  |                      |

|              |                                                                                            |  |  |                                                                                                                                                   |  |                                         |  |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|
| VÍTIMA Nº 01 | 69 - NOME<br><b>AILANA GOMES DA SILVA</b>                                                  |  |  | 70 - SEXO<br><input type="checkbox"/> M 1 <input checked="" type="checkbox"/> F 3                                                                 |  | 71 - NASCIMENTO<br><b>29/04/03</b>      |  |
|              | 72 - ENDEREÇO<br><b>R. JOSÉ FREIRE FILHO SIN</b>                                           |  |  | 73 - FERIMENTOS<br>LEVES <input type="checkbox"/> 1 GRAVES <input checked="" type="checkbox"/> 3 FATAIS <input type="checkbox"/> 5                |  | 74 - VIAJAVO NO VEÍCULO Nº<br><b>03</b> |  |
|              | 75 - USAVA CINTO<br>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1 |  |  | 76 - CONDIÇÕES DA VÍTIMA<br>CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG. <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5 |  |                                         |  |

|              |                                                                                            |  |  |                                                                                                                                                   |  |                                         |  |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|
| VÍTIMA Nº 02 | 78 - NOME<br><b>JOICE MESSIAS BEZERRA</b>                                                  |  |  | 79 - SEXO<br><input type="checkbox"/> M 1 <input checked="" type="checkbox"/> F 3                                                                 |  | 80 - NASCIMENTO<br><b>04/10/16</b>      |  |
|              | 81 - ENDEREÇO<br><b>R. JOSÉ FREIRE FILHOS Nº 1148</b>                                      |  |  | 82 - FERIMENTOS<br>LEVES <input type="checkbox"/> 1 GRAVES <input checked="" type="checkbox"/> 3 FATAIS <input type="checkbox"/> 5                |  | 83 - VIAJAVO NO VEÍCULO Nº<br><b>01</b> |  |
|              | 84 - USAVA CINTO<br>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1 |  |  | 85 - CONDIÇÕES DA VÍTIMA<br>CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG. <input checked="" type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5 |  |                                         |  |

|          |                                                  |  |                                                                |  |                                                      |  |
|----------|--------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|
| PEDESTRE | 87 - ATRAVESSANDO AS RODOVIAS                    |  | 88 - ATRAVESSANDO AS RODOVIAS                                  |  | 89 - OUTRA                                           |  |
|          | 2 FAIXAS DE ROLAMENTO <input type="checkbox"/> 1 |  | POR TRÁS DE VEÍCULO ESTACIONADO <input type="checkbox"/> 1     |  | CAMINHANDO AO LONGO DA CE <input type="checkbox"/> 1 |  |
|          | 4 FAIXAS DE ROLAMENTO <input type="checkbox"/> 3 |  | COM AUSÊNCIA DE VEÍCULO ESTACIONADO <input type="checkbox"/> 3 |  | BRINCANDO NA CE <input type="checkbox"/> 3           |  |

|             |                |  |                                                                        |  |                     |  |
|-------------|----------------|--|------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|--|
| TESTEMUNHAS | 90 - NOME      |  | 91 - SEXO<br><input type="checkbox"/> M 1 <input type="checkbox"/> F 3 |  | 92 - NASCIMENTO     |  |
|             | 93 - ENDEREÇO  |  | 94 - IDENTIDADE Nº                                                     |  | 95 - ORGÃO EMISSOR  |  |
|             | 97 - NOME      |  | 98 - SEXO<br><input type="checkbox"/> M 1 <input type="checkbox"/> F 3 |  | 99 - NASCIMENTO     |  |
|             | 100 - ENDEREÇO |  | 101 - IDENTIDADE Nº                                                    |  | 102 - ORGÃO EMISSOR |  |

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| INFORMAÇÕES ADICIONAIS | 104 - DIAGRAMA DO ACIDENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|                        | <p>Autentico, para os devidos efeitos, a presente cópia reprográfica do documento que me foi apresentado em Cartório pela parte interessada. Dou fé.</p> <p><b>12 NOV 2019</b></p> <p>CRATEUS-CE Em Test. de verdade.</p> <p><input type="checkbox"/> Bel Silvéria Barreto Cavalcante - Oficial</p> <p><input type="checkbox"/> Valbene Cardozo Pimental - Escrevente</p> <p><input type="checkbox"/> Antônio Ivan S. Lopes - Escrevente</p> <p>VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE</p> |  |
|                        | <p>DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO ACIDENTE</p> <p><b>VEICULO NUMERO 01 TRAN-SITAVA PELA AVENIDA EDILBERTO FROTA SENTIDO BAIRRO-CENTRO QUANDO PROXIMO AO Nº 1065 VEIO A COLIDIR COM O VEICULO 02 QUE AVANÇOU A PARADA OBRIGATORIA.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|                        | <p>105 - FUNÇÃO</p> <p><b>AGENTE DE TRANSITO</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |

|                               |                                              |                               |                                                    |                                   |  |
|-------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------|--|
| RESPONSÁVEL                   | 108 - NOME<br><b>JOSUE DOMINGOS DA COSTA</b> |                               | 109 - FUNÇÃO<br><b>AGENTE DE TRANSITO</b>          |                                   |  |
|                               | 58 - NOME<br><b>TOYOTA/HILUX</b>             |                               | 59 - ESPÉCIE<br><b>CAMIONETE</b>                   |                                   |  |
|                               | 60 - PLACA<br><b>HYC 6857</b>                |                               | 110 - ASSINATURA<br><b>Josue Domingos da Costa</b> |                                   |  |
| 111 - DATA<br><b>08/11/19</b> |                                              | 112 - HORÁRIO DE ACOMODAMENTO |                                                    | 113 - HORÁRIO DE CHEGADA AO LOCAL |  |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DQS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 22/01/2020 às 17:04, sob o número 005008619202008060070. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050086-19.2020.8.06.0070 e código 5CD17B4.