



PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** José Genival Maia, brasileiro, casado, motorista de  
cominhão, portado da ID: 303.702.096 e CPF: 775.993.813-

68, residente à Rua: Francisco Moreira, 3642, José Mendes, Tabuleiro  
do Norte, CEP: 62.960-000.

**OUTORGADOS:** Dra. Janaina Gonçalves de Góis Ferreira, brasileira, divorciada, advogada inscrita na OAB /Ce 20.994, portadora da cédula de identidade num.: 91002109860 e CPF: 480.368.113-91 e, Dra. Suzane Nunes Pinheiro, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB /Ce 34.552, CPF: 967.952.713-15 e, Dra. Marcela Francisca Gusmão Ferreira, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB /Ce 40.936, CPF: 056.077.674-85, com escritório profissional a Rua Lino Fernandes, 162, Centro, Tabuleiro do Norte/CE, CEP: 62.920-000 – Tels: (85) 99997.8886 e (85) 98619.4199, end. elet (85) 99997.8886 e (85) 98619.4199 end. elet.: advocacia\_janainagois@hotmail.com.

**PODERES:** Amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber e dar quitação, receber depósitos em conta, receber intimação e citação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, devendo atuar sempre em conjunto com o outorgante, dando tudo por bom e valioso em AÇÃO DE INDENIZAÇÃO e REQUERIMENTO DE SEGURO DPVAT..

x José Genival Maia  
OUTORGANTE



---

**DECLARAÇÃO DE POBREZA**

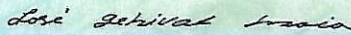
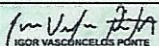
---

Declaro para os devidos fins jurídicos e de direito, que sou **POBRE NA FORMA DA LEI**, ou seja, não disponho de condições econômicas para arcar com as despesas de custas processuais e honorários advocatícios, sem colocar seriamente em risco a minha própria manutenção e a de meus dependentes.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

*Luiz Getulio Farias*

**DECLARANTE**

| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                                                                              |  | MINISTÉRIO DAS CIDADES                                                                                                               |  | DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO |  | CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------------|--|
| NOME                                                                                                        |  | JOSE GENIVAL MAIA                                                                                                                    |  |                                   |  |                                  |  |
| DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF                                                                           |  | 303701096 SSP CE                                                                                                                     |  |                                   |  |                                  |  |
| CPF                                                                                                         |  | 775.993.813-68                                                                                                                       |  | DATA NASCIMENTO                   |  | 08/05/1977                       |  |
| FILIAÇÃO                                                                                                    |  | JOSE LUCIMAR LIMEIRA<br>MAIA<br>MARIA SOARES MAIA                                                                                    |  |                                   |  |                                  |  |
| PERMISSÃO                                                                                                   |  | ACC                                                                                                                                  |  | CATAB                             |  | AE                               |  |
| Nº REGISTRO                                                                                                 |  | 02586115367                                                                                                                          |  | VALIDADE                          |  | 26/03/2020                       |  |
|                                                                                                             |  |                                                                                                                                      |  | 1ª HABILITAÇÃO                    |  | 20/10/2002                       |  |
| OBSERVAÇÕES                                                                                                 |  |                                                                                                                                      |  |                                   |  |                                  |  |
| EXERCE ATIV REMUNERADA;                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |                                   |  |                                  |  |
| <br>ASSINATURA DO PORTADOR |  |                                                                                                                                      |  |                                   |  |                                  |  |
| LOCAL                                                                                                       |  | RUSSAS, CE                                                                                                                           |  | DATA EMISSÃO                      |  | 09/04/2015                       |  |
|                                                                                                             |  | <br>IGOR VASCONCELOS PONTE<br>ASSINATURA DO EMISSOR |  | 09048621244                       |  | CE146812255                      |  |
| DETRAN-CE (CEARA)                                                                                           |  |                                                                                                                                      |  |                                   |  |                                  |  |

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1096860151

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1096860151

**Nº de Inscrição:**  
012710224



**DADOS DO CLIENTE**

Nome: JOSE GENIVAL MORA  
 End. Leitura: RU FRANCISCO MOREIRA, 3642 JOSE MENDES  
 Cidade: TABULEIRO DO NORTE  
 End. Entrega:  
 Cidade:  
 Local: 003 Setor: 004 Quadra: 0214 Lote: 0312 Comp: 0000  
 Subsetor: 00 Subquadra: 00

**ECONOMIAS**  
 Residência: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

**INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO**

| Serviço | Medidor    | Leitura Anterior | Leitura Atual | Volumen(m³) | Média Semestral(m³) |
|---------|------------|------------------|---------------|-------------|---------------------|
| ÁGUA    | R06F272562 | 483              | 501           | 18          | 14                  |

**DATAS**  
 Leitura Atual: 18/07/2019 Emissão: 18/07/2019 Leitura Anterior: 17/07/2019 Próxima Leitura: 17/08/2019  
 Lacre Água: 3131231 Lacre Espetro:

**QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:** 06/2019

| Nº de Amostras  | Cloro | Turbidez | Cor | Coliformes Totais | Escherichia Coli |
|-----------------|-------|----------|-----|-------------------|------------------|
| Edigidas        | 032   | 032      | 010 | 032               | 032              |
| Analisadas      | 033   | 033      | 033 | 033               | 033              |
| Em conformidade | 033   | 033      | 033 | 032               | 033              |

**MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Diga não ao abuso e a exploração sexual contra a criança e o adolescente. DENUNCIE! Disque 100 ou procure o Conselho Tutelar mais próximo de sua residência. Não precisa se identificar. O sigilo é garantido. Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.

**DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

| Descrição              | Valor (R\$) |
|------------------------|-------------|
| ÁGUA                   | 60,09       |
| JUROS DE 0,033% AO DIA | 0,02        |
| MULTA DE 2%            | 0,95        |

**HISTÓRICO DE VOLUME**

| Mês/Ano | Água (m³) | Esgoto (m³) |
|---------|-----------|-------------|
| JUL/18  | 15        | 0           |
| AGO/18  | 19        | 0           |
| SET/18  | 16        | 0           |
| OUT/18  | 15        | 0           |
| NOV/18  | 19        | 0           |
| DEZ/18  | 16        | 0           |
| JAN/19  | 16        | 0           |
| FEB/19  | 14        | 0           |
| MAR/19  | 10        | 0           |
| ABR/19  | 13        | 0           |
| MAY/19  | 13        | 0           |
| JUN/19  | 14        | 0           |

**TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO**

| Descrição | Valor (R\$) |
|-----------|-------------|
| PIS       | 0,66        |
| COFINS    | 3,30        |

**SUBSIDIO**

| Descrição           | Valor (R\$) |
|---------------------|-------------|
| VALOR DO SERVIÇO    | 74,95       |
| VALOR DO SUBSIDIO   | 5,69        |
| VALOR TOTAL A PAGAR | 69,06       |

**VENIMENTO**  
 06/08/2019

**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
 69,06

**ONDE PAGAR SUA FATURA**  
 Bancos: 359571026103519 L: 0435 H: 09:31:37 R: 043 P: 001  
 Outros: 0800 275 0195

**Obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece.**  
 conforme resoluções das Agências Reguladoras.  
 Entidades Reguladoras: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br. Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1919, de 8h às 12h e 13h às 17h.

**Central de Atendimento**  
 Cagece  
 0800 275 0195

**Consumidor Consciente**  
 É seu. É ético. Participe.

**155**  
 Ouvidoria



ESTADO DO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
E-mail: coordenapsf@gmail.com



Sistema  
Único  
de Saúde  
Ceará

### FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HMCC

Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_ Município: Tabuleiro

Nome: José Genival Maia Prontuário Nº: \_\_\_\_\_

Sexo: M ☒ F ( ) Idade: 42a Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: Paciente vítima de acidente automobilístico há cerca de 20 dias. Permite com edema importante em tornozelos bilaterais e perda do movimento de

Resultado de Exames: extensão do hálux E (apresenta ferimento lateral em dorso do pé ipsilateral). Encaminhado p/ avaliação.

Conduta já realizada: \_\_\_\_\_

Impressão diagnóstica: M. Moreira Ruptura de tendão extensor de hálux D. pé, E. C.I.D.: \_\_\_\_\_

Assinatura do Encaminhante - nº Registro

Função

Data

Hora

### AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ( ) Hospitalar ( ) Auxílio Diagnóstico ( )

Especialidade: Trauma Profissional: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (\*)

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo M ( ) F ( ) Idade: \_\_\_\_\_

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Prontuário Nº \_\_\_\_\_ Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resumo Clínico: \_\_\_\_\_

Resultado dos Exames: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ C.I.D.: \_\_\_\_\_

Conduta Realizada: \_\_\_\_\_

O problema justificou a referência?

SIM ☐

NÃO ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico?

SIM ☐

NÃO ☐

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data



ESTADO DO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
E-mail: coordenapsf@gmail.com



Sistema  
Único  
de Saúde  
Ceará

### FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HMCC  
Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_ Município: Tabuleiro do Norte  
Nome: João Genival Maia Prontuário Nº: \_\_\_\_\_  
Sexo: M ( ☒ ) F ( ) Idade: 62a Ocupação: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: Paciente vítima de acidente automobilístico há cerca de 20 dias. Período com edema importante em tornozelos bilaterais e, por isso, o movimento de  
Resultado de Exames: extensão do joelho e (apresenta firmamento lateral em dor do pé unilateral). Encaminhado p/ avaliação.  
Conduta já realizada: \_\_\_\_\_

Impressão diagnóstica: Ruptura de tendão anterior de joelho direito C.I.D.: \_\_\_\_\_  
Assinatura do Encaminhante - n° Registro: Fábila M. Moreira Médica 2049 Função: Médica Data: 20/11/19 Hora: \_\_\_\_\_

### AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ( ) Hospitalar ( ) Auxílio Diagnóstico ( )  
Especialidade: Trauma Profissional: \_\_\_\_\_  
Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (\*)

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo M ( ) F ( ) Idade: \_\_\_\_\_  
Unidade de Referência: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Prontuário Nº: \_\_\_\_\_ Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resumo Clínico: \_\_\_\_\_

Resultado dos Exames: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ C.I.D.: \_\_\_\_\_

Conduta Realizada: \_\_\_\_\_

O problema justificou a referência?

SIM ☐

NÃO ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico?

SIM ☐

NÃO ☐

Assinatura do Encaminhante - N° Registro

Função

Data

Conexão do Nome do Paciente: Jose Genival maia

|                                                            |                                                                                    |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>HOSPITAL SAO SALVADOR</b></p> <p>FUNDADO EM 1895</p> | <p>Declaracao de Utilidade Publica pela Lei: Municipal N 8230 em junho de 1982</p> |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|

Inscricao no CNPJ: 16.607.509/0001-37 - Insc. Estadual: Isento  
 Telefone: PABX: (32) 3462-4011 - KS (32) 3462-4366  
 Ladeira Dr. Paulo Fonseca, 1778 - Alem Paraiba - Minas Gerais

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Nome do Paciente...: JOSE GENIVAL MAIA  
 Prontuario.....: 1624/56 Registro: 00294952  
 Convenio.....: 001 - SUS  
 Matricula.....:  
 Data do Atendimento: 29/10/2019 Hora do Atendimento: 09:21  
 Data de Nascimento..: 05/08/1977  
 Nome da Mae.....: MARIA SOARES MAIA  
 Endereco.....: FRANCISCO MOREIRA, Numero: 36  
 Bairro.....: CENTRO Municipio: 240260 CEARA-MIRIM Estado: RN  
 Identidade.....: ORGAO EMISSOR: CPF: 775.993.813-68 IDADE: 42 ANOS

MOTIVO DO ATENDIMENTO

*Acidente automobilístico. paciente trazido pela equipe EMT, encontrando-se no local supracitado, apresentando lesão no membro superior direito e acromioclavicular. Relato de dor no ombro e braço direito.*

DESCRICAO SUMARIA DO EXAME CLINICO

*Inspeção e palpatores inferiores. Ao exame físico apresentava lesão fratura no pé esquerdo associado a dificuldade de movimento do membro superior direito, 2º e 3º dedos do*

Exames Complementares: *de mão bilíngue do membro superior direito, 2º e 3º dedos do*  
 Diagnostico: *MI (E) HGT: 155, PA: 120 x 80 - Kg, FC: 80 bpm*

Codigo Procedimento:

Assinatura Paciente/Resp. *Jose Genival Maia*

Materiais - Medicamentos e Outros  
 Descricao dos Materiais/Medicamentos | QUAT. | EVOLUCAO CLINICA | DESCRICAO DE EVOLUCAO

|                         |                                     |
|-------------------------|-------------------------------------|
| 1 Stortz 1000mg EV      | 4 Lavar ferida do pé esquerdo       |
| 1 Dipirona 500mg EV 666 | São fisiológicos.                   |
| 1 Tramadol 50mg EV 8186 | 7 Solicitado parecer do ortopedista |
| 5 Stortz 100mg          | em ombro e braço (E) + quadril      |

Assinatura Medico/Carimbo Carimbo Assinatura Auxiliar de Enfermagem Assinatura Anestesista

MARCIO MAGNO VALVE - 063795 Assinatura Revisor Administrativo e Matrícula



*Obs: Provável fratura de base do 5º metacarpo (descartada fratura)*

*Realizado sutura e prescrição de ANTI + antibiótico*

DIGITADO



Resp.: Dr. Carlos Rômulo Filgueira Maurício - CRF 2742  
Título de Especialista pela Sociedade Brasileira de Citologia Clínica - SBCC

Rua Cel. Pio Gadelha, 4654 - Centro - Tabuleiro do Norte - CE  
(88) 3424.2485 | (88) 9.9716.2019 | citolab@brisanet.com.br  
Resultados on line pelo site: www.citolab.lablaudo.com.br

Atesta para os devidos fins,  
que José Genival/Plata foi  
vítima de acidente de trânsito,  
sofrendo entorse do pé Est +  
Ferimento lacer - contundente  
na reg. dorsal do pé. Foi sub-  
metido à limpeza cirúrgica  
+ Sutura. Apresenta alta de  
finitiva, c/ dor/morcha  
locais residuais e  
incapacidade funcional. Anter-  
to, c/ sequelas permanentes.

13.12.2019

Francisco Rodrigues Filho  
Ortopedista - Traumatologista  
CRF 212209/2019 CRM 6398

Laboratório Clínico, Raios-X, Ultrassom, Holter, Mapa, Audiometria, Espirometria, Eletrocardiograma, Consultas Médicas  
Especializadas, Eletroencefalograma, Endoscopia Digestiva Alta, Videolaringoscopia, Pequenas Cirurgias e Vacinas Sublinguais

**SINISTRO 3200000804 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** JOSE GENIVAL MAIA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

**BENEFICIÁRIO** JOSE GENIVAL MAIA**CPF/CNPJ:** 77599381368**Posição em 15-01-2020 08:15:56**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|-------------|
| 15/01/2020        | R\$ 675,00           | R\$ 0,00         | R\$ 675,00  |



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**

**Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04**

**SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35**

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

JOÃO PAULO DE ARAÚJO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 055025294 / 01 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE GENIVAL MAIA inscrito (a) no CPF sob o Nº 775993813 / 68

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ/DAMS da Vítima JOSE GENIVAL MAIA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 775993813 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                                   |                                   |                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------|-----------------------------------|
| Endereço: <u>JOSE PINTO FILHO</u> |                                   | Número: <u>40</u> | Complemento: <u>CASA</u>          |
| Bairro: <u>8 DE SETEMBRO</u>      | Cidade: <u>TABULEIRO DO NORTE</u> | Estado: <u>CE</u> | CEP: <u>62960-000</u>             |
| E-mail: _____                     |                                   |                   | Tel. (DDD): <u>(88) 907083959</u> |

Local e Data: TABULEIRO DO NORTE 20.12.19

João Paulo de Araújo

Assinatura do Declarante

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOANA GONCALVES DE GOS FERREIRA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 07/02/2020 às 11:40, sob o número 02095128020208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0209512-80.2020.8.06.0001 e código 5EBAC7E.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL

109a.Delegacia de Polícia

Rua Rafael Langone, 600, Sapucaia, Sapucaia - RJ,

CEP: 25880-000, TEL.: (24) 2271-2033

7  
2533

**REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 109-00731/2019**

Data/Hora Início do Registro: 29/10/2019 13:46

Final do Registro: 29/10/2019 14:00

Origem: Outros 109 Circunscrição: 109a.Delegacia de Polícia

Responsável p/ Investigação: ANGELO A. DO NASCIMENTO

**Ocorrências**

**Fato Atípico**

Capitulação:

Motivo Presumido: Acidente

Data e Hora do Fato: 29/10/2019 08:00 e 29/10/2019 08:30

Local: Rodovia RODOVIA BR-393, 0 KM 140 Município: SAPUCAIA-RJ

logo após posdto lampião

**Despacho da Autoridade**

**Envolvido(s)**

**Vítima - Fato Atípico**

Nome: JOSE GENIVAL MAIA - Civil ID não confirmada - Comunicante

CPF/CIC Nº 775.993.813-68 M.FAZ

Residente na Sem tipo RUA FRANCISCO MOREIRA 4 Bairro: CENTRO Município: TABULEIRO DO NORTE CE

Telefone Nº: 8896813647

Filho de: JOSE LUCIMAR LIMEIRA MAIA e MARIA SOARES MAIA Data de nascimento: 08/05/1977 Naturalidade:

JAGUARUANA-CE Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Branca Estado Civil: Casado(a) Ocupação Principal:

Motorista

**Dinâmica do Fato**

Trata-se de Fato Atípico na forma de Autolesão quando o motorista JOSE GENIVAL MAIA, dirigia o caminhão Scaniaão 400 cv cor prata, ano 2004, placa HUO-0374, e ao passar pela rodovia BR-393, sentido Além Paraíba, logo após após a curva do Posto Lampião, veio a tombar a carreta com 30 toneladas de tecido, Informa que não colidiu com outro veículo e tampouco houve lesão a terceiros.

A

CE

77.

Se

33

SE

N

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA GONCALVES DE GOIS FERREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 07/02/2020 às 11:40, sob o número 0209512802020208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0209512-80.2020.8.06.0001 e código 5EBAC7E.

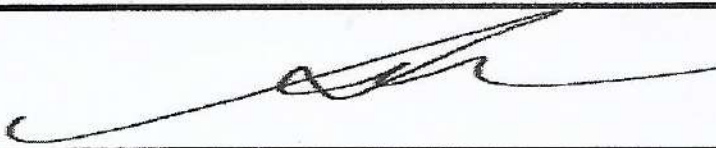
**REGISTRO DE OCORRÊNCIA****Nº 109-00731/2019**

Data/Hora Início do Registro: 29/10/2019 13:46

Final do Registro: 29/10/2019 14:00

Origem: Outros\_109 Circunscrição: 109a.Delegacia de Polícia

Responsável p/ Investigação: ANGELO A. DO NASCIMENTO

  
ANGELO A. DO NASCIMENTO

Inspetor de Polícia - 889.236-6

|                                      |  |                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                   |  |                                                                                                                          |  |                                                                                                                    |  |
|--------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Número <input type="text"/>          |  | Data <input type="text"/>                                                                                                               |  | Base <input type="text"/>                                                                                                         |  | HH MM Acionamento <input type="text"/>                                                                                   |  | Cheg. Local <input type="text"/>                                                                                   |  |
| Rodovia <input type="text"/>         |  | Local / Km <input type="text"/>                                                                                                         |  | Sentido: km Crescente <input type="checkbox"/> Km Decrescente <input type="checkbox"/>                                            |  | HH MM Partida Hosp. <input type="text"/>                                                                                 |  | Cheg. Hosp. <input type="text"/>                                                                                   |  |
| Odômetro Saída <input type="text"/>  |  | Retor./Saída <input type="text"/>                                                                                                       |  | Retorno <input type="text"/>                                                                                                      |  | HH MM Saída Hosp. <input type="text"/>                                                                                   |  | Retor./Saída <input type="text"/>                                                                                  |  |
| Nome <input type="text"/>            |  | Idade <input type="text"/>                                                                                                              |  | Sexo <input type="text"/>                                                                                                         |  | Endereço <input type="text"/>                                                                                            |  | Telefone <input type="text"/>                                                                                      |  |
| Doc. Identidade <input type="text"/> |  | CPF <input type="text"/>                                                                                                                |  | Placa do veículo <input type="text"/>                                                                                             |  | CLASSIFICAÇÃO DA VÍTIMA: (X) verde ( ) amarela ( ) vermelha                                                              |  | Vítima já em óbito? ( ) Sim ( ) Não                                                                                |  |
| Evento                               |  | [1] Agressão [2] Atrop. de pessoa [3] Atrop. de animal [4] Capotagem                                                                    |  | [5] Choque Objeto Fixo [6] Colisão de veículos [7] Fogo em veículo [8] Mal súbito                                                 |  | [9] Queda de Moto [10] Queda de veículo [11] Trabalho de parto [12] Outros                                               |  | [1] Encarceramento [2] Incêndio [3] Altura [4] Aquático [5] Carga perigosa                                         |  |
| Situação                             |  | [1] Pedestre [2] Ciclista [3] Motociclista                                                                                              |  | [4] Carro [5] Ônibus [6] Caminhão                                                                                                 |  | [1] Acompanhante dianteiro [2] Acompanhante outros [3] Condutor [4] Garupa                                               |  | [1] Cinto de segurança [2] Air bag [3] Cadeira de bebê [4] Capacete                                                |  |
| Condição                             |  | [1] Vias aéreas obstr. [2] Dispneia / Apnéia [3] Parada cardíaca [4] Choque                                                             |  | [5] Sem lesões aparentes [6] Inconsciente [7] Fratura [8] Cianose                                                                 |  | [9] Agitação [10] Amputação [11] Hemorragia [12] Vômito                                                                  |  | [13] Fezes [14] Urina [15] Hálito etílico [16] Outros                                                              |  |
| Suspeita                             |  | [1] Lesão cerebral [2] Lesão de coluna [3] Lesão de tórax [4] Abdomen/pelve                                                             |  | [5] Fratura suspeita [6] Inalação de gás/fumaça [7] Intoxicação (exceto álcool) [8] Outros                                        |  | Principais Lesões (marque com x)                                                                                         |  |                                                                                                                    |  |
| Escala de coma                       |  | Abertura Ocular                                                                                                                         |  | Resposta Verbal                                                                                                                   |  | Resposta Motora                                                                                                          |  | Pontos                                                                                                             |  |
| 6                                    |  | x                                                                                                                                       |  | x                                                                                                                                 |  | Obedece comando                                                                                                          |  | 6                                                                                                                  |  |
| 5                                    |  | x                                                                                                                                       |  | Orientada                                                                                                                         |  | Tenta remover estímulo doloroso                                                                                          |  | 5                                                                                                                  |  |
| 4                                    |  | Espontânea                                                                                                                              |  | Confuso                                                                                                                           |  | Retirada à dor                                                                                                           |  | 4                                                                                                                  |  |
| 3                                    |  | À voz                                                                                                                                   |  | Desconexa                                                                                                                         |  | Flexão anormal                                                                                                           |  | 3                                                                                                                  |  |
| 2                                    |  | À dor                                                                                                                                   |  | Sons, gemidos                                                                                                                     |  | Extensão anormal                                                                                                         |  | 2                                                                                                                  |  |
| 1                                    |  | Ausentes                                                                                                                                |  | Ausentes                                                                                                                          |  | Ausentes                                                                                                                 |  | 1                                                                                                                  |  |
| Proc. Pré-hospitalar                 |  | [1] Intubação oro-nasotr. [2] Cricotireoidostomia [3] Punção Venosa Profunda [4] Dissecção venosa [5] Sutura ligadura [6] Desfibrilação |  | [7] Punção/drenagem tórax [8] Ventilação mecânica [9] Punção Venosa superf. [10] Reposição volêmica                               |  | [11] Desobstr. Manual V.A. [12] Cânula oral [13] Hemostasia p/ comp. [14] Massagem cardíaca [15] Colar cervical [16] Ked |  | [17] Tração femural [18] Outras talas [19] Prancha longa/curta [20] Respiração ambu / O2 [21] Curativo [22] Outros |  |
| Sinais vitais                        |  | PO2 <input type="text"/>                                                                                                                |  | PULSO <input type="text"/>                                                                                                        |  | TEMP. <input type="text"/>                                                                                               |  | PA <input type="text"/>                                                                                            |  |
| Diagnóstico                          |  | [1] Trauma crânio encefálico [2] Trauma de face [3] Trauma de pescoço [4] Trauma cervical [5] Trauma torácico                           |  | [6] Trauma abdominal [7] Trauma pelve/bacia [8] Trauma de partes moles [9] Trauma toraco-lombo-sacral [10] Trauma de extremidades |  | [11] Queimado [12] Trabalho de parto [13] Outros                                                                         |  |                                                                                                                    |  |
| Materiais                            |  | Quant. Discriminação                                                                                                                    |  | Quant. Discriminação                                                                                                              |  | Quant. Discriminação                                                                                                     |  | Quant. Discriminação                                                                                               |  |
| Resultado                            |  | [1] Liberação no local [2] Socorro por terceiros [3] Óbito ao atender [4] Hospital:                                                     |  | [1] Recusa: assinatura da vítima:                                                                                                 |  | Campo observações: Nome e identidade de testemunha                                                                       |  | Resp. P/ Socorro:                                                                                                  |  |
| Observações:                         |  |                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                   |  |                                                                                                                          |  |                                                                                                                    |  |