



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <i>Francisco Moisés Barbosa Araújo</i>		Data Nasc: <i>14/12/1983</i>
Estado Civil: <i>casado</i>	Profissão: <i>autônomo</i>	Nacionalidade: <i>brasileiro</i>
RG: <i>99097084785</i>	CPF: <i>008.452.103-19</i>	
Endereço: <i>Rua das Rosas, nº 334, Parque Recreio</i>		
Cidade: <i>Haitinga</i>		CEP: <i>61.880-000</i>

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover, acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 12 de Fevereiro de 20 20.

Francisco Moisés B. Araújo
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Moisés Barbosa Araújo, brasileiro(a), casado, autônomo, portador(a) de cédula de identidade nº. 99097084785, inscrito(a) no CPF sob o nº 008.452.103-19, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Rua das Rosas, nº 334, Bairro Parque Recreio, CEP: 61.880 - 000 /CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 12 de Fevereiro 2020.

FRANCISCO MOISÉS B. ARAÚJO

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº

Este documento foi gerado automaticamente pelo sistema de gestão documental da Carolina Freitas Advocacia em 12/02/2020 às 12:13, sob o número 02107417520208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0210741-75.2020.8.06.0001 e código 5F2A8AC.



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Francisco Meíses Barbosa Araújo, residente e
domiciliado na Rua das Rosas, nº 334,
bairro: Pq. Recreio, na cidade de Itaitinga, portador(a) do
RG nº 99097084785, inscrito(a) no CPF nº 008.452.103-19,
estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu
próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que
declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que
assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com
esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 12 de Fevereiro de 20 20.

Francisco Meises B. Araújo
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o (a)
Sr(a) Francisco Moisés Barbosa Araújo Declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 12 de Fevereiro 2020.

FRANCISCO MOISÉS B. ARAÚJO

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME FRANCISCO MOISES BARBOSA ARAUJO		
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 99097084785 SSP CE	
	CPF 008.452.103-19	
	DATA NASCIMENTO 14/12/1983	
	FILIAÇÃO FRANCISCO HILTON BARBOSA LETICIA BEZERRA DE ARAUJO	
Nº REGISTRO 04962157867		VALIDADE 07/03/2024
1ª HABILITAÇÃO 10/06/2010		PERMISSÃO ACC CAT. HAB. AB
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;		
ASSINATURA DO PORTADOR FRANCISCO MOISES B. ARAUJO		
LOCAL FORTALEZA, CE		DATA EMISSÃO 13/03/2019
ASSINATURA DO EMISSOR IGOR VASCONCELOS PONTE		51951409400 CE169752534
CEARÁ		

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1673830043

PROIBIDO PLASTIFICAR
1673830043

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 12/02/2020 às 14:13. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 02107417520208060001. Número 02107417520208060001.

LEIA COM ATENÇÃO:

- Conduta junto ao veículo este extrato pago, anexo ao CRLV.
 - O CRLV deverá ser entregue até 60 dias após o pagamento. Decorrido o prazo, não tendo recebido, na capital, procure na agência dos CORREIOS da Av. Oliveira Paiva 2800 - Administração 1º andar - Cidade dos Funcionários, nas demais localidades procure na agência dos CORREIOS de sua cidade.
 - INFORMAÇÕES - Consulte os CORREIOS pelo telefone: 3277-1963.
 - Pague até o vencimento e evite multa e remoção do veículo prevista no artigo 230-V do Código de Trânsito Brasileiro.
 - As multas ocorridas a partir de 01/11/2016 e pagas em atraso serão atualizadas com base na taxa SELIC, conforme Resolução CONTRAN n. 619, de 06/09/2016, Seção II, Artigo 21
- TELEDETRAN: (85) 3195-2300 PERÍCIA: 190 www.detran.ce.gov.br



DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO
DETRAN-CE

EXTRATO DE LICENCIAMENTO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL)



Data de postagem:
03/10/2019



FRANCISCO MOISES BARBOSA ARAUJO
RUA DAS ROSAS, 334 -
PQ RECREIOS
61880-000 ITAITINGA CE



1210131353000020000001001010031019

ULTRAPASSE SOMENTE PELA ESQUERDA.



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19036736B01

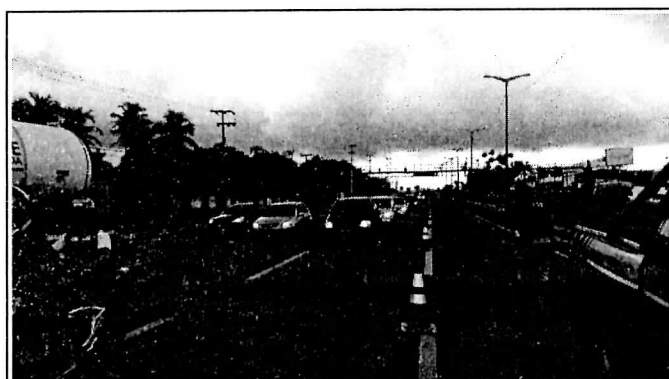
INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 11/07/2019 Hora: 06:10 Município: FORTALEZA/CE
BR: 116 KM: 13,0 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: CASSIUS CHAVES, 1514265

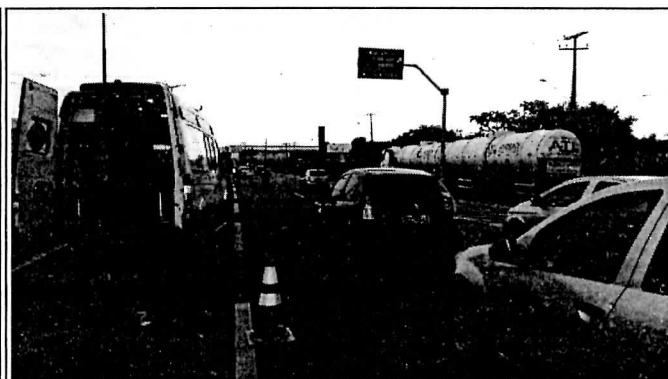
ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Múltipla	Condição da Pista: Molhada
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Sim
Condição meteorológica: Garoa/Chuvisco	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 11/07/2019, por volta das 06h10m, no município de Fortaleza/CE, no KM 13 da BR-116, sentido crescente, ocorreu um acidente do tipo queda de ocupante de veículo, com uma vítima (condutor de V1) lesionada levemente. O veículo envolvidos foi motocicleta YAMAHA/XTZ250 TENERE placa OSB7438 (V1). Com base na análise dos vestígios materiais identificados (fragmentos de partes plásticas, marcas de pneumáticos no pavimento, orientação e intensidade dos danos no veículo), verificou-se que o V1 trafegava pela pista de rolamento da 116, sentido crescente, na faixa de ultrapassagem, em sua mão de direção, quando derrapou vindo ao solo e derrubando o seu condutor. A dinâmica do acidente se encontra representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi o desgaste excessivo do pneu dianteiro que se encontrava liso (marca TWI). OBSERVAÇÕES: 1 - O local do acidente estava parcialmente desfeito; 2 - A velocidade regulamentar máxima permitida para o local é de 60 Km/h; 3 - As sinalizações horizontal e vertical estão em bom estado. O traçado da pista é reto e com suave declive. As condições ambientais eram de neblina e a pista estava molhada no momento do acidente; 4 - O condutor de V1 realizou o teste de etilômetro, cujo resultado não acusou ingestão de álcool. O condutor de V1 não estava em condições de realizar o preenchimento do Termo de Declaração do Envolvido; 6 - Não se apresentaram testemunhas que presenciaram o acidente.



Documento assinado eletronicamente por CASSIUS CHAVES, matrícula 1514265, Policial Rodoviário Federal, em 12/07/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19036736B01 e o número de controle 5C8EB0F9A18322B9EB6DED0A23AE6F.

191



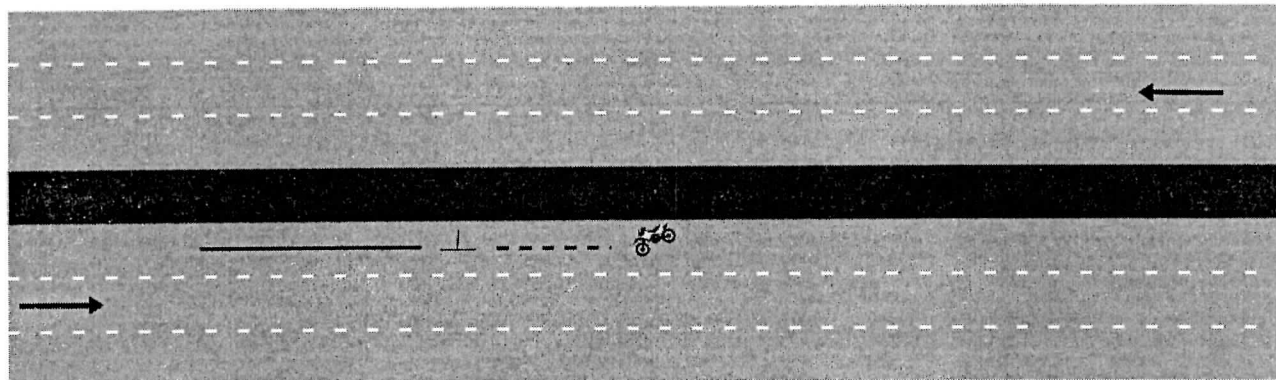
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19036736B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



- Sentido de circulação
└ Ponto de tombamento
..... Trajetória após queda

Local desfeito



← FORTALEZA

ITAINGA →

AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Queda de ocupante de veículo	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
SAMU	11/07/2019 06:10	11/07/2019 06:30



Documento assinado eletronicamente por CASSIUS CHAVES, matrícula 1514265, Policial Rodoviário Federal, em 12/07/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19036736B01 e o número de controle 5C8EB0F9A18322B9EB6DED0A23AE6F.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19036736B01

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - OSB7438 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: OSB7438	Marca/modelo: YAMAHA/XTZ250 TENERE	Renavam: 00996553908
Ano fabricação: 2013	Chassi: 9C6KG0450E0026876	Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Passageiro	Categoria: Particular	Cor: Laranja
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento		

V1 - Encaminhamento

Motivo: Outros Tipo de Receptor: Outro

Informações complementares: Veículo entregue ao sr. WENDELL ALEX COSTA DAS CHAGAS, CPF 02702497373. Indicado pelo condutor para ficar como responsável por levar a moto.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CASSIUS CHAVES, matrícula 1514265, Policial Rodoviário Federal, em 12/07/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19036736B01 e o número de controle 5C8EB0F9A18322B9EB6DED0A23AE6F.

19



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19036736B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / YAMAHA/XTZ250 TENERE

Placa: OSB7438

Nº BOAT: 19036736B01

Nome do Agente: CASSIUS CHAVES

Matrícula do Agente: 1514265

Data: 11/07/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA

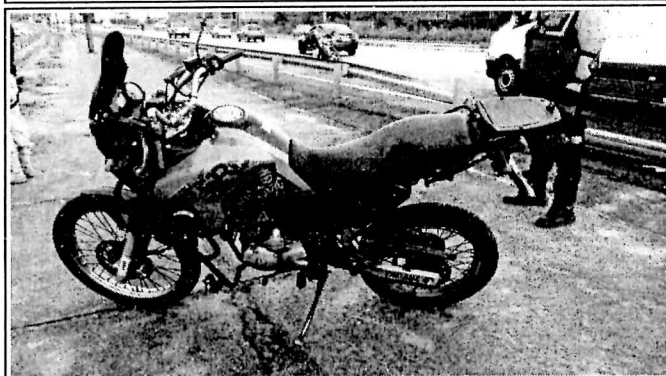


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por CASSIUS CHAVES, matrícula 1514265, Policial Rodoviário Federal, em 12/07/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19036736B01 e o número de controle 5C8EB0F9A18322B9EB6DED0A23AE6F.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19036736B01

V1 - Proprietário

Nome: FRANCISCO MOISES BARBOSA ARAUJO

CPF/CNPJ: 008.452.103-19

Email:

Telefone: 85 98630.5422

Endereço: Rua das rosas , 334, Parque Genesaré, ITAITINGA-CE

V1C - CONDUTOR DE V1 - FRANCISCO MOISES BARBOSA ARAUJO

V1C - Informações

Nome: FRANCISCO MOISES BARBOSA ARAUJO

Data de Nascimento: 14/12/1983

CPF: 008.452.103-19

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava capacete: Sim

Informações complementares: Etilômetro nº 091103, teste nº 6677

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB

Primeira habilitação: 10/06/2010

Nº Registro: 04962157867

UF: CE

Vencimento da habilitação: 07/03/2024

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 99

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Resultado obtido: 0,00 mg/l

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA DAS ROSAS, 334, PQ GENESERÉ, ITAITINGA-CE

Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por CASSIUS CHAVES, matrícula 1514265, Policial Rodoviário Federal, em 12/07/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19036736B01 e o número de controle 5C8EB0F9A18322B9EB6DED0A23AE6F.



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE FRANCISCO MOISES BARBOSA ARAUJO		DATA DO REGISTRO 12/02/2020 (35 ANOS)		Nº DO REGISTRO 4194327		V. DE NE 488888	
LOCAL DE NASCIMENTO FORTALEZA		NOME DO PAI JERONIMO BARBOSA DE ARAUJO		NOME DO MÃE JERONIMO BARBOSA DE ARAUJO			
ENDEREÇO RUA B 10 000 124 CHURRASCO BARBOSA GENEZANI		CEP (06) 98985-3157		CIDADE FORTALEZA		UF CE	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ACIDENTE DE TRÂNSITO		LOCAL DE DOENÇA DO (ADULTO)		SINAIS VITAIS		PULSO NI	
COR DO PACIENTE AMARELO		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA DALVANI BASTOS BARRETO		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 11/07/2010 07:37:58			

EMERGÊNCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

Transtorno no cotovelo Esq, vítima de acidente com motocicleta (SIC).

EXAME SUGERIDO: () HC () SG () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X Cotovelo Esq AP + Perfil () OUTROS

MEDICAMENTO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
Profenid 100 - 01mg IM		11/07		227	
Diprivan - 01mg		, IV			
AD - 18mg					
SFOPK - 100mg		, IV			
Plavix - 150mg		, IV			
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL		TPO DE ATENDIMENTO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS			

Atendido por MARIA DALVANI BASTOS BARRETO em 11/07/2010 07:37:58

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

FRANCISCO MOISES BARBOSA ARAUJO

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO RESCUE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

FRANCISCO MOLEI BORBOSA DUARTE

6 - NÚMERO DO PACIENTE

151224

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DO CONTATO

LEONIA BENEDETA DE OLIVEIRA

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA 1231 2020, N 331 - R. RECORDERO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. IBGE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

Estância

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Vítima de acidente com motocicleta com fratura-luxação do cotovelo Esq

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura-luxação

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

Rx

20 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSADA

Fratura-luxação do cotovelo Esq

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Prostoma Cirurgico

25 - CLÍNICA

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

27 - DOCUMENTO

28 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Carlos Windson C. Mota

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Carlos Windson C. Mota 11/04/14 CRM 7799

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº BILHETE	38 - SÉRIE
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNAE EMPRESA	41 - CIDR
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO
 ☐ EMPREGADOR
 ☐ AUTÔNOMO
 ☐ DESEMPREGADO
 ☐ APOSENTADO
 ☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR	45 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46 - DOCUMENTO	47 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	
☐ CNS ☐ CPF	48 - DATA DO DOCUMENTO	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 12/07/2019 11:26:18	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 702007321177387	NOME: FRANCISCO MOISES BARBOSA ARAUJO				Registro: 5625820		
CPF: 00845210319	RG:	D. NASC: 14/12/1983	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: LETICIA BEZERRA DE ARAUJO			NOME DO PAI: FRANCISCO HILTON BARBOSA				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: DAS ROSAS		Nº: 334	BAIRRO: PARQUE RECREIO			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: , 987531104	MUNICÍPIO: ITAITINGA		UF: CE	CEP: 61880970		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: WANDERLEA DOS SANTOS FREITAS		PARENTESCO: COMPANHEIRA			TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta							
QUEIXAS: VEIO DO FROTINHA, LIBERADO PELO PLANTONISTA							
OBSERVAÇÕES: PROBL. DE EXTREMIDADES, DOR LEVE RECENTE							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: ORTOPEDIA/TRAUMATOL.							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

Resumo de alta

NOME:

FRANCISCO MOISES BARBOSA ARAUJO

LEITO:

DATA DE INTERNACAO:

12/ 07/2019

DATA DA ALTA:

02/08/2019

BE/PRONT:

5625820

CIDADE DE ORIGEM:

FORTALEZA

IDADE:

35

DIAGNOSTICOS:

Fratura da extremidade inferior do úmero (OPERADA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

FRATURA FECHADA COMINUIDA DE UMEROS DISTAL (INTERCONDILIANA) ESQUERDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO EM 30/7/19 POR DR. TADEU. TROCAR CURATIVO EM POSTO DE SAUDE DIARIAMENTE, REALIZAR LIMPEZA DOS PINOS DO FIXADOR EXTERNO. RETORNAR COM 15 DIAS. RETORNAR ANTES SE DOR INTENSA OU FEBRE.

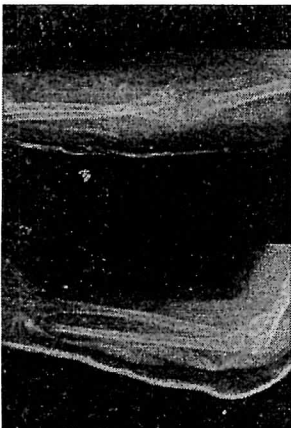
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO:

STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO:

RESIDENTE INDEFINIDO





GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré hospitalar ao **Sr. FRANCISCO MOISÉS BARBOSA ARAÚJO**, portador do RG n.º 99097084785, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 008.452.103-19, no dia 11/07/2019 às 06h50, no Município de Fortaleza-CE, na Rodovia BR 116, KM 13, vítima de acidente de trânsito, queda de motocicleta, sendo ~~removido~~ para o **Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 13 de agosto de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - CE
Fone: (85) 3433 7434



SOLICITO

NOME: FRANCISCO MOISES BARBOSA ARAUJO

1. FISIOTERAPIA MOTORA..... 30 SESSÕES

HD: FRATURA DE UMEROS DISTAL A ESQUERDA

ALVOS:

ANALGESIA

GANHO DE ADM COTOVELO ESQUERDO

FORTALECIMENTO MUSCULAR

*Jonatas Vasconcelos
Fisioterapeuta
CRM 10.000.000*

18 DE SETEMBRO de 2019

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro, CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.001 Versão 1 - 01/07/08 - Via Única - Formato A4 (148x210)

ATESTADO MÉDICO

BOLETIM DE EMERGÊNCIA Nº _____

Atestamos para fins legais que

Fº Moises B. AraújoFoi atendido neste hospital no dia 11/07/19 às 08:00

1. Necessita de Quinze (15) dias de afastamento de suas atividades profissionais, a partir desta data por motivo de doença ou agravamento à sua saúde.
2. Necessita de _____ () dias de afastamento das atividades escolares por motivo de doença.
3. Encontra-se () APTO () INAPTO a prática do componente curricular de educação física no período de ____/____/____ à ____/____/____
4. Paciente foi atendido neste hospital às _____ hs, podendo retornar ao trabalho.

5. Paciente encaminhado para acompanhamento na especialidade

Traumatologia

6. Paciente concorda com a posição do diagnóstico: _____

Obs:

CID 10 - S42Fortaleza, 11 de 07 de 20 19Carlos Windson C. Mota
Traumatologia Ortopedia
CRM 7799

Carimbo e Ass. Do Profissional

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190578429

Vítima: FRANCISCO MOISES BARBOSA ARAUJO

Data do Acidente: 11/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO MOISES BARBOSA ARAUJO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FRANCISCO MOISES BARBOSA ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002183

Conta: 0000021934-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

