



Rua Senhor de Castro, nº 49-A, Centro
Barreira - CE, Cep: 62795-000

(85) 98205-6900



PROCURAÇÃO PARA A CLÁUSULA AD JUDICIA "ET EXTRA"

OUTORGANTE: PAULO JOSÉ EVANGELISTA

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: CASADO

Profissão: PESCADOR

RG: 2008010148821, SSP-CE

CPF: 708.166.113-00

Endereço: PV. CARACARA, S/Nº, DISTRITO CARACARA, AOU-RAZ-CE, CEP: 61700-000

Email:

Telefone:

OUTORGADOS: DIEGO VICTOR LOBO SILVEIRA, inscrito na OAB/CE sob nº 25.815, e JONATHAN BEZERRA DOS SANTOS, brasileira, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.128, ambos com telefone profissional (85) 98205-6900, endereço eletrônico advocaciadiegosilveira@gmail.com, domicilio profissional situado na Rua Senhor de Castro, nº 49-A, Centro, Barreira – CE, CEP: 62795-000 e Av. Washington Soares, nº 800, Patrolino Ribeiro, Fortaleza – CE.

PODERES: Para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, firmar acordos, receber valores em processos judiciais, dar quitação, receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sob o qual se funda a ação, recorrer, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo operar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, bem como para receber alvarás judiciais para levantamento de valores perante quaisquer órgãos e instituições bancárias, podendo para tanta tais alvarás judiciais serem expedidos em favor dos outorgados e assinar declaração de hipossuficiência econômica, devendo os outorgados adotarem todos os atos necessários ao cumprimento do múnus assumido junto ao outorgante.

Para que surta os jurídicos e legis efeitos, ao final, o outorgante firma a presente.

Fortaleza/CE, 02 de JULHO de 2020.

x Paulo Jose Evangelista

advocaciadiegosilveira@gmail.com



Rua Senhor de Castro, nº 49-A, Centro
Barreira - CE, Cep: 62795-000

(85) 98205-6900



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante:

Nome: PAULO JOSÉ EVANGELISTA

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: CASADO

Profissão: RESCADOR

Rg: 2008010148821, SSP-CE

CPF: 708.166.113-00

Endereço: PV. CARACARÁ, S/Nº, DISTRITO CARACARÁ, AQUIRAZ - CE, CEP: 61700-000

Email:

Telefone:

Declaro para os devidos fins de Direito nos termos do art. 98 do NCPC que não tenho condições de arcar com o pagamento de despesas processuais sem comprometer a minha sobrevivência.

Para que surta os jurídicos e legais efeitos, ao final, o outorgante firma a presente.

Fortaleza-CE, 02 de JULHO de 2020.

Paulo Jose Evangelista

Assinatura do Declarante

Este documento é a cópia do original, assinado digitalmente por JONATHAN BEZERRA DOS SANTOS e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 07/07/2020 às 17:32, sob o número 0237136-07.2020.8.06.0001 e código 6CEA0D4. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0237136-07.2020.8.06.0001 e código 6CEA0D4.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA



POLEGAR DIREITO



Abstract

Paulo Jose Evangelista

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	2008010148821	DATA DE EXPEDIÇÃO	6/5/2008
NOME	PAULO JOSE EVANGELISTA		
FILIAÇÃO	LUIS EVANGELISTA FILHO E BENEDITA FRANCISCA EVANGELISTA		
NATURALIDADE	PINDORETAMA-CE	DATA DE NASCIMENTO	24/7/1965
DOC ORIGEM	CERT. CASAM. 715 L B-08 F 131V PINDORETAMA-CE		
CPF	ID. ANT. 30417881		
PORTALEZA-CE	ASSINATURA DO DIRETOR		
LEI N°7 116 DE 29/08/83			



Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
708.166.113-00

Nome
PAULO JOSE EVANGELISTA

Nascimento
24/07/1965

Nº do Cliente:

10227584

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

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



fls. 14

Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150
 CEP 60135 040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 044786062

Rota AQ538R51 - 21400

Referência 12/2019

Nome BENEDITA FRANCISCA EVANGELISTA

Endereço PV CARACARA, 00000, DISTRITO CARACARA, 61700-000,

AQUIRAZ

Classificação Rural Residencial Rural

Modalidade Tarifária B2 RURAL

Ligação Monofásico

Emissão 26/12/2019

Medidor 839679-SCH-001

ÁREA RESERVADA AO FISCO**ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)****DATAS DE LEITURA**

Anterior

Atual

Próxima prevista

25-11-2019

26-12-2019

25-01-2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
EP	47,786	47,725	1,00	65	00	65	0,41338	26,87

DADOS DO FATURAMENTO

JUROS MORATÓRIOS
 CONSUMO
 ADICIONAL BAND. AMARELA
 ADICIONAL BAND. VERMELHA
 DMIC
 DEBITO DE PEQUENOS VALORES

TARIFA**VALOR (R\$)**

-	0,04
0,41338	26,87
-	0,74
-	0,43
-	-2,62
-	27,63

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	28,04	0,49	0,13
COFINS	28,04	2,24	0,63

VENCIMENTO

31/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

53,09

CONSUMO CONSCIENTE**CPF/CNPJ 448.839.603-82**EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Consultado em: 23/08/2019 10:35:21

Impresso em: 23/08/2019 10:35:21



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CML
 DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA
 Impresso nº 2019584509

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 573 - 958 / 2019****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **23/08/2019 11:25:47**
 Data / Hora da Ocorrência: **02/05/2019 14:25:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA VALE ALBINO**
 Complemento:
 Bairro: **PRATIUS II** Município: **PINDORETAMA/CE**
 Ponto de Referência: **CASA DO NASCIMENTO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **PAULO JOSE EVANGELISTA**
 Nascimento: **24/07/1965** CPF: **708.166.113-00** UF: **CE**
 RG: **2008010148821** Orgão Emissor: **SSPDS**
 Filiação: **BENEDITA FRANCISCA EVANGELISTA**
LUIS EVANGELISTA FILHO
 Endereço: **RUA PIRES DA ROCHA CASA**
 Bairro: **CARACARA** CEP:
 Município: **AQUIRAZ/CE** Telefone: **(85) 98933-3057**
 País: **BRASIL**

Histórico

Que estava pilotando seu Ciclomotor SDQ PHOENIX, Marca Shineray, Ano 2012, cor preta, Chassi LXYXCBL07D0511352, quando o veículo que estava na frente breiou no meio da avenida Vale Albino, não dando tempo desviar, acabou colidindo na traseira do veículo não identificado; Que foi socorrido pela ambulância do hospital local, em seguida conduzido para I.J.F para que fosse submetido a cirurgia na perna direita pois havia fraturado o joelho; Que diante o exposto procurou esta DPC para comunicar o ocorrido.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT. _____

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Paulo Jose Evangelista

VISTO DO DELEGADO(A): _____

CESAR COLACO NOGUEIRA - MAT.: 133810-1

DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA

TE OU RESPONSÁVEL

DR. PAULO JOSE EVANGELISTA

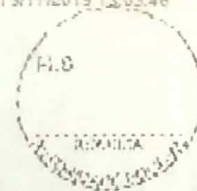
ASSINATURA DO MÉDICO

Pág. 1 de 1



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CML
DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA
 Impresso nº 2019823433

Impresso em: 13/11/2019 13:03:46



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 573 - 1294 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
 Data / Hora da Comunicação: **13/11/2019 13:04:28**
 Data / Hora da Ocorrência: **02/05/2019 14:25:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV VALE ALBINO, PRATINS II - PINDORETAMA/CE**
 Ponto de Referência: **CASA DO NASCIMENTO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **PAULO JOSE EVANGELISTA**
 Nascimento: **24/07/1965** CPF: **708.166.113-00**
 RG: **2008010148821** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **BENEDITA FRANCISCA EVANGELISTA**
LUIS EVANGELISTA FILHO
 Endereço: **RUA PIRES DA ROCHA CASA**
 Bairro: **CARACARA** CEP:
 Município: **AQUIRAZ/CE** Telefone: **(85) 98933-3057**
 País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HVH3290** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **LA7FSY85701**
 Renavam: **399636188** Tipo do Veículo: **CAMINHÃO** Marca / Modelo:
FORD/F4000 Ano Fabricação: **1977** Ano Modelo: **1977** Combustível:
DIESEL Cor: **VERMELHA** Proprietário: **RAIMUNDO XAVIER DA SILVA**
 Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

ADENDO AO B.O 573-958/2019, ONDE ESCLARECE OS DADOS DO VEICULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE; QUE O VEICULO DE PLACAS HVH-3290, CHASSI LA7FSY85701, ANO 1977, COR VERMELHA EM NOME DE RAIMUNDO XAVIER DA SILVA, ESTAVA SENDO CONDUZIDO PELA PESSOA DE JOÃO DO RAIMUNDO; QUE DIANTE O EXPOSTO PROCUROU ESTA DPC PARA COMUNICAR O OCORRIDO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Paulo Jose Evangelista

VISTO DO DELEGADO(A) :

CESAR COLACO Nogueira - MAT.: 133810-1-1



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDURETAMA
Impresso nº 202067333



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 573 - 153 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
Data / Hora da Comunicação: **23/01/2020 09:51:05**
Data / Hora da Ocorrência: **02/06/2019 14:25:00**
Endereço da Ocorrência: **AV VALE ALBINO, PRATIUS - PRATIUS**
PINDORETAMA/CE
Ponto de Referência: **CASA DO NASCIMENTO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **PAULO JOSE EVANGELISTA**
Nascimento: **24/07/1965** CPF: **708.166.113-00**
RG: **2008010148821** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **BENEDITA FRANCISCA EVANGELISTA**
LUIS EVANGELISTA FILHO
Endereço: **RUA PIRES DA ROCHA CASA**
Bairro: **CARACARA**
Município: **AQUIRAZ/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98933-3057**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HVH3290** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **LA7FSY85701**
Renavam: **399636188** Tipo do Veículo: **CAMINHÃO** Marca / Modelo:
FORD/F4000 Ano Fabricação: **1977** Ano Modelo: **1977** Combustível:
DIESEL Cor: **VERMELHA** Proprietário: **RAIMUNDO XAVIER DA SILVA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

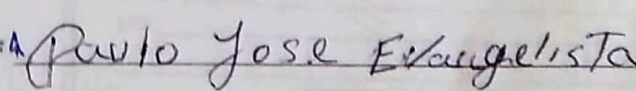
ADENDO AO B.O 573-958/2019, B.O 573-1294/2019 E B.O 573-1360/2019, ONDE ESCLARECE OS DADOS DO VEICULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE; QUE O VEICULO DE PLACAS HVH-3290, CHASSI LA7FSY85701, ANO 1977, COR VERMELHA EM NOME DE RAIMUNDO XAVIER DA SILVA, ESTAVA SENDO CONDUZIDO PELA PESSOA DE JOÃO DO RAIMUNDO; QUE ESCLARECE A DATA DE 02/06/2019 E NÃO A REGISTRADA NO B.O 573-1294 QUE FOI A DATA DE 02/05/2019; QUE DIANTE O EXPOSTO PROCUROU ESTA DPC PARA COMUNICAR O OCORRIDO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDURETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


FARLEY CORDEIRO LOPES - MAT.: 300757-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:


Paulo Jose Evangelista

VISTO DO DELEGADO(A) :

ALESSANDRA ALBUQUERQUE GUEDES - MAT.: 301193-2-0

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

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

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

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

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: 22 - AGÊNCIA: 23 - CONTA:

AGÊNCIA: 24 - CONTA: 25 - AGÊNCIA: 26 - CONTA:

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

28 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 29 - Data do óbito da vítima:

30 - Grau de Parentesco com a vítima: 31 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 32 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

33 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 34 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 35 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)? ☐ Sim ☐ Não 36 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 37 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 38 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

39

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

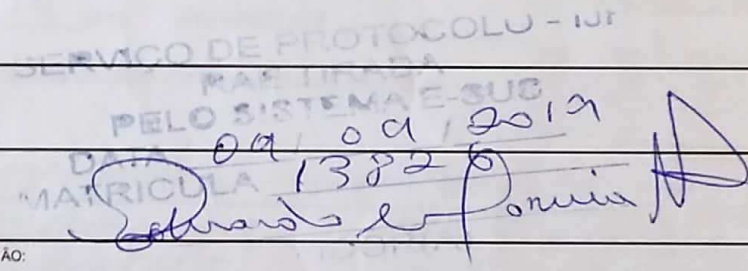
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 02/06/2019 16:23:45	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 898003496852765	NOME: PAULO JOSE EVANGELISTA				Registro: 5619675		
CPF:	RG: 20080101488	D. NASC: 24/07/1965	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Amarela		
NOME DA MÃE: BENEDITA FRANCISCA EVANGISTA				NOME DO PAI: LUIZ EVANGISTA FILHO			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: JOSE PIRES DA ROCHA			Nº:	BAIRRO: CARACARA		
COMPLEMENTO:	TELEFONE:	MUNICÍPIO: AQUIRAZ	UF: CE	CEP: 61700000			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: VALDENIA		PARENTESCO: AMIGA			TELEFONE: 984054031		
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, Colisão com um carro, pick up ou camionete							
QUEIXAS: VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, TRAUMA EM CABEÇA E EM MID. LACERAÇÃO EM SUPERCÍLIO DIREITO.							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
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:					



HOSPITAL E CENTRO DE PARTO NORMAL DE PINDORETAMA
HCPNP
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PINDORETAMA

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 02.06.19 RECEPTIONISTA: [assinatura] HORA: 14:25
PACIENTE: Paulo Jose Evangelista
END.: Para Para
BAIRRO: _____ D.N.: 24.10.65 IDADE: 53 ANOS
FONE: 9 84054031 CADSUS/ID: _____
MÃE: Benedita Francisco Evangelista

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM)

PA: 130x80 Mmhg DX: _____ Mg/dl T: 36,5 °C PESO: _____ Kg FC: 85 Bpm

SAT: 98 % FR: 18 mrp ATENDER ATÉ _____:

AValiação QUANTITATIVA DA DOR

Obs: Caso febre até 38 °C dar 01 gota/kg paracetamol V.O. caso vá esperar (Max 40 gts)



HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente virginal de gestação de 1º parto
com aparência, com dor + desconforto
unidade patológica D + Fm: UNO Superficial

☐ VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

ASSINATURA/CARIMBO

ATENDIMENTO MÉDICO

H.D.A.: [assinatura]
- TCE LEVE

DIAGNÓSTICO: ta - uma 2º/2º D

EVOLUÇÃO: () ALTA: () ALTA A PEDIDO: () ÓBITO: () TRANSFERÊNCIA: ()

OBSERVAÇÃO: () INTERNAMENTO: () EM: 02.06.19 ÀS 15:40 HS.

JFF (ZC10)
Tec: Marolore
Res: Bogusko

[assinatura]
PACIENTE OU RESPONSÁVEL

[assinatura]
ASSINATURA DO MÉDICO
[assinatura]
CLÍNICA GERAL
UNIDADE PATOLÓGICA
CASA 2017



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

PAULO JOSE EVANGELISTA
PAULO MEMILLO.

steno que o paciente sofreu
foi submetido a cirurgia no
fúculo do condilo femoral
direito (S72.4).

Existe 1/ DOR / LIMITAÇÃO
FUNCIONAL DO JOELHO.

Somente próximo dorça

por tempo ~~FAZENDO~~

18/12/18

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP: 60061-002
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODELO 4

Nome: Paula José Evangelista Convênio: Particular

() Diabetes () Osteoporose ☒ Implante Metálico () Marcapasso () Hipertensão

Diagnóstico: Fratura de espina idranta (P0)

Tratamento: CRIO + IV + US + LIB. MIOF. + ALONG. + FORTAL. + ^{placado} ~~gesso~~

OBS.: Kataglan ou diclofenaco (GEL)

Data de Atendimento: 01/08/2019

1 01/08	6 08/08	11 19/08	16 26/08
2 02/08	7 09/08	12 20/08	17 27/08
3 05/08	8 13/08	13 24/08	18 28/08
4 06/08	9 14/08	14 22/08	19 29/08
5 07/08	10 16/08	15 23/08	20 30/08



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

PAULO JOSÉ EUGENIO
PAULO MENDES

Ateto por o perito crime
por minutos e ringis
na Fratura do cômico
FEMURAL DIREITO. (§ 72-4)
Evolutivo POR E LIMITA-
ÇÃO FUNCIONAL.
(Santo Auxílio DOPNOS
POR TEMPO INDETERMINADO

02
/10/19

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODELO 4

ABEMP

FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIA E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Atesto para os devidos fins,
que Paulo José Evangelista
foi vítima de acidente com
motocicleta, sofrendo fratura
do lãndilo femoral dir... Foi
submetido a tratamento cirúrgico.
Apresenta alto grau de dor e
incapacidade funcional
p/ flexo-extensão do joelho
e p/ marcha. Portanto, com
sequela permanente.

22.07.2020

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará - Fone: (85) 98705-3716
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51

Francisco Rodrigues Filho
MÉDICO ORTOPEDISTA - RNM 105574
22/07/2020

existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente.

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200001732

Vítima: PAULO JOSE EVANGELISTA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO JOSE EVANGELISTA

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 joelho 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: PAULO JOSÉ EVANGELISTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000716-1

Conta: 0000031975-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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