

SABOYA & BRANDÃO

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	SÃO PAULO / SP
Estado Civil	CASADO	RG nº	96006048352
Profissão	AUX DE PADARIA	CPF nº	018.368.913-50
Endereço	RUA CORAÇÃO DE JESSUS, N 1050		
Bairro	CASTELÃO	CEP	60862-222
Município/UF	FORTALEZA /CE		
Telefone	(85) 99172 5061 / 98747 1739		

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, casado, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua Carlos Ribeiro Pamplona – nº 100 – 1º Andar – Sala 101 – Bairro Edson Queiroz – CEP: 60.811-695 – Fortaleza/CE, Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030 / (85) 98853-0069. E-mail: saboyaebrandao@hotmail.com / brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao_@hotmail.com

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", a fim de que possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ações competentes em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como realizar endossos em cheque nominal emitido em nome do outorgante, destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 10 de abril de 2020.

> Gilberto Batista de Oliveira
OUTORGANTE

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

OUTORGANTE	GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	SÃO PAULO / SP
Estado Civil	CASADO	RG n°	96006048352
Profissão	AUX DE PADARIA	CPF n°	018.368.913-50
Endereço	RUA CORAÇÃO DE JESSUS, N 1050		
Bairro	CASTELÃO	CEP	60862-222
Município/UF	FORTALEZA /CE		
Telefone	(85) 99172 5061 / 98747 1739		

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei não possuindo condições financeiras para arcar com às custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, CF/88, Art. 98 ss. do CPC, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, 10 de abril de 2020

> Gilberto Batista de Oliveira

DECLARANTE

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 17

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, Gilberto Batista de Oliveira, (ESTADO CIVIL), _____ (PROFISSÃO), PORTADOR DO RG N° _____, INSCRITO NO CPF SOB O N° _____, RESIDENTE _____, DOMICILIADO(A) _____, NO _____, ENDEREÇO _____, DECLARO PARA

TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELOS DRS. **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, **BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O N° 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, **BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O N° 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, **BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O N° 26.103, TODOS, ATUALMENTE, COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA **RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE**, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, **ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO JUDICIAL, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.**

DESTA FORMA, **ISENTO O ESCRITÓRIO SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS**, REPRESENTADO ATRAVÉS DOS ADVOGADOS **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, **BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O N° 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, **BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O N° 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, **BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O N° 26.103, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE, TEL.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030 / (85) 98853-0069, **DE TODA QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL, CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUAL TANGE A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS DOCUMENTOS E/OU DADOS) VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA EXCLUSIVAMENTE ESTAS RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.**

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI [ART. 339 E 340] DO CPB."

CIENTE DE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO DA VALIDADE DE MENCIONADO DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

FORTALEZA/CE 10 DE abril DE 2020

> Gilberto Batista de Oliveira
DECLARANTE

TESTEMUNHA
CPF:

TESTEMUNHA
CPF:

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 96006046352 DATA DE
EXPIRAÇÃO 25/02/2013

NOME
GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA
FILIAÇÃO
SEBASTIÃO ANTONIO DE OLIVEIRA
MARIA BATISTA DOS SANTOS OLIVEIRA
NATURALIDADE
SÃO PAULO - SP DATA DO NASCIMENTO
03/01/1983

TÍTULO ORIGEM
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 2 ZONA TERMO: 41958 FOLHA: 204 V
LIVRO: 8-73 FORTALEZA - CE
CPF 018.368.913-50

2 VIA ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 20/06/83 P: 1

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

Alberto Batista de Oliveira

Fotografia

Polégar Direito

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E HISTÓRIA SOCIAL

fls. 18



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | Nº 018272715
Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza - CE | CEP 80135-040
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 01.05.948-3

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

Esta é a sua conta de 08/2019

Nº DO CLIENTE
 1482594

VENCIMENTO
 25/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
 152,85

DATA EMISSÃO
 20/09/2019

DADOS DO CLIENTE
 Nome: MARIA BATISTA DOS SANTOS OLIVEIRA
 Endereço: RU CORACAO DE JESUS 01050 60052-222 FORTALEZA CASTELAO
 Classificação: Residencial Pleno
 Medialidade Tarifária: B1 RESIDENCIAL CONV.
 Ligação: MONOFÁSICO
 Medidor: 5253374-EL - FCH05UE1

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 IED02518.A647.B58C.4813.5A67.73EB.405B

CPF / CNPJ
 899.958.053-91

DATAS DE LEITURA
 Anterior: 12/07/2019 | Atual: 10/08/2019 | Próx. Pós-Leitura: 02/09/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Lâmpada Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Lâmpada Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Carot. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HPP	6219,25	6219,25	155,23	0,00	0,00	0,00	1,00	155,23	155,23	0,9823	152,38

DESCRIÇÃO DA CONTA

Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
CP - ILUM PAB PREP MUNIC	155	0,0000	15,50
Consumo			136,88
Adicional Band. Amarelo			2,47
Adicional Band. Vermelha			3,25

CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Unidade	Saldo (kWh) Atualizado	A Expirar Próximo Mês

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh) Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão	Compensação	Compensação Teórica
kg (CO ₂)	kg (CO ₂)	(tCO ₂)

0 100

ATENÇÃO

DEBITOS ANTERIORES:

Mes/Ano	Valor R\$

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pagar por Band. Tarif. Amarelo: 136,88 - 31,57 - Vermelha: 01/08 - 10/08 - Preta: 01/09 - 10/09. Tarifas especiais para pagamento com cartão, qualquer débito antes do vencimento cancela sua inscrição no sistema de desconto. O vencimento da sua conta foi registrado e não será possível para maior que 30 dias. Por isso, não tenha qualquer movimento no seu cartão. Caso contrário, haverá uma cobrança especial para pagar a sua conta e multa em nome de atrasamento. O vencimento da sua conta foi registrado e não será possível para maior que 30 dias. Portanto, não tenha qualquer movimento no seu cartão. Caso contrário, haverá uma cobrança especial para pagar a sua conta e multa em nome de atrasamento.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019839593



fls. 20

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3896 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/11/2019 14:53:22**
Data / Hora da Ocorrência: **19/10/2019 07:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV DOUTOR SILAS MUNGUBA, ITAPERI - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA**
Nascimento: **03/01/1983** CPF: **018.368.913-50**
RG: **96006048352** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA BATISTA DOS SANTOS OLIVEIRA**
SEBASTIÃO ANTONIO DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA CORAÇÃO DE JESUS, 1050**
Bairro: **CASTELAO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98747-1739**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMW0237** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BVT5T726EE402780** Renavam: **1039030308** Tipo do Veículo: **ONIBUS** Marca / Modelo: **VOLVO/MASCA GRANVIA** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **DIESEL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **SANTA CECILIA TRANSPORTES LTDA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PEDALANDO UMA BICICLETA NA AV. SILAS MUNGUBA QUANDO UM ÔNIBUS DE PLACAS PMW-0237, DE NUMERO 124 DA LINHA 501 CONDUZIDO PELA MOTORISTA IRANEIDE, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 5. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019839577



fls. 21

GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3896 / 2019

GUIA Nº 301 - 1207 / 2019

FORTALEZA, 19 de Novembro de 2019

Natureza do Exame: **CORPO DE DELITO**

Requisito à Perícia Forense o exame **LESAO CORPORAL** da pessoa abaixo qualificada:

Nome: **GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA**

Nacionalidade: **BRASIL**

Data de Nascimento: **03/01/1983**

Grau de Instrução: **2º. GRAU COMPLETO**

Filiação: **SEBASTIÃO ANTONIO DE OLIVEIRA**

MARIA BATISTA DOS SANTOS OLIVEIRA

Documento de Identificação: **RG**

Órgão Emissor: **SSPDS**

Residência: **RUA CORAÇÃO DE JESUS, 1050, CASTELAO - FORTALEZA/CE**

Local da Ocorrência: **AV DOUTOR SILAS MUNGUBA, ITAPERI - FORTALEZA/CE**

Data e Hora da Ocorrência: **19/10/2019 07:00**

Observação: **AFIRMA TER SIDO VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, GUIA COM FINS PARA DPVAT.**

Lauda para: **DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

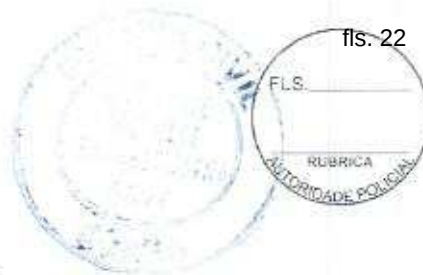

DELEGADO(A) MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - 404579-1-7

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

Declaro que recebi a Guia de número 301 - 1207 / 2019 em ____/____/____.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019839577



GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3896 / 2019

GUIA Nº 301 - 1207 / 2019

FORTALEZA, 19 de Novembro de 2019

Natureza do Exame: CORPO DE DELITO

Requisito à Perícia Forense o exame LESAO CORPORAL da pessoa abaixo qualificada:

Nome: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

Nacionalidade: BRASIL

Naturalidade: SAO PAULO/SP

Data de Nascimento: 03/01/1983

Estado Civil: SEPARADO(A)

Grau de Instrução: 2o. GRAU COMPLETO

Profissão:

Filiação: SEBASTIÃO ANTONIO DE OLIVEIRA

MARIA BATISTA DOS SANTOS OLIVEIRA

Documento de Identificação: RG

Número: 96006048352

Órgão Emissor: SSPDS

UF: CE

Residência: RUA CORAÇÃO DE JESUS, 1050, CASTELAO - FORTALEZA/CE

Local da Ocorrência: AV DOUTOR SILAS MUNGUBA, ITAPERI - FORTALEZA/CE

Data e Hora da Ocorrência: 19/10/2019 07:00

Observação: AFIRMA TER SIDO VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, GUIA COM FINS PARA DPVAT.

Lauda para: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO


DELEGADO(A) MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - 404579-1-7

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

Declaro que recebi a Guia de número 301 - 1207 / 2019 em ____/____/____.

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

OK

NOME DO PACIENTE GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA		DADOS PESSOAIS	
CADUS	NASCIMENTO 03/01/1983(36 ANOS)	RF DO PRONTUÁRIO 5163838	Nº DO BE 376972
DOCUMENTOS	CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 96006448352	SEXO M	RACIAZOR PARDO
NOME RESPONSÁVEL NI	ENDEREÇO RUA D 1041 JARDIM UNIAO USB 13 PASSARE	NOME MÃE MARIA BATISTA DOS SANTOS OLIVEIRA	
MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	CONTATO	
CEP NI	LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/ENDEREÇO DO ACIDENTE		
OCCORRÊNCIA		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
OCCORRÊNCIA COLISÃO CARRO/BICICLETA TRAZIDO PELO SAMU		MOTIVO AValiação TRAUMATOLOGICA	
SINTOMAS NI	SINAIS VITAIS		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA BENICE A SILVA	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 19/10/2019 08:58:45	
ÁREA DE ATENDIMENTO		ÁREA DE ATENDIMENTO	
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA			

ATENDIMENTO MÉDICO			
<i>Confusão no antebraço D e cotovelo D.</i> <i>Rx. fratur. distal do radio e ulna distal</i> <i>Col. intenso p/ avulsão</i>			
DIAGNÓSTICO	COL. PROCEDIMENTO	CD	
SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIOS-X	<i>Antebraço D</i>	() OUTROS	
PRESCRIÇÃO MÉDICA		AFRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>Coloquias - 10 mg 1x</i> <i>Epreveno - 10 mg 1x</i>		<i>Coloquias D</i>	<i>AP/P = 40ml</i>
MÉDICAMENTO			
<i>(2) X</i>			
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
ALTAS/SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IMIL () ANAT. PATOL. DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA <i>Jose Cláudio Mota</i> <i>Ortopedia</i>	

Impresso por MARIA BENICE A SILVA em 19/10/2019 08:58:45
 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 CP Penal.

gilberto batista de oliveira

04 055.1974/00012-08
 HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
 BARROS DE OLIVEIRA
 Av. Jordanele Barros, 1070
 Messejana - Cep: 60.014-810
 Fortaleza - Ceará

CONFERE COM ORIGINAL
 08/11/2019

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 13/07/2020 às 09:32, sob o número 02381234320208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 02381234320208060001 e código 6D54EC5.



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Gilberto Batista de Oliveira - C.P.F. - 018.368.913-50**, no dia **19/10/2019**, às **07h57min**, na **Avenida Doutor Silas Munguba**, no **Bairro Itaperi**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P925646/2019**.

Fortaleza, 04 de Novembro de 2019.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

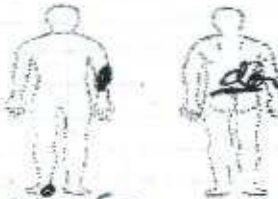
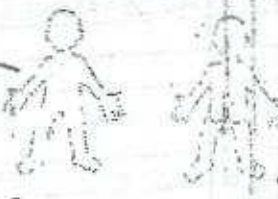

Mauricio Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Mauricio Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

882.4
3591 Gilbardo

P- 925646/19

fls. 25

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 182 REGIONAL FORTALEZA		Prefeitura de Fortaleza Secretaria Municipal de Saúde	
PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR			
VEÍCULO: 33	PONTO DE APOIO: CHESF	Nº DA OCORRÊNCIA: 0345	
DATA: 09/10/19	TURNO: NIT	EQUIPE: Silmara Almeida	
NOME: Gilberto Batista de Oliveira	IDADE: 36	SEXO: M	
ENDEREÇO: Av. Silas Munguba 1403	BAIRRO: Itapeva		
REFERÊNCIA:	QTY: 07:39 QUS: 07:57 QUR: QUY: 08:15 QUU: 08:07		
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão carro/bike			
RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA			
RESPOSTA AO CHAMADO		EXPANSÃO TORÁCICA	
☐ RESPONSIVO ☐ NÃO RESPONSIVO		☒ PRESENTE ☐ AUSENTE	
☒ PERVEAS ☐ OBSTRUIDAS		☐ PRESENTE ☐ AUSENTE	
POR:			
B			
PADRÃO RESPIRATÓRIO		INSPEÇÃO	
☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/AUSENTE		☐ NORMAL ☐ ALTERADA:	
		PALPAÇÃO/PERCUSSÃO	
		☐ NORMAL ☐ ALTERADA:	
		AUSCULTA	
		☐ NORMAL ☐ ALTERADA:	
C			
PULSO		PELE	
☐ NORMOCÁRDICO ☐ TAQUICÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO		☐ CORADA ☐ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA	
☐ CHEIO ☐ FILIFORME ☐ IMPALPÁVEL		☐ SUDOREICA ☐ SECA ☐ QUENTE ☐ FRIA	
LOCAL:		ENCHIMENTO CAPILAR	
		☐ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg	
		SANGRAMENTO EXTERNO	
		☐ SIM ☐ NÃO	
D			
ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)			
ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL	
ESPONTÂNEA ☒ À VOZ ☐ À DOR ☐ NENHUMA ☐		ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL (P) ☐ PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEME (P) ☐ NENHUMA ☐	
TOTAL: 15		RESPOSTA MOTORA	
		OBEDECE A COMANDOS ☒ LOCALIZA A DOR ☐ MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ FLEXÃO ANORMAL ☐ EXTENSÃO ANORMAL ☐ NENHUMA ☐	
PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)			
☐ ALTERADAS:			
ADULTO		PEDIÁTRICO	
			
PC. c/ dor no braço esquerdo, com dor na lombar e escoriação no calcâneo direito.			
SAMPLA			
80	13d96	FR 20	967



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS		DADOS PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA		Nº DO PRONTUÁRIO 5163838	Nº DO BE 376972
NASCIMENTO 03/01/1983(36 ANOS)		SEXO M	RACIA COR PARDO
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 01836891350; CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 96006048352		NOME MÃE MARIA BATISTA DOS SANTOS OLIVEIRA	
NOME RESPONSÁVEL NI	ENDEREÇO RUA D 1041 JARDIM UNIAO USB 13 PASSARE		
MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE		
CEP NI	CONTATO		
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
OCORRÊNCIA			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
MOTIVO COLISÃO CARRO/BICICLETA TRAZIDO PELO SAMU			
AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA			
ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SINAIS VITAIS SAT O2 NI%	GLUCOSE NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI	PLA 50 NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA BENICE A SILVA	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 19/10/2019 08:58:45	
ÁREA DE ATENDIMENTO			
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
<i>Centrose no antebraço @ e coluna @</i> <i>Re. fr. distal do roto do @</i> <i>Col. Antero p/ @</i>			
DIAGNÓSTICO	PROCEDIMENTO	OBSERVAÇÕES	
SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X <i>Antebraço @</i> () OUTROS	PRESCRIÇÃO MÉDICA		
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO		
<i>Colo. perf. - @ - 14</i>	<i>Colo. @</i>	<i>AP 17 = 14</i>	
<i>Epinefrina - @ - 14</i>	<i>09/10</i>	<i>Final</i>	
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO			
CRIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA			
<i>João Glauber Mota</i>			

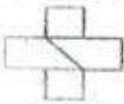
Impresso por MARIA BENICE A SILVA em 19/10/2019 08:58:45

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.

gilberto batista de oliveira

04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578
Messejana - Cep: 60.064-810
Fortaleza - Ceará

CONFERE COM ORIGINAL
08/11/2019



SUS

Ministério
da
Saúde

Sistema
Único de
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD - IBGE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura distal do radio @ el duno
volar.

18 - CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO

Ulceração de membro

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

Ex. físico + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

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 - CHAVE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - PREVIDÊNCIA

44 - CDD - ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

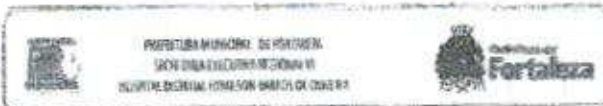
46 - DO

47 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

48 - DATA DO DOCUMENTO

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

04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1576
Messejana - Cep: 60.864-0103
Gratidão - SAME - 11033
Portaleza
CONFERE COM ORIGINAL
08/11/2019



REGISTRO EMERGÊNCIA

MATRÍCULA NO HOSPITAL

5163838

PACIENTE <u>Gilberto Batista de Almeida</u>			
DATA OPERAÇÃO: <u>25/10/19</u>		ENFERMARIA	LEITO <u>38</u>
Dr. Valterino		1º AUXILIAR <u>Dr. Marcio Cunha</u>	DE MARCIO L. C. F. R. Médico
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA <u>Dr. Amayni Mendonça</u>		TIPO DE ANESTESIA: <u>Bloqueio + sedação</u>	
DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: <u>Fratura radio distal (E)</u>			
TIPO DE OPERAÇÃO: <u>Osteotomia punho (E) + reparo ligamentar punho (E)</u>			
DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO: <u>O mesmo</u>			
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÊC LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAIS

- ① Pcte DDH + gesso
- ② limpeza + antissepsia + campo estéril + fixa com ar
- ③ limpeza volar ao radio distal (E) e fixação fixa Stinson
- ④ Redução direta + fixação com placa volar do radio distal (E) para reparo ligamentar punho (E) + controle radiológico
- ⑤ Lavagem SF 0,9% + lavagem hemostática + tratamento para mal
- ⑥ Sutura por planos
- ⑦ Curativo
- ⑧ G SR

Dr. Marcelo Carrat
Médico
CRM 1077

04.885.197/00012-05

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON

BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578

Messejana - Cep: 60.564-810

Fortaleza - Ceará

Gráf.HDEBO-SAME-Desc. Oper.-003

CONFERE COM ORIGINAL

08/11/2019



DECLARAÇÃO



192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Gilberto Batista de Oliveira - C.P.F. - 018.368.913-50**, no dia **19/10/2019**, às **07h57min**, na **Avenida Doutor Silas Munguba**, no **Bairro Itaperi**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P925646/2019**.

Fortaleza, 04 de Novembro de 2019.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Mauricio Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat - 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

3824
3991

P- 925646/19

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA		Prefeitura de Fortaleza Secretaria Municipal de Saúde	
PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR			
VEÍCULO: 13	PONTO DE APOIO: CHESF	Nº DA OCORRÊNCIA: 0348	
DATA: 19/10/19	TURNO: NIT	EQUIPE: Silmara Mendy	
NOME: Gilberto Baptista de Oliveira	IDADE: 36	SEXO: M	
ENDEREÇO: Quil. Silas Munguba 1403	BAIRRO: Itaperi		
REFERÊNCIA:	QTY: 07:39 QUS: 07:57 QUR: QUY: 08:18 QUU: 08:48		
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão com carro/bike			
RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA			
RESPOSTA AO CHAMADO		EXPANSÃO TORÁCICA	
☐ RESPONSIVO ☐ NÃO RESPONSIVO		☒ PRESENTE ☐ AUSENTE	
PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)		☐ PRESENTE ☐ AUSENTE	
A	☒ PERVEAS ☐ OBSTRUÍDAS POR:		
B	PADRÃO RESPIRATÓRIO ☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/AUSENTE		
	INSPEÇÃO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA:		
	PALPAÇÃO/PERCUSSÃO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA:		
	AUSCULTA ☐ NORMAL ☐ ALTERADA:		
C	PULSO ☐ NORMOCÁRDICO ☐ CHEIO ☐ TAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME ☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL		
	PELE: ☐ CORADA ☐ SUDOREICA ☐ PÁLIDA ☐ SECA ☐ CIANÓTICA ☐ QUENTE ☐ FRIA		
	ENCHIMENTO CAPILAR ☐ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg		
	SANGRAMENTO EXTERNO ☐ SIM ☐ NÃO		
LOCAL:			
ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)			
ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL	
ESPONTÂNEA ☒ A VOZ ☐ A DOR ☐ NENHUMA ☐		ORIENTADO (A) / ORIENT (P) ☒ CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL (P) ☐ PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMIMENTO (P) ☐ NENHUMA ☐	
TOTAL: 15		OBEDECE A COMANDOS ☒ LOCALIZA A DOR ☐ MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ FLEXÃO ANORMAL ☐ EXTENSÃO ANORMAL ☐ NENHUMA ☐	
PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS:			
ADULTO		PEDIÁTRICO	
		LESÕES: PC. q/ dor no braço esquerdo, com dor na lombar e escoriação no calcâneo direito.	
SAMPLA			
80	13d96	FR 20	QUM: 96%

PREScrição Médica		CHEGAGEM	
ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS			
		ASS./CRM:	
ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM			
Paciente de políaco cargo/bale, consciente orien- tado, referindo dor no braço esquerdo com dor na lombar e escoriação na calcâneo diestro. Fractura torácica e esguicho do acromioclavicular. Informou que está em R.A.			
		ASS./COREN: [assinatura]	
ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUCTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA			
		ASS.:	
DESTINO DO PACIENTE			
UNIDADE DE SAÚDE: U.F.Parána - Boleim Emerg.			
LIBERADO RECUSA REMOVIDO POR TERCEIROS OUTRO:			
ÓBITO → NO LOCAL DURANTE O TRANSPORTE			
PACIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO ASS. DO RESPONSÁVEL:		ASS. DO MÉRICO DA UNIDADE DE DESTINO: [Assinatura] Jpsé Glauber Mota Traumatologia CRM 8122 EM: ____ / ____ às ____ hs	
COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES			
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:			
DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:			
		EM: ____ / ____	
LOCAL: ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:			
TERMO DE RECUSA			
EU, _____ RG/CPF _____			
DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGENCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO			
PELO SAMU EM: ____ / ____ às ____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.			
ASSINATURA:			



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200083453

Vítima: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

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 punhos
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: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002558

Conta: 00000165468-5

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