



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: ERIVAN SILVA CARVALHO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: CASADO

Profissão: autônomo

Rg: 0h313346117

CPF: 950.341.751-91

Endereço: Luminosa, nº 4308, Granja Lisboa, Fortaleza

Email:

Telefone: (85) 98566-0462

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, domicílio profissional situado na Rua Senhor de Castro, nº 49-A, Centro, Barreira – CE, CEP: 62795-000 e Av. Desembargador Moreira, nº 1800, Sala 18, Aldeota, 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, 09 de 10 de 2019

ERIVAN SILVA CARVALHO



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

(85) 98205-6900



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante: *ERIVAN SILVA CASVALHO*

Nacionalidade: *BRASILEIRO*

Estado Civil: *CASADO*

Profissão: *AUTÔNOMO*

Rg: *04313346117*

CPF: *950.321.251-91*

Endereço: *Luminosa, nº 4398, Grande Visão, Fortaleza - CE*

Email:

Telefone: *(85) 98266-0468*

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, *09* de *10* de 2020.

DIEGO SILVEIRA

ERIVAN SILVA CASVALHO

Assinatura do Declarante

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1234225-4 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/01/97

NOME ERIVAN SILVA CARVALHO

FILIAÇÃO MANOEL EDIVAN CARVALHO VALDECY FERREIRA SILVA CARVALHO

NATURALIDADE PAULO RAMOS-MA DATA DE NASCIMENTO 06/09/1968

DOC ORIGEM C. NASC. LIV. A07 FLS. 155 TERM 814 PAULO RAMOS-MA

CPF 96 96 96 96 96

Assinatura
Crescêncio Costa Lima
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI N° 7.116 DE 20/08/66

073

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MATO GROSSO SECRETARIA DE JUSTIÇA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DR. AROLDINO MENDES DE PAIVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

ERIVAN SILVA CARVALHO

13/10/2020



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
ERIVAN SILVA CARVALHO

Nº de Inscrição
950321851-91

Data do Nascimento
06/09/68



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

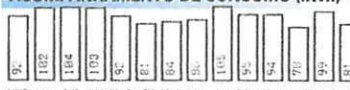
Assinatura
ERIVAN SILVA CARVALHO
ERIVAN SILVA CARVALHO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : **29/12/99**

S
E
R
V
I
D
O

(Assi 15/07)
21/08/2019 - 03/10
21/08/2019 - 03/10

Nº do Cliente: 9109835		A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002							
Companhia Energética do Ceará Rua Padre Valdevino, 150 CEP 60135-040 Fortaleza CE CNPJ 07047251/0001-70 CGF 06.105.848-3									
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.									
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B SÉRIE ÚNICA Nº 001656717									
Rota CAS05R15		Referência 08/2019							
Nome DELIANE BATISTA CARVALHO									
Endereço RU NEREIDE, 04398, LOTEAMENTO GRANJA LISBOA, 61661-170, CAUCAIA									
Classificação Residencial Pleno		Emissão 10/08/2019							
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL		Medidor 3100553-NAN-270							
Ligação Monofásico									
ÁREA RESERVADA AO FISCO 510924E40904635FE5283883ED84D25A		ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)							
DATAS DE LEITURA P.F.: 29 dias									
Anterior 12/07/2019		Atual 10/08/2019		Próxima prevista 02/09/2019					
DADOS DA MEDIÇÃO									
Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)	
EP	14,985	14,883	1,00	102	00	102	0,80794	82,41	
DADOS DO FATURAMENTO					TARIFA		VALOR (R\$)		
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC					-		25,08		
CONSUMO					0,80794		82,41		
ADICIONAL BAND. AMARELA					0,01471		1,50		
ADICIONAL BAND. VERMELHA					0,02078		2,12		
Tributo:					Base (R\$):		Aliquota (%):		Valor (R\$):
ICMS					86,03		27,00		23,22
PIS					86,03		1,35		1,14
COFINS					86,03		6,16		5,29
VENCIMENTO 10/09/2019					TOTAL A PAGAR (R\$) 111,11				
CONSUMO CONSCIENTE					CPF/CNPJ 023.032.193-37				
EMISSÕES DE CO ₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.					0,00%				
Emitido kg (CO ₂) 39,82					Compensado kg (CO ₂) 0,00				
INFORMAÇÕES AO CLIENTE					Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 13/07 - 31/07 Vermelha : 01/08 - 10/08				



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2019518186



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2540 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **30/07/2019 13:27:22**
 Data / Hora da Ocorrência: **25/06/2019 08:10:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA HISTORIADOR RAIMUNDO GIRÃO**
 Complemento:
 Bairro: **PRAIA DE IRACEMA** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ERIVAN SILVA CARVALHO**
 Nascimento: **06/09/1968** CPF: **950.321.851-91**
 CNH: **04313346117** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
 Filiação: **VALDECY FERREIRA SILVA CARVALHO**
MANOEL EDIVAN CARVALHO
 Endereço: **RUA LUMINOSA, 4398**
 Bairro: **GRANJA LISBOA**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98566-0468**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **NQQ4564** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC15309R011184** Renavam: **138978409** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ESD** Ano Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2009** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRATA** Proprietário: **MARIA JUCELI BARROS VIANA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **NVA0883** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi: **9C2KD0520AR036964** Renavam: **210011050** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS MIX ES** Ano Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **ERIVAN SILVA CARVALHO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA AFIM DE REGISTRA, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA NVA-0883 NA AV. HISTORIADOR RAIMUNDO GIRÃO QUANDO UMA MOTO DE PLACA NQQ-4564 AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA PILOTAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA - ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE./////////
 OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 2. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

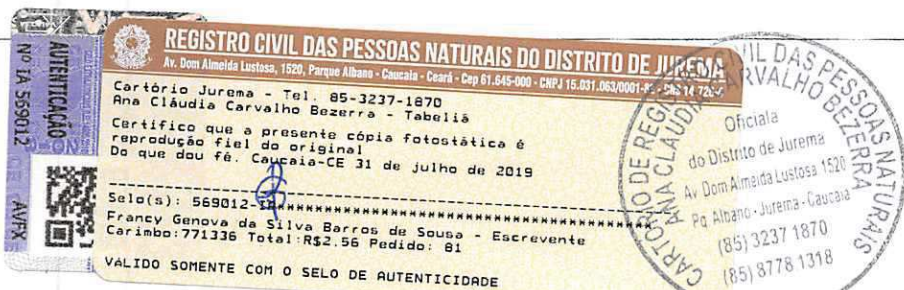
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 30/07/2019 13:37:08

Pág. 1 de 2

Impresso em: 30/07/2019 13:37:08

ERIVAN





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2019518186



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301-2540/2019

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

Evandro Alves de Souza
 Delegado de Polícia
 Matr. 14699

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA
 Av. Dom Almeida Lustosa, 1520, Parque Albano - Caucaia - Ceará - Cep 61.045-000 - CNPJ 15.071.202/0001-92 - CMS 14.728-4

Cartório Jurema - Tel. 85-3237-1870
 Ana Cláudia Carvalho Bezerra - Tabeliã

Certifico que a presente cópia fotostática é reprodução fiel do original
 De que dou fê. Caucaia-CE 31 de julho de 2019

Selo(a): 569013-IA-*****
 Francy Genova da Silva Barros de Sousa - Escrevente
 Carimbo: 771337 Total: R\$2.56 Pedido: 81

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

ANACLETO
 do Distrito de Jurema
 Av. Dom Almeida Lustosa 1520
 Pq. Albano - Jurema - Caucaia
 (85) 3237 1870
 (85) 8778 1318

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 950321851-91 Nome completo da vítima: Eudson Silva Cordeiro

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

Nome completo: Eudson Silva Cordeiro CPF: 950321851-91
Profissão: Relaxou Endereço: Rua Nereide Número: 04398 Complemento: _____
Bairro: LT Granja Lisboa Cidade: Lauro de Freitas Estado: CE CEP: 61661-170
E-mail: _____ Tel.(DDD): 98566-0468

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

AGÊNCIA: 1560 13 CONTA: 21626 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, Aracaju - CE 06/09/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Eudson Silva Cordeiro
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 015037050280

VIA DIG 1 210011050 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2019

ERIVAN SILVA CARVALHO
CAUCAIA /CE

CPF / CNPJ 95032185191 PLACA NVA0883/CE

CHASSI 902KD0520AR036964

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOL/ALCO

HONDA/NXR150 BROS MIX ES ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010

2P/OCV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º 2º 3º

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PREMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 28/05/2019

OBSERVAÇÕES

CAUCAIA

22/06/2019

DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 015037050280 BILHETE DE SEGURO DPVAT

95032185191 NVA0883 /CE
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204 56245141523

VIA 1 CPF / CNPJ 95032185191 EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 22/06/2019

RENAVAM 210011050 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS MIX ES

ANO FAB. 2010 Nº CHASSI 9C2KD0520AR036964

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 36.05 DENATRIAN (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 84.58

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 28/05/2019

SEGURO DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: KD05E2A036964

DETRAN-CE

CAUCAIA

22/06/2019

DETRAN-CE



DECLARAÇÃO



SAMU
192
REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Erivan Silva Carvalho** - C.P.F. - **950.321.851-91**, no dia **25/06/2019**, às **09h02min**, na **Avenida Historiador Raimundo Girão**, no **Bairro Praia de Iracema**, 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 **P783085/2019**.

Fortaleza, 24 de Julho de 2019.

Atenciosamente,


Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat : 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

P-783085/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USB 08 PONTO DE APOIO: UFE Nº DA OCORRÊNCIA: B200
 DATA: 25/06/19 TURNO: MT EQUIPE: Jacqueline e Ramalho / maior
 NOME: Criviana Silva - Carvalho IDADE: 60a SEXO: MASC
 ENDEREÇO: Av. Autoriador - R. Girasol BAIRRO: Praia Iracema
 REFERÊNCIA: Posto de gasolina Praia Iracema QTY: 08:42 QUS: 09:02 QUY: 09:54 QUU: 10:38
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: colúreas

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

- ☒ RESPONSIVO
☐ NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA

- ☐ PRESENTE
☐ AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

- ☐ PRESENTE
☐ AUSENTE

☒ PERVEAS ☐ OBSTRUÍDAS

POR: _____

A
Via aéreaPADRÃO
RESPIRATÓRIO

- ☒ EUPNEICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

- ☐ NORMAL
☐ ALTERADA: _____

PALPAÇÃO / PERCUSSÃO

- ☐ NORMAL
☐ ALTERADA: _____

AUSCULTA

- ☐ NORMAL
☐ ALTERADA: _____

B
Respiração

PULSO

- ☒ NORMOCÁRDICO ☒ CHEIO
☐ TRAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME
☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL

LOCAL: _____

PELE

- ☐ CORADA ☐ SUDOREICA
☐ PÁLIDA ☐ SECA
☐ CIANÓTICA ☐ QUENTE
☐ FRIA

ENCHIMENTO
CAPILAR

- ☐ ≤ 2 seg
☐ > 2 seg

SANGRAMENTO
EXTERNO

- ☐ SIM
☐ NÃO

C
Circulação

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (p)

ABERTURA OCULAR

- ESPONTÂNEA ☒ 4
 À VOZ ☐ 3
 À DOR ☐ 2
 NENHUMA ☐ 1

TOTAL: 15

RESPOSTA VERBAL

- ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5
 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4
 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3
 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2
 NENHUMA ☐ 1

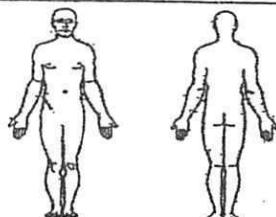
RESPOSTA MOTORA

- OBEDECE A COMANDOS ☒ 6
 LOCALIZA A DOR ☐ 5
 MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4
 FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
 EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
 NENHUMA ☐ 1

PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

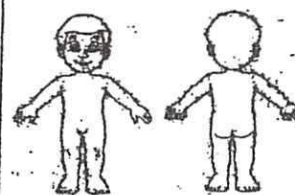
D
Neurológico

ADULTO



LESÕES

PEDIÁTRICO

E
Exposição

SAMPLA

FC: 70 PA: 140 x 80 FR: Eupnéico GLIC.: _____ OXIM.: 99% TEMP.: _____

PRESCRIÇÃO MEDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES /CONDUTAS MÉDICAS

ASS./CRM:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente vítima de colisão moto/moto, apresentando
sus. de fratura de clavícula do HNSD + laceração
no peito 5" suturável. cliente alerta + orientado, ver
balanço, nega síncope.
cliente apresentando sus? de fratura de tornozelo da
pé "5".

ASS./COREN:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: HDEAM

BOLETIM EMERG:

☒ LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO:

☐ ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: ☒ SIM ☐ NÃO

ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO: Dr. Nathan Bezerra

Traumatologista - Ortopedista

CREMEC 7481 / RQE 2894 SBU 8961

EM: 25.06/18 às 10:17 hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: ____/____/____

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG /CPF _____
DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO
SAMU EM: ____/____/____ às _____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



Secretaria Municipal de Saúde - SMS
Secretaria Executiva Regional III - SER III

Nº 162

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

CLÍNICO []

TRAUMA []

CIRURGIÃO []

PACIENTE: Trivon Silva CarvalhoDATA DE NASCIMENTO: 06 / 09 / 63 TELEFONE: 93667-0399RG: 12342254 CPF: 950.321.851-91NOME DA MÃE: Valdey Ferreira Silva CarvalhoESTADO CIVIL: _____ SEXO: MENDEREÇO: Rua Pereira, 4398 Granja Lisboa Nº 4398BAIRRO: Granja Lisboa CIDADE: _____DATA DE ATENDIMENTO: 25 / 06 / 19 HORA: 10:02

MOTIVO DE ATENDIMENTO: _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

Hospital Dr. Evandro Ayres de Moura
Nº 162

Marcia Ramos
Máx 45632
Coordenador do SAME - HDEAM

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO - SAME

Carnele Trivon Silva Carvalho - Situa
de acidente de trânsito - com dor em
ombro D, pulso D e tornozelo D. Nega
perda de consciência. Glicemia 15. Examen
to com contusões em pulso D.

DATA / HORA / CONSULTA ESPECIALIZADA E PROCEDIMENTOS:

- Rx de coluna cervical (AP/PA)
- Rx de tórax (AP/PA)
- Rx de crânio (AP)
- Rx de pelvis (AP/PA)
- Rx de membros inferiores (AP/PA)
- Radiografia de pulso D e pulso telado D
- Intenso para aguardar transferência (transferência)

Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190532704

Vítima: ERIVAN SILVA CARVALHO

Data do Acidente: 25/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERIVAN SILVA CARVALHO

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 tornozelo 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: ERIVAN SILVA CARVALHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 1560

Conta: 0000021626-7

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

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190532704

Vítima: ERIVAN SILVA CARVALHO

Data do Acidente: 25/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERIVAN SILVA CARVALHO

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\$ 5.395,95

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 32.1%

% Invalidez Permanente DPVAT: (32.1% de 70%) 22,47%

Valor a indenizar: 22,47% x 13.500,00 = R\$ 3.033,45

Recebedor: ERIVAN SILVA CARVALHO

Valor: R\$ 5.395,95

Banco: 104

Agência: 000001560

Conta: 0000021626-7

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.

