



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante: ELENILSON DOS SANTOS ALVES

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Solteiro

Profissão: AUX

Rg: 99015022764

CPF: 018.495.393-07

Endereço: DU ENGENHO VELHO, S/N, DT 922122, AQUIAR-CE

Email:

Telefone: (85) 98678-4117

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.

AQUIAR /CE, 08 de 10 de 2020.

Elenilson dos Santos Alves

Assinatura do Declarante



PROCURAÇÃO PARA A CLÁUSULA AD JUDICIA "ET EXTRA"

OUTORGANTE: Elenilson dos Santos Alves
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Profissão: Advogado
Rg: 99015022764
CPF: 017.495.393-07
Endereço: Rua Engenheiro Vellozo, 514, DT Taboão, Aracama - CE
Email:
Telefone: (85) 986678-4117

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 advocaciadiegossilveira@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.

Aracama /CE, 08 de 10 de 2020.

Elenilson dos Santos Alves

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 99015022764 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/08/2014

NOME
ELENILSON DOS ANJOS ALVES

FILIAÇÃO
RAINUNDO ALVES DA SILVA

LENITA DOS ANJOS ALVES

NATURALIDADE
AQUIRAZ - CE

DATA DE NASCIMENTO
02/12/1981

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 6933 FOLHA: 214V
LIVRO: A-VIII AQUIRAZ - CE
CPF 012.495.393-07

2 VIA

Assimael S. Bezerra
ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 7

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

fls. 11

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

 Polegar Direito



Elenilson dos Anjos ALVES

CARTEIRA DE IDENTIDADE

JUN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

5649645

VENCIMENTO

12/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

54,27

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade	Unidade	Valor (R\$)
59	0,77736	45,86
		1,01
		1,43
		5,97

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (% CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

*PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.*
Em virtude da modernização dos nossos sistemas, alguns serviços

NAO FOI POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: FAT MEDIA-LEIT BIMESTRAL ART 86 RES
Consta desta fatura R\$ 1,64 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:
0,64% e COFINS: 2,96%. [Art. 9º Res. 100/2005 - ANEEL e leis n.
10.637/02 e 10.833/03]

autenticação mecânica cliente

Rota 21 20009 54 084600 - 0 Medidor 4920403 Poste 0000 B40N
Nome ELENILSON DOS ANJOS ALVES
Endereço Postal PV ENGENHO VELHO 00000 00000 - DT TAPERA -
AQUIRAZ CEP 61700-000

End. da Unidade Consumidora PV ENGENHO VELHO 00000 00000 - AQUIRAZ
RG / CPF / CNPJ CGF
Classe 012495393-07 Fator de Potência 0,00
RESIDENCIAL MONOFÁSICO

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Perda Ramal	Cons. Incl.	Cons. Fat.
3614	3555	1	59		0	59

DADOS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 28/06/2019 Prev. Próxima Leitura 28/06/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

2618-201C-3AC2-A973-FC91-871B-49BC-7BCC

ICMS Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto

45,86 27,00% 12,38

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

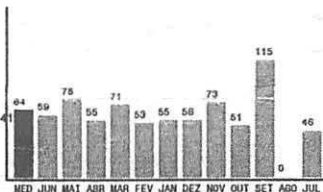
Energia	17,69
Transmissão	1,40
Distribuição	10,39
Encargos Setoriais	2,36
Tributos [ICMS PIS/COFINS]	14,02
Total	45,86

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto	AQUIRAZ					
Mês	ABR/2019 - EUSD 13,16					
	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (uh)	7,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,48			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



185198608-8158

185198774-0318



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ
 Impresso nº 2019746516



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 207 - 2446 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **16/10/2019 12:29:29**
 Data / Hora da Ocorrência: **17/08/2019 01:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **ROD CE 040 CEP: 61.700-000, FAGUNDES - AQUIRAZ/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ELENILSON DOS ANJOS ALVES**
 Nascimento: **02/12/1981** CPF: **012.495.393-07**
 RG: **99015022764** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **LENITA DOS ANJOS ALVES**
RAIMUNDO ALVES DA SILVA
 Endereço: **RUA ORACIO BENTO DE FREITAS**
 Bairro: **TAPERA**
 Município: **AQUIRAZ/CE** CEP: **61.700-000**
 País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

INFOMA O DECLARANTE; QUE TRAFEGAVA PELA CE 040 NA LOCALIDADES DE FAGUNDES EM SUA MOTO HONDA CG 125 DE PLACA OSS-3759, COE PRETA, ANO 2014 E NESSA OCASIÃO FOI ATROPELADO POR UM AMBULÂNCIA DE PLACAS NÃO IDENTIFICADAS POR CAUSA DO IMPACTO O MESMO VEIO A CAIR AO SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DISTRITAL BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA ONDE FOI FICOU INTERNADO, POR CAUSA DO ACIDENTE TEVE UMA FATURA NO TORNOZELO DA PERNA ESQUERDA E TEVE QUE PASSA POR UMA CIRURGIA QUE AS TESTEMUNHAS FORAM AS PESSOAS DE NOME FRANCISCO ROMÁRIO DOS SANTOS SILVA E REGILANE DOS ANJOS ALVES. E NADA MAIS DISSE

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCA MARIZA ALVES - MAT.: 023340-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Elenilson dos Anjos Alves

VISTO DO DELEGADO(A) :

RODRIGO AURÉLIO QUINTAS FERNANDES - MAT.: 301224-7-x

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: **01** **1007279190** **0000000000** **2018**
CÓD. RENAVAM R.N.T.C. EXERCÍCIO

ELENILSON DOS ANJOS ALVES
NOME

AQUIRAZ
PLACA

01249539307
CPF / CNPJ

0553759/CE
PLACA

902JC4110ER118969
CHASSI

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.
COMBUSTÍVEL

HONDA/CG 125 FAN KS
MARCAS / MODELO

2014
ANO FAB.

2014
ANO MOD.

2P/OCV/124CC
CAP / POT / CIL

PARTIC
CATEGORIA

PRETA
COR PREDOMINANTE

1
VENC. COTA ÚNICA

1*
VENC. / COTAS

2*
PARCELAMENTO / COTAS

3*
FAIXA LPVA.

PREMIO TARIFARIO (R\$) **IOF (R\$)** **PREMIO TOTAL (R\$)** **DATA DE PAGAMENTO**
00/00/0000

CONTRAN

AQUIRAZ
LOCAL

31/01/2019
DATA

IGOR PORTES
SUPERINTENDENTE

DETRAN-CE

CE Nº 014419498630 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

01249539307
CÓD. RENAVAM

0553759/CE
CÓD. RENAVAM

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

014419498630
79308017113

EXERCÍCIO **DATA EMISSÃO**
2018 **31/01/2019**

VIA **01** **01249539307** **0553759**
CÓD. RENAVAM CPF / CNPJ PLACA

1007279190 **HONDA CG 125 FAN KS**
CÓD. RENAVAM MARCA / MODELO

2014 **PART** **902JC4110ER118969**
ANO FAB. CIL. TARIF. Nº CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO
FIN (R\$) **DEMATRAN (R\$)** **CUSTO DO SEGURO (R\$)**

CUSTO DO BILHETE (R\$) **IOF (R\$)** **TOTAL A SER PAGADO (R\$)**

COTA ÚNICA **PARCELADO** **DATA DE QUITAÇÃO**
00/00/0000

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: JC41E1E118969 **05838**

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

05838 **0553759** **1007279190** **237625 05838**
CÓD. RENAVAM



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: Nome completo da vítima:
02.495.393-07 Elenilson dos Santos Alves

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

Nome completo: Elenilson dos Santos Alves CPF: 02.495.393-07
Profissão: recusou Endereço: PU ENGENHO VELHO Número: 0 Complemento:
Bairro: 4ª Taberna Cidade: Aquiri Estado: CE CEP: 61200-007
E-mail: Tel.(DDD): 95198508-8158

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Nordeste

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 317 CONTA: 4505 9 (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 Vítima deixou Vítima deixou
Vivos: Falecidos: nascituro (vai nascer)? pais/avós vivos?

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, Aquiri 27/11/19
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Elenilson dos Santos Alves
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.

Ceará
Messejana - Cep: 60.864-810
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578
BARROS DE OLIVEIRA
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
04.885.197/00012-05

COPIA COM ORIGINAL
15/10/19

572-622

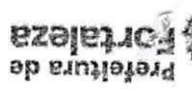
ELENILSON DOS ANJOS ALVES

NOME DO PACIENTE		ELENILSON DOS ANJOS ALVES	
Nº DO PRONTUÁRIO		365592	
SEXO		M	
DATA DE NASCIMENTO		02/12/1981 (37 ANOS)	
NOME DO RESPONSÁVEL		LENTA DOS ANJOS ALVES	
ENDEREÇO		RUA MIGUEL MARTINS 281 BARROSO 1	
CITY		CE	
UF		CE	
CEP		(65) 09112-0496	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		ACIDENTE DE MOTO	
APRESENTA EDEMA EM MIE		59 (ADULTO)	
PRESSÃO ARTERIAL		N/N/N	
ALERGIAS		NÃO	
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO		AMANDA CAVALCANTE MAIA	
DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO		17/08/2019 12:26:43	
ÁREA DE ATENDIMENTO		MERCENARIA TRAUMATOLOGICA	
ATENDIMENTO MÉDICO		DR. CLAUDIO MARTINS	
MÉDICAMENTO		NÃO	
APRAZAMENTO		NÃO	
OBSERVAÇÕES		NÃO	
TIPO DE ATENDIMENTO		NÃO	
DECISÃO MÉDICA		NÃO	
FAMÍLIA		NÃO	
ANAT. PATOL		NÃO	
HORA DO ATENDIMENTO		17/08/2019 12:26:43	
ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA		NÃO	

AMANDA CAVALCANTE MAIA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JONATHAN BEZERRA DOS SANTOS e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 30/06/2020 às 12:18, sob o número 005101818202080600034. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 005101818-18.2020.8.06.0034 e código 7766FAB.



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 EVENILSON DOS ANJOS AVELAR	6 - Nº PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DO NASCIMENTO 02/12/1989
9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Leila dos Anjos Avelar
11 - TELEFONE DE CONTATO	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA WILSON LAMARCA 281 - BOMFIM
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA FORTALEZA	14 - COD. IBGE MUNIC
15 - UF	16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS FRANCA DO RÔTULO E				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO MICRO DE COMPLICAÇÃO				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) ANÁLISE + EX. KETO + P				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRANCA DO RÔTULO E	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS AT	24 - CID 10 CAUSAS AT

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO OB	26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
27 - CLÍNICA	28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
29 - DOCUMENTO CNS ☐ CPF ☐	30 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE DR. CLAUDIO MARTINS	32 - DATA DA SOLICITAÇÃO 17/12/19
33 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	34 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - CNPJ DA EMPRESA	38 - CNAE EMPRESA	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNAE EMPRESA	41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - CNPJ DA EMPRESA
43 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	44 - CNPJ DA EMPRESA	45 - CNAE EMPRESA	46 - CNPJ DA EMPRESA	47 - CNAE EMPRESA	48 - CNPJ DA EMPRESA	49 - CNAE EMPRESA	50 - CNPJ DA EMPRESA
51 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	52 - CNPJ DA EMPRESA	53 - CNAE EMPRESA	54 - CNPJ DA EMPRESA	55 - CNAE EMPRESA	56 - CNPJ DA EMPRESA	57 - CNAE EMPRESA	58 - CNPJ DA EMPRESA

AUTORIZAÇÃO

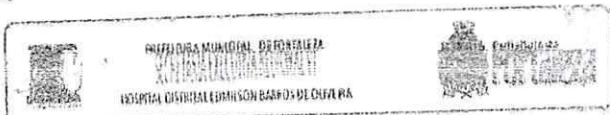
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO CNS ☐ CPF ☐	46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
47 - DATA DO DOCUMENTO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

04.865.197/00012-05
HOSPITAL DISTRIAL EDSON BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578
Messejana - Cep. 60.864-810
Fortaleza - Ceará

Gráf.HDEBO-SAME-AIH-005

Cláudio Martins
COMPRE COM ORIGINAL
15/10/19

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JONATHAN BEZERRA DOS SANTOS e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 13/10/2020 às 12:18, sob o número 00510181820208060034. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 005101818-18.2020.8.06.0034 e código 7766FAB.



REGISTRO EMERGÊNCIA	MATRÍCULA NO HOSPITAL 5157991
---------------------	----------------------------------

PACIENTE: ELENILSON DOMINGOS ALVES, 37A			
DATA OPERAÇÃO: 20 / 08	EXPERIÊNCIA: JL	LEITO: 60	
DR. LEONARDO LEONARDO DE OLIVEIRA Cirurgião do Aparelhamento - ROR		1º AUXILIAR: DR. MAURO	
2º AUXILIAR:	3º AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR:	
ANESTESISTA: DRA. SAMIRA		TIPO DE ANESTESIA: RAQUI	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA TORNOZELO ESS + LESÃO LIGAMENTAR AGUDA			
TIPO DE OPERAÇÃO:			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO			
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA: NAO			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: SIM			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: NAO			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÊC	LIGADURAS DRENAGEM	SUTURA - MATERIAL EMPREGADO	ASPE	DISCEMAS
1- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB EFEITO ANESTÉSICO				
2- ASSEPSIA + ANTI-SEPSIA + APLICAÇÃO DE CAMPOS ESTERÉIS + F. ESMACH				
3- INCISÃO LONGITUDINAL NA LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO EM TOPOGRAFIA DE FRATURA				
4- DISSECAÇÃO POR PLANOS				
5- VISUALIZAÇÃO DA FRATURA				
6- REDUÇÃO DA FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA TERCO DE CANA E 06 PARAFUSOS CORTICIS, SENDO DOIS DESTES TRANSINDESMOIDAL PARA REPARAR A SINDESMOIDE (LIGAMENTO)				
7- CONTROLE RADIOGRÁFICO				
8- SÍNTESE POR PLANOS + RÁFIA DE PELE + CURATIVO				
9- RETIRADA FAIXA DE ESMACH				
10 - ENCAMINHADO PARA SX				

Dr. Francisco Mauro G. Costa Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15003 / TEO 16036

04.085.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578
Messegana - Cep: 60.864-810
Fortaleza - Ceará

Gráf. HDEBO - 1447 - Desc. Oper. - 003

Francisco Mauro
CONFERE COM ORIGINAL
15/10/19

AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL DISTRITAL

EMILSON BEZERRA DE SANTOS

Reg. Geral: _____

Reg. Ambulatorial: _____

Reg. Radiológica: _____

Nome: Emilson Inacio Alves

Diagnóstico: 2.ª. fr. t.º

Data: _____ Médico: Beozza

Auxiliar: _____

Redução sob anestesia: _____

Realizada: _____ após o acidente: _____

Voltar em:	<u>31/08/19</u>	às	<u>6:30</u>	horas
Voltar em:	<u>10/09/19</u>	às	<u>6:30</u>	horas
Voltar em:	<u>01/10/19</u>	às	<u>6:30</u>	horas
Voltar em:	<u>15/10/19</u>	às	<u>6:30</u>	horas
Voltar em:	<u>05/11/19</u>	às	<u>6:30</u>	horas
Voltar em:	_____	às	_____	horas
Voltar em:	_____	às	_____	horas
Voltar em:	_____	às	_____	horas
Voltar em:	_____	às	_____	horas
Voltar em:	_____	às	_____	horas

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190675409

Vítima: ELENILSON DOS ANJOS ALVES

Data do Acidente: 17/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELENILSON DOS ANJOS ALVES

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\$ 0,00

Recebedor: ELENILSON DOS ANJOS ALVES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 004

Agência: 00000317

Conta: 000004505-9

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

