

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Francileudo da Silva Lima, brasileiro, solteiro, agricultor,
inscrito no RG: 2008182637-5 e CPF: 063.445.663-61, resi-
dente e Rua: Antonio Monteiro, 4571, Centro, Tabuleiro do Norte
-CE, CEP 62360-000

OUTORGADOS: Dra. Janaina Gonçalves de Gois Ferreira, brasileira, divorciada, advogada inscrita na OAB /Ce 20.994, portadora da cédula de identidade num.: 91002109860 e CPF: 480.368.113-91 e, Dra. Suzane Nunes Pinheiro, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB /Ce 34.552, CPF: 967.952.713-15 e, Dra. Marcela Francisca Gusmão Ferreira, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB /Ce 40.936, CPF: 056.077.674-85, com escritório profissional a Rua Lino Fernandes, 162, Centro, Tabuleiro do Norte/CE, CEP: 62.920-000 – Tels: (85) 99997.8886 e (85) 98619.4199, end. elet (85) 99997.8886 e (85) 98619.4199end. elet.: advocacia_janainagois@hotmail.com.

PODERES: Amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, **receber e dar quitação, receber depósitos em conta**, receber intimação e citação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, devendo atuar sempre em conjunto com o outorgante, dando tudo por bom e valioso em **AÇÃO DE INDENIZAÇÃO e REQUERIMENTO DE SEGURO DPVAT.**

x Francileudo da Silva Lima

OUTORGANTE

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento particular de honorários advocatícios firmado entre a **Dra. JANAINA GONÇALVES DE GOIS FERREIRA**, brasileira, divorciada, advogada inscrita na OAB /Ce 20.994, portadora da cédula de identidade num.: 91002109860 e CPF: 480.368.113-91 e, **Dra. Suzane Nunes Pinheiro**, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB /Ce 34.552, CPF: 967.952.713-15 e, **Dra. Marcela Francisca Gusmão Ferreira**, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB /Ce 40.936, CPF: 056.077.674-85, com escritório profissional a Rua Lino Fernandes, 162, Centro, Tabuleiro do Norte/CE, CEP: 62.920-000 – Tels: (85) 99997.8886 e (85) 98619.4199, end. elet (85) 99997.8886 e (85) 98619.4199, end. elet.: advocacia_janainagois@hotmail.com e

Francilindo da Silva Lima, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no RG 2008182637-5 e CPF 063.445.663-61, residente e Rua: Antonio Montano, 4571, Centro, Tabuleiro do Norte - CE, CEP 62.960-000. Convencionam:

Os advogados contratados obrigam-se, face à procuração judicial que lhe foi outorgada, a prestar seus serviços profissionais na defesa dos direitos do Contratante, em **AÇÃO DE COBRANÇA DE DPVAT**, em sede administrativa e judicial.

O termo inicial do presente contrato é o da data da assinatura, e seu termo final quando do último ato de defesa que resolver, definitivamente, a última demandada, judicial ou administrativa, ainda em curso.

Os advogados contratados receberão do Contratante os honorários no valor de **30%** calculados sobre todos os valores levantados judicialmente a serem pagos aos advogados após a solução do litígio, de forma integral.

O valor a título de sucumbência auferidos pelos advogados, em virtude desta ação, é de exclusividade do advogado contratado.

As partes contratantes elegem o foro de Tabuleiro do Norte/CE, em especial o do domicílio do contratado, para dirimir qualquer ação oriunda do presente contrato.

TABULEIRO DO NORTE/CE, ____/____/____.

Francilindo da Silva Lima

CONTRATANTE

CONTRATADA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins jurídicos e de direito, que sou **POBRE NA FORMA DA LEI**, ou seja, não disponho de condições econômicas para arcar com as despesas de custas processuais e honorários advocatícios, sem colocar seriamente em risco a minha própria manutenção e a de meus dependentes.

Fortaleza, ____/____/____.

Francilindo da Silva Lima

DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

Foto

NOME
FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

FILIAÇÃO
FRANCISCO EUDES LIMA

LENI RA RIBEIRO DA SILVA

DATA NASCIMENTO 08/03/1995

NATURALIDADE LIMOEIRO DO NORTE - CE

ORGÃO EXPEDIDOR SSPDS-CE

TIPO/ATOR RH XXX

OBSERVAÇÃO XXXXXXXXXXXXXXXX

ASSINATURA DO TITULAR

Francileudo da Silva Lima

CARTEIRA DE IDENTIDADE

BEI Nº 7.1160 DE 29 DE AGOSTO DE 1988

CPF 063.445.663-61

DNI XXXXXXXXXXXXXXXX

REGISTRO GERAL 2008182637-5

LOCAL P. 140

DATA DE EXPEDIÇÃO 22/11/2019

OUTRO RG

REGISTRO CIVIL

CERT. NASCIMENTO CARTÓRIO: 1º OFÍCIO TERMO: 0022610 FOLHA: 000000209

LIVRO: A000020 LIMOEIRO DO NORTE - CE

NOME SOCIAL XXXXXXXXXXXXXXXX

T. ELEITOR 082871890728

CTPS XXXXXXXXXXXXXXXX

SÉRIE XXXX

UF XX

INSCRIÇÃO 251312080707

IDENTIDADE PROFISSIONAL XXXXXXXXXXXXXXXX

CERT. MILITAR XXXXXXXXXXXXXXXX

CNH XXXXXXXXXXXXXXXX

702408579112327

ASSINATURA DO DIRETOR

Poliana Gonçalves Duarte

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

POLEGAR DIREITO

2ª VIA



2º Via

Nº de inscrição:

0015616851

DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

End. Leitura: RUA ANTONIO MONTEIRO, 4671, CENTRO

Cidade: TABULEIRO DO NORTE

CEP: 62.960-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 003

Setor: 006

Quadra: 0326

Lote: 0070

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A18N176843	175	190	15	14

DATAS

Leitura Atual: 21/10/2019

Emissão: 20/11/2019

Lacre Água: 3781852

Leitura Anterior: 20/09/2019

Próxima Leitura: 21/11/2019

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 09/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	032	032	010	032	032
Analisadas	033	033	033	033	033
Em conformidade	033	033	033	033	033

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2018, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores. Agradecemos sua pontualidade. Agua tratada e saude.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)

HISTÓRICO DE VOLUME

AGUA	Valor (R\$)	Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
MULTA DE 2%	1,13	SET/2019	13	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,93			

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição

Valor (R\$)

SUBSÍDIO

Descrição

Valor (R\$)

MÊS/ANO

10/2019

VENCIMENTO

06/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

68,51

ONDE PAGAR SUA FATURA

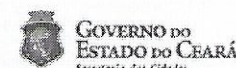
Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros: PagFacil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0015616851

Código de Responsável:

Mês/Ano: 10/2019

Local: 003

Setor: 6

Quadra: 0326

Lote: 0070

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: TABULEIRO DO NORTE

Vencimento: 06/11/2019

Total (R\$): 68,51

82690000000-9 68510009900-9 01561685100-0 03000131025-6



EMIÇÃO : UN-BBJ 20/11/2019 08:48:52



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE
Impresso nº 2020403165

fls. 13



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 555 - 421 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/07/2020 11:18:19**
Data / Hora da Ocorrência: **30/08/2018 11:40:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT MOITA VERDE, ZONA RURAL - TABULEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCILEUDO DA SILVA LIMA**
Nascimento: **08/03/1995** CPF: **063.445.663-61**
RG: **20081826375** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **LENIRA RIBEIRO DA SILVA**
FRANCISCO EUDES LIMA
Endereço: **SITIO MOITA VERDE**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **TABULEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98152-6407**

Noticiante(s)

Nome: **LEURILENE DA SILVA LIMA**
Nascimento: **12/03/1996** CPF: **055.597.653-09**
RG: **20073590074** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **LENIRA RIBEIRO DA SILVA**
FRANCISCO EUDES LIMA
Endereço: **SITIO MOITA VERDE**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **TABULEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99685-4847**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OCI5521 Uf: CE Município: TABULEIRO DO NORTE Chassi: 9C2JC4120BR527423 Renavam: 313098026 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN ES Ano Fabricação: 2011 Ano Modelo: 2011 Combustível: GASOLINA Cor: PRETA Proprietário: JOSE RIBEIRO DA SILVA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Informa a noticiante que ia conduzindo o veículo de placa OCI-5521/CE e na garupa ia o seu irmão FRANCILEUDO DA SILVA LIMA quando o pneu da moto deslizou no "barranco de barro" que tinha no meio da estrada "carroçal" vindo a se desequilibrar e colidir com um poste; QUE; a noticiante não teve nada de grave, mas seu irmão FRANCILEUDO DA SILVA LIMA teve fratura exposta em coxa direita e mão direita, tendo sido socorrido pelo SAMU para o Hospital São Raimundo em Limoeiro do Norte e de lá foi transferido para o IJF em Fortaleza, onde se submeteu a cirurgia. E nada mais disse e lhe foi perguntado.///

Leurilene da Silva Lima

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA GONCALVES DE GOIS FERREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 12/11/2020 às 11:00, sob o número 02647058020208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 02647058020208060001 e código 7AF52B.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE

Impresso nº 2020403165

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 555 - 421 / 2020****DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :***Linamária de Melo Oliveira***LINAMÁRIA DE MELO OLIVEIRA - MAT.: 30089510****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Franciele da Silva Lima***VISTO DO DELEGADO(A) :***[Assinatura]*
VICENTE DESSOTO CAVALCANTI - MAT.: 30120426*Franciele da Silva Lima*



RECEITUÁRIO

Nome: Francoise da Silva Lima BE/Prontuário: _____

- SOLICITAÇÃO
- FISIOTERAPIA P/ MÃO DIREITA
 - TUSTIF.: PGF-OP TENDÃO DE FIXAÇÃO DE FIBRAS DA FAL. MÓDIA DO 3º QUADRANTE DM.

Data: 24/10/18

Dr. Yuri Nobrega Rocha
Médico Residente
Cirurgia Plástica
CRM 1402

Assinatura e Carimbo do Médico

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

MA 000.303 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (140x210).



CENTRO DE SAÚDE
MÃE MARIA

RELATÓRIO ORTOPÉDICO

NOME: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO EM 30/08/2018, COM FRATURA EM MÃO DIREITA E EM DIAFISE DO FÊMUR DIREITO, SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSINTESE) DE AMBAS AS FRATURAS.

ATUALMENTE, EVOLUI COM DOR RESIDUAL EM COXA DIREITA COM MARCHA CLAUDICANTE ASSOCIADO A RIGIDEZ EM FLEXO EM 3º QUIRODÁCTILO DIREITO.

O PACIENTE APRESENTA SEQUELA DEFINITIVA DE FRATURA EM MÃO DIREITA COM DÉFICIT FUNCIONAL (50%) EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO E SEQUELA DE FRATURA DO FÊMUR COM PREJUÍZO FUNCIONAL (50%) EM MEMBRO INFERIOR DIREITO, ESTÁNDÓ EM ALTA DO SEGUIMENTO AMBULATORIAL.

TABULEIRO DO NORTE – CEARÁ, 01 DE SETEMBRO DE 2020

Eduardo de A. Carrari
Traumatologia / Ortopedia
CREMEC 11.458 / RQE 9.239

DR EDUARDO DE ARAÚJO CARRARI

ORTOPEDIA/ TRAUMATOLOGIA

CREMEC: 11.458

RQE: 9.239



Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA 35420020207

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: Franciscando da Silva Lima Prontuário Nº _____

Sexo: M ☒ F ☐ Idade: _____ Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento:

Acidente com moto de colisão moto - poste
fratura exposta em coto D e mão

Resultado de Exames:

Rx de sincope no local. Glesper 15
RA = 100 x 60 mmHg Dx = 160
FC = 72 bpm FR = 16 mmHg

Conduta já Realizada:

Exame físico em 100% Fm / Diclofenaco 75

Impressão Diagnóstica: Politraumatismo CID: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

Agendamento

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐

Especialidade: _____ Profissional: _____

Unidade de Saúde: _____ Data ____/____/____ Hora ____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

NOME: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Idade: _____

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta ____/____/____

Resumo Clínico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico: _____ CID: _____

Conduta Realizada:

Proposta de Conduta para Seguimento:

O problema justificou a referência?

☐ SIM

☐ NÃO

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Impressão: 30/08/2018 13:32

Página 1

v20180002

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 083668	Atendimento 0001	Nome do Paciente FRANCILEIDO DA SILVA LIMA	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 063.445.663-61		Identidade: 20081826375	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 08/03/1995	Local LIMOEIRO DO NORTE/CE	Idade 23 Ano(s)		
Pai FRANCISCO EUDES LIMA		Mãe LENIRA RIBEIRO DA SILVA		
Endereço SÍTIO MOITA VERDE, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 62960-000	Município TABULEIRO DO NORTE	UF CE
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Cônjugue		
Responsável LENIRA RIBEIRO DA SILVA	CPF do Responsável	Endereço SÍTIO MOITA VERDE, SN	Município TABULEIRO DO NORTE	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 30/08/2018	Hora 13:32	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento FRANCISCO RONNEY BOUTALA LOPES		CRM/UF 10684/CE	Tipo Atendimento CONSULTA CLINICA	
Indicador de Acidente		Funcionário ALANA JESSICA DE OLIVEIRA		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação 30/08/2018	às 14:38 hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito	

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
			72	16	100x60	97	160

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

paciente vítima de colisão
moto - poste (o/capote),
teve episódio de síncope no
local c/ fratura exposta em
coxa D e mo D.

AR: MVL em HTD.

ABD: Flácido, indolor a palpacao
pupilos normais

af: ① Dicho processo 70% em
② Dexametasona 4mg
③ RT torot PA
④ SV
⑤ Dicho processo 70% em
⑥ Dexametasona 4mg
⑦ RT torot PA
⑧ SV
⑨ Dicho processo 70% em
⑩ Dexametasona 4mg
⑪ RT torot PA
⑫ SV

FRANCISCO RONNEY BOUTALA LOPES - CRM: 10684

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: LENIRA RIBEIRO DA SILVA



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. **FRANCILEUDO DA SILVA LIMA**, portador do RG n.º 2008182637-5, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 063.445.663-61, dia 30/08/2018, às 12h20, Município de Tabuleiro do Norte-CE, na localidade de Mata Verde, zona rural, próximo a ponte da Mata Verde, vítima de acidente de trânsito, colisão entre motocicleta e poste, sendo removido para o **Hospital Regional Doutor Deoclécio Lima Verde** e em seguida para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 02 de janeiro de 2020.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



Prefeitura de
Fortaleza

IJF

INSTITUTO DE JUDICIA

ATESTADO MÉDICO

NOME: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE SUPRACITADO ESTA INTERNADO NO IJF DESDE DIA 30/08/2018 POR FRATURA FEMUR DIREITO NO AGUARDANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO DEFINITIVO SEM PREVISAO DATA ATE O MOMENTO.

CID: S72

Fortaleza, 04 DE SETEMBRO de 2018.

Assinatura e Carimbo Médico

*Francilene
Med. P. Odont
Ortodontologia
CRM 10.176*

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA GONCALVES DE GOIS FERREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 12/11/2020 às 11:00, sob o número 02647058020208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0264705-80.2020.8.06.0001 e código 7AFE52C.



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA / RELATÓRIO DE ALTA

Paciente: FRAUCILTON DA SILVA LIMA Prontuário: 5548443

Data de Nascimento: / /

Data da Internação: / /

Motivo da Internação: POLITRAUMA

RESUMO CLÍNICO SETORIAL - UNIDADE: LEITO: Internação Unidade: / /

Diagnóstico Principal: FEMUR DO 3º QUADRANTE (D)

Diagnósticos Secundários:

Procedimentos Cirúrgicos: () Não (X) Sim

Cirurgia(s) realizada(s): FIXAÇÃO DO FEMUR

Resumo de Alta / Transferência:

FIXAÇÃO DO FEMUR DA FEM. MÉDIA DO 3º QDD. VESTIMENTAS FRO
DO KIRCHNER. ALTA EM BOM ESTADO GERAL

Comorbidades apresentadas:

Transferência:

☐ UTI ☐ Unidade ☐ CTQ ☐ Risco ☐ Transferência Externa ☐ Óbito

Orientações de Alta (Setorial): Realizar sessões de fisioterapia. Após término
das sessões, marcar retorno ao Ambulatório da CM PHS

Retornar ao Ambulatório: () Não (X) Sim Ambulatório: APÓS Data: / /

Data: 24 / 10 / 18

Dr. Yuri Nóbrega Rocha
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura do Médico / CRM

RESUMO CLÍNICO SETORIAL - UNIDADE: LEITO: Internação Unidade: / /

Diagnóstico Principal:

Diagnósticos Secundários:

Procedimentos Cirúrgicos: () Não () Sim

Cirurgia(s) realizada(s):

Resumo de Alta / Transferência:

Comorbidades apresentadas:

Transferência:

☐ UTI ☐ Unidade ☐ CTQ ☐ Risco ☐ Transferência Externa ☐ Óbito

Orientações de Alta (Setorial):

Retornar ao Ambulatório: () Não () Sim Ambulatório: Data: / /

Data: / /

Assinatura do Médico / CRM

FOLHA



Paciente: **FRANCILEUDO DA SILVA LIMA** Prontuário: : **5578443**

Data de Nascimento: **09/03/1995** Data da Internação: **30/08/18**

Motivo da Internação: _____

RESUMO CLÍNICO SETORIAL - UNIDADE: 21 LEITO: 08

Diagnóstico Principal: **FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DIREITO**

Diagnósticos Secundários: _____

Procedimentos Cirúrgicos: () Não (X) Sim

Cirurgia(s) realizada(s): _____

Resumo de Alta

PACIENTE VITIMA DE FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DIREITO + FX EXPOSTA DE 3 FALANGEANAS MEDIAS DE MÃO

- **MÃO TRATADA POR CIRURGIA PLASTICA**

21/08 DR GUILHERME COLARES: HASTE INTRAMEDULAR FÊMUR DIREITO

Comorbidades apresentadas: _____

☒ Alta Hospitalar ☐ Óbito

Orientações de Alta Hospitalar: **_ORIENTACOES/MOBILIZAR JOELHO E QUADRIL DIREITO/**

FAZER USO DE SINTOMATICOS SE NECESSARIO/RETORNO AMBULATORIAL 15 DIAS _____

Condições de Alta: ☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Inalterado

Retornar ao Ambulatório: () Não (X) Sim Ambulatório: **_DR GUILHERME COLARES** _____ Data: **15 DIAS**

Data: **_19** / **_10** / **_18**

Assinatura do Médico / CRM



Prefeitura de
Fortaleza

IJF

INSTITUTO DE JUS

ATESTADO MÉDICO

NOME: : FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE SUPRACITADO
NECESSITA DE AFASTAMENTO DE ATIVIDADES LABORAIS POR 120 DIAS
DEVIDO MOTIVO DE DOENÇA.

CID: S72

Fortaleza, 19 DE OUTUBRO de 2018.

[Faint circular stamp and handwritten signature]

Assinatura e Carimbo Médico

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA GONCALVES DE GOIS FERREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 12/11/2020 às 11:00, sob o número 02647058020208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0264705-80.2020.8.06.0001 e código 7A1FE52C.



NOME: FRANCILEUDO DA SILVA LIMA

LAUDO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o paciente supracitado está sendo acompanhado no ambulatório de Traumatologia do IJF por fratura de fêmur direito.

Paciente foi submetido a tratamento cirurgico do femur, com haste..

Paciente, no momento, com dores residuais, em reabilitação fisioterapica

Paciente segue em acompanhamento ambulatorial, no IJF, sem previsão de alta definitiva.

CID : S72;

FORTALEZA – CE, 04 DE JANEIRO DE 2019.



(/)

Buscar no site

A COMPANHIA

SEGURO DPVAT

PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento)

CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS

SALA DE IMPRENSA

TRABALHE CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200246165 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCILEUDO DA SILVA LIMA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO FRANCILEUDO DA SILVA LIMA
CPF/CNPJ: 06344566361

Posição em 11-11-2020 11:14:03

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R\$00.000,00
Juros e Correção: R\$00.000,00
Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
10/08/2020	R\$ 3.037,50	R\$ 0,00	R\$ 3.037,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
21/10/2020	REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT	 (https://apiconsultadossie.seguradoralider.com.br/api/file/download/Ri+EaBgRIKWQ87Q____(api_key=mZtaCj8v73kqerMh3i2V4nMFqkj9yarledcXdcS6tck=)
08/10/2020	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	 (https://apiconsultadossie.seguradoralider.com.br/api/file/download/o1oi8h28IKgmg2K4WK(api_key=mZtaCj8v73kqerMh3i2V4nMFqkj9yarledcXdcS6tck=)

19/09/2020	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 (https://apiconsultadossie.seguradoralider.com.br/api/file/download/VZ4DvfqeMW71Vrr7GDfZapi_key=mZtacj8v73kqerMh3i2V4nMFqkj9yarledcXdc6tck=)
05/09/2020	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	 (https://apiconsultadossie.seguradoralider.com.br/api/file/download/514PeSgule+3AhJR5p5api_key=mZtacj8v73kqerMh3i2V4nMFqkj9yarledcXdc6tck=)
31/07/2020	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	 (https://apiconsultadossie.seguradoralider.com.br/api/file/download/YMkThgtBDOP7DmVxCapi_key=mZtacj8v73kqerMh3i2V4nMFqkj9yarledcXdc6tck=)
14/07/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://apiconsultadossie.seguradoralider.com.br/api/file/download/26qUlkdWwUwbj2+EiQapi_key=mZtacj8v73kqerMh3i2V4nMFqkj9yarledcXdc6tck=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?

l=pt&ls=1&mt=8)



(https://play.google.com/store/apps/details?

id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao>)
l%C3%ADder-
dpvat)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)