



12

PROCURAÇÃO
"AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: Ronaldo Cavalcante Fonseca

RG: 96015066228 SSP

CPF: 005279623-09

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Solteiro

Profissão: moto-taxi

Residente e domiciliado: Rua Riso do Prado 519 João XXIII

Cidade: Fortaleza Estado: Ceará CEP:

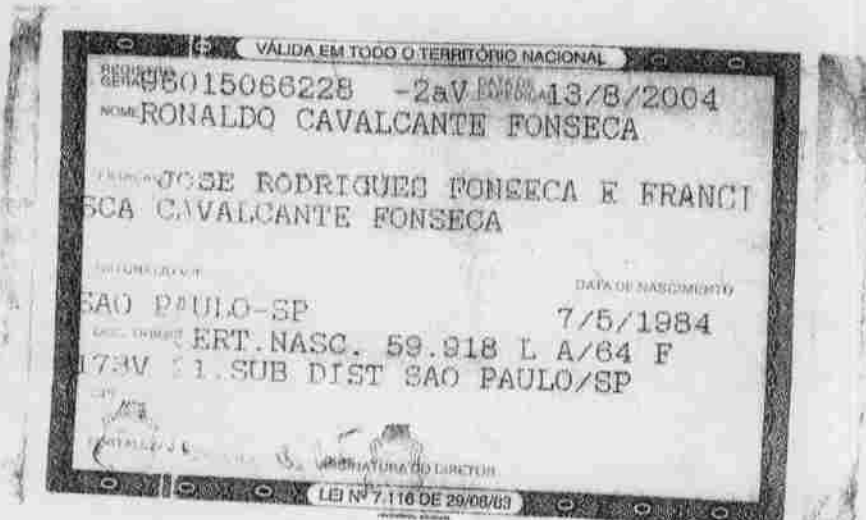
OUTORGADO: Dr. Daniel Farias Porto, brasileiro, casado, advogado, OAB-CE nº 20334, com escritório na cidade de Fortaleza-Ce, na Rua Bolivar Pinto Bandeira nº 237, Bairro Luciano Cavalcante, Fortaleza-Ce, CEP 60811-310.

Pelo presente instrumento particular de **PROCURAÇÃO**, o **outorgante** nomeia e constitui seu bastante procurador o **outorgado**, para o fim especial de agir judicialmente em ação de seu interesse, a fim de defender seus direitos perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ou respondendo ação judicial em que o **outorgante** figure em qualquer dos pólos, podendo responder, reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim convier, praticando todos os atos necessários ao satisfatório desempenho deste mandato dando tudo por firme e valioso.

Fortaleza, 04 de Outubro de 2011

x Ronaldo Cavalcante Fonseca
OUTORGANTE

13
2





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

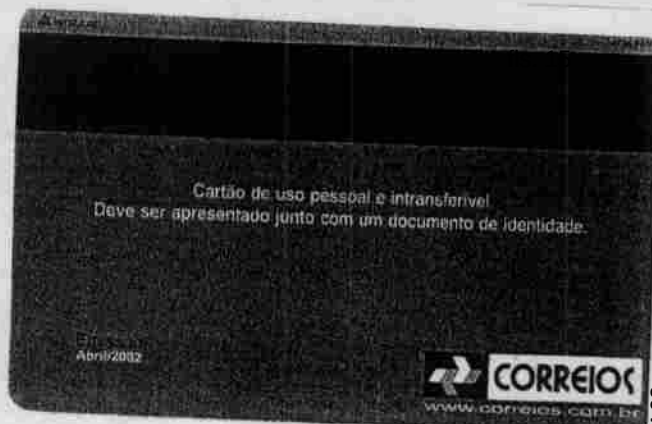
CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição

005.279.623-09

RONALDO CAVALCANTE FONSECA

Data de nascimento
07/05/1984



24

DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, Ronaldo Cavalcante Fonseca, RG nº 96015 066 228.
e CPF nº 005.279.623-09, declaro que resido na Rua
PV. Situação Bairro Lagoa do Meio do
município de General Sampaio, CEP nº 62 731-000.

Declaro também que não possuo comprovante de endereço e que a presente declaração atende a Circular DPVAT-SIN 043/2005 de 08 de Agosto de 2005.

Fortaleza/CE, 10, 09, 2014.

Atenciosamente,

x Ronaldo Cavalcante Fonseca
Assinatura do Declarante

16

DECLARAÇÃONOME: *Ronaldo Cavalcante Fonseca*CPF: *005 279 623 -09*ESTADO CIVIL: *solteiro*PROFISSÃO: *moto-taxi*

Declaro de acordo com o art. 1º da lei 7115/83 c/c art.14, § 1º da lei 5584/70, não ter condições financeira de arcar com custas judiciais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio e da minha família, sendo beneficiário da **GRATUIDADE DE JUSTIÇA**, indicando para o patrocínio de minha causa o advogado em **PROCURAÇÃO**.

Fortaleza/Ce, 04 de Outubro de 2011.*x Ronaldo Cavalcante Fonseca*



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 6. DISTRITO POLICIAL

fls. 18

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 106 - 6898 / 2011

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **19/08/2011 09:19:49**
Data / Hora da Ocorrência : **27/05/2010 19:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV GENERAL OSORIO DE PAIVA
BOM JARDIM FORTALEZA /CE**
Ponto de Referência: **PONTE DO BOM JARDIM**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RONALDO CAVALCANTE FONSECA**
Nascimento : **07/05/1984**
OUTROS: **056456910728** Órgão Emissor: **ZONA 50 UF: CE - CPF:**
Filiação: **JOSÉ RODRIGUES FONSECA**
FRANCISCA CAVALCANTE FONSECA
Endereço: **R RISO DO PRADO 519
BONSUCESSO
FORTALEZA CE BRASIL** Telefone: **32562475**

Histórico

Afirma a vítima que na data, local e hora acima citada, vinha pilotando a MOTOCICLETA, MARCA HONDA/CG 125 FAN KS, COR PRETA, DE PLACAS NQW-3527-CE/FORT., ANO/MOD. 2009/2009, CHASSI 9C2JC4110AR006393, de propriedade de JOANA ANGELICA SILVA DA CRUZ, quando tentou desviar de um pedestre, caiu da aludida motocicleta, vindo a fraturar a CLAVICULA; QUE a vítima foi socorrida para o FROTINHA DE PARANGABA. E nada mais disse.///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 6. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

MATRÍCULA: 97122-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Ronaldo Cavalcante Fonseca

VÍTO DO DELEGADO(A) : _____

Antônio Paulo da Silva
Escrivão de Polícia Civil
MAT - 97.122

Paulo César Cavalcante de Andrade
Delegado de Polícia
Mat.: 14377



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 5.º DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 105 - 8386 / 2010

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS

Data / Hora da Comunicação: 29/05/2010 14:31:05

Data / Hora da Ocorrência: 26/05/2010 19:00:00

Endereço da Ocorrência: AV OSÓRIO DE PAIVA

SIQUEIRA FORTALEZA / CE

Ponto de Referência: PONTE DO BOM JARDIM

CARTÃO CAVALCANTE FILHO
Rua 7 de Setembro, 209
Fone: 3225-4541
Fax: 3245-1908

A presente cópia confere com o original
Dou fé. Em test. da verdade.
Parangaba, Fortaleza-Ceará.

01 JUN. 2011

Selo de Autenticidade
JORNAL DE JUSTIÇA DO
ESTADO DO CEARÁ

Bel. Jorga Ribeiro Cavalcanti-Ofic. Substitua
Nadia Valença Cavalcanti-Ofic. Substitua
Aguilda Maria Pereira Cavalcanti-Ofic. Substitua
Valença Diogo de Sousa Cavalcanti-Ofic. Substitua
Cilene Lima da Costa Cavalcanti-Ofic. Substitua
Regina Márcia de Guis Cavalcanti-Ofic. Substitua

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: RONALDO CAVALCANTE FONSECA

Nascimento: 07/05/1984

RG: 96015066228 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 00527962309

Filiação: JOSÉ RODRIGUES FONSECA

FRANCISCA CAVALCANTE FONSECA

Endereço: R RISO DO PRADO 519

JOÃO XXIII

FORTALEZA CE BRASIL

Telefone: 3233-1622

Histórico

A NOTICIANTE AFIRMA QUE TOMOU CONHECIMENTO DE QUE SEU FILHO RONALDO CAVALCANTE FONSECA, TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA, PLACAS NQW 3527, QUANDO AO TENTAR DESVIAR DE UM SENHOR QUE ATRAVESSOU A PISTA, VEIO A CAIR E MACHUCOU A CAVÍCULA: QUE NA OCASIÃO FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL GOMES DA FROTA, ONDE FOI ATENDIDO E ENCONTRA SE ATÉ A DATA PRESENTE, E NADA MAIS DISSE.////

A noticiante retornou a esta delegacia do 5º Distrito Policial, no dia 28 de maio de 2011, portando a carta nº DEA/DPV/033323/2011 - Analista JFCL, requerendo a retificação do presente boletim de ocorrência, de modo que lhe seja dada a" cópia AUTENTICADA pela Delegacia do Registro de Ocorrência Policial nº 105-8386/2010, assinado e carimbado pela autoridade policial, descrevendo a mecânica do acidente, constando o(s) nome(s) completo(s) da(s) vítima(s), informando claramente a data do acidente e dados (placa, chassis e nome do proprietário) do(s) veículo(s) envolvidos, uma vez que o enviado não encontra-se autenticado": QUE conforme o CRLV (Certificado de registro de licenciamento) apresentados pela noticiante o Número do Chassi: 8-0CJC4110AR006339, Placa: NQW3527,

Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN K5, Ano de Fabricação: 2009, Ano do Modelo: 2010/ (proprietário: JOANA ANGELICA SILVA DA CRUZ; QUE quanto ao nome da vítima esta encontra-se devidamente qualificada como VÍTIMA no corpo deste boletim de ocorrência; QUE quanto a mecânica do acidente, esta consta acima; QUE quanto a data e o local, esta consta nos dados da ocorrência no corpo deste boletim de ocorrência; QUE quanto a autenticação, registre-se que este boletim de ocorrência é uma documento consignado por um escrivão de polícia dotado de fé pública, como consta no campo responsável pelo registro, assim não há necessidade de cópia autenticada pela delegacia, pois a delegacia dá o boletim de ocorrência original (documento original) autenticado pela assinatura do escrivão de polícia. Nada mais disse.\\

Francis ca -



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 5. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 105 - 8386 / 2010

Notificante(s)

Nome: FRANCISCA CAVALCANTE FONSECA

Endereço: R RISO DO PRADO 519

Bairro: JOÃO XXIII

Município/UF: FORTALEZA CE BRASIL

Telefone: 32331622

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 5. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 198194-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: +

VISTO DO DELEGADADO: *[Assinatura]*

Francisca Cavalcante Fonseca.
Danielle S. Mendonça de Paula
Delegada de Polícia
Mat. 198430-1-7

CARTÃO CAVALCANTE FILHO Rua 7 de Setembro, 209 Fone: 3225-4541 Fax: 3245-1908	A presente cópia confere com o original. Dou fe. Em test. <i>[Assinatura]</i> Parangaba, Fortaleza - Ceará.	Solo de Autenticidade TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ
	01 JUN 2010 BLIO 03 AUTENTICACAO Nº F1673 64	
Bel. Jorge Ribeiro - Escrivão Oficial Nadia Valecha B. A. Cavalcanti - Substituta Aguida Maria Pereira de Oliveira - Esc. Autorizada Valeska Diogo de Sousa - Escrivente Autorizada Cilene Lima da Costa - Esc. Autorizada Regina Marcia da Guia Farias - Esc. Autorizada		



FICHA DE INTERNAMENTO

Agente de trânsito

Nome: Ronaldo Cavalcante Foneca Dt Nascto: 07/05/1984
 Idade: 26 Cor: branca Sexo: masculino Est. Civil: solteiro
 Nome da Mãe: Franisca Cavalcante Foneca Profissão: Moto Taxi
 Endereço: Rua Rio do Norte, 519
 Bairro: Monte Securo Cidade: Fortaleza - CE Telefone: 3233-1622
 RG: 96015066228 CPF: 005.279.623-09 Naturalidade: São Paulo - SP
 Data de Admissão: 27/05/10 Hora de Admissão: 18:30 Alta Hospitalar: 29/05/10

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Aparentemente Bem ☒ Regular ☐ Agitado ☐ C/Hemorragia ☐ Politraumatizado ☐
 Em convulsão ☐ Chocado ☐ Regular ☐ C/Dispneia ☐ Outros ☐
 Alega Acidente de Trabalho Sim ☐ Não ☒

Temp. _____ Respiração _____ Pulso _____ P.A. _____

Diagnóstico Inicial

Fratura de fêmur

Resultado

☐ Nenhum ☐ Transferido
☐ Melhor ☐ Curado
☐ Falecido ☐ Ad. Para Diagnóstico

Diagnóstico Definitivo

Fratura de fêmur

Em caso de Falecimento, Causa Morte.

Primária: _____
 Secundária: _____

História Clínica

Pré-morbo

Descrição da Intervenção

Tomografia

Exames Complementares

R

Descrição da Anestesia

Cirurgião: _____

Auxiliar: _____



DATA: 28/05/10



BOLETIM DE ORDENS MÉDICA E TRATAMENTO

NOME: Ronaldo Cavalcante Figueira / Fratura de Clavícula E.

LEITO Nº: 08

CONVÊNIO: DPVAT

DATA	EVOLUÇÃO	DIETA E OUTRAS ORDENS
28.05.10	Paciente encaminhado a C.C.	
21.01	Paciente, O, 26a. Pensiente. Orientado, verbalizando AVP em MSD, boa perfusão. Eupneico, afebril, diurese espontânea, última evacuação dia 28.05 pela manhã. — Inf. <u>Edra de Fátima</u> - COREN- 6.682.	
29.05.10	Paciente, sexo M, 26a, evolui consciem- te, orientado, verbalizando neces- sidades. Aceita dieta oferecida. Realizada limpeza de curativo, dilação em sítio cirúrgico com SFO, 9/ e provido tópico, gaze e atadura esteril. Presença moderada de resecção sangüínea em sítio cirúrgico. Relata que não comilou o sono a noite. Eliminações fisiológicas presentes sem queixas algicas no momento. Aguardando alta hospitalar. — Inf. <u>Carina</u>	



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL - IV
HOSP. DISTRITAL M^o JOSÉ B. DE OLIVEIRA
PARANGABA
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL



REC 07080128



RONALDO CAVALCANTE FONSECA

RUA RISO DO PARDO 519

Pai: JOSE RODRIGUES FONSECA

Masculino Dt. Nascimento: 07/05/1984 Solteiro

BOM SUCESSO

FORTALEZA

Mãe: FRANCISCA CAVLCANTE FONSECA

Naturalidade: SAO PAULO

Data da Entrada: 27 / 05 / 2010 Hora da Entrada: 10 : 18

EMERGENCIA TRAUMATOLOGIA

Uma
Esta é uma emergência
de natureza
traumática.
Data: 08/04/2011

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		VERMELHO ☐	AMARELO ☐	VERDE ☐	AZUL ☐
PARECER / ENFERMAGEM					
VIAS RESPIRATÓRIAS / RESPIRAÇÃO					
☐ PERVA	☐ OBSTRUÍDA	☐ SIMÉTRICA	☐ ASSIMÉTRICA	☐ SEM DESCONFORTO	☐ COM DESCONFORTO
MURMÚRIO VESICULAR					
☐ NORMAL	☐ DIMINUIDO	☐ DIREITO	☐ ESQUERDO	☐ ESTERTORES	☐ DIREITO
CIRCULAÇÃO					
Cor da Pele	☐ ROSADAS	☐ PÁLIDAS	☐ RUBORIZADAS	PULSOS	☐ NORMAL
☐ ICTERICAS	☐ ACIMZENTADAS	☐ CIANÓTICAS	☐ DIMINUIDO	☐ AUMENTADO	☐ AUSENTE
SINAIS VITAIS					
PA	FC	FR	TEMPERATURA:		
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA / Escala de Coma de Glasgow					
ABERTURA OCULAR (O)		MELHOR RESPOSTA MOTORA (M)		MELHOR RESPOSTA VERBAL (V)	
ESPONTÂNEA	4	OBEDIÇÃO COMANDOS	6	ORIENTADA	5
A ESTÍMULO VERBAL	3	LOCALIZAÇÃO	5	CONFUSO	4
A ESTÍMULO DOLOROSO	2	EXTENSÃO ANORMAL (DEGORTICAÇÃO)	4	PALAVRAS INAPROPRIADAS	3
SEM RESPOSTA	1	EXTENSÃO (DEGORTICAÇÃO)	3	SEM RESPOSTA	2
		SEM RESPOSTA (PLACIDO)	2		
			1		
PUPILAS					
☐ ISOCÓRICAS	☐ ANISOCÓRICAS	☐ MIDRIASE	☐ MIDOSE		
MOTIVO DO ATENDIMENTO					
SAOT - EXAMES COMPLEMENTARES					
1 ☒ RAIO X	2 ☐ ULTRASSOM	3 ☐ SANGUE	4 ☐ URINA	5 ☐ ECG	6 ☐ OUTROS
DIAGNÓSTICO					
CÓDIGO					
PARECER / CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS					
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO					
José Facundo Neto					
Traumato - Ortopedista					
CRM: 4364					
CÓDIGO					
ASSINATURA E CARIMBO					
SOLICITAÇÃO DE GESSO					
NOME DO PACIENTE:					
☐ ADULTO	☐ CRIANÇA	☐ BOTA	☐ PINÇONETE	☐ AXILAR PALMAR	☐ OITO GIBSSADO
REGISTRO Nº					
10/081128					
Este é um Hospital Público, cuja missão é realizar atendimento de Urgência e Emergência, integralmente GRATUITO, aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS					



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

Antonio Paulo da Silva, Escrivão de
Polícia Civil, no uso de suas atribuições legais,
etc...

CERTIFICA, para os devidos fins e para que possa surtir seus efeitos legais
junto a quem de direito, que apenas possuem INSTITUTE DE MEDICINA LEGAL
as seguintes Cidades: FORTALEZA, SOBRAL, QUIXERAMOBIM, JUAZEIRO DO
NORTE, TAUÁ, LMOEIRO DO NORTE, IGUATU E CANINDÉ.

O REFERIDO É VERDADE. DOU FÉ. Eu Antonio Paulo da Silva, Escrivão de
Polícia, que o digitei e assino.///

Fortaleza, em 03 de dezembro de 2010


Antonio Paulo da Silva
Escrivão de Polícia
Mat. 97.122

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (PARCIAL OU TOTAL)

Nome do Paciente RONALDO GUILHERME FONSECA	Nº Sinistro
--	-------------

DECLARAÇÕES MÉDICAS

Data do Acidente 27/05/2010	Data do Início do Tratamento Médico 27/05/2010
---------------------------------------	--

Nome Completo do Médico e CRM:
ANTONIO EUSEBIO TEIXEIRA ROCHA - 4774

Lesões Resultantes do Acidente:
FRATURAS NO OMBRO ESQUERDO COM FRATURA FECHADA DIÁFISE HUMERAL

Tratamento Realizado (Datas):
CHIRÚRGICO - FIXAÇÃO IMOBILIZADOR - DR. SONOLIN LUCIANO

Existe Alguma Deficiência ou Doença Pré-existente? [] SIM [X] NÃO, se SIM, descrever:
ENCURTAMENTO DE ALTA DEFINITIVA

A Invalidez Constatada é [] Temporária ou [X] Permanente?

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar Órgão, Membro ou Sentido atingido)

Segmento Anatômico ou Órgão Atingido	Grau de Invalidez (%)
1º MÚLCULA HUMERAL COM FRATURAS	
2º CÍNBULA CERVICAL HUMERAL AMBILATERAL	
3º SINAIS DE DOR NEUROLÓGICA	
4º LIMITAÇÃO MOVIMENTOS OMBRO ESQ	
5º ATROFIA DA MUSCULATURA	40%

INFORMAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO E AVALIAÇÃO MÉDICA

Relacionamento com o Paciente Devido ao Tratamento e Acompanhamento [] ou para Avaliação Médica Após
 Término do Tratamento [] Especifique a Data do Tratamento **1/04/08**
 Local e Data da Avaliação **FORTELEZA 02/08/11**

Dr. Antônio Eusebio Teixeira Rocha
ORTOPEDISTA
CRM-CE 4774

ANEXAR DOCUMENTAÇÃO MÉDICO-HOSPITALAR

Assinatura da Vítima	Local	Data
----------------------	-------	------

26

Regdata - Andamento do processo 7915 para vítima Ronaldo Cavalcante Fonseca

De: **Regdata** (controle@regdata.com.br)
Enviada: sexta-feira, 23 de setembro de 2011 16:02:31
Para: FARIAS (Jose Wilson Gomes Farias) (josefariasflamengo@hotmail.com); FARIAS (Jose Wilson Gomes Farias) (helenitafeitosa11@gmail.com)
Cc: Regdata (controle@regdata.com.br)

Prezado cliente,

segue abaixo o andamento realizado no seu processo na Regdata:

Processo: 7915
Sinistro: 2011345514
Natureza: Invalidez
Vítima: Ronaldo Cavalcante Fonseca

Andamento:

Pagamento previsto para 26/09/2011 no valor de R\$ 1.687,50. Banco: 104 / Ag.: 01563- / Conta: 28284-3

Atenciosamente,

Regdata.

Essa é uma mensagem automática, por gentileza não há necessidade de respondê-la..

7915

maiel

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ronaldo Cavalcante Fonseca,
portador(a) da Identidade nº 96015066228 e inscrita no C.P.F sob o nº
005279623-09. Declaro para devidos fins que resido no endereço (Rua)
Rio do Prado 519
_____, (Complemento) _____ (Bairro) João XXIII,
(Cidade) Fortaleza (Estado) Ceará, CEP _____.

Declaro que as informações acima descritas são verdadeiras.

04 / 10 / 2011.

X Ronaldo Cavalcante Fonseca
Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 5. DISTRITO POLICIAL.

fls. 29

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 105 - 8386 / 2010

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: AMEAÇA
Data / Hora da Comunicação: 29/05/2010 14:31:05
Data / Hora da Ocorrência : 26/05/2010 19:00:00
Endereço da Ocorrência: AV OSÓRIO DE PAIVA
SIQUEIRA FORTALEZA /CE
Ponto de Referência: PONTE DO BOM JARDIM

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: RONALDO CAVALCANTE FONSECA
Nascimento : 07/05/1984
RG: 96015066228 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 00527962309
Filiação: JOSÉ RODRIGUES FONSECA
FRANCISCA CAVALCANTE FONSECA
Endereço: R RISO DO PRADO 519
JOAO XXIII
FORTALEZA CE BRASIL
Telefone: 3233-1622

Histórico

A NOTICIANTE AFIRMA QUE TOMOU CONHECIMENTO DE QUE SEU FILHO, RONALDO CAVALCANTE FONSECA, TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA, PLACAS NOW 3527, QUANDO AO TENTAR DESVIAR DE UM SENHOR QUE ATRAVESSOU A PISTA, VEIO A CAIR E MACHUCOU A CAVÍCULA: QUE NA OCASIÃO FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL GOMES DA FROTA. ONDE FOI ATENDIDO E ENCONTRA-SE ATÉ A DATA PRESENTE, E NADA MAIS DISSE.//////

Noticiante(s)

Nome : FRANCISCA CAVALCANTE FONSECA
Endereço : R RISO DO PRADO 519
Bairro : JOAO XXIII
Município/UF : FORTALEZA CE BRASIL, Telefone: 32331622

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: 

MATRÍCULA: 198194-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Cavalcanti Fonseca

VISTO DO DELEGADO(A): _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL - IV
HOSP. DISTRITAL M^o JOSÉ B. DE OLIVEIRA
PARANGABA
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL



REGISTRO Nº



RONALDO CAVALCANTE FONSECA

RUA RISO DO PARDO 519

Pai: JOSE RODRIGUES FONSECA

Masculino Dt. Nascimento: 07/05/1984 Solteiro

BOM SUCESSO

FORTALEZA

Mãe: FRANCISCA CAVALCANTE FONSECA

Naturalidade: SAO PAULO

Data da Entrada: 27 / 05 / 2010 Hora da Entrada: 10 : 18

EMERGENCIA TRAUMATOLOGIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO ☐

AMARELO ☐

VERDE ☐

AZUL ☐

PARECER / ENFERMAGEM

UIMA
Esta cópia confere
com a original.
DATA 08/04/2011

VIAS AÉREAS / RESPIRAÇÃO

☐ PERVA ☐ OBTURADA ☐ SIMÉTRICA ☐ ASSIMÉTRICA ☐ SEM DESCONFORTO ☐ COM DESCONFORTO TRAQUEIA NA LINHA MÉDIA ☐ SIM ☐ NÃO

MURMÚRIO VESICULAR

☐ NORMAL ☐ DIMINUIDO ☐ DIREITO ☐ ESQUERDO ☐ ESTERTORES ☐ DIREITO ☐ ESQUERDO

CIRCULAÇÃO

Cor da Pele ☐ ROSADAS ☐ PÁLIDAS ☐ RUBORIZADAS

PULSOS

☐ NORMAL ☐ AUMENTADO

SINAIS VITAIS

PA X

FC

FR

TEMPERATURA:

AValiação NEUROLÓGICA / Escala de Coma de Glasgow

AVERTURA OCULAR (O)

ESPONTÂNEA 4
A ESTÍMULO VERBAL 3
A ESTÍMULO DOLOROSO 2
SEM RESPOSTA 1

MOVIMENTO

4
3
2
1

MELHORA RESPOSTA MOTORA (M)

OBEDECE COMANDOS 5
LOCALIZAÇÃO 4
FLEXÃO NORMAL (RETIRADA) 3
FLEXÃO ANORMAL (DECORTICAÇÃO) 2
EXTENSÃO (DESCORTICAÇÃO) 1
SEM RESPOSTA (FLACID) 0

RESPOSTA

5
4
3
2
1
0

RESPOSTA VERBAL (V)

ORIENTADA 5
CONFUSO 4
PALAVRAS INAPROPRIADAS 3
SONS INCOMPREENSÍVEIS 2
SEM RESPOSTA 1

RESPOSTA

5
4
3
2
1
0

TOTAL

PUPILAS ☐ ISOCÓRICAS ☐ ANISOCÓRICAS ☐ MIDRIASE ☐ MIDSE

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Transtorno de ansiedade

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

1 ☒ RAIO X 2 ☐ ULTRASSOM 3 ☐ SANGUE 4 ☐ URINA 5 ☐ ECG 6 ☐ OUTROS

DIAGNÓSTICO

T. Nervoso de ansiedade

CÓDIGO *090 310 1A*

PARECER / CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

José Facundo Neto
Traumato - Ortopedista
CRM: 4364

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO

SOLICITAÇÃO DE GESSO

DATA

☐ ADULTO ☐ CRIANÇA

NOME DO PACIENTE

☐ BOTA ☐ CITO ☐ SARMENTO

RONALDO CAVALCANTE FONSECA
PINÇAGONEITEIRO ☐ AXILO PALMAR ☐
VELPEAU ☐ CITO GESSADO ☐

10/081128

REGISTRO Nº



Este é um Hospital Público, cuja missão é realizar atendimento de emergência e emergência, integralmente GRATUITO, aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS

CONDUTA:

1 - ALTA: ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ A REVELIA ☐ TRANSFERÊNCIA
☐ REMOVIDO PARA: _____ GUIA Nº _____

DATA E HORA DA ALTA: ____/____/____ HORA: ____:____:____

2 - OBSERVAÇÃO: (ATÉ 24 h) ☐ DATA E HORA DA ALTA: ____/____/____ HORA: ____:____:____

3 - INTERNAÇÃO ☐ Nº PRONTUÁRIO: _____

DATA E HORA DA INTERNAÇÃO: ____/____/____ HORA: ____:____:____

ASS. CARIMBO MÉDICO

4 - PARA ÓBITO ANTES DO 1º SOCORRO ☐ NÃO ☐ SIM DATA ÓBITO: ____/____/____ HORA ÓBITO: ____:____:____

DESTINO DO CORPO: 1 ☐ ENTREGUE À FAMÍLIA 2 ☐ I.M.L. 3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA 4 ☐ SVO

ASS. CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS. PACIENTE OU ACOMPANHANTE

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
- SEGURO DPVAT -

fls. 32
Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
www.seguradoralider.com.br

Nº DO SINISTRO:

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro Dpvt, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, RONALDO CAVALCANTE FONSECA

PORTADOR / A DO RG Nº 96015066228 EXPEDIDO POR SSP, EM 13/08/04 E

CPF 005279623-09 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO

Moto Taxi E RENDA MENSAL DE R\$ 1.100,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR

REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RONALDO CAVALCANTE FONSECA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

- A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☐ **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**

Nº BANCO _____ Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA-CORRENTE _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA-POUPANÇA _____

☒ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA 1563 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA-POUPANÇA 013 000 28284-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL FORTALEZA

DATA 01/06/2011

ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A Ronaldo Cavalcante Fonseca

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - Susep).
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Autorização de Pesquisa Médica

Autorizo, na qualidade de Beneficiário(a) / Representante Legal, que os médicos, hospitais e similares, IML e laboratórios, prestem todas as informações solicitadas pela área médica da Seguradora Líder DPVAT, bem como, forneçam cópias de exames, laudos e prontuários médicos, de acordo com os artigos 102 e 106 do Código de Ética Médica.

Assinatura Ronaldo Cavalcante Fonseca





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 5. DISTRITO POLICIAL

fls. 33

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 105 - 8386 / 2010

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: AMEAÇA
Data / Hora da Comunicação: 29/05/2010 14:31:05
Data / Hora da Ocorrência : 26/05/2010 19:00:00
Endereço da Ocorrência: AV OSÓRIO DE PAIVA
SIQUEIRA FORTALEZA /CE
Ponto de Referência: PONTE DO BOM JARDIM

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: RONALDO CAVALCANTE FONSECA
Nascimento : 07/05/1984
RG: 96015066228 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 00527962309
Filiação: JOSÉ RODRIGUES FONSECA
FRANCISCA CAVALCANTE FONSECA
Endereço: R RISO DO PRADO 519
JOÃO XXIII
FORTALEZA CE BRASIL. Telefone: 3233-1622

Histórico

A NOTICIANTE AFIRMA QUE TOMOU CONHECIMENTO DE QUE SEU FILHO, RONALDO CAVALCANTE FONSECA, TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA, PLACAS NOW 3527, QUANDO AO TENTAR DESVIAR DE UM SENHOR QUE ATRAVESSOU A PISTA, VEIO A CAIR E MACHUCOU A CAVÍCULA; QUE NA OCASIÃO FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL GOMES DA FRUTA, ONDE FOI ATENDIDO E ENCONTRA-SE ATÉ A DATA PRESENTE, E NADA MAIS DISSE.////

Notificante(s)

Nome : FRANCISCA CAVALCANTE FONSECA
Endereço : R RISO DO PRADO 519
Bairro : JOÃO XXIII
Município/UF : FORTALEZA CE BRASIL. Telefone: 32331622

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: 

MATRÍCULA: 198194-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisca Cavalcanti Fonseca

VISTO DO DELEGADO(A): _____



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 5.º DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 105 - 8386 / 2010

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **29/05/2010 14:31:05**
Data / Hora da Ocorrência: **26/05/2010 19:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV OSÓRIO DE PAIVA
SIQUEIRA FORTALEZA /CE**
Ponto de Referência: **PONTE DO BOM JARDIM**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RONALDO CAVALCANTE FONSECA**
Nascimento: **07/05/1984**
RG: **96015066228** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF: **00527962309**
Filiação: **JOSÉ RODRIGUES FONSECA
FRANCISCA CAVALCANTE FONSECA**
Endereço: **R RISO DO PRADO 519
JOÃO XXIII
FORTALEZA CE BRASIL** Telefone: **3233-1622**

Histórico

A NOTICIANTE AFIRMA QUE TOMOU CONHECIMENTO DE QUE SEU FILHO RONALDO CAVALCANTE FONSECA, TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA, PLACAS NQW 3527, QUANDO AO TENTAR DESVIAR DE UM SENHOR QUE ATRAVESSOU A PISTA, VEIO A CAIR E MACHUCOU A CAVÍCULA; QUE NA OCASIÃO FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL GOMES DA FROTA, ONDE FOI ATENDIDO E ENCONTRA-SE ATÉ A DATA PRESENTE, E NADA MAIS DISSE.///////

A noticiante retornou a esta delegacia do 5º Distrito Policial, no dia 28 de maio de 2011, portando a carta nº DBA/DPV/033323/2011 - Analista IFCL, requerendo a retificação do presente boletim de ocorrência, de modo que lhe seja dada a" cópia AUTENTICADA pela Delegacia do Registro de Ocorrência Policial nº 105-8386/2010, assinado e carimbado pela autoridade policial, descrevendo a mecânica do acidente, constando o(s) nome(s) completo(s) da(s) vítima(s), informando claramente a data do acidente e dados (placa, chassis e nome do proprietário) do(s) veículo(s) envolvidos, uma vez que o enviado não encontra-se autenticado"; QUE conforme o CRLV (Certificado de registro de licenciamento) apresentados pela noticiante o Número do Chassi é: 9C7HC4110AR006339, Placa: NQW3527.

Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS. Ano de Fabricação: 2009. Ano do Modelo: 2010/ Proprietário: JOANA ANGELICA SILVA DA CRUZ. QUE quanto ao nome da vítima esta encontra-se devidamente qualificada como VÍTIMA no corpo deste boletim de ocorrência; QUE quanto a mecânica do acidente, esta consta acima; QUE quanto a data e o local, esta consta nos dados da ocorrência no corpo deste boletim de ocorrência; QUE quanto a autenticação, registre-se que este boletim de ocorrência é uma documento consignado por um escrivão de polícia dotado de fé pública, como consta no campo responsável pelo registro, assim não há necessidade de cópia autenticada pela delegacia, pois a delegacia dá o boletim de ocorrência original (documento original) autenticado pela assinatura do escrivão de polícia. Nada mais disse. //

Francisca



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 5.º DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 105 - 8386 / 2010

Noticiante(s)

Nome: FRANCISCA CAVALCANTE FONSECA

Endereço: R RISO DO PRADO 519

Bairro: JOÃO XXIII

Município/UF: FORTALEZA CE BRASIL

Telefone: 32331622

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 5.º DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *h*

MATRÍCULA: 198194-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Francisca Cavalcante Fonseca*

VISTO DO DELEGADO(A): *a*

Danielle S. Mendonça de Paula
Delegada de Polícia
Mat. 198430-1-7



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

33
 127
 241

Width1Width3Width993Width3Width8643

GUIA POLICIAL AO INSTITUTO MÉDICO LEGAL

BO Nº 105 - 8386 / 2010

GUIA Nº 132 - 681/2010

FORTALEZA, 18 de novembro de 2010

Natureza do Exame: CORPO DELITO

Requisito ao Instituto Médico Legal o exame LESÃO CORPORAL da pessoa abaixo qualificada:

Nome: RONALDO CAVALCANTE FONSECA

Nacionalidade: BRASIL

Naturalidade: SÃO PAULO/SP

Data de Nascimento: 07/05/1984

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Grau de Instrução: 1o. GRAU COMPLETO

Profissão: MOTO TAXISTA

Filiação: JOSÉ RODRIGUES FONSECA

FRANCISCA CAVALCANTE FONSECA

Documento de Identificação: RG Número: 96015066228

Órgão Emissor: SSP UF: CE

Residência: R RISO DO PRADO, 519

JOAO XXIII -

FORTALEZA/CE

Local da Ocorrência:

AV OSORIO DE PAIVA,

SIQUEIRA

FORTALEZA/CE

Data e Hora da Ocorrência: 26/05/2010 19:00

Observação: A PESSOA ACIMA QUALIFICADA FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO.

Lauda para: DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

DELEGADO(A): JACOB STEVENSON DE S. CARVALHO MENDES -

13261512 -

PERICIA FORENSE - GO ESTADO DO CEARÁ - PERICIA

DATA: 17 / 12 / 10

HORA: 07:05 PROT Nº 15543

FUNÇÃO: _____

Assinatura: _____

Canavieiras

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

96015066228 - 2ª V. EXPEDIENTE 43/8/2004

NOME: RONALDO CAVALCANTE FONSECA

FILIAÇÃO: JOSE RODRIGUES FONSECA E FRANCI

NATURALIDADE: SÃO PAULO-SP

DATA DE NASCIMENTO: 7/5/1984

DOC. PRÓPRIO: GERT. NASC. 59.918 L A/64 F

173V 21. SUB DIST. SÃO PAULO/SP

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

Ronaldo Cavalcante Fonseca

CARTEIRA DE IDENTIDADE

[illegible]

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT		CE Nº 8929797766		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
JOANA ANGELICA SILVA DA CRUZ ***** FORTALEZA - CE		CPF / CNPJ 00285839306		NOME / ENDEREÇO PLACA MQW3527	
CE Nº 8929797766		EXERCICIO 2010		DATA EMISSÃO 17/11/2010	
JOANA ANGELICA SILVA DA CRUZ ***** FORTALEZA - CE		NOME / ENDEREÇO			
VIA - 01	COD RENAVAL 177008148	CPF / CNPJ 00285839306	PLACA MQW3527		
ANO FAB. 2009	MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS				
DIAS TAB. 9	O-HABSI 9C2JC4110AR006339				
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)		PRÊMIO TOTAL (R\$)	
Seguradora Líder dos Consórcios MOTOR: do Seguro DPVAT S/A CNPJ: 09.248.608/0001-04					

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA
 00905
 NQW3527
 177008148

SEGURO DPVAT		Exercício:	2010	Nº documento:	4.01164567-1
		Data emissão:	23/11/2010	Código placa:	1417233527-2
		Hora:	15:19:11	Código taxa:	201
Nome Proprietário / Solicitante: JOANA ANGELICA SILVA DA CRUZ					
Placa:	NQW3527	Marca / Modelo:	HONDA/CG 125 FAN KS	CPF / CNPJ:	002.858.393-06
Ano fabricação:	2009	Ano / Modelo:	2010	Chassi:	9C2JC4110AR006339
Código	09	Prêmio líquido	258,06	Renavam:	177008148
		ISO (0,38 %)	0,98	Código corretor:	SUSEP
Prêmio total (R\$): 259,04					
***** DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL)					
866300000027 590409248606 800017700819 489021110064					
Via Usuário Autenticação Mecânica					

SEGURO DPVAT		Exercício:	2010	Nº documento:	4.01164567-1
		Data emissão:	23/11/2010	Código placa:	1417233527-2
		Hora:	15:19:11	Código taxa:	201
Nome Proprietário / Solicitante: JOANA ANGELICA SILVA DA CRUZ					
Placa:	NQW3527	Marca / Modelo:	HONDA/CG 125 FAN KS	CPF / CNPJ:	002.858.393-06
Ano fabricação:	2009	Ano / Modelo:	2010	Chassi:	9C2JC4110AR006339
Código	09	Prêmio líquido	258,06	Renavam:	177008148
		ISO (0,38 %)	0,98	Código corretor:	SUSEP
Prêmio total (R\$): 259,04					
***** DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL)					
866300000027 590409248606 800017700819 489021110064					
Via LÍDER Autenticação Mecânica					



AVISO DE SINISTRO DPVAT

Cobertura Reclamada

() Morte () Invalidez Permanente () DAMS - Desp.Assist. Médica e Suplementares

Data do Acidente

27/05/10

Nome da vítima

Ronaldo Cavalcante Fomaca

Data de nascimento

C.P.F.

005 279 623 09

Nome do reclamante ou Corretor

Maciel

Endereço completo e telefone para contato

Rua

CEP

Cidade

Fone

Estado

E-mail:

Documentação básica necessária (Provas do sinistro):

Para todas as coberturas, apresentar os documentos:

Morte (adicionar)	Despesas Médicas (adicionar)	Invalidez (adicionar)
Certidão de Óbito (original ou cópia autenticada). Lauda Necroscópico do Instituto Médico Legal, original ou cópia autenticada (somente quando houver dúvidas quanto à causa mortis ou se o óbito ocorreu em data posterior à do acidente).	Relatório médico do primeiro atendimento imediatamente após o acidente, consignando o diagnóstico das lesões diretamente decorrentes do evento e o tratamento proposto para a recuperação da vítima. - Originais dos comprovantes das despesas médicas, hospitalares com discriminação e farmacêuticas acompanhadas dos receiptários. Termo de cessação de direitos passado pela vítima ou seu responsável ao terceiro que pagou as despesas, quando for o caso, conforme modelos definidos pela FENASEG (consulte o nosso site www.sinsig.com.br).	Lauda do Instituto Médico Legal da jurisdição onde ocorreu o acidente, (original ou cópia autenticada) consignando as lesões apresentadas pela vítima decorrentes do acidente. Caso não haja o Instituto Médico Legal na região onde ocorreu o acidente, apresentar declaração nesse sentido expedida pela Delegacia de Polícia local.

Beneficiários do Seguro (cobertura Morte):

De acordo com as Leis 6.194/74 de 19.12.74 e 11482/07 (ex- Medida Provisória 340 de 29.12.2006), os beneficiários do seguro são os seguintes:

a) ACIDENTES OCORRIDOS ATÉ 28.12.2006

Na constância do casamento (união estável), é o cônjuge sobrevivente, equiparando-se a companheira como tal, observada a legislação previdenciária. Na falta de um e de outro, são beneficiários os herdeiros legais da vítima, conforme dispõe a ordem da vocação hereditária.

b) ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29.12.2006

A indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente ou companheira (o) devidamente habilitada, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

Documentos básicos de habilitação dos beneficiários, observado o parentesco dos mesmos em relação à vítima:

Beneficiário : Cônjuge	Certidão de Casamento da vítima, com data atualizada, isto é, extraída do cartório após o óbito.
Beneficiário(a): Companheiro(a)	Prova de companheirismo expedida pelo INSS ou Receita Federal, ou ainda, Carteira Profissional do falecido com o registro de dependência feito pela Previdência Social. Obs.: Somente Alvará Judicial substituirá a falta dos referidos documentos.
Beneficiário: Ascendentes ou Irmãos	Declaração original prestada por todos os beneficiários, com duas testemunhas devidamente identificadas, e sob as penas da Lei (artigo 299 do Código Penal), informando o estado civil da vítima, que a mesma não deixou companheiro(a) nem filhos, e relacionando os nomes de todos os herdeiros deixados (pais ou irmãos, obedecida esta ordem) – vide modelo da declaração em nosso site.
Beneficiário: Filhos	Declaração original prestada por todos os beneficiários, com duas testemunhas devidamente identificadas, e sob as penas da Lei (artigo 299 do Código Penal), informando o estado civil da vítima, que a mesma não deixou companheiro(a) e relacionando os nomes de todos os filhos deixados. Havendo filho menor de 16 anos, o pai ou a mãe receberá representando-o, desde que um deles (pai ou mãe), também seja um dos beneficiários, caso contrário, apresentar alvará judicial para o pagamento. Vide modelo da declaração em nosso site.
Beneficiário: Outros	Alvará Judicial que determine a quem, onde e como pagar a indenização.

OBS.: Pede-se observar os documentos necessários para cada tipo de cobertura e a sua apresentação, o que contribuirá para a rápida liberação do pagamento da indenização. Reservamo-nos o direito de requisitar a apresentação de outros documentos, caso seja necessário.

Em caso de dúvidas, consulte o site www.federalseguros.com.br.

Local e Data

Assinatura do reclamante



FICHA DE INTERNAMENTO

Agente de trânsito

Nome: Ronaldo Cavalcante Fonseca Dt Nascto: 07/05/1984
 Idade: 26 Cor: Parda Sexo: masculino Est. Civil: solteiro
 Nome da Mãe: Franisca Cavalcante Fonseca Profissão: Moto Taxi
 Endereço: Rua Rio do Prado, 519
 Bairro: Monte Serrat Cidade: Fortaleza - CE Telefone: 3233-3622
 RG: 96015066228 CPF: 005.279.623-09 Naturalidade: São Paulo - SP
 Data de Admissão: 27/05/10 Hora de Admissão: 18:30 Alta Hospitalar: 29/05/10

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Aparentemente Bem ☒ Regular ☐ Agitado ☐ C/Hemorragia ☐ Politraumatizado ☐
 Em convulsão ☐ Chocado ☐ Regular ☐ C/Dispneia ☐ Outros ☐
 Alega Acidente de Trabalho Sim ☐ Não ☒

Temp. _____ Respição _____ Pulso _____ P.A. _____

Diagnóstico Inicial

Fraqueza

Resultado

☐ Nenhum ☐ Transferido
☐ Melhor ☐ Curado
☐ Falecido ☐ Ad. Para Diagnóstico

Diagnóstico Definitivo

Fraqueza

Em caso de Falecimento, Causa Morte.

Primária: _____
 Secundária: _____

História Clínica

Pré-morte

Descrição da Intervenção

Tratamento

Exames Complementares

Exames

Descrição da Anestesia

Cirurgião: _____ Auxiliar: _____



DATA: 28/05/10

BOLETIM DE ORDENS MÉDICA E TRATAMENTO

NOME: Ronaldo Cavalcante Fereira / Fratura de Clavícula E.

LEITO Nº: 08

CONVÊNIO: DPVAT

DATA	EVOLUÇÃO	DIETA E OUTRAS ORDENS
28.05.10	Paciente encaminhado para C.C.	
21.01	Paciente, O, 26a. Consciente. Orientado, verbalizando AVP em MSD, boa perfusão. Eupneico, afebril, diurese espontânea, última evacuação dia 28.05 pela manhã. Inf. Pedraza - CREN-6 682.	
29.05.10	Paciente, sexo M, 26a, evolui consciente, orientado, verbalizando necessidades. Acute dieta oferecida. Realizado limpeza de curativo, dreno em sítio cirúrgico com SFO, 3/ e pomada tópica, gaze e atadura estéril. Presença moderada de secreção sanguinolenta em sítio cirúrgico. Relata que não comilou o sono a noite. Eliminações fisiológicas presentes sem queixas algicas no momento. Aguardando alta hospitalar. Larissa Lopes - Inf. Pedraza	



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 005.279.623-09

Nome da Pessoa Física: RONALDO CAVALCANTE FONSECA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **13:12:32** do dia **21/06/2011** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **64DF.6C5A.E67C.BB03**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da
Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

