

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150498445      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDA NONATA BATISTA      **Data do acidente:** 23/02/2015      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A  
FIGUEIREDO ALMEIDA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/06/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NO PÉ DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

**CRM do médico:** 52.31474-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150498445      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDA NONATA BATISTA      **Data do acidente:** 23/02/2015      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A  
FIGUEIREDO ALMEIDA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA FECHADA DO OSSO CUBOIDE DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** VITIMA RELATA DOR À MOBILIZAÇÃO DO PÉ DIREITO. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTANDO DESCONFORTO E DIFÍCULDADE DE MOVIMENTOS COM EDEMA E CLAUDICAÇÃO AOS ESFORÇOS NO PÉ DIREITO, DIMINUIÇÃO PARCIAL DE MOVIMENTOS E DE FORÇA DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 30 DIAS. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do pé direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 02/07/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Rosemberg Pereira de Freitas

**CRM do médico:** 10670

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** DEQUITIER MACHADO

**CRM do médico:** 52.93843-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150498445      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDA NONATA BATISTA      **Data do acidente:** 23/02/2015      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A  
FIGUEIREDO ALMEIDA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA FECHADA DO OSSO CUBOIDE DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** VITIMA RELATA DOR À MOBILIZAÇÃO DO PÉ DIREITO. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTANDO DESCONFORTO E DIFICULDADE DE MOVIMENTOS COM EDEMA E CLAUDICAÇÃO AOS ESFORÇOS NO PÉ DIREITO, DIMINUIÇÃO PARCIAL DE MOVIMENTOS E DE FORÇA DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 30 DIAS. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do pé direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 02/07/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Rosemberg Pereira de Freitas

**CRM do médico:** 10670

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** DEQUITIER MACHADO

**CRM do médico:** 52.93843-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA** Sinistro: **3150498445** Data: **23/02/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Marechal Juarez Távora, 137 - Juvencio Santana - Juazeiro do Norte - CE - CEP 63016-120**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /CE** ] **2005029053511**

Data local do exame: [ **02/07/2015** ] **Juazeiro do Norte** [ **CE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**FRATURA FECHADA DO OSSO CUBOIDÉ DIREITO. VITIMA RELATA DOR À MOBILIZAÇÃO DO PÉ DIREITO. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTANDO DESCONFORTO E DIFICULDADE DE MOVIMENTOS COM EDEMA E CLAUDICAÇÃO AOS ESFORÇOS NO PÉ DIREITO, DIMINUIÇÃO PARCIAL DE MOVIMENTOS E DE FORÇA DO PÉ DIREITO.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [  ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [  ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 30 DIAS. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [  ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitação funcional do pé direito**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

(  ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

(  ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):  
**Pé direito**

% do dano: (  ) 10% residual ( **X** ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Rosemberg Pereira de Freitas - CRM: 10670 - CE

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA** Sinistro: **3150498445** Data: **23/02/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Marechal Juarez Távora, 137 - Juvencio Santana - Juazeiro do Norte - CE - CEP 63016-120**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /CE** ] **2005029053511**

Data local do exame: [ **02/07/2015** ] **Juazeiro do Norte** [ **CE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**FRATURA FECHADA DO OSSO CUBOIDÉ DIREITO. VITIMA RELATA DOR À MOBILIZAÇÃO DO PÉ DIREITO. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTANDO DESCONFORTO E DIFICULDADE DE MOVIMENTOS COM EDEMA E CLAUDICAÇÃO AOS ESFORÇOS NO PÉ DIREITO, DIMINUIÇÃO PARCIAL DE MOVIMENTOS E DE FORÇA DO PÉ DIREITO.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [  ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [  ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 30 DIAS. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [  ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitação funcional do pé direito**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

(  ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

(  ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):  
**Pé direito**

% do dano: (  ) 10% residual ( **X** ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Rosemberg Pereira de Freitas - CRM: 10670 - CE

---

Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2015

Carta nº: 7102387

A/C: RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA

**Sinistro:** 3150498445  
**Vitima:** RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA  
**Data Acidente:** 23/02/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Investprev Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2015

Carta nº: 7273710

A/C: RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA

**Sinistro:** 3150498445  
**Vítima:** RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA  
**Data Acidente:** 23/02/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2015

Carta n°: 7461364

A/C: RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA

Sinistro: 3150498445  
Vitima: RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA  
Data Acidente: 23/02/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000032

Conta: 0000067271-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





## DECLARAÇÃO À SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS.

Eu, Raimundo Nonato B. F. Almeida, branileiro, Casado,  
 cédula de identidade nº 200302905351 e CPF nº 047 320 673 01, residente e domiciliado  
 na Rua Juarez Tavares - 13+  
 Bairro: J. Sales, Cidade: Juazeiro - CE beneficiário do seguro DPVAT, do acidente no dia  
23/07/2015, venho perante a Seguradora Lider, em resposta as exigências da apresentação da prova de  
 todas as providências legais, enumeradas no guia de regulação, afirmar que NÃO tenho nenhum desses  
 documentos abaixo citados, ora exigidos:

- a) Atendimento e/ou remoção pelo Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Polícia Civil ou
- b) Atendimento e/ou Remoção pela Polícia Rodoviária Federal, ou
- c) Atendimento e/ou Remoção pelos "Anjos do Asfalto", ou Concessionárias de Vias Públicas ou similares, ou
- d) Remoção pela SAMU, Defesa Civil, ou
- e) Inquérito Policial, ou
- f) Aviso de Sinistro em Seguradora do Ramo Autos, ou
- g) Outro documento que evidencie o acidente.

Diante do exposto, a carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não poderá implicar no recebimento da indenização do seguro DPVAT, venho apresentar o rol de testemunhas abaixo, servindo como prova, conforme preceitua o Art. 212, III, do Código Civil Brasileiro, e para tanto me coloco a inteira disposição do controle fiscalizador da Seguradora Lider.

art. 212. Salvo o negócio a que se impõe forma especial, o fato jurídico pode ser provado mediante:  
 III – testemunha;

Atenciosamente.

Juazeiro - CE, 21 de Julho de 2015.

x Raimundo Nonato Batista Figueiredo Almeida  
**Declarante:**

Antonio Carlos Almeida dos Santos

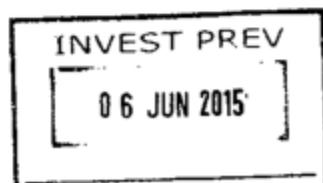
Test. 1:

CPF: 617.322.223-04

Françisa Celina Batista Figueiredo

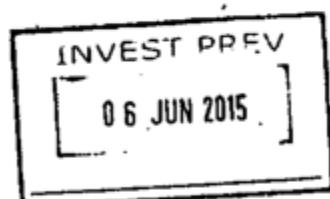
Test.2:

CPF: 740.325.593-20





Proprietário do veículo e Testemunha.



# DECLARAÇÃO DAS TESTEMUNHAS DO ACIDENTE

EU Antonio Carlos Almeida dos Santos CPF 617.322.223-04

VENHO POR MEIO DESTA, DECLARAR QUE ESTIVE PRESENTE NO ENDEREÇO Rua

Juanz Travom - Frente ao n° 137

OCASIÃO DO ACIDENTE DA VÍTIMA Rainha Nogueira Butista F. Almeida

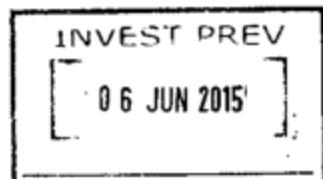
NO DIA 23/02/2015. SEGUO ABAIXO OS DETALHES DE COMO A VITIMA FOI SOCORRIDA E LEVADA AO HOSPITAL QUE CONSTA NA FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO:

A vítima foi informada de pronto com o histórico descrito no Boletim de Ocorrência.

## ASSINATURA DE DUAS TESTEMUNHAS:

EU ANTONIO CARLOS ALMEIDA DOS SANTOS 95029135423  
CPF 617.322.223-04

EU Francisca Lúcia Batista Figueiredo 1519539-38  
CPF 790.325.593-20



30

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

**CAIXA**  
CAIXA ECONÔMICA FEDERATIVA

AUTO-ATENDIMENTO - PAE CARIRI GARDEN SHOPPING  
DATA: 07/05/2015 HORA: 11:50:23.  
TERMINAL: 00325051 CONTROLE: 003250510244

COMPROVANTE DE  
TRANSFERENCIA DE VALORES

REMETENTE : JUAZEIRO DO NORTE  
CCG/AGENCIA :  
CONTA :  
NOME :

FAVORECIDO :  
CCG/AGENCIA : 0032 / JUAZEIRO DO NORTE  
CONTA : 013.00.067.271-4  
NOME : RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIRE

VALOR

DATA DE EFETIVACAO : 07/05/2015

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. O CREDITO  
NA CONTA DE DESTINO SERA EFETUADO APOS O  
PROCESSAMENTO DA TRANSACAO

Informações, reclamações, sugestões e elogios:

SAC CAIXA: 0800-726.0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725.7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

INVEST PREV  
06 JUN 2015



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, 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, Raimunda Nonata Batista Figueiredo Almeida,  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2005029.0535.11 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 10/10/2012  
 CPF 047390673-01 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO   
 E REÍDA MENSAL DE R\$  (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA a mesma, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, 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.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
  - Para este banco (CEF), a conta **corrente** pode ser identificada com **cópia simples rasurada** de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta **não pertencente** à vítima/beneficiário.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empreendida ou não, e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPIANÇA para fins de pagamento da indenização ao requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

## PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

## PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032 N° da CONTA (com dígito, se existir) 067271-4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Juazeiro, 01 de junho de 2015 Raimunda Nonata Batista Figueiredo Almeida  
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ! 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 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 7076 / 2015****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **07/05/2015 10:13:06**Data / Hora da Ocorrência : **23/02/2015 19:30:00**Endereço da Ocorrência: **R JUAREZ TAVORA, EM FREnte 137****JUVENCIO SANTANA JUAZEIRO DO NORTE /CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA**Nascimento : **16/07/1991**RG: **2005029053511** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF:Filiação: **MOACIR DE SOUSA FIGUEIREDO**  
**FRANCISCA CICELIA BATISTA FIGUEIREDO**Endereço: **R JUAREZ TAVORA 137****JUVENCIO SANTANA****JUAZEIRO DO NORTE CE BRASIL**

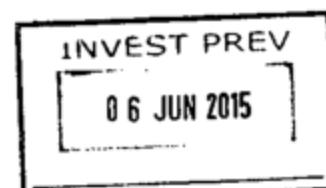
DOCUMENTO 1 \*T1%



Telefone:

**Histórico**

Advertida das penas cominadas nos artigos 340 e 342, ambos do cpb, a vítima comunica que quando trafegava na garupa da Motocicleta Honda CG 125 Fan, Ano de fabricação 2008/2008, de Cor preta, de Placa HYS 6604, Chassi nº 9e2jc30708r152350, Renavam nº 957535538, conduzida por ANTONIO CARLOS ALMEIDA DOS SANTOS, PORTADOR DA CNH 05788527526, já em frente a sua residencia, foi colidida por um carro VW gol de placa não anotada, que evadiu do local sem prestar socorro, onde a vítima veio a cair, causando-lhe fratur no pé direito; QUE foi socorrido por familiares e levado para UPA desta cidade de Juazeiro do Norte/CE, onde recebeu os tratamentos médicos pertinentes. E nada mais disse.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO****FRANCISCO CRUZ LANDIM - MAT.: 106255-1-3****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Raimunda Nonata Batista figueiredo Almeida****VISTO DO DELEGADO(A) :****LUIS JOSÉ TENÓRIO DE BRITTO - MAT.: 126893-1-4**

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

DOCUMENTO 2 \*T2%



Eu, Raimunda Nonata Batista Figueiredo Almeida, portador da carteira de identidade nº 2005029053611 e inscrito no CPF/MF sob o nº 047.320.673-01, residente e domiciliado na Rua: Marechal Juarez Távora, 137, Cidade Juazeiro do Norte, Estado Ceará, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento-a-análise-da-minha-documentação-sem-a-apresentação-do-laudo-do-Instituto-Médico-Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

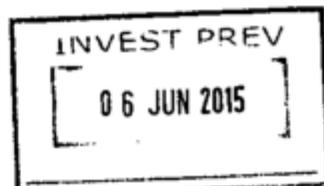
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Raimunda Nonata Batista Figueiredo Almeida

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Juazeiro do Norte/CE

Local e data





JUAZEIRO DO NORTE

Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte  
Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte  
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Juazeiro do Norte

1 / 2

## UPA JUAZEIRO DO NORTE

### Boletim de Atendimento Médico

Nome Paciente: RAIMUNDA NONATA FIGUEIREDO ALMEIDA  
Nome Mãe: FRANCISCA CICELIA BATISTA FIGUEIDER  
Data Nascimento: 16/07/1991 Idade Aparente: 23 Sexo: F  
Nacionalidade: BRASIL  
Endereço: NAO INFORMADO,  
Bairro: LIMOEIRO  
CEP: 63000000

Data: 23/02/2015

Nº Atendimento:

Cor: PARDA

Nº Cartão SUS:

Telefone:

Naturalidade: JUAZEIRO DO NORTE

Nº: SN Compl.:

Município: JUAZEIRO DO NORTE

UF: CE

Possui Certidão de Nascimento: SIM

#### Informante

Nome:  
Endereço:  
Chegou Como: meios próprios

Telefone:  
Grau de Parentesco:  
Procedência:  
Tipo da Ocorrência:

#### Classificação de Risco

Nível

Escala de Dor:

DOCUMENTO 3 \*T3%\*

Queixa:



Causa Externa:

Doenças

Pré-Existentes:

Medicamentos:

Alergias

Peso: 0,0  
(kg):

Pressão  
Arterial

Pulso  
(bpm):

Temp.  
(C°):

Freq.  
Resp

SAT.  
O2

HGT  
(mg/dl)

Avaliação:

Classificação: Amarelo Observação  
de Risco:

Especialidade: CLINICA MÉDICA

Anamnese:

paciente vítima de acidente de moto

Exame Físico

#### ESCOREACOES EM AMBAS AS PERNAS E FRATURA EM PE DIREITO

Hipótese Diagnóstica:

**FRATURA NO PÉ**

Diagnóstico primário:

**fratura no pé**

Diagnóstico secundário:

Procedimento Proposto:

**AÓ HRC**

Reavaliação:

INVEST PREV

06 JUN 2015



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Raimunda Nonata Batista Siqueira Almeida

RG nº 200502905351 / data de expedição 10/02/2012 Órgão SSP - CE

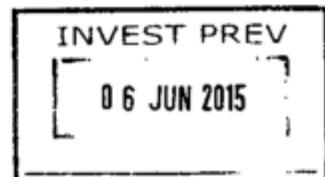
CPF nº 047.320.673-01 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Marechal Juares Távora,</u>
Número	<u>137</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Juazeiro Santana</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63.016.120</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 8812-9688 / 3512-4870</u>
E-mail	<u>—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do Norte 01/06/2015

Assinatura do Declarante: Raimunda Nonata Batista Siqueira Almeida



## DADOS DO CLIENTE

Nome: EDINIR MIDEA DE BEZERRA

End. Leitura: RUA MAL. JUAREZ TAVORA, 137, JUVENTINHO SANTANA

Cidade: JUICEIRO

CEP: 07130-010

End. Entrega:

Cidade:

Local: 021 Setor: 012 Quadra: 0075 Lote: 0226 Comp.: 0000  
Subsetor: 00 Subquadra: 00

## ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDA

Serviço	Medidor	Lerura Anterior	Lerura Atual	Volumen(m³)	Alídia Semestral(m³)
ÁGUA	F09E12-1119	923	936	13	13

## DATAS

Lerura Atual: 21/02/2015 | Limite: 21/02/2015 Lacre Água:  
Lerura Anterior: 21/01/2015 Próxima Lerura: 21/03/2015 Lacre Exigido:

## QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 01/2015

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
W. Engolidas	130	130	0	119	139
Analisadas	112	112	142	152	152
Em conformidade	130	127	128	151	152

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CONSTRATAMOS DEBITO DE R\$ 39,32 CASO PAGO, DESCONSIDERAR  
DEVOLDO A FILTRA DE CHUVAS FICAR USO RACIONAL P/ ECONOMIZAR ÁGUA

## DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS

ANÚLIA	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
JUÍZ DE	27,12	Mês/Ano   Água (m³)   Esgoto (m³)
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,70	FEV/14   0   0
	0,31	MAR/14   7   0
		ABR/14   11   0
		MAY/14   13   0
		JUN/14   11   0
		JUL/14   12   0
		AGO/14   11   0
		SETE/14   0   0
		OUT/14   10   0
		NOV/14   11   0
		DEZ/14   11   0
		JAN/15   10   0

## TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Descrição	Valor (R\$)	
PIS	0,27		VALOR DO SERVIÇO	28,17	
COFINS	1,31		VALOR DO SUBSÍDIO	10,26	
			VALOR TOTAL A PAGAR	28,21	
MÊS/ANO					
02/2015			VENCIMENTO	05/03/2015	
				TOTAL A PAGAR (R\$)	28,21

## ONDE PAGAR SUA FATURA?

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BCI Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros: PagSeguro.  
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](http://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](http://www.arce.ce.gov.br)

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



Cagece

## Fatura Mensal

Via de agente  
imediado

DADOS DO CLIENTE	252967053932673	2505	Mês/Ano:
Inscrição: 0216678700	Código de inscrição:		02/2015
Local: 021 Setor: 012	Quadra: 0075 Lote: 0226	Comp.: 0000	
Cidade: JUICEIRO	Vencimento:	05/03/2015	Total (R\$): 28,21

82680000000 0-28210009500 3-02166787001 4-00067122015 0



INVEST PREV

06 JUN 2015

# Declaração do Proprietário do Veículo

DOCUMENTO 4 "T4%"



Eu, Antonio Carlos Almeida dos Santos

RG nº 95024135423, data de expedição 24/05/2013  
Órgão SSP CE, portador do CPF nº 617.322.223-04, com  
domicílio na cidade de Juazeiro do Norte, no Estado de  
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Juarez Távora, nº 137,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
víctima Raimunda Nóbrega Batista Freitas, cujo ALMEIDA condutor era  
Antonio Carlos Almeida dos Santos.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda CG 125 FAN

Ano: 2006

Placa: HYS 6604

Chassi: 9CZJC3D708R152350

Data do Acidente: 23.02.2015

Local e Data: Juazeiro do Norte - CE 21 de Maio de 2015



ANTONIO CARLOS ALMEIDA DOS SANTOS

Assinatura do Declarante

O declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

## CARTÓRIO DO 4º OFÍCIO

CONARCA DE JUAZEIRO DO NORTE - CE  
Av. do Cruzeiro, 157 - Bairro Centro

Fones: 3512.1291 / 3511.3341

Entendo por autenticidade a(s)

(s) de: Antonio Carlos

Almeida dos

Santos

Este ato é verdade, Dou Fé

do Cartório de Juazeiro do Norte, CE 21/MAIO/2015.

José Francinato Lima  
Escrevente Compromissado

INVEST PREV

06 JUN 2015



JUAZEIRO DO NORTE

Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte  
Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte  
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Juazeiro do Norte  
UPA JUAZEIRO DO NORTE

DOCUMENTO 5 \*T5%



1/2

Boletim de Atendimento Médico

Nome Paciente: RAIMUNDA NONATA FIGUEIREDO ALMEIDA  
Nome Mãe: FRANCISCA CICELIA BATISTA FIGUEIDERO  
Data Nascimento: 16/07/1991 Idade Aparente: 23 Sexo: F  
Nacionalidade: BRASIL  
Endereço: NAO INFORMADO,  
Bairro: LIMOEIRO  
CEP: 63000000

Data: 23/02/2015  
Nº Atendimento: \_\_\_\_\_ Nº Cartão SUS:  
Cor: PARDA Telefone:  
Naturalidade: JUAZEIRO DO NORTE  
Nº: SN Compl.:  
Município: JUAZEIRO DO NORTE  
Possui Certidão de Nascimento: SIM  
UF: CE

Informante

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_  
Chegou Como: meios próprios Procedência: \_\_\_\_\_  
Tipo da Ocorrência: \_\_\_\_\_

**Classificação de Risco**

Nível

Escala de Dor:

Queixa:

Causa Externa:

Doenças

Pré-Existentes:

Medicamentos:

Alergias

Peso: 0,0  
(kg):

Pressão  
Arterial

Pulso  
(bpm):

Temp.  
(C°):

Freq.  
Resp

SAT.  
O2

HGT  
(mg/dl)

Avaliação:

Classificação de Risco: Amarelo Observação

Especialidade: CLINICA MÉDICA

Anamnese:

paciente vítima de acidente de moto

Exame Físico

**ESCOREACOES EM AMBAS AS PERNAS E FRATURA EM PE DIREITO**

Hipótese Diagnóstica:

**FRATURA NO PÉ**

Diagnóstico primário:

fratura no pé

Diagnóstico secundário:

Procedimento Proposto:

**AO HRC**

Reavaliação:

INVEST PREV

06 JUN 2015



JUAZEIRO DO NORTE

Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte  
Secretaria Municipal de Saude de Juazeiro do Norte  
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Juazeiro do Norte  
UPA JUAZEIRO DO NORTE

2 / 2

Boletim de Atendimento Médico

Nome Paciente: **RAIMUNDA NONATA FIGUEIREDO ALMEIDA**  
Data Nascimento: **16/07/1991** Idade Aparente: **23** Sexo: **F**

Data: **23/02/2015**

Nº Atendimento:

Nº Cartão SUS:

**Procedimentos**

- ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

**Evoluções**

Atendimento	Data / Hora	Profissional	Clinica
<b>Descrição</b>			
<b>Sinais</b>			

**Resumo dos Atendimentos**

Data / Hora	Profissional	Clinica	Tipo
23/02/2015	CICERO HEDILBERTO PEREIRA FILGUEIRAS MACEDO	CLINICA MÉDICA	INÍCIO DO ATENDIMENTO MÉDICO

INVEST PREV

[ 06 JUN 2015 ]

**Saída do TRANSFERENCIA**

Data: **23/02/2015**

Hora:

Destino:

Observaçā

Para Óbito:

Data Óbito:

Hora:

Destino do Corpo:

Médico: **CICERO HEDILBERTO PEREIRA FILGUEIRAS MACEDO**

CRM: **10466**

## RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

PRONTUÁRIO:

Alvito José da Silva  
Júnior  
Sonata Batista Figueira  
Alvito é um homem jovem  
de 25 anos, com  
suspeita de perturbação  
psíquica.

DATA:

23, 2, 15.

MÉDICO | CREMEC

Jabiano Feitosa Rodrigues  
Médico  
CRM-CE 10.242

[Hospital Regional do Cariri | Rua Celso da Paixão Coimbra, s/n - Bairro: Triângulo | Juazeiro do Norte/CE | CEP: 63.043-162 | CNPJ: 05.268.526.0002-51]

INVEST PREV  
[ 06 JUN 2015 ]

ESTADO DO CEARÁ

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



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
047.320.673-01

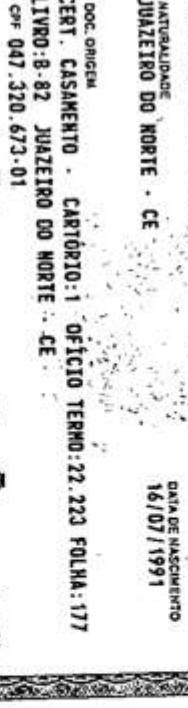
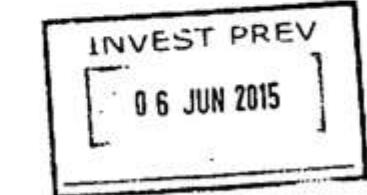
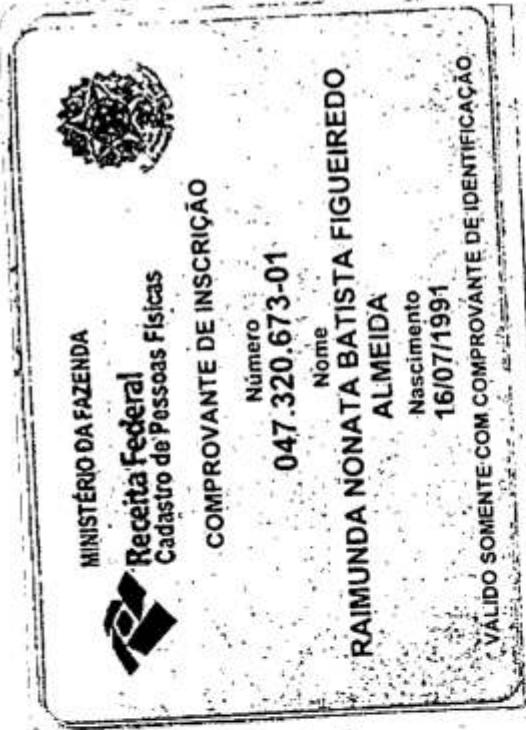
Nome

RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO  
ALMEIDA

Nascimento

16/07/1991

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CÓDIGO DE CONTROLE  
8F6B.F248.48FE.1A35

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço  
[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
08:20:04 do dia 08/03/2012 (hora e data de Brasília)  
digito verificador: 00