

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Nome: <u>José Felix da Silva</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA (O)</u>	
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>	Carteira de Identidade: <u>35.951.902-7</u>	
CPF nº: <u>763.721.543.15</u>	Residência: <u>PV Cochoeira Grande S/N</u>		
Bairro: <u>DT Baicara</u>	Cidade: <u>Camindé</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>62700000</u>

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº M8.119.595 SSP/MG e CPF nº 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza – CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3231-6493.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicium et extra*", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, em caso de julgada procedente a Ação e os recursos cabíveis**, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiências** em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 06 de Março de 20 18.

José Felix da Silva
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, José Felix da Silva, brasileiro O,
Solteiro, Agricultor, portador da Carteira de Identidade/RG nº
35.951.902-7-SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 363.721.543.15 residente e
domiciliado na cidade de Comindé, estado de Ceará, na Rua
PV Cochoeira Grande, nº S/N, DT Baicara,
declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de
arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio
e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 06 de Março de 20 18.

José Felix da Silva
Declarante

ARACI DE MELLO

FL. A

Eu, ARACI DE MELLO, brasileira, solteira, portadora da Carteira de Identidade nº 1.234.567-8, inscrita no CPF nº 123.456.789-01, residente e domiciliada na cidade de Fortaleza, Estado de Ceará, na Rua 15 de Novembro, nº 100, apresento aos devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/00.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente

Fortaleza (CE), _____ de _____ de 20__.

Declarante

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, José Felix da Silva
0 BRASILEIRO(A), Solteiro (ESTADO CIVIL),
Agricultor (PROFISSÃO), PORTADOR DO RG Nº 35.951.902.7,
 INSCRITO NO CPF SOB O Nº 963.721.543.15, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NO
 ENDEREÇO PV Cachoeira Grande S/N DT Paicara

Eu DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI
 DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELO DR. RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI,
 BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº
 18.044 ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA
 INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO
 OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A
RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO
JUDICIAL, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, ISENTO O ESCRITÓRIO MONTI ADVOGADOS, REPRESENTADO
 ATRAVÉS DO ADVOGADO RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, BRASILEIRO,
 SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 18.044, COM SEDE
 A RUA DO ROSÁRIO - Nº 77 - 6º ANDAR - SALA 604 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.055-090 -
 FORTALEZA/CE, DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL,
CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE TANGE
A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS
DOCUMENTOS E/OU DADOS) E VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS
EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS
RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE
 RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A
 COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA
 FORMA DA LEI [ART. 339 E 340] DO CPB."

CIENTE DE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO DA VALIDADE DE MENCIONADO
 DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

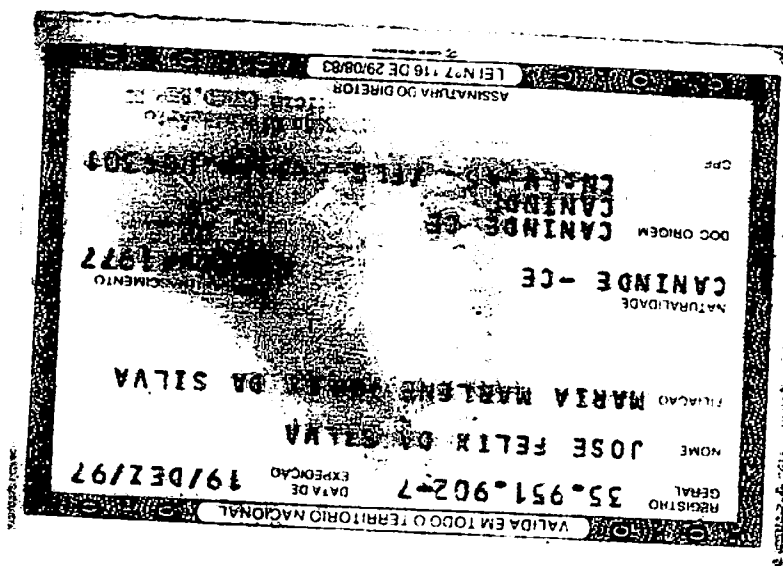
FORTALEZA 06 DE Junho DE 2018.

José Felix da Silva

DECLARANTE

TESTEMUNHA
 CPF:

TESTEMUNHA
 CPF:





dest. seg.
1021 0
34-1000



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **512121725**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
FEV/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
4065322 DV **6**

VENCIMENTO
08/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

Rota 26 036001 02 0218000 Medidor 25015261 Poste 0000 E33N
Nome MARIA ELIANE ALVES DA SILVA
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora PV CACHOEIRA GRANDE 00001 DT CAICARRA CANINDE 62700000

RG / CPF / CNPJ 980.025.703-91 CGF
Classe 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
4498	4447	1	51	0	51

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA			
Consumo faixa 0-30 Kwh	30	0,16835	5,05
Consumo faixa 31-100 Kwh	21	0,28860	6,06

OUTROS PAGAMENTOS
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -29,04
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA 0,52
COB. SALDO FATURA ANTERIOR 17,41

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
06/02/2018	08/03/2018

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1D82.FCAD.25DE.D31C.4FBA.4851.3218.294C

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	5,31
TRANSMISSÃO	0,53
DISTRIBUIÇÃO	3,61
ENCARGOS SETORIAIS	1,25
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	0,93

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

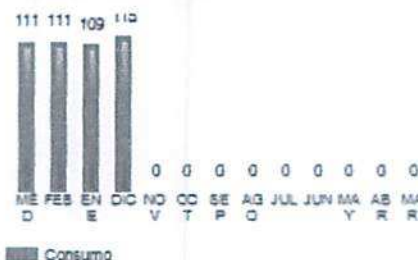
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 13,84

Conjunto CANINDE

Mês DEZ/ 2017

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	11,01	22,03	44,07	3,00	6,59	16,90
FIC (un)	7,59	15,19	30,39	1,00	2,00	7,00
DMIC (h)	5,98			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **4065322-6** Nº da Nota Fiscal: **512121725** Total a Pagar (R\$): **0,00**
Data de Emissão: **05/03/2018** Referência: **FEV/2018** Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 21/03/2018 às 11:46, sob o número 01184701820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0118470-18.2018.8.06.0001 e código 34A9BC5

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
UNIDADE POLICIAL DE CANINDE/CE

BOLETIM DE OCORRÊNCIAS B.O.

DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº B.O.: 0024.2017

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 01/11/2017 às 9h:30 min.

DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 01/05/2017 às 13h:20 min.

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: LOCALIDADE IRAPUÁ - CANINDE/CE



HISTÓRICO: O queixoso informa que no dia e hora acima citados, que encontrava-se pilotando a motocicleta de marca HONDA/CG 125 FAN, placa NRA 6960/CE, ano 2008/2008, cor PRETA, chassi 9CZJC39703R537212, licenciada em nome de COSMO MACIEL DIAS, relata que saía de sua residência com destino ao trabalho, quando no meio do trajeto, em uma curva vinha uma outra motocicleta não identificada, no sentido contrário, onde veio a colidir na motocicleta em que o mesmo guiava, vindo a cair ao solo, a vítima foi socorrido para o Hospital São Francisco em Caninde com fratura no pé esquerdo, onde passou por intervenção cirúrgica, relata o queixoso que na hora do atendimento informou que tinha sido acidente de motocicleta, mais não informaram no primeiro atendimento o acidente, e que procurou a assistente social e disse que não poderia modificar o primeiro atendimento. NADA MAIS DISSE, E NEM LHE FOI PERGUNTADO, ONDE VAI DEVIDAMENTE ASSINADO.

DADOS DA VITÍMA (A):

NOME: JOSE FELIX DA SILVA

RG: 35.951.902-7 SSP/SP

CPF: 763.721.543-15

DATA DE NASCIMENTO: 11/02/1977

FILIAÇÃO: Maria Marlene Felix da Silva

ENDEREÇO: Pó Cachoeira Grande - Dt Caiçara - Caninde/Ce.

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 28488-1-3

Claudio Sérgio Landim Barrocas
Chefe da Unidade Policial
Mat.: 28488-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Jose Felix da Silva



Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora : SANTA CASA DE CANINDE

Convênio : SUS AMBULATORIO

Dados do Paciente

GUIA :

Usuário do Cadastro :
Usuário do Atendimento :NAIANEC
NAIANEC

Nome : JOSE FELIX DA SILVA

Paciente 194815

Atendimento
1262878

Nome da Mãe : MARIA MARLENE FELIX DA SILVA

Sexo : MASCULINO

Data Nascimento: 11/02/1977

Idade: 40 Anos / 2 Meses / 2 Dias

Endereço : CACHOEIRA GRANDE

ZONA RURAL

Bairro :

Cidade : CANINDE

Número : 1

CEP : 62700000

Telefone : 997593434

Dados do Atendimento

Prestador Médico : MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE

Data : 01/03/2017

Hora : 16:42:25

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Kana Felix da Silva

Assinatura do Paciente ou Responsável

RC : 359519027

Quixas :

T :

PA :

P :

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico : () Sim () Não A que? _____

anamnese :

Exame Físico:

Traceado PE E

Rt de PE E e e e
AP/B

procedimento

Carimbo/Assinatura Médico-CRM

Hipótese Diagnóstica :

Cód. COD 10 :

Imagem :

Laboratório :

Outros :

Medicação

Carimbo/Assinatura
Enfermagem/COREN



Laudo para solicitação de autorização de internação

fls. 24

080618
CNA

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO

3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO

2 - CNES
2527413

4 - CNES
2527413

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente
JOSE FELIX DA SILVA

7 - Cartão Nacional do SUS
162147292960001

11 - Nome da Mãe
MARIA MARLENE FELIX DA SILVA

13 - Nome Responsável
ANA LUCIA FELIX DA SILVA

15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)
CACHOEIRA GRANDE, 1 - ZONA RURAL

16 - Município
CANINDE

6 - Data de Nascimento
11/02/1977

9 - Sexo
Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3

10 - RaçaCor
99 - Sem Informação

6 - Nº Prontuário
194815

10.1 - Etnia
0000 - Não Se Aplica

12 - Telefone de Contato
8599759343

14 - Telefone de Contato

17 - IBGE
230280

18 - UF
CE

19 - CEP
62700000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos

21 - Condições que justifiquem a internação

22 - Principais Resultados de Exames Diagnósticos

23 - Diagnóstico Inicial / Código

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

28 - Especialidade

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente

MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito
37 - () Acid Trabalho Típico
38 - () Acid Trabalho Trajeto

40 - Vínculo com a Previdência
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

39 - CNPJ Seguradora
42 - CNPJ / Empresa

31 - Documento
(X) CNS () CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
203834055260808

34 - Data da Solicitação
01/05/2017

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
5557

28 - Código do Procedimento
04130401

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador
AURELIO PARENTE BARBOSA

48 - Documento
(X) CNS () CPF
49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
201560652950007

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

47 - Cód. Órgão Emissor
M230290101

52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar

Código do Laudo: 1262892

Data de Impressão: 1/5/2017 18:04:5

SANTA CASA DE CANINDE

Ficha de Atendimento INTERNACAO

Dados do Paciente

SUS INTERNACAO

Paciente : 194815 CNS : 162147292960001
 Nome do Paciente : JOSE FELIX DA SILVA
 Sexo : MASCULINO Estado Civil : UNIÃO CONSENSUAL Religião :
 Profissão : AGRICULTOR Naturalidade : CANINDE
 Endereço : CACHOEIRA GRANDE
 Bairro : ZONA RURAL Cidade : CANINDE
 CEP : 62700000 Telefone : 997593434
 Identidade : 359519027 CPF :
 Nome da Mãe : MARIA MARLENE FELIX DA SILVA
 Nome do Pai : NC

Usuário do Cadastro :

NAIANE C

Idade : 40 Anos / 2 Meses / 20 Dias

Data Nascimento : 11/2/1977

Número : 1

Dados do Responsável

Nome : ANA LUCIA FELIX DA SILVA Parentesco : IRMA
 Endereço :
 Complemento :
 20383405526

Fone :

Número :

CEP :

Dados do Atendimento

Número : 1262892



Origem : INTERNACAO SUS
 Unidade de Internação : POSTO 3

Usuário do Atendimento :

NAIANE

Data : 01/05/2017 Hora : 18:02:41

Tipo : INTERNACAO ORTOPEDICA U
 Leito : LEITO 303

Médico do Atendimento : 24 MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE

Conselho : CRM-C - 5557

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CNS : 203834055260008

Convênio : 1 SUS INTERNACAO

C : ra :

Guia :

Plano : SUS INTERNA CAO

Acomodação : ENFERMARIA

Dias Autorizados :

Horas Autorizadas :

Serviço : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CID :

Procedimento principal :

Local de Procedência :

Observação:

Ana Lucia Felix da Silva
 Paciente/Responsável

MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
 CRM-CE 5557



SOCIEDADE HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Camindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telephone: (085) 3343-2110 Fax: (085) 3343-1768 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



LAUDO DE CIRURGIA

Paciente	Joze Felix da Silva.		Prontuário
Data da Cirurgia	01/05/17	Enfermaria	Leito
Diagnóstico Pré-Operatório:	Fratura exposta do 2º		
Cirurgia Proposta:	Amputação cirúrgica		
Cirurgia Realizada:			
Diagnóstico Pós-Operatório:			
Cirurgião:	Dr. Marcos.		
1º Auxiliar:			
2º Auxiliar:			
3º Auxiliar:			
Anestesista:	Dr. Marcetinho.		
Circulante:	Aline.		
Instrumentador:	Juliana.		
Tipo de Anestesia:	Raque.		

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

DESCRIPÇÃO CIRÚRGICA

Lobos e ventres
Lobos e ventres
Ost. e ventres
Ost. e ventres
Ost. e ventres
Ost. e ventres
Ost. e ventres



Laudo para solicitação de autorização de internação

fls. 27

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO	2527413
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO	2527413

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário			
JOSE FELIX DA SILVA	194815			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça Co	10.1 - Etnia
162147292960001	11/02/1977	Masculino ☒ Feminino ☐	99 - Sem Informação	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
MARIA MARLENE FELIX DA SILVA	8599759343			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
ANA LUCIA FELIX DA SILVA				
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
CACHOEIRA GRANDE, 1 - ZONA RURAL	230280	CE	62700000	
16 - Município				
CANINDE				

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	21 - Condições que justificam a internação	22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
	04130401		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
		(X) CNS () CPF	203834055260808
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	5557
MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE	01/05/2017		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Éthete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNPJ / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIIH)
AURELIO PARENTE BARBOSA	M230290001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
(X) CNS () CPF	201560652950007	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

Código do Laudo: 1262892

Dr. José Carlos Martins Filho

Ortopedia - Traumatologia

José Felix da Silva

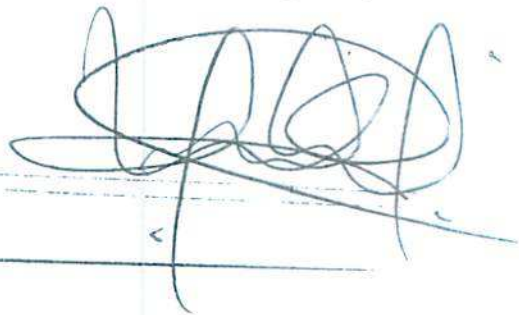
Receituário

Paciente sofreu fratura exposta do pé esquerdo, com lesões ligamentares. Submeteu-se a cirurgia (de limpeza e amputação).

Sequelas de artrose no pé esquerdo, edema, instabilidade e dor crônica. Condição pós-operatória.

Carimbo - ce 27/10/2014
CID 10: S923+M840

Dr. José Carlos Martins
CREMEC 6076
Traumatologia - Ortopedia



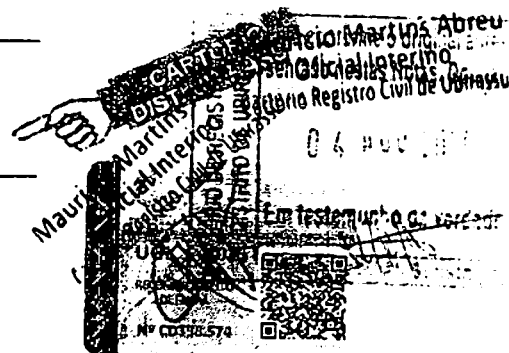
José Felix da Silva

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Carmino Maciel Dias
 RG nº 35951902-7 data de expedição 19/12/1997
 Órgão SSP-CE portador do CPF nº 763 721 543-15, com
 domicílio na cidade de Caminde, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
PJ Varzante do Curu, nº S/N,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima José Felix da Silva, cujo condutor era
José Felix da Silva.

Veículo: Moto
 Modelo: HONDA/CG 125 FAN
 Ano: 2008
 Placa: NRA 6960
 Chassi: 9C2JC3070 BR 537 212
 Data do Acidente: 01 de maio 2017
 Local e Data: 04 Agosto de 2017

Carmino Maciel Dias
 Assinatura do Declarante



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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
 VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL 1150971113	
NOME COSMO MACIEL DIAS DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 192439390 SSP CE	
 CPF 790.937.523-91 DATA NASCIMENTO 19/12/1971	
FILIAÇÃO ANTONIO MARIANO DIAS OLIVIA MACIEL DA SILVA	
PERMISSÃO 1 ACC 1 CAT. HAB. A	
Nº REGISTRO 05045689567 VALIDADE 21/05/2020 1ª EMISSÃO 30/09/2010	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO:	
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Cosmo Maciel Dias</i>	
LOCAL CANINDE, CE DATA EMISSÃO 27/05/2015	
ASSINATURA DO FISCAL <i>Idor Vasconcelos Ponte</i> 58055400934 CE147525683	
PROIBIDO PLASTIFICAR 1150971113	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	

OK

MINISTÉRIO DA FAZENDA Secretaria de Receita Federal	
CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS	
Nome COMMO MACIEL DIAS	Data de Nascimento 19/12/71
Nº de Inscrição 790937523-91	
	
Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a utilização por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.	
Assinatura 	
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL Emitido em : 25/02/97	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº **013146276223**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 Cód. RENAVAM 00182559653 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2016

NOME
COSMO MACIEL DIAS

CANINDE /CE

CPF / CNPJ 79093752391 PLACA NRA6960 CE

PLACA ANT / UF /CE CHASSI 9C2JC30708R537212

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP / POT / CIL 2P/0CV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1. VENC. / COTAS
***** **/**/** 1. *****
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2. *****
***** ***** 3. *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL CANINDE DATA 06/12/2016

Igor Ponte
Superintendente
DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013146276223 **BILHETE DE SEGURO DPVAT** **013146276223**
RECIBO CE Nº

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 06/12/2016

VIA 01 CPF / CNPJ 79093752391 PLACA NRA6960

RENAVAM 00182559653 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB. 2008 CAT. TARIF. 09 Nº CHASSI 9C2JC30708R537212

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 129,04	DENATRAN (R\$) 14,34	CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15	IOF (R\$) 1,11	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) 292,01
PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO		DATA DE QUITAÇÃO 05/12/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.245.608/0001-04

MOTOR: JC30E78537212 00230

00230
NRA6960
Cód. RENAVAM 00182559653
110491 00459

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

DE
DE
ASSINATURA

SINISTRO 3170601761 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE FELIX DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO AQUOR
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO JOSE FELIX DA SILVA
CPF/CNPJ: 76372154315

Posição em 28-02-2018 17:00:08

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
21/12/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50