

Rio de Janeiro, 05 de Agosto de 2016

Carta nº: 9480419

A/C: CICERO MILTON SILVA MARQUES

Sinistro: 3160472049 ASL-0997062/16
Vitima: CICERO MILTON SILVA MARQUES
Data Acidente: 09/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: REGINALDO GOMES DOS SANTOS

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, 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, 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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Agosto de 2016

Carta nº: 9483243

A/C: CICERO MILTON SILVA MARQUES

Sinistro: 3160472049 ASL-0997062/16
Vitima: CICERO MILTON SILVA MARQUES
Data Acidente: 09/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: REGINALDO GOMES DOS SANTOS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **27/07/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **09/09/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2017

Carta nº 10445197

a/c: CICERO MILTON SILVA MARQUES

Sinistro: 3160472049 ASL-0997062/16
Vítima: CICERO MILTON SILVA MARQUES
Data Acidente: 09/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: REGINALDO GOMES DOS SANTOS

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

DOCUMENTO 1 "T196"



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.

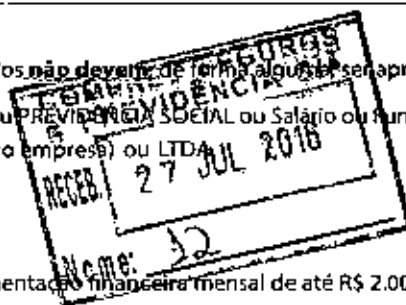
EU, CICERO MILTON SILVA MARQUESPORTADOR(A) DO RG Nº CNH Nº 06274667269 EXPEDIDO POR DETRAN-CE EM 06/08/15 ECPF 065614553-63 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO AUTONOMAE RENDA MENSAL DE R\$ — (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA CICERO MILTON SILVA MARQUES, 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 aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



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.

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 POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3587 N° da CONTA (com dígito, se existir) 00018124-5

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.

J. DO NORTE-CE, 14 de JULHO de 2016.

LOCAL E DATA

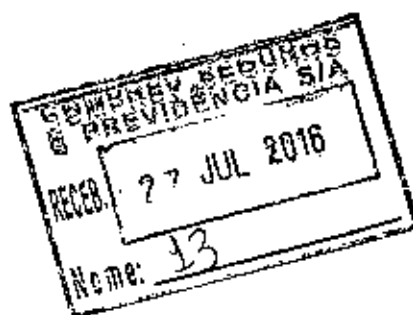
x Cicero Milton Silva Marques

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 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

2ª VIA

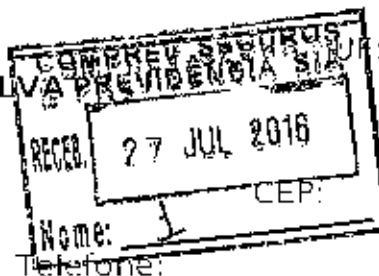
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 1658 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **28/01/2016 15:48:08**
Data / Hora da Ocorrência: **09/09/2015 08:29:00**
Endereço da Ocorrência:
Complemento:
Bairro: Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CICERO MILTON SILVA MARQUES**
Nascimento: **27/10/1995** CPF:
RG: Orgão Emissor:
Filiação: **MARIA EVANIA FERREIRA DA SILVA**
DANILO MARQUES CIDRÃO
Endereço: **RUA RUI BARBOSA, 1703**
Bairro: **TIMBAUBAS**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL**



Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIC0816** Uf. **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:
9C2KD0550CR304375 Renavam: **479191999** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca
/ Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012**
Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **MARIA EVANIA**
FERREIRA DA SILVA Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

ADVERTIDA DAS PENAS COMINADAS AO CRIME DE FALSO TESTEMUNHO, COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME E FALSIDADE IDEOLÓGICA, COMPARECEU NESTA 20ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE JUAZEIRO DO NORTE/CE, MUNIDO DE CÓPIA DOS SEGUINTE DOCUMENTOS: BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO DO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI) - PRONTUÁRIO Nº97273, RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E CRLV DO VEÍCULO ABAIXO DESCRITO E DECLAROU O SEGUINTE: NO DIA 09.09.2015 POR VOLTA DAS 08:29 HORAS A VÍTIMA TRAFEGAVA NO BAIRRO DA BETOLANDIA, NESTA CIDADE DE JUAZEIRO DO NORTE/CE, PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA BROS /ES, QUANDO FOI COLHIDO POR VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO QUE EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. QUE SE DIRIGIU AO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI ONDE FOI ATENDIDO. E NADA MAIS DISSE, DANDO-SE POR ENCERRADO O PRESENTE BO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA GORETTI MESQUITA BANDEIRA - MAT.: 015698-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Cicero Milton Silva Marques

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUIS JOSÉ TENÓRIO DE BRITTO - MAT.: 126893-1-4

Ricardo Antonio Gonçalves
Escritório da Polícia Civil
X.F.: 198.292-1-3

DOCUMENTO 1 1396





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

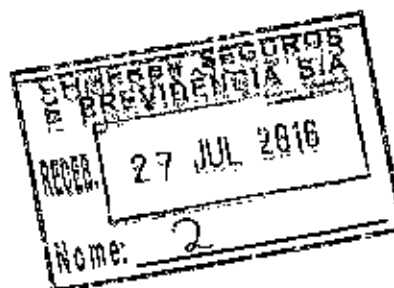
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

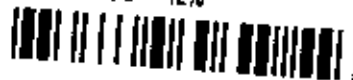
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 1658 / 2016

Paulo Amorim
José Ricardo Amorim Grangeiro
Escrivão da Polícia Civil
Nº F. 198.252-13

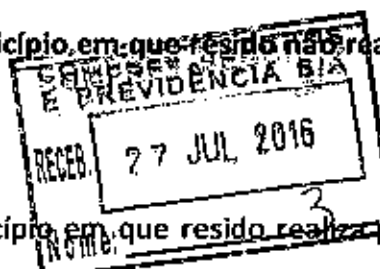




DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, **CICERO MILTON SILVA MARQUES**, brasileiro, solteiro, autônomo, portador(a) do documento de identidade **R.G. nº 06274667269-CNH**, expedido pelo DETRAN-CE e inscrito no C.P.F. sob o nº **065.614.553-63**, residente e domiciliado(a) na **Rua Rui Barbosa, Nº 1703, Bairro Pirajá, na cidade de Juazeiro do Norte-CE**, 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
- (**X**) 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.

Juazeiro do Norte-CE, 14/07/2016.

Cicero Milton Silva Marques

CICERO MILTON SILVA MARQUES

Declarante

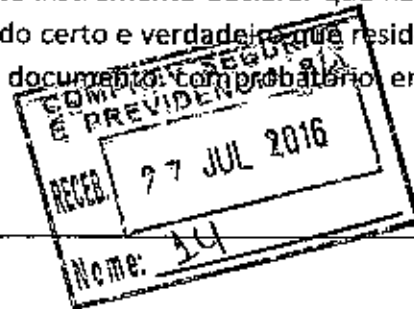


DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CICERO MILTON SILVA MARQUES

RG nº CNH nº 06274667269, data de expedição 06/01/15 Órgão DETRAN-CE,

CPF nº 065.614.553-63, 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:



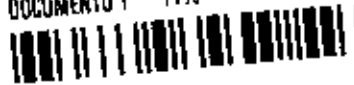
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>AVA Rui BARBOSA</u>
Número	<u>1703</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>PIRAJÁ</u>
Cidade	<u>JUAZEIRO DO NORTE</u>
Estado	<u>CEARÁ</u>
CEP	<u>63.030-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99966-6096</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE-CE. 014/07/2016.

Assinatura do Declarante: Cicero Milton Silva Marques

DOCUMENTO 1 "T196"



957092-6

Rua Padre Valdeir, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.648-8

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA (GRUPO B-1-SERIE 9-0000) 438751410

Rota 07 13000 26 245600 - 8 Data de Emissão 12/07/2016

Nome REGINALDO GOMES DOS SANTOS

End. Postal AV AILTON GOMES 02479

PIRAJA - JUAZEIRO DO NORTE - 63010000

Medidor 12276899

Posto 0000 A24N

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 423731823-00

CGF

Nome do Responsável,

DATAS			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO	
Data de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Voto a Legenda da Qualidade de Energia	
Jul/2016	12/07/2016	11/08/2016	Conjunta JURELIM 10 12/07/2016	
			Mês Mai/2016	FUEO 20,04
			DICRI = 0,00 P	

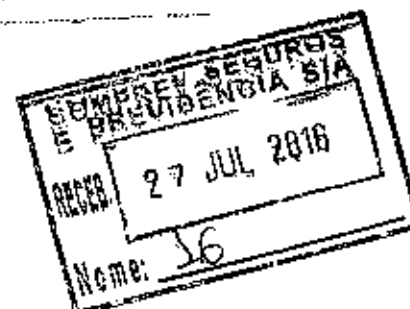
ICMS			Potência Individual			Apuração Individual		
Data de Cálculo (RG)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
252,98	21,00%	66,98	DIC 0,07	0,15	0,30	0,00	0,00	0,00
			FIC 0,23	0,47	2,95	0,00	0,00	0,00
			DMIC 0,06			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

B103.78C1.4086.E87C.5B65.8363.E502.65E5

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO						
Leit. Atual	Leit. Anterior	Cont.	Consumo (kWh)	Coef. Ind. E	Coef. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)
45865	45584	1,00	361	0,00	Leit	10,71
12/07/16	10/06/16		32 DIAS		361	252,78

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	252,98
MULTA MORATORIA REF 06/2016	5,26
JUROS DO MÊS	2,52
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL	73,95
DOAÇÃO SANTA CASA FORT - TEL-85-3392-0301 1/1	10,00



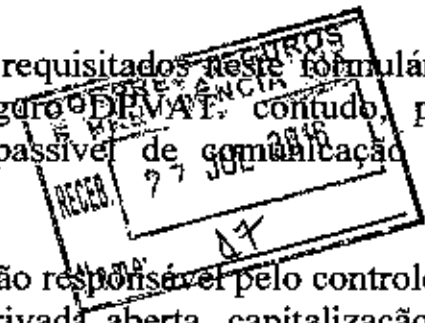


ANEXO II DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².



¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. ² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **REGINALDO GOMES DOS SANTOS**, portador da C.H.H. RG. Nº. **02240968913**, expedida pelo **DETRAN-CE** em **15/02/2012**, CPF/CNPJ **423.731823-00**, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do(a) beneficiário(a) **CICERO MILTON SILVA MARQUES**, do sinistro de DPVAT, referente ao Processo da natureza **INVALIDEZ**, da vítima, **CICERO MILTON SILVA MARQUES**, e conforme determinação da Circular SUSEP 445/2012, declaro as informações solicitadas:

Profissão: **PROFISSIONAL AUTÔNOMO** Renda Mensal: R\$ **AUTÔNOMO**.

Documentos comprobatórios: **RG E CPF**.


ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC

ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE

Relatório de Cirurgia

Paciente: CICERO MILTON SILVA MARQUES

Prontuário: 97273

Clínica: CENTRO CIRURGICO

Enfermaria: Sala Cirurgica

Leito: 05

Cirurgião: SAMIR SAMAAH FILHO

Anestesiologia: ** Não Informado **

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Enfermeiro:

Instrumentador:

Circulante:

Procedimentos Propostos

Código

Descrição

0408050462

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS

Principal
S

Procedimentos Realizados

Código

Descrição

0408050462

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS

Principal
S

Diagnóstico pré-operatório:

** Não Informado **

Relatório Imediato do Patologista:

** Não Informado **

Exame Radiológico:

** Não Informado **

Acidentes e Incidentes:

** Não Informado **

Contagem Compressas e Instrumental:

** Não Informado **

Anestesia | Ocorrências Principais:

** Não Informado **

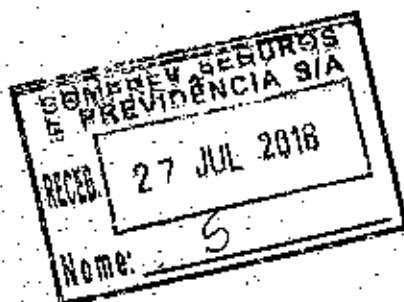
Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

** Não Informado **

Grau de Contaminação: Contaminada

Tipo de Anestesia: Bloqueio

DOCUMENTO 4 *T44*





RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: CICERO MILTON SILVA MARQUES
Endereço: RUA RUI BARBOSA, 1703
Bairro: LIMOEIRO
CEP: 63010-000

Prontuário: 97273
Idade: 19 ano(s) 10 mes(es) e 26 dia(s)
UF: CEARÁ Sexo: Masculino
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização

Clínica: CLINICA CIRURGICA II Enfermaria: 02
Internação: 10/09/2015 05:09 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Leito: 605

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

FRATURA DE 2º, 3º E 4º MTT

Exames Realizados

RX

Terapêutica Utilizada

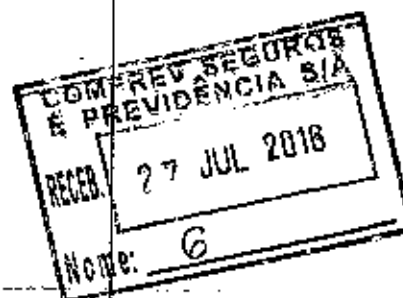
OSTEOSÍNTESE

Diagnóstico

S923 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S923	FRATURA DE OSSOS DO METATARSO



Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 22/09/2015

Observações Complementares

NÃO PISAR COM O MEMBRO OPERADO

CURATIVO DIÁRIO

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DO CIRURGIÃO QUE OPEROU (VIDE DESCRIÇÃO CIRÚRGICA) EM 15 DIAS

Responsável

Médico: THIAGO CALDAS LEAL

Data: 22/09/2015

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

Dr. Thiago Leal
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 10495 RBO: 12030

L-05

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: CICERO MILTON SILVA MARQUES Prontuário: 97273 Admissão: 09/09/2015
Data Nasc.: 27/10/1995 Idade: 19 ano(s) 10 mes(es) e 13 dia(s) Telefone: 88 88065965
Mãe: MARIA EVANIA FERREIRA DA SILVA
Sexo: Masculino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: 63010-000 Bairro: LIMOEIRO
Endereço: RUA RUI BARBOSA, 1703

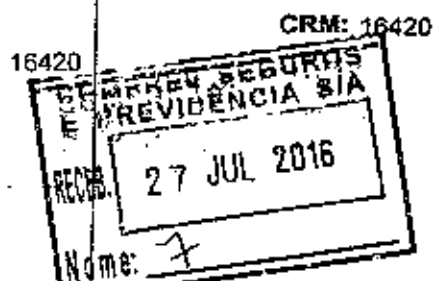
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: MARIA NATALIA LEITE DANTAS Horário: 08:29
Grau: paciente com relato de acidente motociclistico hoje, refere dor + dificuldade de mobilizar o mid + escoriações
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: Dor intensa *

Temp.: Glicemia: Régua: 8 Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: FRANCISCO BRUNO CELIAO CABRAL CRM: 16420
Nº Atendimento: 284907 P.A.:
Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Eixo: OBS BREVE/IMAGEM
Hipótese Diagnóstica: CONTUSÃO DO TORNOZELO
Comorbidade: ndn
HDA/Exame Físico:
DOR + EDEMA + ESCORIAÇÕES EM TORNOZELO/PÉ DIREITOS APÓS ACIDENTE DE TRANSITO(SIC)



EXAME

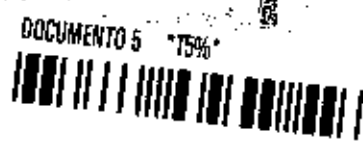
Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX PE D AP/OBLIQ (0204060150)	09/09/2015 08:48	Não	Pendente
RX TORNOZELO D AP/P (0204060087)	09/09/2015 08:48	Não	Pendente
RX PERNA D AP/P (0204060168)	09/09/2015 08:48	Não	Pendente

PRESCRIÇÃO

Médico: FRANCISCO BRUNO CELIAO CABRAL CRM: 16420 09/09/15 10:14

Prescrição	Horário:
CCGG SSVV + AO CENTRO CIRURGICO(ENTRAR EM CONTATO COM O CENTRO CIRURGICO)	
SAT 5000UI IM + VAT 0,25ML IM 11	
DIPIRONA 2ML + AD EV 6/6 11-17 22	
CEFALOTINA 2G EV 11	

NOME: **CICERO HILTON SILVA MARQUES**
 DOC. IDENTIFIC. / OUT. PASSAGE: **0325938** **SSP** **CE**
 CPF: **055.614.553-63** DATA NASCIMENTO: **27/10/1999**
 MUNICÍPIO: **DAMIÃO MARQUES CIDRAO**
 MARIA EVANIA FERREIRA DA SILVA
 PROFISSÃO: **PERMISSÃO** **ACQ** **CIDADA**
PERMISSÃO **2015** **13**
 NÚMERO: **05074067252** VALIDADE: **05/01/2015** 1ª EMISSÃO: **05/01/2015**
 SEM OBSERVAÇÃO:
 CERO-HILTON S-7us marquis
 LOCAL: **JUAZEIRO DO NORTE, CE** DATA EMISSÃO: **06/01/2015**
 58434518661
 CBI38845166
 DOCUMENTO 5 "T59"



COMPANHIA BRASILEIRA DE SEGUROS
 PREVIDENCIA S/A
 RECEB. 27 JUL 2016
 Nome: 8

DOCUMENTO 3 *T3*



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: REGINALDO GOMES DOS SANTOS

LOCALIDADE / DATA DE NASCIMENTO: 96025108601 / 28/08/1972

CPF: 42387317823-00 DATA DE EMISSAO: 11/08/1972

ENDEREÇO: JOSE GOMES DOS SANTOS
RUA GOMES DOS SANTOS

PROFISSÃO: CATEGORIA: 1

DATA DE RECEBIMENTO: 30/07/1994

SEM OBSERVAÇÃO

LOCAL DE EMISSAO: JUAZEIRO DO NORTE / CE DATA DE VALIDADE: 15/02/2012

IDENTIFICACAO: 0573645646
CE: 19340340

VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS 520536702

INDO PLASTIFICAR 20536702

COMPANHIA SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A

RECEB. 27 JUL 2016

Nome: 58

DOCUMENTO 7 "17%"



 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

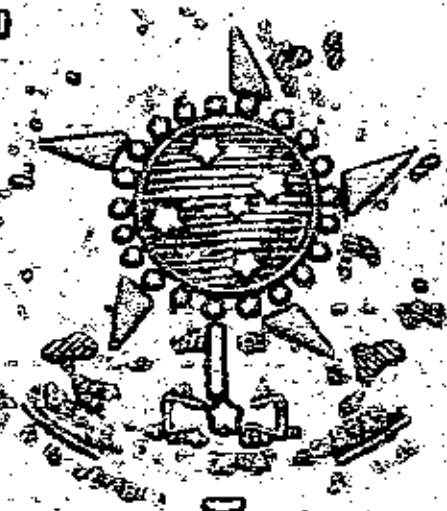
347 063.213-87

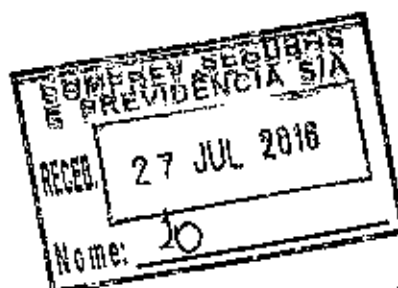
Nome

MARIA FÁBIA FERREIRA DE

Nascimento

10/11/1969





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA DA CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

JUAZEIRO



Maria Evania Ferreira da Silva

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

RECEB. 27 JUL 2016
Nome: JUAZEIRO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 99029177684

DATA DE EXPEDIÇÃO 6/8/1999

NOME MARIA EVANIA FERREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO JOSE MANUEL DA SILVA E TEREZINHA A FERREIRA DA SILVA

NATURALIDADE

JUAZEIRO DO NORTE-CE

DATA DE NASCIMENTO

14/11/1968

DOC ORIGEM CERT. NASC. 63507 L 60 F

164 JUAZEIRO DO NORTE-CE



ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29-09-83



PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento **particular de procuração**, o Outorgante infra qualificado confere ao Outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

CICERO MILTON SILVA MARQUES, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do documento de identidade C.N.H. nº 06274667269, expedido pelo DETRAN-CE, inscrito no C.P.F. sob o nº 065.614.553-63, Residente e domiciliado na Rua Rui Barbosa, nº 1703, Complemento, Casa, Bairro Pirajá, CEP: 63030-000, na cidade de Juazeiro do Norte-CE.

OUTORGADO:

REGINALDO GOMES DOS SANTOS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 39.448 e OAB/CE sob o nº 33.067A, portador do documento de identidade nº 96029100601, expedida pela SSP-CE, na data de 27/04/2007, inscrito no CPF sob o nº 423.731.823-00, com escritório profissional localizado na Av. Ailton Gomes nº 2479, Bairro Pirajá, Juazeiro do Norte-CE..

AMPLOS PODERES CONFERIDOS:

Para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório – DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Juazeiro do Norte-CE, 01 de Abril de 2016

Outorgante: Cicero Milton Silva Marques

CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO
Rua São Pedro, 761 - Centro - Juazeiro do Norte-CE - CEP: 63010-010
Fone: (88) 3541-4929 / 3507-1857
Bel. Lúcia Maria da Figueiredo Viana - Titular

RECONHECIMENTO DE FIRMA - Recolha (POR SEMELHANÇA) a firma de:
CICERO MILTON SILVA MARQUES da verdade ou fe. Juazeiro do Norte-Ceará, 04/04/2016.

CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO
José Luiz Alves
ESCREVENTE

3º OFÍCIO

PREVIDÊNCIA 618
27 JUL 2016
Nome: J9

RECONHECIMENTO DE FIRMA
DE FIDELIDADE
Nº 11.065.440

É obrigatório o reconhecimento de firma por Autenticidade. O reconhecimento de firma por Semelhança não será acatado. Tratando-se de pessoa ainda não alfabetizada a Procuração deverá ser firmada em Cartório, obrigatoriamente.