



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Nome <i>Rafael moreno de lima</i>		
Nacionalidade <i>brasileiro</i>	Estado Civil <i>solteiro</i>	Profissão <i>agricultor</i>
RG (Registro de Identidade) <i>58086582</i>		CPF <i>047.484.463-31</i>
Endereço / Localidade <i>Pv. Cotole</i>		Número
Bairro / Distrito <i>Zona Rural</i>		Complemento
CEP <i>63870-000</i>	Cidade <i>Boa Viagem</i>	Estado <i>Ceará</i>

OUTORGADO(S): VINÍCIUS PINHEIRO MELO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE 24.353, portador do CPF sob o nº. 016.548.623-63, sócio administrador na sociedade **PINHEIRO MELO – SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 26.942.992/0001-60, inscrito na OAB/CE 1453, com escritório na Pça. Mons. José Candido, nº. 103, Loja 01, bairro Centro, cidade de Boa Viagem, estado do Ceará, CEP 63870-000, tel.: (88) 3427-2867;

Através do presente instrumento particular de mandato, a(s) parte(s) OUTORGANTE(s) nomeia(m) e constitui (em) como seu(s) procurador (es) o(s) OUTORGADO(s), conferindo-lhe(s) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil e art. 5º, §2º do Estatuto da OAB, com cláusula "Ad Judicia Et Extra", para praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, **principalmente perante qualquer companhia de seguro conveniada ao FENASEG, participante do convênio DPVAT**, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, e os *especiais* para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitação, firmar autorizações de pagamento ou crédito de indenização de sinistro, prestar declarações, **declarar e requerer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA, anuir e receber alvarás judiciais de levantamento, podendo receber os valores neles expressos provenientes de depósitos feitos pela(s) SEGURADORA(S) pertencentes ao CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT e SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A** junto à instituição financeira responsável pela guarda destes valores, podendo ainda receber e endossar cheque em nome do outorgante relativo a pagamento dos valores pleiteados junto as Seguradoras do Consórcio DPVAT, dando tudo por bom e valioso, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, seguindo uma e outras, até decisão final.

Boa Viagem, *30* de *Outubro* de 20 *18*.

x Rafael moreno de lima

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**DECLARANTE:**

Nome <i>Rafael Moreno de Lima</i>		
Nacionalidade <i>brasileiro</i>	Estado Civil <i>solteiro</i>	Profissão <i>agricultor</i>
RG (Registro de Identidade) <i>58086582</i>		CPF <i>047.484.463-31</i>
Endereço <i>Pq. Catolé</i>		Número
Bairro / Distrito <i>Zona Rural</i>		Complemento
CEP <i>63870-000</i>	Cidade <i>Boa Viagem</i>	Estado <i>Ceará</i>

DECLARO que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50, com fundamento na Lei 7.115/83.

Boa Viagem, 30 de Outubro de 2018.

Rafael Moreno de Lima
Declarante

Ana
98233609

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME RAFAEL MORENO DE LIMA	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 58086582 SSP/SP	
CPF 047.484.463-31	DATA NASCIMENTO 08/11/1990
FILIAÇÃO NAO CONSTA	
MARIA IVONETE MORENO D E LIMA	
PERMISSÃO	ACC CAT. HAB. AB
Nº REGISTRO 06165241946	VALIDADE 01/11/2018
1ª HABILITAÇÃO 02/09/2014	
OBSERVAÇÕES	
<i>Rafael moreno de lima</i> ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL SAO PAULO, SP	DATA EMISSÃO 26/10/2015
<i>Daniel Amunberg</i> Daniel Amunberg Diretor - Departamento de Trânsito SP REPRESENTANTE DE EMISSÃO	
55548660145 8P733014917	
DETRAN-SP (SAO PAULO)	

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1177995657

PROIBIDO PLASTIFICAR
1177995657



Esta é a segunda via de

OUT/2017

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco:

N° DO CLIENTE
2072062 DV **9**

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 496987345

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 30 036041 10 034200

Medidor

Poste

Nome JOSE CARLOS ALVES

0000 A54L

Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora PV CATOLE 99999 DOMINGOS DA COS BOA VIAGEM 63870000

RG / CPF / CNPJ 994.282.613-00

CGF

Classe B2 - 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

FP	23018	22907	1	111	0	111

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade ☒ Tarifa ☒ Valor (R\$)

ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh

111 0,37847 42,01

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leitura

16/11/2017

16/11/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8D38.38A7.87CE.F52C.88B3.7007.63F1.F296

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Alíquota

Valor do Imposto

ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	19,82
TRANSMISSÃO	1,98
DISTRIBUIÇÃO	13,46
ENCARGOS SETORIAIS	4,66
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	2,09

OUTROS PAGAMENTOS

Multa Moratória

1,13

CASA SEGURA PLUS 0800 600 0560

17,30

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 3,27)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DÍGITO VERIFICADOR."

autenticação mecânica cliente

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

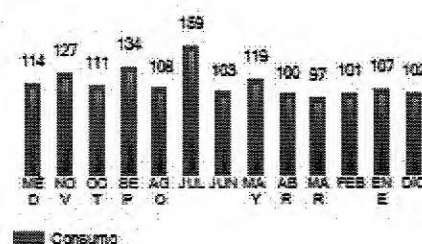
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 17,01

Conjunto BOA VIAGEM

Mês AGO/ 2017

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,58	21,17	42,34	2,50	0,00	0,00
FIC (un)	7,67	15,34	30,69	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,68			2,50		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



N° do Cliente: 2072062-9 N° da Nota Fiscal: 496987345 Total a Pagar (R\$): 60,44
Data de Emissão: 30/10/2018 Referência: OUT/2017 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA SOB AS PENAS DA LEI

DECLARANTE:

Nome <u>Rafael Moreno de Lima</u>		
Nacionalidade <u>brasileiro</u>	Estado Civil <u>solteiro</u>	Profissão <u>agricultor</u>
RG (Registro de Identidade) <u>58086582</u>	CPF <u>047.484.463-31</u>	
Endereço <u>Ru. Cotole</u>		Número
Bairro / Distrito <u>Zona Rural</u>	Complemento	
CEP <u>63970-000</u>	Cidade <u>Boa Viagem</u>	Estado <u>Ceará</u>

DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83) que sou residente e domiciliado (a) no endereço acima informado.

Declara ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

"Art. 299" – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Boa Viagem, 30 de Outubro de 20 18

Rafael Moreno de Lima
DECLARANTE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PARAMOTI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 522 - 73 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 30/11/2017 12:03:13

Data / Hora da Ocorrência: 28/08/2017 17:30:00

Endereço da Ocorrência: SÍTIO LOCALIDADE DE PEDREIRA

Complemento:

Bairro: ZONA RURAL

Município: BDA VIAGEM/CE

Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: RAFAEL MORENO DE LIMA

Nascimento: 08/11/1990 CPF: 947.484.463-31

RG: 58086582

Órgão Emissor: SSPDS

UF: SP

Filiação: MARIA IVONETE MORENO DE LIMA

Nº

Endereço: SÍTIO CATOLE

Bairro: ZONA RURAL

CEP:

Município: BDA VIAGEM/CE

País: BRASIL

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: HXD1622 UF: CE Município: BDA VIAGEM Chassi:

9C2JD020204R023340 Renavam: 852023520 Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR125 BROS ES Ano:

Fabricação: 2004 Ano Modelo: 2004 Combustível: GASOLINA Cor:

VERMELHA Proprietário: JOCEVAN CALACA MARTINS Situação: NAO

INFORMADO Envolvimento: NORMAL

Histórico

Compareceu a esta Unidade Policial, a queixosa, alegando que no dia, horas e local acima citados, encontrava-se pilotando a motocicleta acima citada em uma estrada de pista, ao realizar uma curva fechada, bateu contra uma outra moto, teve fratura no ombro esquerdo e escoriações pelo corpo, foi socorrido para o hospital de Boa Viagem, transferido para o hospital de Quixeramobim, foi medicado e liberado, Nada mais havendo, vai devidamente assinado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PARAMOTI

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Claudio Sérgio Landim Barrocas

Chefe de Unidade Policial

Mat.: 28488-13

CLÁUDIO SÉRGIO LANDIM BARROCAS - MAT.: 028488-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

x Rafael Moreno de Lima

VISTO DO DELEGADO(A):

DANIEL ARAÚJO MOTA - MAT.: 300591-1-3

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
8631396808		Nº 8631396808	
DETRAN - CE		Nº 8631396808	
EMAT CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	RNDRC	
01	86202222	000000000	
NOME/ENDE			
JOCIVAN CALAÇA MOTA			
FZ ASSENTAMENTO ANTICATO 00000			
RIACHO VERDE ZONA RURAL			
53.870-000 BOA VISTA - CE			
CPF/CNPJ		PLACA	
86998714300		HND 1622	
NOME ANTERIOR			
VALDENOR ENCI LIMA			
PLACA AN/UF		CHASSI	
*****111		82JD202040	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
MOTOCICLO/NAU APLIC		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB - ANO MOD	
HONDA/NXR125 BROS ES		2004 2004	
CAP/POT/OIL		CATEGORIA	
2F/ CV/124CC		PORTIC	
COR PREDOMINANTE			
VERMELHA			
OBSERVAÇÕES			
MOTOR: JE30E94023340			

BOA VIAGEM		DATA	
17/06/2018			
DIÁRIO DE AGUARDAR FUPD			
SUPERINTENDENTE DETRAN - CE			

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOCIVAN CALACA MARTINSRG nº 3352552/98, data de expedição 28/09/1998Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 869.987.143-00, com domicílio na cidade de RIO DE JANEIRO, no Estado de RJ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)RUA EUCLIDES DA ROCHA, nº 600,complemento CASA 96, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima RAFAEL MORENO DE LIMA, cujo o condutor era RAFAEL MORENO DE LIMA.Veículo: MOTOCICLETAModelo: HONDA NXR 125 BROSSESAno: 2004Placa: HXL 1622Chassi: 7C2JD20204R023340Data do Acidente: 28.08.2017Local e Data: 08 01 2018 RIO DE JANEIRO - RJ

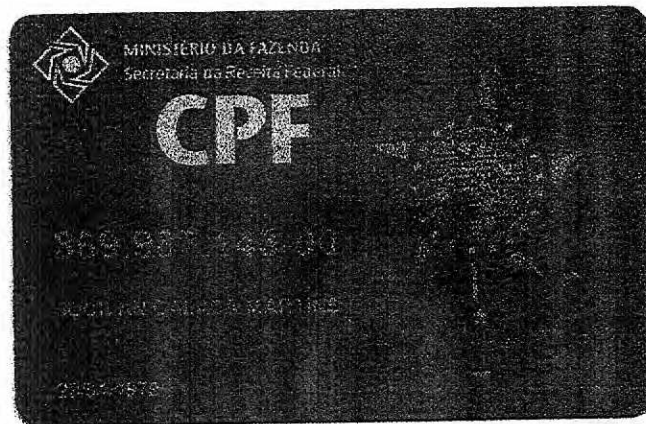
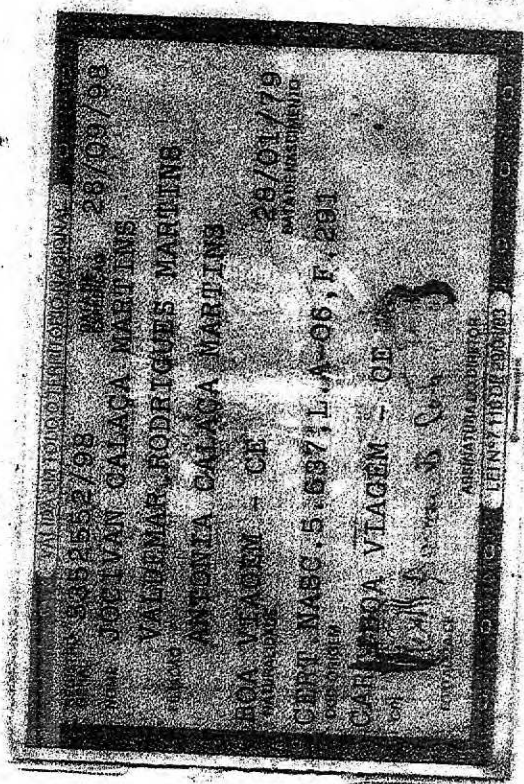
Jocivan Calaca Martins
Assinatura do Declarante



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



10º SERVIÇO NOTARIAL
Nélio Augusto dos Santos Dias
Substituto do Tabelião
MAT CTOS: 14782/111/RJ



869.987.443-00



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CSAM - CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA

Rua: São Vicente de Paula, Nº. 100, Centro
Tel.: (88) 3427 1699 - (88) 3427 1136
CNPJ: 07.806.680/0001-84



FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

UNIDADE DE ATENDIMENTO 24H

DATA: 08/08/17

HORÁRIO: 7:15

ATENDIMENTO Nº

DADOS DO PACIENTE

NOME: Rafael Moreno de Lima

SUS:

SEXO: F() M(X) DATA DE NASCIMENTO: 08.11.1990 IDADE: 26 ESTADO CIVIL: solteiro

NOME DA MÃE: Maria Frenete Moreno de Almeida

NATURALIDADE: Boa Viagem PROFISSÃO: Agricultor RG: 56096592

ENDEREÇO: Cochozuras BAIRRO: Zona Rural

CIDADE: BV ESTADO: CE TELEFONE: ()

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

PA: X mmHg SPO₂: % FC: bpm FR: lpm T: °C PESO:

QUEIXAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MIN	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MIN	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MIN
☐ Politraumatismo/TCE; ☐ Queimaduras grandes; ☐ Coma ou alteração de consciência; ☐ Lesão da Coluna Vertebral; ☐ Desconforto Respiratório Grave; ☐ Dor no peito+cianose+falta de ar; ☐ Vômito+perda de consciência ou dor tórax por mais de 30min; ☐ Perfuração no peito, abdômen ou cabeça; ☐ Crise convulsiva; ☐ Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio; ☐ Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; ☐ Hiper ou Hipoglicemia (diagnosticadas) ☐ Parada Cardiorrespiratória; ☐ Alterações SSVV + sintomas (diagnosticadas); ☐ Hemorragia não controladas; ☐ Fraturas; ferimentos (cortes);	☐ Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva; ☐ Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios; ☐ História de convulsão; ☐ Dor torácica intensa; ☐ Crise asmática ou desconforto respiratório; ☐ Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; ☐ Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; ☐ História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; ☐ Epistaxe; ☐ Dor forte de qualquer natureza; ☐ Sangramento vaginal com dor abdominal; ☐ Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; ☐ Febre alta (39-40°); ☐ Luxações, entorse + dor intensa; ☐ Acidente por animais peçonhentos; ☐ Acidente por animais peçonhentos; ☐ Broncoespasmo.	☐ Idade superior a 60 anos; ☐ Pacientes escoltados; ☐ Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; ☐ Asma fora de crise; ☐ Enxaqueca; ☐ Dor ouvido moderada a grave; ☐ Dor abdominal sem alterações sinais vitais; ☐ Sangramento vaginal sem dor abdominal; ☐ Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação; ☐ Abscessos; ☐ Distúrbios neurovegetativos; ☐ Lombalgia intensa; ☐ Intercorrências ortopédicas; ☐ Gastroenterite;	☐ Queixas sem alterações agudas; ☐ Procedimentos como curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestados médicos; ☐ Demais situações não enquadradas anteriormente; ☐ Uso de benzilpenicilina; SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCA CONSULTA COM MÉDICO ASSISTÊNCIA.

07.806.680/0001-84

Casa de Saúde Adília Maria

Rua São Vicente de Paula, nº 100

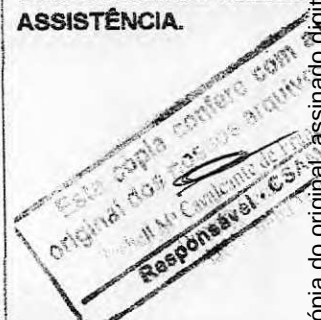
Centro- CEP: 03673-000

Fone: (88) 3427-1136

Boa Viagem-Ce

Rafael Moreno de Lima

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL



NOME: _____

DATA: ____/____/____

HORA: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Doença relata de início de dor abdominal em altura da
umbilical (1) + múltiplas evacuações em fezes líquidas e com
BFGs e azia. Sinais: hiperreflexia. Sphincter: 15
AC: 120/80mmHg. AD: 120/80mmHg.
AD: Pulso de 120 batidas/min e Garganta

PRESCRIÇÃO:

- 1) Polvoan C101, 500mg, 3x/dia
- 2) Antibiótico para Ambr (1)
- 3) Antibiótico para Jodho (1)

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dr. Kelson Sales
Médico
CREMEC 19253

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

CONPJ 07.806.680/0001-84

Case de Saúde Adília Mans

Rua São Vicente de Paula, nº 100

Centro- CEP: 63570-000

Fone: (88) 3427-1136

Boa Viagem-Ce

Esta cópia confere com a
original dos nossos arquivos.

Renell M. Cavalcante de França
Responsável: CSAM

DIREÇÃO GERAL

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL.

Nome: Kapriel Kassar de Oliveira

① Indicação Ortopedica

Dr. Kelson Sales

28/08/17
DATA

Dr. Kelson Sales
Médico
CRM 15753

Assinatura e Carimbo
do profissional

Nosso Hospital foi premiado pela Organização Mundial de
Saúde, Unicef e Ministério da Saúde

 QUIXERAMOBIM Cidade do Bem do Ceará do Ceará	ESTADO DO CEARÁ PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO FONE: (88)3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - email: hosp.regional@hotmail.com Quixeramobim - CE	 HOSPITAL REGIONAL Dr. Pontes Neto
--	---	---

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: _____

ROBERTO WILSON F. LAA

8

① *ANALGESICO TUBULAR 10 cm - 01 cm*

01/02/17

Dr. Felipe Veras P. de Oliveira
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMEC 12845 TEO 14730



**SEU MEDICAMENTO
NA HORA CERTA**

☐
☐
☐

6 X 6 hs.: 06M - 12T - 06N - 12N (4 X DIA)

8 X 8 hs.: 06M - 02T - 10N (3 X DIA)

12 X 12 hs.: 06M - 06N (2 X DIA)

COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA.

Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fones: (88) 3441-1219 / 3441-1217
 Quixeramobim - Ceará.



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

FONE: (88)3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - email: hosp.regional@hotmail.com
 Quixeramobim - CE



RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: Thiery Wilson de Almeida

~

(*) FRACTURA DE CLAVICULA ESQ (28/08/17)

01/09/17: OITO ENBLAGES

Retorno 28/09/17: Lx CLAVICULA ESQ FALSA
 SEM OITO ENBLAGES

01/09/17

Dr. Felipe Vas P. de Oliveira
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMEC 12845 TEOT 14739



**SEU MEDICAMENTO
 NA HORA CERTA**

☐
☐
☐

6 X 6 hs.: 06M - 12T - 06N - 12N (4 X DIA)

8 X 8 hs.: 06M - 02T - 10N (3 X DIA)

12 X 12 hs.: 06M - 06N (2 X DIA)

COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA.

Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fones: (88) 3441-1219 / 3441-1217
 Quixeramobim - Ceará.

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome:

ROFAR HOUEN

① / Zulfetino 600g - 06g
0g 8/8h por 3 dias

01/09/17

Dr. Felipe Vitorino P. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 12045 REG-151739



**SEU MEDICAMENTO
NA HORA CERTA**

☐
☐
☐

6 X 6 hs.: 06M - 12T - 06N - 12N (4 X DIA)
8 X 8 hs.: 06M - 02T - 10N (3 X DIA)
12 X 12 hs.: 06M - 06N (2 X DIA)

COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA.

Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fones: (88) 3441-1219 / 3441-1217
Quixeramobim - Ceará.

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome:

ROFAR HOUEN DE LIMA

TUOCA SEMANA DO OIT
ENBASSADO

01/09/17

Dr. Felipe Vitorino P. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 12045 REG-151739



**SEU MEDICAMENTO
NA HORA CERTA**

☐
☐
☐

6 X 6 hs.: 06M - 12T - 06N - 12N (4 X DIA)
8 X 8 hs.: 06M - 02T - 10N (3 X DIA)
12 X 12 hs.: 06M - 06N (2 X DIA)

COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA.

Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fones: (88) 3441-1219 / 3441-1217
Quixeramobim - Ceará.



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA DE GESTÃO HOSPITALAR - SUS

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

FONE: (88) 3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - E-mail: hosp.regional@hotmail.com
Quixeramobim-CE



ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que

ROSELYNE NOBRE

recebeu atendimento médico em:

01, 09, 17

com diagnóstico de:

FISTULA DE CLAVICULA ESQUERDA

o(a) mesmo(a) está necessitando de: SESSENTA (60) dias de licença do trabalho,

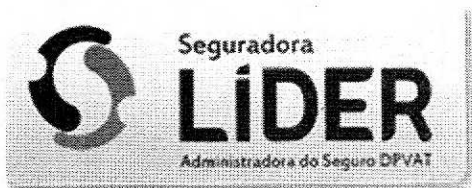
a partir da data do atendimento.

Quixeramobim-Ce,

01 / 09 / 17

Jr. Felipe Veras P. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEB 12843 TEOT 14739

MÉDICO/CRM



Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Início do conteúdo

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180073631 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RAFAEL MORENO DE LIMA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO RAFAEL MORENO DE LIMA

CPF/CNPJ: 04748446331

Posição em 30-10-2018 15:26:16

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
02/04/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	Atualização do Pagamento Administrativo no DPVAT - Beneficiário: RAFAEL MORENO DE LIMA - Sinistro: 3180073631
Valor Nominal	R\$ 843,75
Indexador e metodologia de cálculo	INPC-IBGE - Calculado pro-rata die.
Período da correção	28/8/2017 a 2/4/2018

Dados calculados

Fator de correção do período	217 dias	1,012796
Percentual correspondente	217 dias	1,279604 %
Valor corrigido para 2/4/2018	(=)	R\$ 854,55
Sub Total	(=)	R\$ 854,55
Valor total	(=)	R\$ 854,55

Memória analítica do cálculo

Valor inicial	843,75
Data inicial	28/8/2017
Data final	2/4/2018
Periodicidade	Mensal
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.

Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
28/8/2017	1/9/2017	-0,0039 (%)	843,72
1/9/2017	1/10/2017	-0,0200 (%)	843,55
1/10/2017	1/11/2017	0,3700 (%)	846,67
1/11/2017	1/12/2017	0,1800 (%)	848,19
1/12/2017	1/1/2018	0,2600 (%)	850,40
1/1/2018	1/2/2018	0,2300 (%)	852,35
1/2/2018	1/3/2018	0,1800 (%)	853,89
1/3/2018	1/4/2018	0,0700 (%)	854,49
1/4/2018	2/4/2018	0,0070 (%)	854,55

Acréscimos de juro, multa e honorários

Sub Total	(=)	R\$ 854,55
Valor total	(=)	R\$ 854,55

Retornar Imprimir