

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: Marco Alan Alves do Nascimento, solteiro, montador,
RG 2000034075551 | CPF 069.350.254-19
Rua Dna. Adalgisa Gomes Almeida, 233, Parque Recreio, Crato/CE

OUTORGADOS: Dr. ARTHUR GOMES PONTES, brasileiro, solteiro,
Advogado inscrito na OAB/CE sob o nº 34.322 e Dr. EDSON ALMINO FELIX
FILHO, brasileiro, solteiro, Advogado inscrito na OAB/CE sob o nº 34.540 e Dra.
GESSICA FEITOSA MORAES ANDRADE, brasileira, solteira, Advogada
inscrita na OAB/CE sob o nº 34.539, todos com endereço à Rua Beata Maria de Araujo,
nº 09, Romeirão, Juazeiro do Norte-CE, onde recebem intimações e notificações.

PODERES: O (A) outorgante concede os mais amplos, gerais, especiais e ilimitados poderes, para representá-lo (a) junto ao foro em geral, conforme o artigo 105 do CPC, bem como os poderes da cláusula "*ad judicium et extra*", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(os/as) nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais, acompanhando-o(a) e promovendo quaisquer medidas preliminares, previstas ou assecuratórias dos seus direitos e interesses; conferindo-lhe, também, poderes especiais para transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação e/ou procedimento, dar e receber quitação, bem como de levantar valores depositados em instituições financeiras decorrentes de pleitos administrativos e/ou judiciais (como por exemplo alvarás judiciais), firmar compromisso, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, propor execução, requerer insolvência, rescisória, embargos, agravos, agindo em conjunto ou separadamente, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência de recursos econômico, podendo, ainda, representar junto às instituições financeiras e repartições públicas federais, estaduais e municipais; empresas públicas, autárquicas, sociedades de economia mista, pessoas jurídicas de direito público/privado ou pessoas físicas em geral, podendo substabelecer (em conjunto ou isoladamente), com ou sem reserva de poderes, o presente mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, enfim, poderá o(s) procurador(es), praticar(em), alegar(em), promover(em) e assinar(em) todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

DECLARA, ainda, que possui recursos insuficientes para arcar com as despesas e custas processuais, conforme expressa disposição dos art. 98, *caput* e I c/c art. 99, *caput* e §3º, ambos do CPC.

Juazeiro do Norte /CE, 03 de Setembro de 2018

Marco Alan Alves do Nascimento

OUTORGANTE



Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

069.350.254-19

Nome

MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO

Nascimento

06/02/1985

PROIBIDO PLASTIFICAR

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

Polegar Direito

Marco Alan Alves do Nascimento

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE

4661.A3AFEEAF.DBDB



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:24:34 do dia 25/01/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2000034075551 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/01/2018

NOME MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO DANIÃO DO NASCIMENTO

APARECIDA ALVES DO NASCIMENTO

NATURALIDADE MOREILÂNDIA - PE DATA DE NASCIMENTO 06/02/1985

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: CARIRINIRIM TERMO: 4823 FOLHA: 80 LIVRO: A-18 MOREILÂNDIA - PE

CPF 2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR *Renato O. Lima* P.: 56

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 522982133

fls. 11

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

DADOS DO CLIENTE

Esta é a segunda via de
ABR/2018Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conoscoN° DO CLIENTE
4760119 DV **1**VENCIMENTO
04/05/2018TOTAL A PAGAR (R\$)
96,17

Rota 19 011000 05 049840

Medidor

Poste

Nome APARECIDA ALVES DO NASCIMENTO

2725915

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade
ConsumidoraRU PRA ADALGISA GOMES ALMEIDA 00233 RECREIO CRATO
63100000

RG / CPF / CNPJ

643.831.563-04

CGF

Classe

01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 6736

6608

1

128

0

128

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

ENERGIA
CONSUMO

128

0,71188

91,12

DATAS DE LEITURA

Data da Emissão/
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leitura

26/04/2018

26/05/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

52AD.AC50.564C.E627.3931.7CAC.4A46.049C

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Aliquota

Valor do Imposto

91,12

27%

24,60

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	33,37
TRANSMISSÃO	3,56
DISTRIBUIÇÃO	19,01
ENCARGOS SETORIAIS	5,10
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	30,08

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

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

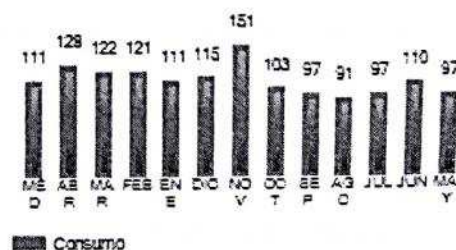
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 27,23

Conjunto CRATO

Mês FEV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	2,44	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	2,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,14		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

4760119-1

N° da Nota Fiscal: 522982133

Total a Pagar (R\$): 96,17

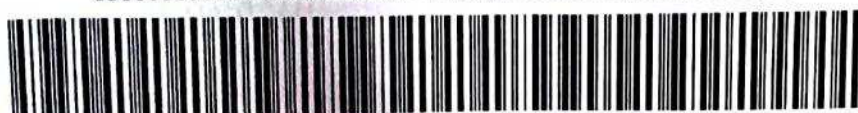
Data de Emissão:

18/05/2018

Referência: ABR/2018

N° de Controle: 0004760119 00075 4385 2 50

83860000000-0 96170031000-1 00047601190-6 00754385222-6





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 3199 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)**

Data / Hora da Comunicação: **07/05/2018 10:23:40**

Data / Hora da Ocorrência: **08/01/2018 13:30:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA CORONEL ANTONIO LUIS**

Complemento:

Bairro: **CENTRO**

Município: **CRATO/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO**

Nascimento: **06/02/1985** CPF:

RG: **2000034075551**

Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **APARECIDA ALVES DO NASCIMENTO**

DAMIÃO DO NASCIMENTO

Endereço: **RUA PROFESSORA ADALGIZA GOMES DE ALMEIDA, 233**

Bairro: **RECREIO**

Município: **CRATO/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99612-1538**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OSN1748 Uf: CE Município: CRATO Chassi:

9C6KE1950E0027380 Renavam: 996860134 Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: YAMAHA/YBR125 FACTOR K1 Ano

Fabricação: 2013 Ano Modelo: 2014 Combustível: GASOLINA Cor:

VERMELHA Proprietário: ANDRELINA MACEDO MARTINS Situação:

NÃO INFORMADO Envolvimento: NORMAL

Histórico

ADVERTIDO DAS PENALIDADES PREVISTAS PARA OS CRIMES DE FALSO TESTEMUNHA, DENUNCIAÇÃO CALUNIOSA E COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME/CONTRAVENÇÃO: NOTICIA QUE NA DATA E HORÁRIO ACIMA CITADOS FORA VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE CARACTERÍSTICAS ACIMA CITADAS, QUANDO UM VEÍCULO DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS O QUAL TRAFEGAVA NA SUA FRENTE PAROU REPENTINAMENTE, QUA PARA EVITAR UM ABALROAMENTO ENTRE AMBOS, DESVIAR A MOTOCICLETA PARA O LADO ESQUERDO, VINDO A BATER NO MEIO FIO, CAINDO AO SOLO, FICANDO LESIONADO; QUE FORA SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS EM CRATO, SENDO TRANSFERIDO POSTERIORMENTE, PARA O HOSPITAL SÃO RAIMUNDO EM CRATO, ONDE FORA CONSTATADO AS LEÕES DESCRITAS NO LAUDO MÉDICO, PRONTUÁRIO EM ANEXO; QUE NÃO É HABILITADO E REGISTRA O PRESENTE PARA FINS DE DPVAT; E NADA MAIS HAVENDO ENCERRO O PRESENTE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANA LUIZA COELHO - MAT.: 300214-1-X

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 07/05/2018 10:33:25

** Marco Alan Alves do Nascimento*

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 3199 / 2018****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** Marco Alan Alencar dos Santos**VISTO DO DELEGADO(A) :** _____**LEVI GONÇALVES LEAL - MAT.: 132616-1-X**

Dr. JOSE FRANCIMARIO
BEZERRA DO NA
Diretor-Técnico-Médico
CRM-CE 8728

v201722

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 223580	Atendimento 0010	Nome do Paciente MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO	CNS 708407784866565	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2000034075551		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 06/02/1985	Local CRATO/CE	Idade 32 Ano(s)		
Pai DAMIÃO DO NASCIMENTO	Mãe APARECIDA ALVES DO NASCIMENTO			
Endereço RUA ADALGISA GOMES DE ALMEIDA, 1233	Bairro RECREIO	CEP 63100-000	Município CRATO	UF CE
Profissão ELETRICISTA	Empresa	Cônjuge	Telefone 88 96121138	
Responsável SAMU	CPF do Responsável	Endereço RUA ADALGISA GOMES DE ALMEIDA, 1233	Município CRATO	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 08/01/2018	Hora 14:28	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ALESSANDRO HERES DE SOUSA NUNES		CRM/UF 11644/CE	Tipo Atendimento CONSULTA DE URGENCIA	
Indicador de Acidente		Funcionário JOSE EDIMAR SALES SOUZA		
Observação				

Sala	Data/Hora Liberação 08/01/2018 14:37	Tipo de Saída Alta
------	---	-----------------------

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)
-----------	-------------	--------	---------	---------	-----------

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 08/01/2018 14:35

Responsável pela Classificação: GILLIANO GOMES CASU

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

08/01/2018 14:37:32h Responsável: ALESSANDRO HERES DE SOUSA NUNES CRM-CE 11644

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO; COM EM JOELHO ESQ.

CD; DIPIRONA 1 amp ad iv
DEXAMETASONA 4 mg ad iv
VOLTAREM 1 amp im

> 14/45

dufer

Dr. Alessandro Heres
Ultrassonografia
CRM 11644

ALESSANDRO HERES DE SOUSA NUNES - CRM: 11644

Assinatura Paciente/Responsável

Raimundo

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 08/01/2018 15:44

N.Atendimento...: 463394
 Data Atendimento: 08/01/2018 Hora:15:37
 Médico Respons...: MARCEL DE ALENCAR PITA
 Recepcionista...: VANESSA
 Setor Atend.....: CONSULTORIO

Convênio.: BPA SUS
 Matrícula: 708407784866565
 Guia.:
 Tipo de Atend...: AMBULATORIAL
 Serviço: CONSULTA

=====IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE=====

Paciente.: MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO Pront: 80468
 Dta Nasc.: 06/02/1985 - 32 Anos - Sexo: MASCULINO Est.Civil:SOLTEIRO RG: 2000034075
 Endereço.: RUA PROF ADALGISA GOMES DE ALMEIDA 233 CASA Município: CRATO
 Cep.....: 63132070 Bairro:VILA ALTA
 Estado...: CE Resp...: APARECIDA ALVES DO NASCIMENTO
 Fone: 88996121538

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Itern. [] Outro [] Clínica [] Cirurg [] Obst. [] Ped. [] Oftalmo. [] Out

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

[] RAIO-X

[] ULTRASSOM

[] ENDOSCOPIAY

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acute infarct of STENOTIC artery, causing
polym of motor limb

DIAGNÓSTICO fr de motor limb

PROCEDIMENTO Take Empunomacum + Proprietary cupre

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____

Dr. MARCO ALVES DO NASCIMENTO
 Autopredista e Terapeuta
 CRM 10671

Dr. (a) MARCEL DE ALENCAR PITA
 CRM: 010671 CPF: 65782135387

Marco Alan Alves do Nascimento
 Paciente / Responsável



HOSPITAL SAO RAIMUNDO
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 29/01/18 11:26

Paciente: MARCO ALVES DO NASCIMENTO

Prontuario: 80468

Leito...: AM3.04

Atendimento: 466905

Conv: SUS INTERNADOS

Técnico(a): BIANCA

Anotações de Enfermagem: - 29/01/2018 11:26

MANHÃ

PACIENTE ADMITIDO NESTE SETOR PARA TRATAMENTO CLINICO COM DRº ITALO. COM HD: FRATURA EM PLATÔ TIBIAL ESQUERDO. EVOLUI: CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, COOPERATIVO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NEGA ALERGIA A QUALQUER MEDICAÇÃO. NEGA HAS E DM. REFERE NÃO FAZER USO DE ANTICOAGULANTE. SEGUE NO SEU LEITO OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. *

COM 01 RX EM ANEXO.* VEIO SEM SOLICITAÇÃO DE EXAMES*.

AGUARDA DEFINIR DATA DO PROCEDIMENTO CIRURGICO.

PA: 140/90

T: 36,5°C

Bianca Maria Pereira da Costa

Tec. de Enfermagem

COREN-CE 001.165.019

Técnico(a): BIANCA MARIA PEREIRA DA COSTA

COREN: 165019-CE



HOSPITAL SAO RAIMUNDO
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 29/01/18 16:12

Paciente: MARCO ALVES DO NASCIMENTO

Prontuario: 80468

Leito...: AM3.04

Atendimento: 466905

Conv: SUS INTERNADOS

Técnico(a): CAROLINA

Anotações de Enfermagem: - 29/01/2018 16:12

TARDE

CLIENTE 32 ANOS COM HD: FRATURA EM PLATÔ TIBIAL POR DR. ITALO. O MESMO EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, COOPERATIVO, ATIVO, NORMOTENSO, AFEBRIL, EUPNEICO, EM AR AMBIENTE, RELATA DIURESE PRESENTE E NORMAL, ACEITA DIETA OFERECIDA, AGUARDA PRESCRIÇÃO MEDICA, ESTA SEM ACESSO VENOSO PERIFERICO, NÃO RELATOU NENHUMA QUEIXA, NEGA ALERGIA E DOR, SONO E REPOUSO PRESERVADO, ESTA NO LEITO SOBRE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Técnico(a): ANA CAROLINA INACIO FURTADO

COREN: 1169836-CE

FICHA DE INTERNAÇÃO

Prontuário N°.: 80468
Internação N°.: 468289

Impresso: 06/02/2018 00:50

-DADOS DO PACIENTE-

Paciente.: MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO
Respons.: MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO

Nasc.: 06/02/1985 Idade: 33 Sexo: M

Matricula: 708407784866565

Endereço.: RUA PROF ADALGISA GOMES DE ALM

Cidade.: CRATO

Filiação.: Mãe - APARECIDA ALVES DO NASCIMENTO

CPF.:

(MOREILANDIA)

Raça.: PARDO

Profissão:

Bairro.: VILA ALTA Cep.: 63132070

Telefone: 8899612153835211714

Pai - DAMIAO DO NASCIMENTO

UF: CE Orgão: SSP-CE Natural: CARIRIMIM

Est. Civil: SOLTEIRO

-DADOS DE ATENDIMENTO-

Médico.: MARCELO PARENTE OLIVEIRA

Clínica.: INTERN. CIRURGICA

Setor.: POSTO MASCULINO

Acomod.: AM03

Leito.: AM3.04 Trans. P/Leito: _____ Enf/Apto: _____

Cadastro.: DUCARMO /Atendente: HELDER

Data/Hora.: 06/02/2018 00:43

Convênio.: SUS INTERNADOS

Carater.: URGENCIA

Tipo Acom.: ENFERMARIA CLINICA

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

-RESUMO DE TRATAMENTO-

EDA:

HAS ()

DM ()

AVC ()

ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAMENTOS PREVIOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS: PA =

FP =

FR =

TA =

ECV:

R.:

EDOME:

NEUROLÓGICO:

ECG: AO =

RV =

RPILOS:

-DIAGNÓSTICO-

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

RESERVADO A RECEPÇÃO

N° DO UNISUS: 1315 0016959

ASS.: Henrique - 06/02/18

TRASNF. P/ MÉDICO:

CONDIÇÕES DE ALTA: curada

ALTA EM: 08/02/18

PACIENTE / RESPONSÁVEL

MÉDICO(A): 13172

MARCELO PARENTE OLIVEIRA



Marcelo Parente Oliveira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 13172

RELATÓRIO MÉDICO

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE **MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO** FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO EM 06/02/2018 PARA TRATAMENTO DE FRATURA OCORRIDA EM ACIDENTE MOTOCICILISTICO, SEGUNDO RELATA, OCORRIDO EM 08/01/2018. SEGUIRÁ PARA A FASE DE REABILITAÇÃO, DEVENDO INICIAR TRATAMENTO FISIOTERÁPICO VISANDO A RECUPERAÇÃO FUNCIONAL. FOI ORIENTADO A AFASTAR-SE DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS ATÉ A CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA E A REABILITAÇÃO FUNCIONAL. ESTIMA-SE UM PERÍODO MÍNIMO DE TRATAMENTO DE 120 (CENTO E VINTE) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

CID: S 82.1

CRATO, 07 DE FEVEREIRO DE 2018

Marcelo Parente Oliveira
Ortopedia / Traumatologia
CREMEC 13172



PARA: MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO

SOLICITO:

TRATAMENTO FISIOTERÁPICO (20 SESSÕES)

REABILITAÇÃO PÓS FRATURA DO PLATÔ TIBIAL

CRATO, 07 DE FEVEREIRO DE 2018

Medicina do Trabalho
Ortopedia / Traumatologia
CREMEC 13172



PARA: MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO

PRESCREVO:

1. NOVALGINA 1 g ----- 2 CX

TOMAR 1 CP DE 6/6h

(06h - 12h - 18h - 24h)

2. IBUPROFENO 300mg ----- 1 CX

TOMAR 1 CP DE 8/8h POR 5 DIAS

(06h - 14h - 22h)

OBS.:

1. NÃO PISAR COM O MEMBRO OPERADO
2. REALIZAR OS CURATIVOS DIARIAMENTE
3. APLICAR COMPRESSAS DE GELO POR 15 MINUTOS 4 VEZES AO DIA
4. INICIAR A FISIOTERAPIA
5. RETORNAR PARA CONSULTA DE REVISÃO DIA 19/02/2018 ÀS 13h

CRATO, 07 DE FEVEREIRO DE 2018

Marco Parente Oliveira
Ortopedia / Traumatologia
CREMEC 13172

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Hospital São Raimundo / Fundação Leandro Bezerra

CNPJ: 06.746.713/0002-66
Av. Teodorico Teles, 99 - Crato - CE

Nome do Médico: Marcelo Parente Oliveira
Ortopedia / Traumatologia
CREMEC 13172

CRM: _____ UF: _____ Nº _____

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª Via orientação ao Paciente

Marcelo Parente Oliveira
Ortopedia / Traumatologia
CREMEC 13172

Carimbo e Assinatura do Médico

Paciente: MARCO ALMINO FILHO DO ALMEIDA

Endereço: _____

Prescrição: _____

PACO

1 cx

Tempo 19 de 818
(064 - 164 - 224)

07/02/13

Marcelo Parente Oliveira
Ortopedia / Traumatologia
CREMEC 13172

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: CRISTIANE

Ident.: 8123 Org. Emissor: 86

Endereço: CRATO

Cidade: 90918232 UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



SAMU
192
CEARÁ

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista o requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao Sr. **MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO**, portador do RG 2000034075551 inscrito no CPF 069.350.254-19, no dia 08/01/2018, às 14h09, no município de Crato/CE, na rua Coronel Antônio Luiz, vítima de acidente com motocicleta, sendo encaminhado para o **Hospital São Francisco Maternidade de Crato**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES** ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 26 de Fevereiro de 2018


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

SINISTRO 3180304773 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO

CPF/CNPJ: 06935025419

Posição em 06-09-2018 13:36:03

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
16/07/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
 Tel: 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
 R. Senador Dantas 74, 5º andar
 Centro - Rio de Janeiro - CEP 20031-205



Seguradora Líder - DPVAT

ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE
 [Art. 3º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					