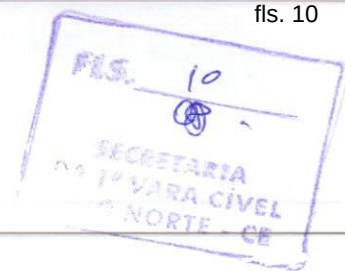




ACTUS

Advogados Associados



“PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

Ronaldo de Oliveira Macarenhas, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG nº 9702900415 SSP/CE e do CPF nº 838.641.813-87, residente e domiciliado à Rua Padre Durães, nº 144, Santa Tereza, Juazeiro do Norte/CE

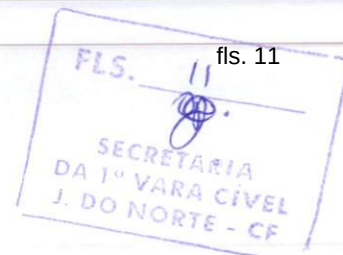
pelo presente nomeia e constitui bastante procurador, THOMAZ ANTONIO NOGUEIRA BARBOSA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 20.787, e-mail: thomazbarbalha@yahoo.com.br, ANTÔNIO ALLAN LEITE SARAIVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 23.502, e-mail: allan.saraiva@hotmail.com, todos com escritório situado à Rua Zuca Sampaio, 649 em Barbalha/CE, onde recebe intimações e avisos, a quem confere os poderes para o foro em geral, com a cláusula “ad judicium”, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo, ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Barbalha-CE, 06 de outubro de 2016.

x Ronaldo de Oliveira Macarenhas



ACTUS
Advogados Associados



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

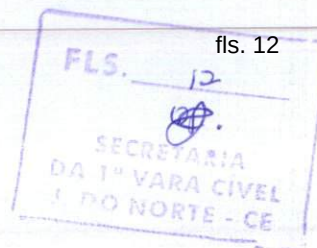
Ronaldo de Oliveira Mascarenhas, brasileiro, solteiro,
seudônimo, ~~residência~~ portador do RG nº 97028001415 SSP/CE
e do CPF nº 838.641.813-87, residente e domicili-
-do à Rua Padre Dervius, nº 144, Santa Tereza, Juazeiro
do Norte/CE

DECLARA nos termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que são pobres na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício de seu sustento e de sua família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

BARBALHA-CE, 06 de outubro de 2016

x Ronaldo de Oliveira Mascarenhas



<http://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true>

SINISTRO 3160007234 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RONALDO DE OLIVEIRA MASCARENHAS

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO MBM SEGURADORA S/A #772

BENEFICIÁRIO RONALDO DE OLIVEIRA MASCARENHAS

CPF/CNPJ: 83664181387

Nome do Beneficiário	Tipo de Movimento	Data Pgto Previsto	Valor Previsto
RONALDO DE OLIVEIRA MASCARENHA	Pagamento	03/03/2016	5062,50



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 - 18128 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/11/2015 11:39:46**
Data / Hora da Ocorrência : **25/10/2015 16:25:00**
Endereço da Ocorrência: **R SÃO PAULO COM R PINTO MADEIRA**
JUAZEIRO DO NORTE /CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RONALDO DE OLIVEIRA MASCARENHAS**
Nascimento : **17/11/1979**
RG: **97029001415** Órgão Emissor: SSP UF: - CPF: **83644181387**
Filiação: **RAIMUNDO FEITOSA MASCARENHAS**
MARIA DOS ANJOS OLIVEIRA MASCARENHAS
Endereço: **R PE OURIVES 144**
SANTA TEREZA
JUAZEIRO DO NORTE CE BRASIL
Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

TIPO: **MOTOCICLETA MARCA: YAMAHA/YBR125 FACTOR KI**
PLACA: **PNA0827 MUNICÍPIO / UF: JUAZEIRO DO NORTE / CE**
MODELO/FABRICAÇÃO: **2015/2014 COR: BRANCA**
RENAVAM: **1041460322 CHASSI: 9C6KE1950F0042316**
SITUAÇÃO: **NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: RAIMUNDO JOSE DE OLIVEIRA**
MASCARENHAS
ENVOLVIMENTO: **ENVOLVIDO**

Histórico

Advertido das penalidades cominadas ao crime de falso testemunho, relata a Vítima/Noticiante QUE conduzia a motocicleta acima identificada, transportando como passageiro a pessoa de Ronaldo De Oliveira Mascarenhas, de modo que , após serem "fechados" por um automóvel, vieram a cair ao solo, tendo o passageiro sofrido trauma em ombro direito e pé esquerdo, sido socorrido pelo SAMU para o HRC. E nada mais disse.

Noticiante(s)

Nome : **RAIMUNDO JOSÉ DE OLIVEIRA MASCARENHAS**
Endereço : **R PE OURIVES 144**
Bairro : **SANTA TEERZA**
Município/UF : **JUAZEIRO DO NORTE CE BRASIL**
Telefone:



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 - 18128 / 2015



DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *[Signature]*

JOSÉ ORISMAR RICARTE JUNIOR - MAT.: 404965-1-3

RESPONSÁVEL PELO INFORMAÇÃO: *Ronaldo de Oliveira Mascarenhas*

VISTO DO DELEGADO(A):

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

Raimundo José de Oliveira Mascarenhas

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
DO NORTE - CE

Eu, Ronaldo de Oliveira Mascarenhas, portador da carteira de
identidade nº 97029001415 e inscrito no CPF/MF. sob o nº 836641813-87
residente e domiciliado na Rua Pde Oliveira, 144
Cidade Quazeiro do Norte, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que
estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de
indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de
prova do Seguro DPVAT; ou
(X) 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.

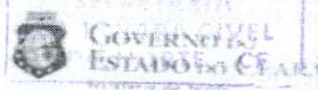
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia
concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu
conteúdo.

Ronaldo de Oliveira Mascarenhas

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Quazeiro do Norte - CE, 29/12/2015

Local e data



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: RONALDO DE OLIVEIRA MASCARENHAS Prontuário: 124605 Admissão: 25/10/2015
Data Nasc.: 17/11/1979 Idade: 36 ano(s) 2 mes(es) e 17 dia(s) Telefone:
Mãe: MARIA DOS ANJOS OLIVEIRA MASCARENHAS
Sexo: Masculino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: STO ANTONIO
Endereço: RUA MARIA DE FRANCA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: JAMARA BATISTA DA CRUZ Horário: 17:00
Queixa: paciente relata DOR EM MIE E MSD.
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: Dor intensa *
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 8 Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: LEONARDO TAITIRO MIYAZAWA CRM: 23092 N° 294669 P.A.:
Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Eixo: OBS BREVE/IMAGEM
Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO TORNOZELO E DO PE
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
TRAZIDO PELO SAMU, VITMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO E PÉ
IPSILATERAL
E.F: ADM DE OMBRO LIVRE/ EDEMA DORSO DO PÉ
CD: RAO-X

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
25/10/2015 17:00:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor intensa *	LARANJA	JAMARA BATISTA DA CRUZ

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX TORNOZELO E AP/P (0204060087)	25/10/201 17:14	Não	Realizado
RX OMBRO AP	25/10/201 17:14	Não	Realizado
RX CALCANEIO E AXIAL/LATERAL (0204060109)	25/10/201 18:02	Não	Realizado
TC MEMBRO INFERIOR ESQUERDO SEM CONTRASTE (0206030029)	25/10/201 10:36	Não	Realizado
RX OMBRO AP	25/10/201 20:05	Não	Realizado
RX OMBRO D LATERAL/ ESCAPULAR (0204040116)	25/10/201 20:05	Não	Realizado
RX OMBRO D AXIAL (0204040116)	25/10/201 20:05	Não	Realizado

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
COAGULOGRAMA (0202020495)	26/10/201 13:56	Não	Realizado
HEMOGRAMA COMPLETO => REX (0202020380)	26/10/201 13:56	Não	Realizado
ECG - ELETROCARDIOGRAMA (0211020036)	27/10/201 10:48	Não	Realizado
GLICOSE (SANGUE) (0202010473) - JEJUM DE 8 HORAS	27/10/201 10:08	Não	Realizado

Médico: LEONARDO TAITIRO MIYAZAWA

PRESCRIÇÃO

CRM: 23092

01/11/15 09:00

Prescrição	Horário:
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ELEVADO	
CUIDADOS GERAIS	
CETOPROFENO 01 AMP . 100 ML DE SF 0,9% EV DE 12/12H	
Tramadol 100MG + SF 100ML EV em 30MIN 8/8H, Se dor	
Dipirona 1AMP + AD 18ML EV 6/6H,	
Metoclopramida 1AMP + AD 18ML EV 8/8H, Se Náusea ou vômito	
SORO FISIOLÓGICO 500 ML EV DE 8/8H	
DIETA ORAL LIVRE	
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ELEVADO	
CUIDADOS GERAIS	
CETOPROFENO 01 AMP . 100 ML DE SF 0,9% EV DE 12/12H	
Tramadol 100MG + SF 100ML EV em 30MIN 8/8H, Se dor	
Dipirona 1AMP + AD 18ML EV 6/6H,	
Metoclopramida 1AMP + AD 18ML EV 8/8H, Se Náusea ou vômito	
SORO FISIOLÓGICO 500 ML EV DE 8/8H	
DIETA ORAL LIVRE	
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ELEVADO	
CUIDADOS GERAIS	
CETOPROFENO 01 AMP . 100 ML DE SF 0,9% EV DE 12/12H	
Tramadol 100MG + SF 100ML EV em 30MIN 8/8H, Se dor	
Dipirona 1AMP + AD 18ML EV 6/6H,	
Metoclopramida 1AMP + AD 18ML EV 8/8H, Se Náusea ou vômito	
SORO FISIOLÓGICO 500 ML EV DE 8/8H	
DIETA ORAL LIVRE	
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ELEVADO	
CUIDADOS GERAIS	
CETOPROFENO 01 AMP . 100 ML DE SF 0,9% EV DE 12/12H	
Tramadol 100MG + SF 100ML EV em 30MIN 8/8H, Se dor	
Dipirona 1AMP + AD 18ML EV 6/6H,	
Metoclopramida 1AMP + AD 18ML EV 8/8H, Se Náusea ou vômito	
SORO FISIOLÓGICO 500 ML EV DE 8/8H	
DIETA ORAL LIVRE	

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE
JUAZEIRO DO NORTE - CE

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: RONALDO DE OLIVEIRA MASCARENHAS

Prontuário: 124605

Endereço: RUA MARIA DE FRANCA

Idade: 35 ano(s) 11 mes(es) e 21 dia(s)

Bairro: STO ANTONIO

UF: CEARÁ

Sexo: Masculino

CEP: 63010-000

Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização

Clinica: TRAUMATO-

Enfermaria: 02

Leito: 407

Internação 01/11/2015

21:57

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

fratura de calcâneo esquerdo.

Exames Realizados

radiografia e exames pré-op

Terapêutica Utilizada

osteossíntese de fratura de calcâneo esquerdo

Diagnóstico

S920 - FRATURA DO CALCÂNEO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S920	FRATURA DO CALCÂNEO

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 08/11/2015

Observações Complementares

orientações gerais+não dar carga+fisioterapia+curativo diário+retorno ambulatorio do dr.francisco bruno celião+prescrevo

cipro oral e aines

Responsável

Médico: ABEL TENÓRIO DE MACEDO FILHO

Data: 08/11/2015

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

Dr. Abel T. Macedo Filho
MÉDICO
Traumatologista
CRM-CE 11234 - ERM-PE 315



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

fls. 19
SECRETARIA
DE JUSTIÇA
CIVIL
NORTE - CE

NOME: RONALDO DE OLIVEIRA MASCARENHAS
DATA DE NASCIMENTO: 17/11/1979
SOLICITANTE: Dr. VICTOR MAGALHÃES CALLADO
SETOR SOLICITANTE: EMERGÊNCIA

PRONTUÁRIO: 124605

DATA DO EXAME: 26/10/2015

ENFERMARIA/LEITO: Breve. 10

DATA DO LAUDO: 26/10/2015

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO ESQUERDO

RELATÓRIO

INDICAÇÃO:
Trauma

TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos do tornozelo esquerdo, em aparelho multidetector, com reconstruções bi e tridimensionais, de acordo com a radiografia digital marcada.

ANÁLISE:

- Fratura com acentuado grau de cominuição do calcâneo, envolvendo o corpo, sustentáculo do tálus, processo anterior e tuberosidade posterior, com extensão dos traços de fratura à articulação subtalar (facetas anterior, medial e posterior) e face articular do cubóide, evidenciando-se ainda depressão da superfície articular subtalar por 5,0 mm.
- Fratura do aspecto posterolateral da porção metaepifisária distal da fíbula, com pequeno fragmento deslocado, sem envolvimento das faces articulares tibiofibular ou talofibular.
- Subluxação medial da articulação calcâneo-cubóide.
- Tibia distal e demais ossos incluídos no estudo de aspecto normal sem sinais de fraturas.
- Ausência de reações periosteais.
- Infiltração edematosa difusa dos planos subcutâneos do tornozelo.
- Músculos e tendões com forma e densidade habituais.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Fratura cominutiva intra-articular do calcâneo (Tipo V da classificação de Rowe).
2. Fratura maleolar lateral.
3. Subluxação medial da articulação calcâneo-cubóide.

Dr. José Célio Couto Vasconcelos
Médico Radiologista CRM-CE 13064
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB

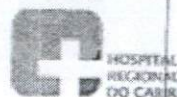
Rua Catulo da Paixão Cearense, s/n | Triângulo
Juazeiro do Norte/CE | CEP: 63.041-182

CNPJ/MF: 05.268.526/0002-51

Fone: (88) 3566.3600 | Fax: (88) 3566.3610
email: conselho@isgh.org.br

DIGITADOR: Fernanda Alencar

HORA DO LAUDO: 10:05



Relatório de Cirurgia

Paciente: RONALDO DE OLIVEIRA MASCARENHAS

Prontuário: 124605

Clínica: CENTRO CIRURGICO

Enfermaria: Sala Cirurgica

Leito: 01G

Cirurgião: FRANCISCO BRUNO CELIAO CABRAL

Anestesiologia: ** Não Informado **

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Enfermeiro:

Instrumentador:

Circulante:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	
0408050535	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CALCANEIO	Principal S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	
0408050535	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CALCANEIO	Principal S

Histórico 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 **

Fator as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

** Não Informado **

Grau de Contaminação: Limpa

Tipo de Anestesia: Bloqueio

Francisco Bruno Celião
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 16.420 - CRM-CE 10049
TEOT 13.212

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



SECRETARIA
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

SERVIÇO DE ORTOPEDIA DO HRC SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIAS PARA RETORNO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSO

PARA: Donaldo Oliveira Mascarenhas

EXAME (S): Radiografia de valgo e varo E.

PS: REALIZAR EXAME, ANTES DO RETORNO AMBULATORIAL AGENDADO.

Juazeiro do Norte - CE, 08 de novembro de 2015.

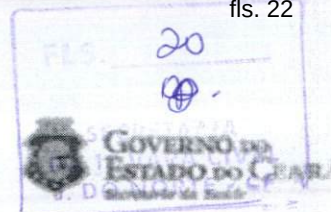
08.11.15
MÉDICO
Traumatologia e Ortopedia
CRM-CE 11227 - CRM-PE 211

Médico

CNPJ/MF - 05.268.526/0002-51

Rua Catulo da Paixão Cearense, s/n - Triângulo - CEP 63.041-162 - Juazeiro do Norte - CE - Telefone: (88) 3566-3600
Hospital mantido com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: RONALDO DE OLIVEIRA MASCARENHAS Prontuário: 124605 Admissão: 01/07/2016
Data Nasc.: 17/11/1979 Idade: 36 ano(s) 7 mes(es) e 14 dia(s) Sexo: Masculino RG:
Mãe: MARIA DOS ANJOS OLIVEIRA MASCARENHAS Telefone: (88) 88866618
Endereço: RUA MARIA DE FRANCA Bairro: STO ANTONIO CEP:

ATENDIMENTO

Médico: FRANCISCO BRUNO CELIAO CABRAL CRM: 16420 N° Atendimento: 330436
Destino Interno: ALTA AMBULATORIAL

HDA/Exame Físico:

8º MES PÓS-OPERATÓRIO DE OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE CALCANEIO ESQUERDO
EVOLUI COM QUEIXA DE DOR CRÔNICA EM TORNOZELO/CALCANHAR ESQUERDOS.
APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DE ARTICULAÇÕES TALO-TIBIAL E SUBTALAR A ESQUERDA,
COM CALUDICAÇÃO DA MARCHA, SENDO ESTAS AS SEQUELAS DEFINITIVAS DE SUA LESÃO INICIAL.
RECEBE ALTA AMBULATORIAL.

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:
------------	----------

Francisco Celiaio
CRM: 16420
CONCELUÍDO EM 16/30



FLS. 21
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA JUSTIÇA CIVIL
JUAZEIRO DO NORTE - CE

Organização Social mantida com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

RELATÓRIO MÉDICO

PARA: RONALDO DE OLIVEIRA MASCARENHAS

8º MES PÓS-OPERATÓRIO DE OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE CALCÂNEO ESQUERDO.

EVOLUI COM QUEIXA DE DOR CRÔNICA EM TORNOZELO/CALCANHAR ESQUERDOS.

APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DE ARTICULAÇÕES TÍBIO-TALAR E SUBTALAR A ESQUERDA, COM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, SENDO ESTAS AS SEQUELAS DEFINITIVAS DE SUA LESÃO INICIAL.

RECEBE ALTA AMBULATORIAL.

CID: S92

JUAZEIRO DO NORTE, 01/07/2014.

Francisco Bruno Celio
Ortopedista
CRM/CE 10.049

Dr. FRANCISCO BRUNO CELIÃO CABRAL

ORTOPEDISTA

CRM/CE 10.049



97029001415
 RONALDO DE OLIVEIRA MASCARENHAS
 RAIMUNDO FEITOSA MASCARENHAS L
 MARIA DOS ANJOS DE OLIVEIRA MASCARENHAS
 JUAZEIRO DO NORTE-CE 17/11/1979
 CERT. NASC. 27456 L 111 F
 163 JUAZEIRO DO NORTE-CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Ronaldo de Oliveira Mascarenhas

ASSINATURA DO IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

RONALDO DE OLIVEIRA MASCARENHAS

DATA DE NASCIMENTO 17/11/1979 NÚMERO DO TÍTULO 0453 0678 0787 DATA 17/11/2013

JUAZEIRO DO NORTE-CE DATA DE EMISSÃO 10/06/2013

JUIZ ELEITORAL

Assinatura: [illegible]

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

RONALDO DE OLIVEIRA MASCARENHAS

CPF 838641813-87 Data de Nascimento 17/11/79

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura: RONALDO DE OLIVEIRA MASCARENHAS

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 23/01/98

Sistema Único de Saúde

RONALDO O MASCARENHAS

Data Nasc. 17/11/1979 Sexo: M

128 0244 8198 0008

P.A.S. 23
SECRETARIA
DA RECEITA CIVIL
J. DO MONTE - CEMinistério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **836.641.813-87**Nome da Pessoa Física: **RONALDO DE OLIVEIRA MASCARENHAS**Data de Nascimento: **17/11/1979**Situação Cadastral: **REGULAR**Data da Inscrição: **23/01/1998**Digito Verificador: **00**Comprovante emitido às: **16:28:02**: do dia **29/12/2015** (hora e data de Brasília).Código de controle do comprovante: **AA87.9E9F.4098.CCD1**A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.Este documento não substitui o Comprovante de Inscrição no CPF.

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CE Nº **011957844080**

VIA - CDE - FAVAT - PLACA - 0000000000 - 2015

MLLO-01-1041460922

RAIMUNDO JOSE DE OLIVEIRA MASCARENHAS

 JUAZEIRO DO NORTE/CE

80722881304 PNA0827

9C6KE1950F0042316

YAMAHA/YBR125 FACTOR K1 2014 2015

2P/OCV/124CC PARTIC BRANCA

1	*****	1	*****
2	*****	2	*****
3	*****	3	*****

PROMIO TAMPADO (R\$) - (R\$) - (R\$) - DATA DE PAGAMENTO

00/00/0000

AL FID. BANCO YAMAHA MOTOR DO BRASIL
 L SA; *****

JUAZEIRO DO NORTE
 10/03/2015

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CE Nº **011957844080**

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 80722881304 DÍGITOS GERAIS DE CORPENA0827

www.dpvatsegurodoBrasil.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

2015 10/03/2015

01 80722881304 PNA0827

1041460922 YAMAHA/YBR125 FACTOR K1

2014 09 9C6KE1950F0042316

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$) - DENTRAN (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BI MÊS (R\$) - (R\$) - (R\$)

LOTE/DOC: 118496/64 LACRE: MOTOR: E3L2E-054018

SEGURA PROPRIETARIO DPVAT

10/03/2015

FLS. 24
 SECRETARIA
 DA 1ª VARA CÍVEL
 DO NORTE - CE

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e o requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **RONALDO DE OLIVEIRA MASCARENHAS**, portador do RG Nº 97029001415 e inscrito no CPF sob o Nº 836641813-87, no dia 25/10/2015, às 16h38min, no município de **JUAZEIRO DO NORTE - CE**, na rua São Paulo. Paciente vítima de colisão carro com moto, onde o mesmo foi encaminhado para o **Hospital Regional do Cariri - HRC**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 19 de novembro de 2015

Atenciosamente,


MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ

SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3432 7434, Fax: 3260 2061
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br
Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br. Fone : (85) 3260-3797

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CARLOS OLEGARIO CAVALCANTE PINHEIRO, liberado nos autos em 03/07/2018 às 23:27. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0066589-28.2016.8.06.0112 e código 390F29C.



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

FLS. 26
SECRETARIA
DE SEGURANÇA
DO NORTE - CE

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

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.

PORTADOR(A) DO RG Nº 97029001415 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 06/01/1997
CPF 836641813-87 /CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Servico de Garagem
E RENDA MENSAL DE R\$ 700,00 (*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Ronaldo de Oliveira Mascarenhas, 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; comprobatório dos dados bancários);
- 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº 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 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3587-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 17987-9

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

Juazeiro do Norte - CE, 29/12/2015 x Ronaldo de Oliveira Mascarenhas

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

FLS. 29
SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
DO NORTE - CE

AUTO-ATENDIMENTO - AG JUAZEIRO DO NORTE

DATA: 23/12/2015

HORA: 16:10:09

TERMINAL: 00321029

CONTROLE: 003210290616

DV-4

AGÊNCIA: 3587 - NOVA JUAZEIRO

CONTA: 013.00017987-9

CLIENTE: RONALDO DE OLIVEIRA MACHADO

EXTRATO PARA SIMPLES CONFIRMAÇÃO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ronaldo de Oliveira MascarenhasRG nº 970.290.014-15 data de expedição 06/01/1997 Órgão SSP-CECPF nº 836641813-87, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Pde. Ouriques</u>
Número	<u>144</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Santa Tereza</u>
Cidade	<u>Quazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63000000 / 63050-342</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99771-2107 - (88) 99811-5115</u>
E-mail	<u>(88) 98835-5383</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Quazeiro do Norte - Ce, 29/12/2015Assinatura do Declarante: Ronaldo de Oliveira Mascarenhas

ceelce

SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
DO NORTE - CE

03 13000 26 021600

DATE _____

05/10/2015

MARIA DOS ANJOS DE OLIVEIRA MASCARENHAS

RU PDE OURIVES 00144

SANTA TEREZA - JUAZEIRO DO NORTE - 63000000

7659783

01-RESIDENCIAL MONTE ALEGRE 0000 A46N

0000 AAFN

325244803-30

8. 80

DATE	DATE	DATE	DATE
05/10/2015	05/10/2015	05/11/2015	05/11/2015

Date of capture (dd)	Altitude	Weight of specimen
1941		

1. RECEIVED

9550, 190A, 2666, 2746, A123, 4968, 5246, 5546

UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE

1542 1.00 87 2.00

05-18-15 01-02-15 22 DLS

VALOR CONSUMO DO MES

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA NES (R\$ 2,12)

COPIA DA RENDA
LHA NES (R\$ 2.12-)

000410

DE CUR VOTACAO

ENCERRAMENTO 13/10/2015

TOTAL A
PAGAR (RS)

22,75

Example	17.25
Transmitted	6.45
Distribution	6.45
Advertiser Materials	6.45
Trunking (100% No. 0000)	1.27
TOTAL	28.92

[illegible]

275

37.60

0.05

Environ Biol Fish (2015) 98:101–110

informações importantes e avisos de vencimento

QUEM CONDUZ E MANEJA A PANTUFIDADE NOS SEUS PAISAMENTOS