

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Deusiran Costa Evangelista, brasileiro, casado,
pedreiro, Portador do RG 003.204.815 e CPF 040.380.053
-64, residente a Rua Joaquim Jaco de Freitas, 2514, Luiz Alves
de F, Limoeiro do Norte/CE, CEP 62930-000.

OUTORGADOS: Dra. Janaina Gonçalves de Góis Ferreira, brasileira, divorciada, advogada inscrita na OAB /Ce 20.994, portadora da cédula de identidade num .: 91002109860 e CPF: 480.368.113-91 e, Dra. Suzane Nunes Pinheiro, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB /Ce 34.552, CPF: 967.952.713-15 e, Dra. Marcela Francisca Gusmão Ferreira, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB /Ce 40.936, CPF: 056.077.674-85, com escritório profissional a Rua Lino Fernandes, 162, Centro, Tabuleiro do Norte/CE, CEP: 62.920-000 – Tels: (85) 99997.8886 e (85) 98619.4199, end. elet (85) 99997.8886 e (85) 98619.4199end. elet.: advocacia_janainagois@hotmail.com.

PODERES: 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 os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber e dar quitação, receber depósitos em conta, receber intimação e citação, 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, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, devendo atuar sempre em conjunto com o outorgante, dando tudo por bom e valioso em AÇÃO DE INDENIZAÇÃO e REQUERIMENTO DE SEGURO DPVAT..

Deusiran Costa Evangelista

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins jurídicos e de direito, que sou **POBRE NA FORMA DA LEI**, ou seja, não disponho de condições econômicas para arcar com as despesas de custas processuais e honorários advocatícios, sem colocar seriamente em risco a minha própria manutenção e a de meus dependentes.

Fortaleza, ____/____/____.



DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 003.204.815 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/02/2010

NOME DEUSIRAN COSTA EVANGELISTA

FILIAÇÃO DEUZINAR EVANGELISTA CAVALCANTE
MARIA DO CARMO COSTA

NATURALIDADE MORADA NOVA CE DATA DE NASCIMENTO 13/07/1981

DOC. ORIGEM CERT. DE CASAMENTO L-14 F-38 RG-5595

CPF 040.380.053-64 LIMOEIRO DO NORTE CE-1 CARTÓRIO

1a. VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição 040.380.053-64

Nome DEUSIRAN COSTA EVANGELISTA

Nascimento 13/07/1981

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" corram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Converse e discussão no trabalho predisponem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflicta sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manuseio dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Numero

099454

Serie

00048/6



R. PRUSIRAN COSTA EVANGELISTA
Ta
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Qualificação Civil

Deusirran Costa Evangelista

Loc. Nasç. M. Nova Est. Ceará Data 1307/81
 Filição Deusimar Evangelista Cavalcante
Maria do Carmo
 Doc. nº R.G. 336536698 SSP/G 29/1/98

Loc. Nasc. M. M. M. Est. 1911
Filiação Dessemar Evangelista Cavalcante

Maria do Carmo Pestar

RQ-336536698 SSP/A 29/1/98

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em...../...../..... Doc. Ident. n.º.....

Exp. em Estado

21.09.2020

Date Emission: 26 08 94 DRT: / Leaver

1. Suicide

C. C. TANG NEVES
Mário Luiz de Castro Almeida
Agente de Administ. MAT: 212

Maria Luíza Capistrano Almeida.

Agente de Administ. MAT: 212

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

6

SAAE SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE LIMOEIRO DO NORTE
Av. DOM AURELIANO MATOS, 1400 - CENTRO - LIMOEIRO DO NORTE/CE
CEP: 62930-000 - CNPJ: 07.625.932/0001-79
Fone: (88) 3423.4200 - Site: www.saae-limoeiro.com.br

INSCRIÇÃO 0006461.4 **CLASSE** PAR **TARIFA** R-1 **ECONOMIAS** RES COM IND PÚB OUT **MÊS/FAT** 09/2019

HIDROMETRO A15C046647 **INSTALAÇÃO** 24/06/15 **LOCALIZAÇÃO** 00 00 06 0000022240 **FATURA** 190183323

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR
DEUSIRAN COSTA EVANGELISTA
RUA JOAQUIM JACÓ 3420, CAD 4198, BAIRRO LUIZ ALVES
CEP: 62.930-000 LIMOEIRO DO NORTE-CE

SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	ÁGUA		30,00
16	MULTA POR ATRASO - 07/2019		0,70

HIDROMETRIA **ULTIMOS CONSUMOS**

LEITURA	DATA	CONSUMO
ANTERIOR 379	24/08/19	
ATUAL 385	24/09/19	
CONSUMO 06	DIAS 33	
LEITURISTA 18	0:00:00	

MÉDIA: 9 m³

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

PARÂMETRO	ADRAO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO
COR	ATE 150H	01	15,00
PH	5,0 A 9,0	01	7,40
CLORO	ATE 5,0	01	4,41

DÉBITO(S):
EXISTE(M) 001 FATURAS(S), TOTALIZANDO EM R\$ 31,07

VENCIMENTO 10/10/2019 **VALOR R\$** 30,70

CONFORME ABAIXO INFORMADO, EXISTEM DÉBITOS PARA COM ESTE SERVIÇO SOLICITAMOS A REGULARIZAÇÃO DO MESMO ATÉ A DATA 25/09/19 QUANDO SERÁ EFETUADO O CORTE SEM PREVIO AVISO. TEL. 99779-8515/3423-4200/99986-0643

CASO TE NHA EFETUADO O PAGAMENTO, DESCONSIDERA E ESSA I

LOCAIS PAGTO: SAAE/ MERCANT.NOVA OPÇÃO/ LOTÉRICAS

CAIXA INTERNET BANCING/ CORRESPONDENTES CAIXA/ FARM SÃ

CONSUMIDOR
SAAE SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE LIMOEIRO DO NORTE
Av. DOM AURELIANO MATOS, 1400 - CENTRO - LIMOEIRO DO NORTE/CE
CEP: 62930-000 - CNPJ: 07.625.932/0001-79
Fone: (88) 3423.4200 - Site: www.saae-limoeiro.com.br

INSCRIÇÃO 0006461.4 **NOME** DEUSIRAN COSTA EVANGELISTA **MÊS/FAT** 09/2019

VENCIMENTO 10/10/2019 **VALOR R\$** 30,70

SAAE 0105461.09.19.190183323 **AUTENTICAÇÃO NO VERSO**

8267000000-1 30710260000-4 64610919190-8 18332300004-6



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE



Impresso nº 2019184770

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 831 / 2019

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **20/03/2019 10:11:36**Data / Hora da Ocorrência: **28/11/2018 10:40:00**

Endereço da Ocorrência:

Complemento:

Bairro: **CIDADE ALTA**Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**Ponto de Referência: **MATADOURO PÚBLICO****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **DEUSIRAN COSTA EVANGELISTA**Nascimento: **13/07/1981** CPF: **040.380.053-64**RG: **003204815**Orgão Emissor: **SSP**UF: **RN**Filiação: **MARIA DO CARMO COSTA****DEUSIMAR EVANGELISTA CAVALCANTE**Endereço: **RUA JOAQUIM JACO, 2514**Bairro: **LUIS ALVES**Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: POJ0876 Uf: **CE** Município: **LIMOEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2KC1680FR566963** Renavam: **1124702170** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOSE MARIA CARNEIRO CORREIA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Afirma o declarante que seguia pela rua que liga Limoeiro à Cidade Alta, av. Manoel Fidelis Maia, conduzindo a motocicleta acima discriminada, quando um homem em outra motocicleta não identificada, atravessou a via e o declarante colidiu com o outro motociclista; QUE os dois caíram ao solo, mas o outro condutor conseguiu evadir-se do local sem prestar socorro; QUE foi socorrido por populares sendo levado para o hospital São Camilo em limoeiro do Norte; Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****LUÍZ CARLOS DE ARAUJO MAIA - MAT.: 300115-1-1****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****DEUSIRAN COSTA EVANGELISTA****VISTO DO DELEGADO(A) :****BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319**

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 087447	Atendimento 0001	Nome do Paciente DEUSIRAN COSTA EVANGELISTA	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 040.380.053-64	Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino		
Data de Nascimento 13/07/1981	Local MORADA NOVA/CE	Idade 37 Ano(s)		
Pai DEUZIMAR EVAGELISTA CAVALCANTE	Mãe MARIA DO CARMO COSTA			
Endereço RUA JOAQUIM JACO DE FREITAS, 2514	Bairro LUIZ ALVES DE F	CEP 62930-000	Município LIMOEIRO DO NORTE	UF CE
Profissão PEDREIRO	Empresa	Cônjuge FRANCILEUDA XAVIER CORREIA EVANGELISTA	Telefone 88992178615	
Responsável DEUSIVALDO COSTA EVAGELISTA	CPF do Responsável	Endereço RUA JOAQUIM JACO DE FREITAS, 2514	Município LIMOEIRO DO NORTE	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 28/11/2018	Hora 11:33	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento CARLOS HENRIQUE SOUSA CORREIA	CRM/UF 13917/CE	Tipo Atendimento CONSULTA CLINICA		
Indicador de Acidente	Funcionário ANA ADILA BEZERRA LIMA MOREIRA			
Observação				

Sala	Data/Hora Liberação 28/11/2018 às 14:49hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito					
Sinais Vitais							
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)

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

Paciente com relato de acidente automobilístico, apresenta queixas de dor em ombro esquerdo e dificuldades de movimento.

Múltiplas escoriações pelo corpo.

Sem alergia medicamentosa.

HD: Trauma em ombro E

cp. Sol Rx ombro E ok Articul. 13:33
- cetoprofeno 100mg + SFOCY. 100mg
ev 13:45
- curativos

Gláucia Castro
Enfermeira
COREMEC 30116-002

Dr. Gabriel Carvalho
MÉDICO
CREMEC 13672

ot crepom 15cm X Inchaço antebraço + braço esquerdo c/ dor
e inchaço, 14:33

CARLOS HENRIQUE SOUSA CORREIA - CRM: 13917

X. Souza
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: DEUSIVALDO COSTA EVAGELISTA

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



HOSPITAL
REGIONAL
DO SERTÃO
CENTRAL



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente DEUSIRAN COSTA EVANGELISTA
Endereço JOAQUIM JACO DE FREITAS Idade 37 ano(s) 4 Prontuário 12107
Bairro: LUIS ALVES UF:CEARÁ Sexo Masculino
CEP: 6293-000 Num: 2514 Cidade LIMOEIRO DO NORTE

Localização

Clinica CLÍNICA TRAUMATO- Enfermari 01 Leito 403
Internação 05/12/2018 17:25 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo

paciente submetido ao tratamento cirurgico fratura em clavícula no dia 06/12/18 com dr robson orientado retorno dia 21/12 as 13H e prescrito analgesia e antibiotico oral para domicilio

Exames

exames laboratoriais e radiologicos pos op

Terapêutica

analgesia + antibiotico

Diagnóstico

S420 - FRATURA DA CLAVICULA

DIAGNÓSTICOS

Princip	Código	Descrição
Sim	S420	FRATURA DA CLAVICULA

Condições de

Curado

Data Programada da 07/12/2018

Observações Complementares

retorno dia 21/12 as 13H com dr robson

Responsável

Médico ANTONIO LUIZ VIEIRA GONÇALVES

Data 07/12/2018

Agendament		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Códig	Códig	Códig

Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia Quadril
CREMEC - 12.143/TEOT 14047



Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

fls. 17

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: Limoeiro do NorteNome: Deivison Costa Evangelista

Prontuário Nº _____

Sexo: M ☒ F ☐

Idade: _____

Ocupação: _____

Endereço: R. Joaquim José de Freitas, 2514, Luís Alves

Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

At. vítima de acidente motorístico com fratura de clavícula esquerda, necessita avaliação traumatológica.

Resultado de Exames: _____

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Dr. Carlos Henrique S. Correia
Médico
CRM 15.157-7/CE

Fratura de clavícula esquerda

CID: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: _____

Função: _____

28 / 11 / 18

Data: _____

Hora: _____

Agendamento

Encaminhamento para atendimento: _____

Ambulatorial ☒Hospitalar ☐Auxílio Diagnóstico ☐Especialidade: Traumatologia

Profissional: _____

Unidade de Saúde: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

NOME: _____

Sexo: M ☐ F ☐

Idade: _____

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº _____

Alta: ____/____/____

Resumo Clínico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico: _____

CID: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência?

☐ SIM☐ NÃO

O motivo da referência coincide com o diagnóstico?

☐ SIM☐ NÃO



Dra. Ilana Barros de Barros

CREFITO - 177072-F

Traumato - Ortopedia, Córdio Respiratória,
Neurologia, Geriatria, Pedidria,
Desportiva, Taping Neuromuscular,
Dermato Funcional, Pilates, Rpg.

Av. Dom Aureliano Matos, 1542 - Centro - Limoeiro do Norte-CE. Fone: (88) 99724.8990

RECIBO

R\$ 500,00

Recebi de Deusimar Costa Evangelista a importância
de R\$ 500,00 (Quinhentos reais),
referente a dez sessões de fisioterapia.

Limoeiro do Norte - CE, 26 de dezembro de 20 18.

Dra. Ilana Barros de Barros
Fisioterapeuta
CREFITO 177072 - F

Assinatura Responsável



Dra. Ilana Barros de Barros

CREFITO - 177072-F

Traumato - Ortopedia, Córdio Respiratória,
Neurologia, Geriatria, Pedidria,
Desportiva, Taping Neuromuscular,
Dermato Funcional, Pilates, Rpg.

Av. Dom Aureliano Matos, 1542 - Centro - Limoeiro do Norte-CE. Fone: (88) 99724.8990

RECIBO

R\$ 850,00

Recebi de Deusimar Costa Evangelista, CPF: 041.380.032-64 importância
de R\$ 850,00 (Oitocentos e cinqüenta reais),
referente a dezete atendimentos fisioterapêuticos.

Limoeiro do Norte - CE, 31 de janeiro de 20 19.

Ilana Barros de Barros
Assinatura Responsável
Fisioterapeuta
CREFITO: 251085

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA GONCALVES DE GOIS FERREIRA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 10/10/2019 às 10:34, sob o número 01807655720198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0180765-57.2019.8.06.0001 e código 5426E9A.

 SÃO CAMILO Hospital São Raimundo	RECEITUÁRIO MÉDICO
P/Demirara Costa Gonçalves 124 100 oral 1) Propofol 100mg - 1x Depoimento 2) Dipirona 1g - 1x Depoimento	
78-11-18 Dr. Carlos Henrique S. Correia Médico VOLTANDO, QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA	

ATESTADO MÉDICO	
ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:	
Demirara Costa Gonçalves	
FOI ATENDIDO (A) NESTE SERVIÇO, NECESSITANDO DE AFASTAMENTO	
POR 90 (Noventa) DIA(S) DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS.	
QUIXERAMOBIM, (CE)	
CURSO: 342.0	
Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves Ortopedia - Traumatologia Cirurgia do Quadril CREMEC - 17.457/EOT 14047	
DATA: 05/12/18	MÉDICO CREMEC

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: JOSEFAR VDA EVANGELISTA	PRONTUÁRIO:
SOLTEIRO 1) FISIOTERAPIA POSTURAL - 20 sessões REFORÇO DA FUNÇÃO DEPRIMIDA	
DATA: 21/12/18	MÉDICO CREMEC

RECEITUÁRIO MÉDICO

ACIENTE:	PRONTUÁRIO:
Durman Corta F-1510 feropno de clonala a € Resulubios Fx churculo (15 remos) 24 / 19 CRM 132770 Dr. Fco. José Frota	
ATA: / /	MÉDICO CREMEC



卷之八

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: _____
CRM: _____ UF: CEARÁ
ENDEREÇO: _____
TELEFONE: () _____

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA	2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE
1. Nome do paciente 2. Endereço completo 3. Data de emissão 4. Assinatura do médico 5. Rubrica do médico	1. Nome do paciente 2. Endereço completo 3. Data de emissão 4. Assinatura do médico 5. Rubrica do médico

PACIENTE: ROSSINI C. GUARASTASI
ENDEREÇO: R. JACSON J. GUARATI
PRESCRIÇÃO
1) Cefuroxima 500mg - 4x4
TOMAR 2x4 1200h Por 7 dias
2) Cefuroxima 1000mg - 2x4
TOMAR 2x4 1200h 2x 200

Dr. Antonio Lucio de Araujo Gonçalves
Ortopedia / Traumatologia
Cidade: Quadril

07 / 11 / 18 DATA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

 IDENTIDADE: _____ EMISSOR: _____

 ENDEREÇO: _____

 CIDADE: _____ UF: _____
 TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. FARMACÉUTICO DATA



Dr. André Luiz B Nunes
TITULAR DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

21 Ferguson Cash Emergency Fund

14. Junho e P. A.

CRM 817617 ECT 6484
Ortopedia e Traumatologia
Mário Luiz B. Martins

2/10/12

07,03 120 19

Consultório	Consultório	Consultório	Consultório
Limoeiro do Norte - (88) 3423.1147 (88) 99638.0886	Jaguaribe - (88) 3522.1840	Morada Nova - (88) 3422.4809 (88) 99840.4809	Jaguaribara - (88) 99730.1313
Consultório	Consultório	Consultório	Consultório
Tabuleiro do Norte - (88) 3424.2485		Alto Santo - (88) 99729.8347 (88) 99249.2050	fls. 2

		PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE			
CARTÃO DE VACINA Gravidez / Adulto / Idoso					
Nome: <u>Durvinan Costa Evangelista</u>					
Endereço: <u>R. Joaquim Távora de Freitas</u>					
Cidade: <u>Limoeiro do Norte - CE</u>					
Data de Nasc.: <u>13/07/1981</u>					
1º dT	2º dT	3º dT	Ref dT	Ref dT	
<u>07/07/16</u> <u>136 F.</u> <u>50 mm</u>	<u>07/09/16</u>				

SARAMPO	F. AMAREL	MENINGITE B/C		
		1ª dose	2ª dose	
HEPATITE - B				
1ª dose	2ª dose	3ª dose		
07/07/16 BLAF Soma	08/08/16	07/12/16		
VOCÊ SÓ ESTARÁ IMUNIZADO (PROTEGIDO) CONTRA TODAS ESSAS DOENÇAS SE TOMAR AS DOSES DO ESQUEMA				

Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190378606

Vítima: DEUSIRAN COSTA EVANGELISTA

Data do Acidente: 28/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DEUSIRAN COSTA EVANGELISTA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 06/09/2019, emitido pelo Dr. ILEGÍVEL. CRM nº ILEGÍVEL. - CE, da Instituição SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE., que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00287/00288 - cartã_31 - INVALIDEZ

00020144



Carta nº 14759503