

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190388818 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO LUCIO DA SILVA **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO 2º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.3
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190388818 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO LUCIO DA SILVA **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO 2º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.3
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Fernando Lucio da Silva, brasileiro(a), estado civil: Solteiro
 Profissão: Meuse; portador(a) do RG 2006.029069202, órgão expedidor SSP CE
 e do CPF: 049.397.773.24, residente no(a) R. Antonio Cruz Nacido
 nº 817, bairro: Vila Pe Cicero, município: Juazeiro do Norte, CE

OUTORGADO:

Nome: Willian Pinheiro Pereira, brasileiro(a), estado civil: Casado
 Profissão: Recuso, portador(a) do RG CNH:03584316220, órgão expedidor Detran-CE
 e do CPF: 005.974.973-38, residente no(a) Res. Nossa Sra. Das Dores
 nº 115, bairro: Betolândia, município: Juazeiro do Norte I. CE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Fernando Lucio da Silva

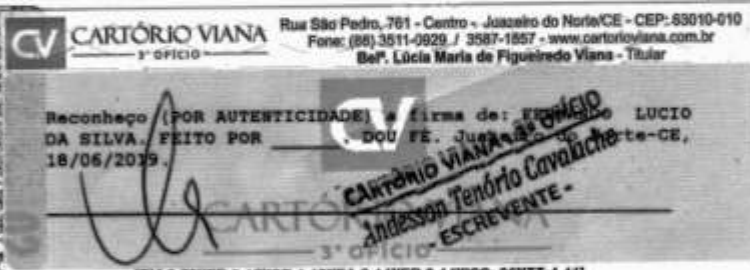
CPF 049.397.773.24 data do acidente: 04/05/19 Cobertura: invalidiz

Local e data: 12-06-2019, JUAZEIRO DO NORTE - CE

x FERNANDO LUCIO DA SILVA

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
 Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor: _____
 e do CPF: _____, residente no(a) _____
 nº _____, bairro: _____, município: _____

Nome: _____
 CPF: _____

 Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS
 1ª Nome: _____
 CPF: _____

 Assinatura
 TESTEMUNHAS
 2ª Nome: _____
 CPF: _____

 Assinatura
 19 JUN 2019

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190388818

Vítima: FERNANDO LUCIO DA SILVA

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAN PINHEIRO PEREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDO LUCIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190388818

Vítima: FERNANDO LUCIO DA SILVA

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAN PINHEIRO PEREIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FERNANDO LUCIO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190388818

Vítima: FERNANDO LUCIO DA SILVA

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAN PINHEIRO PEREIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FERNANDO LUCIO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190388818

Vítima: FERNANDO LUCIO DA SILVA

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAN PINHEIRO PEREIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FERNANDO LUCIO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 049.397.773.24 4 - Nome completo da vítima: Fernando Lucio da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Fernando Lucio da Silva 6 - CPF: 049.397.773.24
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: R: Antonio Cruz Macedo 9 - Número: 817 10 - Complemento:
11 - Bairro: Vila de Cicero 12 - Cidade: Juazeiro 13 - Estado: CE 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 88 9657.8507

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0456 CONTA: 70499 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE - CE 19.06.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 7040 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/06/2019 12:20:34**
Data / Hora da Ocorrência: **04/05/2019 22:10:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 060**
Complemento:
Bairro: **VILA TRÊS MARIAS** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FERNANDO LUCIO DA SILVA**
Nascimento: **28/07/1988** CPF: **049.397.773-24**
RG: **2006029269202** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DE FÁTIMA DA SILVA**
CÍCERO LUCIO DA SILVA
Endereço: **RUA ANTONIO CRUZ MACEDO, 817**
Bairro: **PALMEIRINHA**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 3572-4138**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NVF1858 Uf: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE Chassi: 9C2JC4110BR418135 Renavam: 273242970 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Ano Fabricação: 2010 Ano Modelo: 2011 Combustível: GASOLINA Cor: PRETA Proprietário: VICENTE LUNA DA SILVA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Advertido das penalidades cominadas ao crimes capitulados nos artigos 339 e 340 do CPB, relata a vítima que não possui CNH e que na data, hora e local informados, conduzia a motocicleta acima descrita, ocasião em que colidiu com outra moto (condutor, placa e características não identificadas) que vinha a sua frente, tendo o condutor do veículo freado repentinamente e, não restando alternativa ao declarante, abalroou na traseira do supracitado veículo, vindo a sofrer lesões em razão do sinistro; Que foi socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional do Cariri; QUE está fazendo este boletim apenas para fins de seguro DPVAT, não representando, portanto, pela apuração em relação ao crime de lesão corporal culposa no trânsito (art. 303 do CTB). QUE foi perguntado se tem interesse em ser submetido ao exame na PEFOCE, porém a vítima dispensa a Guia de exame de corpo de delito; QUE foi orientado que se posteriormente precisar desse documento, pode procurar esta Delegacia para solicitá-lo. Fora cientificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do declarante; ANEXA: FICHA DE ATENDIMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE ONDE FORA ATENDIDO, COMPROVANTE DE ENDEREÇO, RG, CPF, RELATÓRIO MÉDICO E CRLV. E nada mais disse

X-FERNANDO LUCIO



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE
Impresso nº 2019408853



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 7040 / 2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO FINEZIO FERREIRA DE AZEVEDO SEGUNDO - MAT.: 300126-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

x FERNANDO LUCIO DA SILVA

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3

19 JUN 2019

EF

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 049.397.773.24 4 - Nome completo da vítima: Fernando Lucio da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Fernando Lucio da Silva 6 - CPF: 049.397.773.24
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: R: Antonio Cruz Macedo 9 - Número: 817 10 - Complemento:
11 - Bairro: Vila de Cicero 12 - Cidade: Juazeiro 13 - Estado: CE 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 88 9657.8507

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0456 CONTA: 70499 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE - CE 19.06.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

19 JUN 2019

Cagece

00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

PROPOSTA 00000000

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Agenda (m³)	Capacidade (m³)
PRET. TR. TR. TR.	0,21	PRET. TR. TR. TR.	8	0
JUROS DE 0,033% AO DIA		PRET. TR. TR. TR.	8	0
		PRET. TR. TR. TR.	7	0
		PRET. TR. TR. TR.	9	0
		PRET. TR. TR. TR.	3	0
		PRET. TR. TR. TR.	10	0
		PRET. TR. TR. TR.	9	0
		PRET. TR. TR. TR.	10	0
		PRET. TR. TR. TR.	11	0
		PRET. TR. TR. TR.	7	0

TÍTULOS PAGOS E FATURAMENTO	Valor (R\$)	SUBSIDIO	Valor (R\$)
PRET. TR. TR. TR.	0,27	VALOR DO SERVIÇO	11,50
COFINS	1,39	VALOR DO SUBSIDIO	12,80
		VALOR TOTAL A PAGAR	29,08
ALÍQUOTA	04/2019	VENCIMENTO	08/05/2019
		TOTAL A PAGAR (R\$)	29,08

353903057889568 L 0524 H 11.28 03 R 047 P 001

353903057889568 L 0524 H 11.28 03 R 047 P 001

Cagece

Cagece

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras. Endereços Reguladores: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br. Mais informações pelo telefone: 0800 275 0194, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site: www.cagece.com.br ou no e-mail: atendimento@cagece.com.br, de 8h às 12h e 13h às 17h.

0800 275 0194

19 JUN 2019



Esta é a segunda via de
JUN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

6186912

0

VENCIMENTO

13/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DESCRIÇÃO DA CONTA

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **576798112**

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

Rota 02 013000 04 0289200

Medidor

Poste

Nome ADAUTO BEZERRA PINHEIRO

1239498

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade 08 - RES NOSSA SRA DAS DORES 00115 BETOLANDIA JUAZEIRO
Consumidora DO NORTE 63000000

RG / CPF / CNPJ 140.359.013-34

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

3061

3011

1

50

0

50

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

06/06/2019

Prev. Próxima
Leitura

09/07/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

A483.4DA5.B525.1F7C.A16D.AE8D.7EDD.1CB2

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Alíquota

Valor do Imposto

ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

DOACAO ASSOC MARIA MA DA VIDA (85) 3252-4367

DOACAO FUNDACAO TERRA (85) 3296 - 3600

-32,88

2,00

3,00

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

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

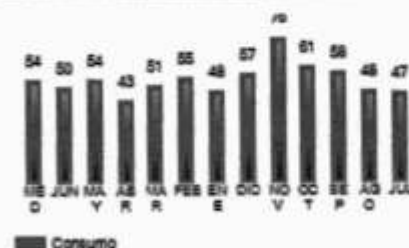
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 10,29

Conjunto JUAZEIRO DO NORTE

Mês ABR/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,11	6,22	12,45	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,77			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

6186912-0

Nº da Nota Fiscal: **576798112**

Total a Pagar (R\$): **0,00**

Data de Emissão:

19/06/2019

Referência: **JUN/2019**

Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

19 JUN 2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Willian Pinheiro Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 005.974.973 / 38
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fernando Lucio da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 049.397.773 / 24 do sinistro de DPVAT cobertura invalida da Vítima
Fernando Lucio da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.397.773 / 24, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Res. Nossa Srá. Das Dores		115	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Betolândia	Juazeiro do Norte	Ce	63036-273
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
	(88) 99657-8507		(88) 99421-1194

J. do Norte-Ce 79 de 06 de 2019
Local e Data

19 JUN 2019

Willian Pinheiro Pereira
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos canais abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-021-91-35

Eu, VILENTE LUNA DA SILVA
RG nº 1.097.723, data de expedição 26/02/2008
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 377.091.432-53,
com domicílio na cidade de JUAZEIRO DO NORTE - CE, no Estado de
RIA ANTONIO GUA MACEDO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
CE - 060, nº 837
complemento RU, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
FERNANDO LUCIO DA SILVA, cujo o condutor era
FERNANDO LUCIO DA SILVA
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: CG 125 Ano: 2010/2011
Placa: NVF - 1858 Chassi: 9C2JC4110BR418135
Data do Acidente: 04/05/2019

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE 25.06.2019

Vilente Luna da Silva

Assinatura do Declarante

FERNANDO LUCIO DA SILVA

Assinatura do Condutor

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



CARTORRY VIANA
PERITO

Rua São Pedro, 701 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP: 63010-010
Fone: (85) 3511-3029 / 3587-1857 - www.cartorrviana.com.br
Boa. Lúcia Maria de Figueiredo Viana - titular

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: FERNANDO LUCIO DA SILVA, REITO POR DOU FE. Juazeiro do Norte-CE,
25/06/2019.

Andresson Tenório Cavalcante

PERITO

ISSA 1.3000-01 SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL - ADMINISTRAÇÃO DE JUSTIÇA

26 JUN 2019

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 023 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ombudsman: 0800 021 91 35

Eu. SILENE LUNA DA SILVA

RG nº 1.097.723 data de expedição 26/01/2008

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 377.091.432-53

com domicilio na cidade de JUAZEIRO DO NORTE - CE, no Estado de

Rua ANTONIO GAV. MACEDO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

CE - 060 _____ nº 837

complemento PV, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

FERNANDO LUCIO DA SILVA, cujo o condutor era

FERNANDO LUCIO DA SILVA

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: CG 125 Ano: 2010/2011

Placa: NVF - 1358 Chassi: 9CZJC4110BR 418 135

Data do Acidente: 04/05/19

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE - CE 27.06.2019

vicinity of the city

Assinatura do Declarante

x FERNANDO LUCIO DA SILVA

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

CARTÓRIO VIANA
 em cartão

Rua São Pedro, 701 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP: 63010-010
Fone: (85) 3511-2020 / 3587-1827 - www.carbonozona.com.br
Raf. Lúcia Maria de Figueiredo Viana - Titulo

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: FERNANDO LUCIO DA SILVA, REITO POR _____, DOU FE. Juazeiro do Norte-CE, 25/05/2016.

Andesson Tenório Cavalcache

28 JUN 2019

Av. 740 - Centro - Anjany do Marajó - CEP 68040-000
Fone: 3011-0620 / 3011-1817 - www.cantamara.com.br
CNPJ 13.076.340/0001-00 - Inscrição Estadual 15.010.000-00

ARTÍCULO VIASNA

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: VICENTE LUNA DA SILVA, FEITO POR _____, COU FE. Juazeiro do Norte-CE,

Andersson Tordis Cavallache

THE 2000 EDITION OF THE 1000 MOST COMMON WORDS IN ENGLISH. THE 1000 MOST COMMON WORDS IN ENGLISH. THE 1000 MOST COMMON WORDS IN ENGLISH.

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FERNANDO LUCIO DA SILVA
Pront.: 174354 Data Nasc.: 28/07/1988 Idade: 30 ano(s) 9 mes(es) e 7 dia(s) Admissão: 04/05/2019 23:00
Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA
Sexo: Masculino RG: 2006029269202 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP 63010-000 Bairro: PALMEIRINHA Tel.: 88 99284-5205
Endereço: RUA ANTONIO CRUZ MACEDO Num: 505

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: FRANCISCA NAIANA DE BRITO PINHEIRO Horário: 04/05/2019 23:01
Queixa: PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: RAIMUNDO VALDETARIO BRITO SIEBRA CRM: 6 Nº: 483325 Horário 04/05/2019 23:15
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM RELATO DE HAVER SOFRIDO ACIDENTE DE MOTOCICLETA POR VOLTA DAS 20:00 HORAS DE HOJE (MOTO-CARRO). APRESENTA FERIDA CONTUSA NO DORSO DO DIREITO COM EXPOSIÇÃO DE TENDÕES E MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, CEFALIA OU VÔMITOS. NÃO APRESENTA SANGRAMENTO ORIFICIAL PACIENTE ALCOOLIZADO.
EXAME FÍSICO: EGBOM, AFEBRIL, EUPNEICO, HIDRATADO, NORMOCORADO E VÍGIL. ECG = 15.
AGI: ABDOME PLANO, SIMÉTRICO, DEPRESSÍVEL E SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL..
AR: EXPANSIBILIDADE TORÁCICA PRESERVADA, SEM SINAIS DE TRAUMA.
CONDUTA: REALIZAMOS LIMPEZA, SUTURA E CURATIVO NO PE'DIREITO.



EXAME

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

PRESCRIÇÃO

Médico: RAIMUNDO VALDETARIO BRITO SIEBRA CRM 6442 04/05/19 23:23

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

19 JUN 2019

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FERNANDO LUCIO DA SILVA
Pront.: 174354 Data Nasc.: 28/07/1988 Idade: 30 ano(s) 9 mes(es) e 7 dia(s) Admissão: 04/05/2019 23:00
Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA
Sexo: Masculino RG: 2006029269202 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP 63010-000 Bairro: PALMEIRINHA Tel.: 88 99284-5205
Endereço: RUA ANTONIO CRUZ MACEDO Num: 505

PRESCRIÇÃO

Médico: RAIMUNDO VALDETARIO BRITO SIEBRA CRM 6442 04/05/19 23:23

Prescrição	Horário:
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA	23:30
DIETA ZERO - OUTRO	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito



19 JUN 2019

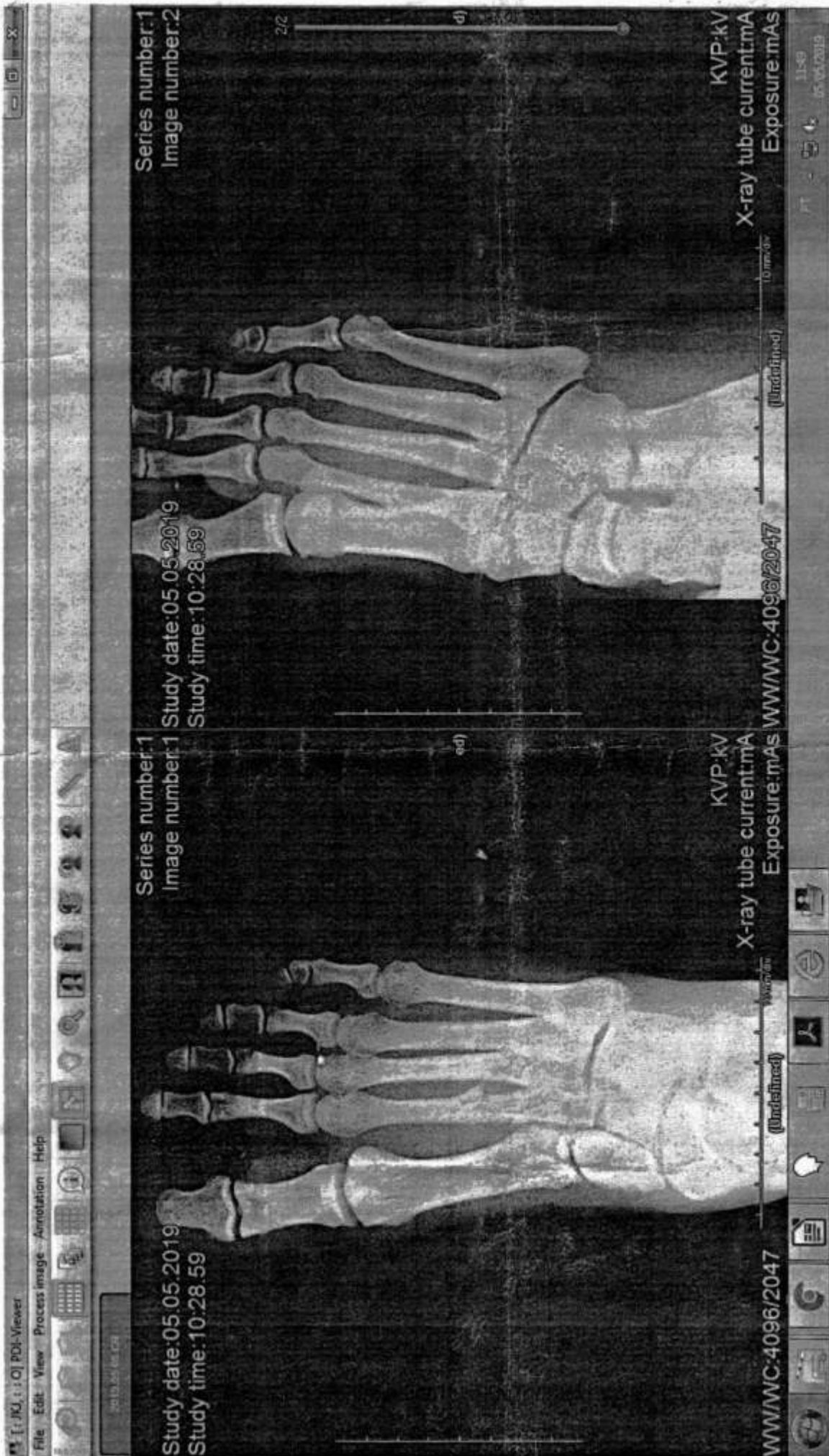
EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FERNANDO LUCIO DA SILVA
Prontuário: 174354 Admissão: 04/05/2019 RG: 2006029269202 Sexo: Masculino
Data Nasc.: 28/07/1988 Idade: 30 ano(s) 9 mes(es) e 7 dia(s) Telefone: 88 99284-5205
Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA CEP:
Endereço: RUA ANTONIO CRUZ M, ACEDO Num: 505 Bairro: PALMEIRINHA *

Evolução	Profissional	Data/Hora
ENCAMINHAMENTO À SECRETARIA DE SAÚDE: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO SIC DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE PÉ DIR RX: FRATURA DO 2º MTT DO PÉ DIR REALIZADO IMOBILIZAÇÃO GESSADA + ANALGESIA + ORIENTAÇÃO PACIENTE NECESSITA DE SEGUIMENTO EM UNIDADE AMBULATORIAL DE ORTOPEDIA PARA RESOLUÇÃO DO QUADRO	TISSIANO DANTAS SAMPAIO  Dr. TISSIANO D. Sampaio ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - CE 18929 / TEOT 15483	05/05/2019 11:53

19 JUN 2019



19 JUN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

POLEMAN ORTEGO

Fernando Lucio da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2006029269202 DATA DE EXPEDIÇÃO 3/3/2007

NOME FERNANDO LUCIO DA SILVA

FILIAÇÃO CICERO LUCIO DA SILVA E MARIA E FATIMA DA SILVA

NATURALIDADE JUAZEIRO DO NORTE-CE DATA DE NASCIMENTO 28/7/1988

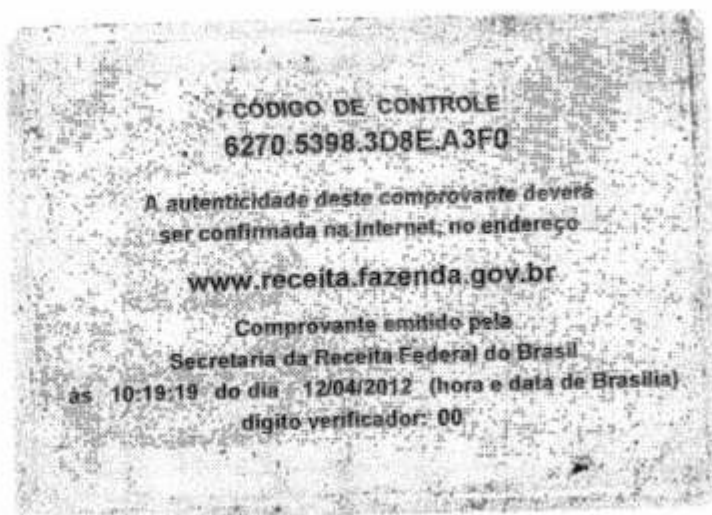
DOC ORDEM CERT. NASC. 025950 L A 25 F 145V JUAZEIRO DO NORTE-CE

CPF

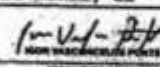
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

19 JUN 2019



19 JUN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
WILLIAN PINHEIRO PEREIRA	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE 96029402110 SSP/OS CE
	CPF 005.974.973-39 DATA NASCIMENTO 12/01/1980
	PAZÃO JOSE GALVÃO PEREIRA MARIA NAIR PINHEIRO PEREIRA
	PERMISSÃO 03584316220
VALOR EM TODOS 951347550	11/11/2019 23/04/2005
OBSERVAÇÃO: SEM OBSERVAÇÃO;	
WILLIAN PINHEIRO PEREIRA ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE	DATA EMISSÃO 23/01/2015
ASSINATURA DO EMISSOR 	50486019378 CE144626446
DETRAN - CE (CEARA)	

19 JUN 2019



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde

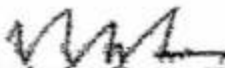


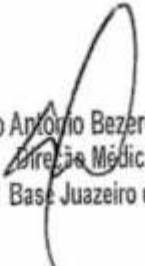
SAMU
192

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou a atendimento pré hospitalar ao Sr. **FERNANDO LÚCIO DA SILVA**, portador do RG n.º 2006029269202, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 049.397.773-24, no dia 04/05/2019, às 22h30, Município de Juazeiro do Norte-CE, na Rodovia CE 060, Bairro Vila Três Marias, próximo ao foto sensor, vítima de acidente de trânsito, colisão entre motocicletas, sendo removido para o **HRC - Hospital Regional do Cariri**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Lodiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 03 de junho de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA


Marco Antonio Bezerra Rulim
Direção Médica Adm.
Base Juazeiro do Norte

19 JUN 2019