

Escritório de Fortaleza

R. Edmar Villar de Queiroz, Nº 187-A, Edson
Queiroz, Fortaleza - CE, CEP: 60.811-660.
Fone: (0xx85) 3215-1116
E-mail: albuquerqueeaugustoadvogados@gmail.com

Escritório de Iguatu

R. Engenheiro Wilton Correia Lima, Nº 9,
Bairro Prado, Iguatu - CE, CEP: 63.502-105
Fone: (0xx88) 3581-1280
E-mail: albuquerqueeaugustoadvogados@gmail.com

fls. 8

PROCURAÇÃO PARA A CLÁUSULA AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: GONÇALO DE AMARANTE ALVES GONÇALVES, brasileira, agricultor, portador da Cédula de Identidade número 55.671.409-x SSP/SP, inscrito no CPF sob o nº 063.453.453-00, residente e domiciliado à Rua Nova dos Aquinos, Nº 266, Centro, Umari-CE, CEP: 63.310-000.

OUTORGADOS: DIEGO VICTOR LOBO SILVEIRA, brasileira, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 25.815, **EURIJANE AUGUSTO FERREIRA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE sob nº 16.326, **JOÃO RICARDO PINHO**, brasileira, divorciado, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 33.315 e **LÍGIA SAMARA ALBUQUERQUE PINTO**, brasileira, casada, inscrita na OAB/CE sob o nº. 22.902, todos com endereço profissional situado à Rua Edmar Vilar de Queiroz, nº 187 - A, Edson Queiroz, CEP: 60.811-660, Fortaleza/CE e/ou Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, nº 9, Prado, Iguatu/CE, CEP 63.502-105.

PODERES: Para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei 13.105/2015 - Código de Processo Civil, e os especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Iguatu/CE, 30 de agosto de 2019.

Gonçalo de Amarante A. Gonçalves

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **GONÇALO DE AMARANTE ALVES GONÇALVES**, brasileira, agricultor, portador da Cédula de Identidade número 55.671.409-x SSP/SP, inscrito no CPF sob o nº 063.453.453-00, residente e domiciliado à Rua Nova dos Aquinos, Nº 266, Centro, Umari-CE, CEP: 63.310-000.

DECLARO, para os devidos fins de direito, perante a Justiça do Estado do Ceará, nos termos da Lei 7.115, de 29 de agosto de 1983, de que sou pobre na acepção jurídica do termo e não disponho de condições econômicas para custear as despesas judiciais sem sacrifício do meu sustento próprio e da minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade pela declaração acima, sob as penas da lei, assinando a presente declaração para que produza seus efeitos legais de condições econômicas.

Iguatu - Ceará, 30 de agosto de 2019.



Nº DO CLIENTE

1732670

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 00135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 05.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO D | SÉRIE B-4 | Nº

557459804

Rota 08 18100 05 275000 - 3

Data de Emissão 11/01/2019

Nome SEBASTIANA MARIA DA CONCEICAO ALVES

End. Postal RU NOVA DOS AQUINOS 00266
CENTRO - UNARI - 63310000

Medidor 7690293

Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 02-BX. RENDA MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 975541893-87

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2019	11/01/2019	12/02/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto LAMPAIS DA MANGABEIRA

Mês Nov/2018

EUSE 28,78

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

Padrão Individual

Apuração Individual

	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC	5,55	11,18	22,21	0,00	0,00	0,00
FIC	3,30	6,68	13,20	0,00	0,00	0,00
DMIC	3,20			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

02F4.A659.C08A.D74E.E019.B540.F352.EA00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 19428	19326	1,00	102	0,00	38 70 2	0,17454 0,29923 0,44992	17,30 20,94 0,91
11-01/19	13-12/18		29 DIAS		102		27,08

DESCRIÇÃO

	VALOR (R\$)
VR. CONSUMO DO MES RESIDENCIAL NORMAL	50,87
DESCONTO TARIFA SOCIAL - BAIXA RENDA	-23,79
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	11,64
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,22
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO	-39,94

VENCIMENTO

18/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	14,06
Transmissão	1,50
Distribuição	2,31
Encargos Setoriais	2,15
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	2,68

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

126	102	114	131	118	133	138	123	144	132	127	146	110
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Sistema Único de Saúde

fls. 10

GONCALO D. A. ALVES GONCALVES

Data Nasc.: 02/09/1992

Sexo: M

704 7085 9883 6940



PISQUE SAÚDE 136

Este cartão de Saúde é pessoal e intransferível. Em caso de perda, deve ser comunicado ao Distrito Saúde. VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Comprovante de Inscrição

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

063.453.453-00

Nome

GONCALO DE AMARANTE ALVES GONCALVES

Nascimento

02/09/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

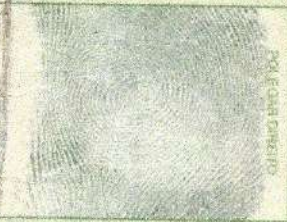
ESTADO DE SÃO PAULO

0101-6

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DA SILVA

PROIBIDO PLASTIFICAR



Gonçalo de Amarante Alves

0201-017619

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

55.671.409-X

DATA DE EXPEDIÇÃO

28/JUL/2011

NOME

GONÇALO DE AMARANTE ALVES

PRONOME

JOSE ALVES GONÇALVES

NATURALIDADE

E SEBASTIANA MARIA DA CONCEIÇÃO ALVES

NATURALIDADE

UMARI -CE

DATA DE NASCIMENTO

02/SET/1992

DOO ORIGEM

UMARI CE

CPF

UMARI

CN:LV.A

/FLS.103 /N.000409

175 Delegado Divisório
Roberto ANANIAS DO DIRETORIA DREGD-SSUSP

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURLANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 19/11/2019 às 10:30, sob o número 01923163420198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0192316-34.2019.8.06.0001 e código 581E68F.



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **063.453.453-00**

Nome: **GONCALO DE AMARANTE ALVES GONCALVES**

Data de Nascimento: **02/09/1992**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **17/06/2011**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:46:00** do dia **13/07/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **783D.B5C9.7A5F.21F1**



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

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR _____

GONÇALO DE AMARANTE ALVES GONÇALVES

DATA DE NASCIMENTO **02/09/1992** Nº INSCRIÇÃO **0786 0924 0701** D.V. _____ ZONA **058** SEÇÃO **0067**

MUNICÍPIO / UF **UMARI/CE** DATA DE EMISSÃO **15/08/2017**

Maria Nair de Figueiredo Aguiar JUIZ ELEITORAL

PRESIDENTE DO TREPO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

Romário de Amorim ALVES Gonçalves



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE IPAUMIRIM
 Impresso nº 2019427720



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 482 - 295 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **15/05/2019 11:15:40**
 Data / Hora da Ocorrência: **27/01/2019 21:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **RODOVIA QUE LIGA O DISTRITO DE PIO X E**
 Complemento:
 Bairro: **ZONA RURAL** Município: **UMARI/CE**
 Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **GONÇALO DE AMARANTE ALVES GONÇALVES**
 Nascimento: **02/09/1992** CPF: **063.453.453-00**
 RG: **55.671.409-x** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **SP**
 Filiação: **SEBASTIANA MARIA DA CONCEIÇÃO ALVES**
JOSÉ ALVES GONÇALVES
 Endereço: **SITIO LOGRADOURO**
 Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
 Município: **UMARI/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98877-8005**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **MZG8617** Uf: **RN** Município: **SAO MIGUEL** Chassi:
9C2KC08507R007221 Renavam: **896558118** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ES** Ano
 Fabricação: **2006** Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **JOSE CORREIA DE ARAUJO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa o declarante, ciente das penalidades legais previstas nos arts. 340 e 342 do Código Penal, que no dia 27.01.2019, no período da noite, estava trafegando pela rodovia que liga o Distrito de Pio X e a cidade de Umari, no veículo acima citado, quando, em dado momento, perdeu o controle e caiu ao chão; que a queda foi provocada após alguns cachorros cruzarem a rodovia, tendo o declarante colidido com um deles e, por isso, perdeu o controle do veículo; que não recorda por quem foi socorrido; que foi encaminhado para o hospital Umari e, posteriormente, transferido para o hospital Icó; que foram constatadas as seguintes lesões referentes ao CID 10-T90 e CID G44.3, conforme laudo do médico (DR. RANGEL CRUZ, CRM/PB 7537); que não estava embriagado; que não possui CNH ou permissão para dirigir; que não estava em velocidade incompatível com a via; que têm conhecimento do acidente as pessoas de MANOEL PARNAÍBA BEZERRA e MARIA ELIZABETH CARTAXO PARNAÍBA

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE IPAUMIRIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DELEGACIA MUNICIPAL DE IPAUMIRIM

Consolidado em: 26/06/2019 11:46:00

Pág. 1 de 2

Impresso em: 26/06/2019 11:46:04

José Fernandes Pessoa Neto
 Escrivão de Polícia Civil
 MAT. 300630-1-5

Gonçalo de Amarante A. Gonçalves

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURLANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 19/11/2019 às 10:30, sob o número 01923163420198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0192316-34.2019.8.06.0001 e código 581E694.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE IPAUMIRIM
 Impresso nº 2019427720



BOLETIM DE Ocorrência Nº 482 - 295 / 2019

JOSE FERNANDES PESSOA NETO - MAT.: 300630-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X Gonçalo de Amaral - A - Gonçalo

VISTO DO DELEGADO(A) :

FELLIPE LIRA DA COSTA PEREIRA - MAT.: 300557-1-3

[Signature]
 José Fernandes Pessoa Neto
 Escrivão de Polícia Civil
 MAT. 300630-1-5



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

067453457-00

GONCALO DO AMARANTE ALVES GONCALVES

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

Nome completo: GONCALO DO AMARANTE ALVES GONCALVES CPF: 067453457-00

Profissão: AGRICULTOR Endereço: RUA NOVA DOS AGUINOS Número: 266 Complemento:

Bairro: CENTRO Cidade: UMARI Estado: CE CEP: 67310-000

E-mail: Tel.(DDD): (81) 9.8844.8005

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1960 CONTA: 91698 0

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, UMARI/CE, 07-07-2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gonçalo de Amarante A. Gonçalves

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

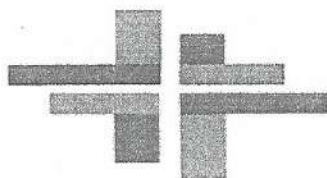
Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Hospital Regional de Icó
PREFEITO WALFRIDO MONTEIRO SOBRINHO
Av. Josefa Nogueira Monteiro, S/N
CNPJ: 07.669.682/0001-79

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que o senhor **GONÇALO DE AMARANTE ALVES GONÇALVES**, residente e domiciliado na rua nova dos aquinos em Umari-CE, deu entrada nesta unidade hospitalar no dia 27 de janeiro de 2019. O mesmo afirma que foi vítima de acidente automobilístico (**MOTO**). Conforme pode ser verificado na ficha de atendimento desta unidade hospitalar.

Icó, 12 de fevereiro de 2019.

07 669 682/0001 79
HOSPITAL REGIONAL PREFEITO WALFRIDO
MONTEIRO SOBRINHO
Av. Josefa Nogueira Monteiro
CEP 63.430-000
L ICÓ CEARÁ

SILVERLÂNDIA ALVES DE MONTE
Coord. SAME - HRI



Estado do Ceará

Governo Municipal

UMARI

No (un)no certo

PREFEITURA MUNICIPAL DE UMARI-CE**SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO - SSM**

fls. 17

1. Preencher esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 (duas) vias ao usuário, orientado-o para retornar com a 1ª via a Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIAUnidade de Origem: M.P.P. S.O.R.Distrito Sanitário: 1ª Etapa Município: UmariNome: Enildo da Silva Almeida Prontuário Nº _____Sexo: M ☒ F ☐ Data de nascimento: 02/10/1972 Ocupação: _____Endereço: Rua Neco dos Aguiar**Motivo do Encaminhamento:**Revisão clínica de diabete melito tipo 2, apresentando glicemia elevada, pressão arterial elevada (130/80), teste de sublimação desidratado.**Resultado do Exame(s):**Pr: Bextec mmayRet: Hemoglobina 93%**Conduta já realizada:**

Médico Solicitante: _____ CRM: _____

Impressão diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTOEncaminhamento para Atendimento: Ambulatorial ☐ Hospital ☐ Auxílio Diagnóstico ☐Procedimento: Revisão clínica de diabete Profissional: pleno geralUnidade de Referência: _____ Data: 27/03/19 Hora: 20:45h**FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA(*)**

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____

Resumo Clínico/Cirúrgico:**Resultado dos Exames:**

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Conduta para Sequimento

07 669 682/0001 79

HOSPITAL REGIONAL PREFEITO WALFRID
MONTEIRO SOBRINHOAv. Josefa Nogueira Montair
CEP: 61130-000

L I C O C E A R A

Hospital de Pequeno Porte de Umari Ecilda Barbosa Ribeiro - HPPUEBR

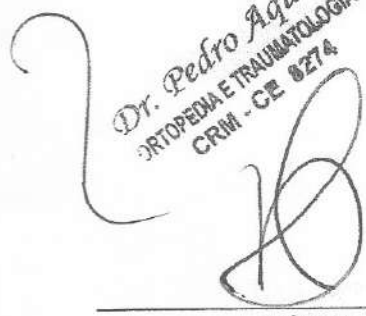
FICHA DE OBSERVAÇÃO

HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE UMARI ECILDA BARBOSA RIBEIRO		CNES: 2499045	DATA: 27 / 03 / 19
NOME DO PACIENTE: Conceição da Moura Almeida Ferreira		DN: 02 / 09 / 92	SEXO: MASC() FEM()
MAE: Sebastião Maria da Conceição Almeida	PAT: José Gomes Conceição		
ENDEREÇO: Rua Luperon	CARTÃO DO SUS Nº: 704 7089 9833 0940		
ENFERMARIA: A [] B [] C [] D [] PEDIATRIA [] SALA PRÉ-PARTO []	LEITO Nº: 01 [] 02 [] 03 [] 04 []		
ENTRADA ÀS: 21:40 HORAS	LIBERADO APOS: HORAS	INTERNO APOS: HORAS	TRANSFERIDO APOS: HORAS
ESTADO GERAL: [] BOM [x] REGULAR [] RUIM			

EXAME FÍSICO	INALTERADO	ALTERADO	OBSERVAÇÕES
NEUROLÓGICO		X	
RESPIRATORIO			
CARDIOVASCULAR			
GASTROINTESTINAL			
GENITURINÁRIO			
EXTREMIDADES			
PELE E ANEXOS			

ANTECEDENTES PESSOAIS							
[] HAS	[] INSUFICIÊNCIA RENAL	[] DM	[] TABAGISMO	[] DPOC	[] ETILISMO	[] CARDIOPATIA	
ALERGIAS:							
CIRURGIAS:							
OUTROS:							
MEDICAMENTOS EM USO:							

SINAIS E PARÂMETROS VITAIS							
HORARIO	PA	FC	FR	T	DOR	HGT	SPO ₂
21:40	120/80	78				240	95%

	PREFEITURA MUNICIPAL DE ICÓ-CE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	 Hospital Regional de Ico PRÉSTIO VALFÉLIX MONTENEGRO Av. João Albuquerque Monteiro, 514 CNPJ: 07.659.682/0001-79	
RECEITUÁRIO			
PACIENTE: <u>Gonçalo Amarante</u>			
<i>Rx uso oral</i> <i>1- Proflavine 100 - 100</i> <i>Buena es cap</i> <i>R/R</i>			
<u>28/1/19</u> Data		 Dr. Pedro Aquino ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - CE 8274 MÉDICO	





NOME: GONÇALO DE AMARANTES ALVES GONÇALVES
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
DATA: 01/02/2019
CONVÊNIO: PLASF

História: TCE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Detalhes Técnicos: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos em série única sem a infusão endovenosa de contraste iodado, com cortes de 3 x 5 mm na fossa posterior.

Relatório:

Focos de contusão hemorrágica cortico-subcortical parietal à esquerda.
Hemorragia subaracnóide supra tentorial à esquerda. 3 na escala de Fisher.
Região dos núcleos da base sem alterações expressivas.
Ventrículos laterais, 3º e 4º ventrículos de forma, topografia e dimensões normais.
Sulcos da convexidade, cissuras e cisternas da base de aspecto anatômico.
Tronco cerebral e hemisférios cerebelares com aspecto normal.
Ausência de desvio da linha média.
Calota craniana de configuração habitual e estrutura óssea íntegra.

Nota: Sinusopatia com nível hidroaéreo nos seios esfenoidais.

CARIZIA SAMPAIO SARAIVA
MÉDICA RADIOLOGISTA
CRM-CE 10013

FOLHA DE ADMISSÃO – DADOS PARA CADASTRAMENTO DE PACIENTE – SAME

PRONT. N° _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PACIENTE (NOME) Gonçalves de Amaral, Alves

ENDEREÇO (RUA/AV) Rua Nogueira das Aguias N° 266

BAIRRO/CONJUNTO: Centro ZONA: _____

MUNICÍPIO: Umaru-CE CEP: 63 310 000

NATURALIDADE: Umaru-CE TELEFONE: () _____

COR: Pardo ESCOLARIDADE: Fundamental incompleta

DATA DE NASCIMENTO: 07/09/1992 IDADE: 26 SEXO: ☒ M ☐ F

ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: Agricultor

DOCUMENTO – TIPO E N° RG 95 671 409-X CPF 063.493.463-00

ORGÃO EMISSOR: SPR SP DATA EMISSÃO: 28/07/2011

CARTÓRIO: _____ LIVRO: _____ FOLHA: _____

COMARCA/CIDADE: _____ UF: _____

NOME DO PAI: Jose Alves Gonçalves

NOME DA MÃE: Sebastião Maria da Conceição Alves

NOME DO CÔNJUGE: _____

RESPONSÁVEL: _____

PARENTESCO: _____

MÉDICO/CRM SOLICITANTE: Dr. Pedro

DATA INTERNAÇÃO: 11/08/2019 HORAS: 09:10 CLÍNICA: Oncologia

DIAGNÓSTICO: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO (NOME) _____

PROCEDIMENTO (CÓDIGO) _____ CID 10: _____

DATA ALTA: ____/____/____ HORAS: _____ N° DIAS INTERNAÇÃO: _____

MOTIVO DA ALTA: _____

MÉDICO/CRM RESPONSÁVEL: _____

OBS: _____

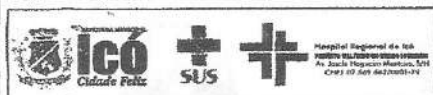
UNISUS: RLP N° _____ LAUDO INTERNAÇÃO N° _____

CNS (CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE) CADSUS/WEB N° 704 7089 9883 6940

HOSPITAL REGIONAL PREFEITO WALFRIDO
MONTEIRO SOBRINHO
Av. Josefa Nogueira Monteiro
CEP 63.430-000

L ICÓ CEARÁ

13180017147



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO/ DE INTERNAÇÃO HOSPITAL

cirurgico

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: *HPI*

2 - CNES: *26111309*

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: *HPI*

4 - CNES: *26111309*

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: *Conrado de Umayari Alves*

6 - Nº DE PRONTUÁRIO: *592799*

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): *704710819188369M10*

8 - DATA DE NASCIMENTO: *02/09/1991*

9 - SEXO: *Masc. 1*

10 - RAÇA/COR: *3*

11 - NOME DA MÃE: *Silviana Maria da Conceição*

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: *DDD*

13 - NOME DO RESPONSÁVEL: *Paulo dos Anjos*

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: *DDD*

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): *Rua dos Anjos*

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: *Umayari - Ce*

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: *2313708*

18 - UF: *16*

19 - CEP: *63310000*

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: *Fratura do clavículo com fratura óssea*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: *Necessidade de cirurgia*

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): *Radiografia de clavícula*

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: *Fratura*

24 - CID 10 PRINCIPAL: *S40*

25 - CID 10 SECUNDÁRIO: *L*

26 - CID 10 TERCIÁRIO: *ICD*

27 - CID 10 QUARTO: *CEARA*

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: *NO CIRURGICO*

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: *0104010*

29 - CLÍNICA: *ICÓ*

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: *L*

31 - DOCUMENTO: *() CNS () CPF*

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: *0104010*

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: *ICÓ*

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: *01/09/2019*

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): *0104010*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - () ACIDENTE OUTRO

40 - Nº DO BILHETE: *41 - SÉRIE*

42 - CNPJ EMPRESA: *43 - CNAE DA EMPRESA*

44 - CBOR: *45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA*

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: *47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR*

48 - DOCUMENTO: *49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR*

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: *51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)*

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: *53 - DATA DE VALIDADE*

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURLANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 19/11/2019 às 10:30, sob o número 01923163420198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0192316-34.2019.8.06.0001 e código 581E6A2



PREFEITURA MUNICIPAL DE ICÓ-CE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL
PREFEITO WALFRIDO MONTEIRO SOBRINHO



NOME:

Gonçalo de Amarante Dias

DATA:

11/02/2019

EVOLUÇÃO

Realizada a consulta com
equipe. Início para
procedimento cirúrgico

12/02/19 Paciente no curso do 1º dia de intern
ação pós operatória, sem queixas de desconforto de
nenhuma natureza.

07 669 682/0001 79

HOSPITAL REGIONAL PREFEITO WALFRIDO
MONTEIRO SOBRINHOAv. Josefa Nogueira Monteir
CEP 63430-000

L ICÓ CEARÁ J



Hospital Regional de Icó
PREFEITO WALFRIDO MONTEIRO SOBRINHO
Av. Josefa Nogueira Monteiro, 5/N
CNPJ: 07.669.682/0001-79



PREFEITURA MUNICIPAL

Icó
Cidade Feliz



NOME DO PACIENTE: Gonçalves de Oliveira Alves Gonçalves

DATA DA OPERAÇÃO: / / ENF: LEITO: Nº DO PRONTUÁRIO:

1º AUXILIAR: 2º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA: Eldyr ANESTESIA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Prolapso do domo da

CIRURGIA: No cirurgico

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA:

07 669 682/0001 79

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:

HOSPITAL REGIONAL PREFEITO WALFRIDO
MONTEIRO SOBRINHO

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

Av. Josefa Nogueira Monteiro
CEP 63.430-000

ICÓ CEARÁ

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso --Tática e Téc. Ligaduras -- Drenagem -- Sutura -- Material Empregado -- Aspectos Vicemas
Bloqueio do plexo marginal. Anestesia Acesso borbotal. Ressecção e fixação com fio inapreciáveis Hemostasia e selamento autopneumático.

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Hospital Regional de Icó
PREFEITO WALDIRIO MONTEIRO SOBRINHO
Av. Josefa Nogueira Monteiro, S/N
CNPJ: 07.669.682/0001-79



FICHA DE INTERNAÇÃO
MATRÍCULA Nº: _____

DATA: 11/02/19 HORAS: 09:10

NOME: Gentilo de Amaral Dias

IDADE: 26 SEXO: M EST.CIVIL: Casado PROFISSÃO: Agricultor

NATURALIDADE: Umarizal END ATUAL: _____

RESPONSÁVEL: _____

MÉDICO ASSISTENTE: Dr. Pedro

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE:

Paciente do consultório
para exame físico e
exame de sangue.
ajustado.

07 669 682/0001 79

HOSPITAL REGIONAL PREFEITO WALDIRIO
MONTEIRO SOBRINHO

Av. Josefa Nogueira Monteiro
CEP 63430-000

L ICO CEARÁ

EXAME FÍSICO: _____

PA _____ PULSO _____ TEMP _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EUIR JANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 19/11/2019 às 10:30, sob o número 0192316-34.2019.8.06.0001 e código 581E6A2. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0192316-34.2019.8.06.0001 e código 581E6A2.



Hospital Regional de Saúde
RUA JOSÉ DE ALMEIDA, 1000 - JARDIM
DO LAR - 63.137-000 - FORTALEZA - CE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HRS

2 - QNES

2161113019

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRS

4 - CRES

2161113019

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Conselho de Unamunil Alves

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

392799

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

02/11/1992

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Unamunil

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

231370-8

15 - UF

CE

16 - CEP

63311000

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

19 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ANTERIOR

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 - CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

07 669 682/0001 79

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/ OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☒ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

HOSPITAL REGIONAL DE FORTALEZA

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Av. Josefa Nogueira

CEP 63130-000

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

L ICÓ CEARÁ

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

afungio

flamato/legio

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF



12/02/19. Às 08/00h, realizado curativo na incisão cirúrgica da fratura de
húmero, apresentando secreção sanguinolenta, feito a higienização com solução
antisséptica 2,0%, orientado quanto ao banho e uso do curativo
e feito curativo oclusivo. Segue em cuidados de enfermagem.
A. de enfermagem - Tamiara.

12/02 - às 10:05 paciente em 1 dia em pós-operatório de fratura
em elevante dorsal, no plano cirúrgico, encontra-se consciente, orien-
tado, cooperativo, verbalizando, sono e repouso preservados, afebril, expector
ante dieta oferecida, sem presença de edema membros e MMII, sem
prurido, eliminação renal presente, eliminação intestinal pastosa (2 dias).
Segue cuidados de enfermagem da unidade cirúrgica.

07 663 682/0001 79

HOSPITAL REGIONAL PREFEITO WALFRID
MONTEIRO SOBRINHO

Av. Josefa Nogueira Monteir
CEP 63.430-000

L ICÓ CEARÁ



Hospital Regional de Icó
PREFEITO WALDIRIO MONTENEGRO LOURENÇO
Av. Josefa Nogueira Monteiro, S/N
CNPJ: 07.669.682/0001-79



PREFEITURA MUNICIPAL
ICÓ
Cidade Feliz

FICHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA
EVOLUÇÃO DE RELATÓRIO DE ENFERMAGEM



NOME: Zenilda de Aquino Aluísio	ENF: 107	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES
DATA: 11/2	LEITO: 04	VIA:	HORÁRIO	
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
1. 10-57091/1000/25-28g/duas		12/23		08:00h - PA=120 x 80 mmHg R=24 bpm P=76 bpm T=36.3°C
2. 565/1000		30/23		17:00h Levanta PA=110 x 80 T=36°C
3. Proverud 100 x 100 ml Ev 12/12/23		11/23		
4. Di. pironub 2 x 250 mg Ev 6/6/23		11/23		21:00h Levanta PA=120 x 90 T=35°C
5. duas tuas		07 669 682/0001 79		16:00h Levanta PA=120 x 90 T=36°C
Dr. Pedro Aquino		HOSPITAL REGIONAL PREFEITO WALDIRIO MONTENEGRO		
CRM - CE 8274		Av. Josefa Nogueira Monteiro CEP 63.430-000		
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		ICÓ - CEARÁ		
Dr. Pedro Aluísio		1		

12/02/19. As 10:00hs, realizando admissão para incisão cirúrgica na clavícula direita. consciente, orientado, deambulando, eufórico, pele íntegra, sem alterações na mucosa e região cervical, normotenso, apresentando extensor em us, orientado quanto a higienização e retirada de adornos. Segue aos cuidados da enfermagem. Ac de enfermagem Tamires

13/02/19. As 14hs e 44min, paciente foi admitido no centro cirúrgico para procedimento de fratura de clavícula direita realizado plequio traqueal e encaminhado a sala cirúrgica, onde se encontra em EGC, consciente, orientado, verbalizando, normotenso com PA 150x80, SPO2 98, colocado em posição semi Fowler as 15hs e 15min. foi utilizado bisturi elétrico, onde a placa ficou na pantufilha direita com grau de contaminação limpa, sem intercorrências. cirurgia teve durabilidade de 50 minutos. segue aos cuidados de enfermagem. Ac de enfermagem Tamires

11/02/19 às 17:00hrs Paciente seguiu em EGC, consciente, verbalizando, deambulando com auxílio, sem dor, apresentando eliminação fisiológicas presentes, hidratado, normotenso, normotenso, eufórico, sem queixas até o momento, aos cuidados

12/02/19 às 05:00hrs Paciente seguiu consciente, orientado, verbalizando, deambulando, sem dor, sem queixas, eliminação fisiológica

07 669 682/0001 79

HOSPITAL REGIONAL PREFEITO WALFRID
MONTEIRO CORRÊA

Av. José de Montfort
CEP 43.430-000

L 100 CEARÁ

Dr. Rangel Inácio da Cruz

Neurologia Clínica

CRM - 7537

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via - Orientação ao Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM: UF:

Endereço:

Cidade:

Telefone:

Carimbo do Médico

Data: 21/02/19

Paciente: Gêisele de Assunção Alves Campolongo

Endereço: Urupituba

Prescrição: em adi-

1 unidade base - 034
Limon desidratado 80g
por 90 dias.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.: Org. Emissor:

Endereço:

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data

DROGARIA SANTA MARIA

M PEREIRA DE ARAUJO ME
RUA TRES DE AGOSTO, 00177
CENTRO - UMARI - 63310-000
CNPJ:04820952000102 IE:063187906 IM:6065915

Extrato N°: 9008

CUPOM FISCAL ELETRÔNICO - SAT

CPF/CNPJ Consumidor: CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

#ICODISCICQTDIUNI VL UN R\$(VLTR R\$)* VL ITEM R\$

001 58493 MANTIDAN 10 3 UND X 19,950 59,85

TOTAL R\$

59,85

Dinheiro

59,85

ICMS a ser recolhido conforme LC 123/2008 - Simples

OBSERVAÇÕES DO CONTRIBUINTE

Vendedor: GERENTE Venda: 16789

* Valor Aproximado dos Tributos dos Itens

SAT N°: 230004789

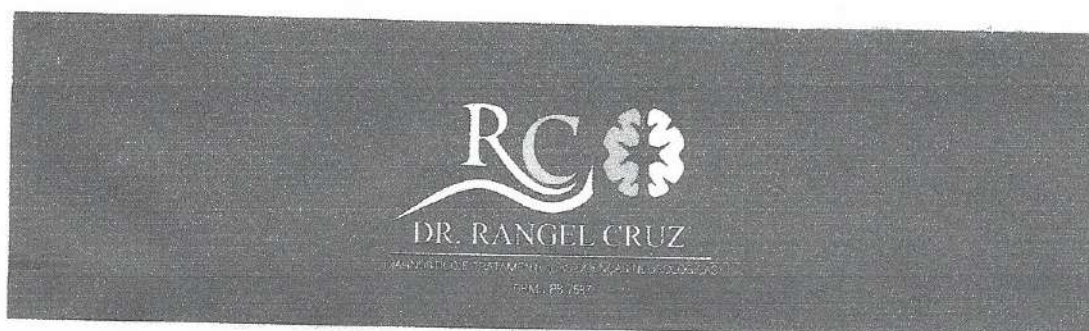
21/02/2019 17:00:15

2318 0204 8209 5200 0102 5923 0004 7890 0900 8289 2186



Consulte o QR Code pelo aplicativo "De olho na nota", disponível na AppStore (Apple) e PlayStore (Android)

DIGIFARMA - Sistema Integrado para Farmácias
<http://www.digifarma.com.br>



Lauds Médicos =

Atento aos os exames físicos de
 ouvido que o Sr. Antônio de Amorim
 Alves Gonçalves, 86 anos, apresenta
 quadro de parosmia em ordem superior
 e inferior de hemisfério D, redução
 de acuidade visual de olho D, dor
 ocular à D e cefaleia hemisférica
 à D, pós-traumática, devido a
 TCE moderado, decorrente de queda
 de bicicleta no dia 27/04/19.

CID10 - 790 + 644.3

18
 06
 19

Dr. Rangel Cruz
 NEUROLOGIA CLÍNICA
 CRM 7537

DR. RANGEL CRUZ

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE DOENÇAS NEUROLÓGICAS
 CRM 7537 | PB

(83) 99606-6367



@drangelcruz



Facebook.com/drangelcruz



contato@gmail.com

SINISTRO 3190429575 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GONCALO DE AMARANTE ALVES GONCALVES
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev
Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO GONCALO DE AMARANTE ALVES GONCALVES
CPF/CNPJ: 06345345300

Posição em 23-07-2019 17:29:21

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração do Proprietário do Veículo	Vitima	Pendente	