



Número: **0800275-19.2020.8.15.0131**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **Juizado Especial Misto de Cajazeiras**

Última distribuição : **07/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.200,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA (AUTOR)		SEBASTIAO FIGUEIREDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31404203	09/06/2020 13:58	Contestação	Contestação
31404206	09/06/2020 13:58	2718766_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos
31404208	09/06/2020 13:58	2718766_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos

EM ANEXO





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

SINISTRO

Número do Sinistro: 3150368203



QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 576.156.758-04 CPF de: Próprio
Seguradora: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
Data do Acidente: 09/05/2014
Titular do CPF: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Documentação médico-hospitalar	Entregue		SOLICITAÇÃO MEDICA REFERENTE AOS RECIBOS DA TC DO CRANIO (18/07/2014, 12/05/2014, 12/05/2014, 09/05/2014), TOMOGRAFIA DA FACE (15/05/2014), SOLICITAÇÃO, DISCRIMINATIVO E LAUDO DOS EXAMES LABORATORIAIS (R\$ 150,00), DISCRIMINATIVO REFERENTE AO RECIBO DE R\$ 1800,00, DISCRIMINATIVO REFERENTE A NF 1246

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo recebimento na seguradora
Data: 13/04/2015 Nome: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA CPF: 576.156.758-04	Data: 27/04/2015 11:44 Nome: Ingrid Fernanda Moreira CPF: 132.690.947-95
FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA	Ingrid Fernanda Moreira

27/04/2015 11:43





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder
Consórcios do Seguro D1

SINISTRO

Número do Sinistro: 3150368203

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO.

Vítima: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 576.156.758-04
CPF de: Próprio
Seguradora: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Data do Acidente: 09/05/2014
Titular do CPF: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Documentação médico-hospitalar	Não Conforme	Faltando página	SOLICITAÇÃO MEDICA REFERENTE AOS RECIBOS DA TC DO CRANIO (18/07/2014, 12/05/2014, 12/05/2014, 09/05/2014), TOMOGRAFIA DA FACE (15/05/2014), SOLICITAÇÃO, DISCRIMINATIVO E LAUDO DOS EXAMES LABORATORIAIS (R\$ 150,00), DISCRIMINATIVO REFERENTE AO RECIBO DE R\$ 1800,00, DISCRIMINATIVO REFERENTE A NF 1246

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo recebimento na seguradora
Data: 10/10/2014 Nome: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA CPF: 576.156.758-04	Data: 27/04/2015 11:42 Nome: Ingrid Fernanda Moreira CPF: 132.690.947-95
FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA	Ingrid Fernanda Moreira

27/04/2015 11:41





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder
Consórcios do Seguro DPVAT

SINISTRO

Número do Sinistro: 3150368203

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 576.156.758-04 CPF de: Próprio
Seguradora: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
Data do Acidente: 09/05/2014
Titular do CPF: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Entregue		
Comprovantes de despesas médicas	Entregue		
Declaração do Proprietário do Veículo	Dispensado		
Documentação médico-hospitalar	Não Conforme	Faltando página	SOLICITAÇÃO MEDICA REFERENTE AOS RECIBOS DA TC DO CRANIO (18/07/2014, 12/05/2014, 12/05/2014, 09/05/2014), TOMOGRAFIA DA FACE (15/05/2014), SOLICITAÇÃO, DISCRIMINATIVO E LAUDO DOS EXAMES LABORATORIAIS (R\$ 150,00), DISCRIMINATIVO REFERENTE AO RECIBO DE R\$ 1800,00, DISCRIMINATIVO REFERENTE A NF 1246
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Dispensado		
Outros	Entregue		

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
BENEFICIÁRIO - FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 19/08/2014
Nome: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 576.156.758-04

FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 27/04/2015 11:40
Nome: Ingrid Fernanda Moreira
CPF: 132.690.947-95

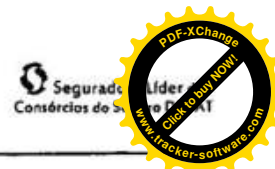
Ingrid Fernanda Moreira

27/04/2015 11:39





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Número do Sinistro: 2014744408

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 576.156.758-04 CPF de: Próprio Titular do CPF: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
Seguradora: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovantes de despesas médicas	Entregue		
Documentação médico-hospitalar	Não Conforme	Faltando página	SOLICITAÇÃO MEDICA REFERENTE AOS RECIBOS DA TC DO CRANIO (18/07/2014, 12/05/2014, 12/05/2014, 09/05/2014), TOMOGRAFIA DA FACE (15/05/2014), SOLICITAÇÃO, DISCRIMINATIVO E LAUDO DOS EXAMES LABORATORIAIS (R\$150,00), DISCRIMINATIVO REFERENTE AO RECIBO DE R\$1800,00, DISCRIMINATIVO REFERENTE A NF 1246
Documentos de identificação	Entregue		
Outros	Entregue		

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
BENEFICIÁRIO - FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 19/08/2014
Nome: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 576.156.758-04

FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 04/09/2014 16:01
Nome: Ingrid Fernanda Moreira
CPF: 132.690.947-95

Ingrid Fernanda Moreira





PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

SINISTRO

Número do Protocolo: ASP-701595/2014

Aviso: CORREIOS

Natureza: DAMS

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: FRANCISCO VIEIRA DE
OLIVEIRA

Data de Nascimento: 01/51

Seguradora: COMPREV SEGUROS E
PREVIDÊNCIA S/A

Dependência: 801

Data do Sinistro: 9/5/15

CPF da Vítima: 576.156.758-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO VIEIRA DE
OLIVEIRA

DOCUMENTOS SINISTRO

Nenhum documento de sinistro entregue.

DOCUMENTOS BENEFICIÁRIO

Nenhum documento de beneficiário entregue.

CONTATO

Nome:

Telefone:

Celular:

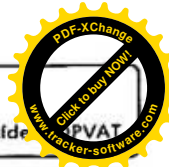
Aviso de sinistro provisório por insuficiência na documentação mínima para o seu cadastramento total. Os documentos ora protocolados no anexo, ficarão aguardando os demais necessários à continuidade da regulação do sinistro.

Data de emissão deste aviso provisório: 27/08/2014

27/08/2014 09:50







**INVALIDEZ PERMANENTE e/ou
DAMS - Despesas Médicas**

Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos



Seguradora Líder

DPVAT

1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima **FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA**

Data do Acidente **09/05/2014** CPF: **576.156.758-04**

2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome **FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA**

☒ A própria Vítima ☐ Representante Legal: Grau de Parentesco: _____

Endereço **TRAVESSA JOAQUIM COSTA**

No. **79** Complemento **1ª ANDAR** Bairro **CENTRO**

Cidade **CAIALEIRAS** UF **PARAIBA**

CEP **58900-000**

Telefone **(083) 9660 4411**

Email _____

Informações Importantes!

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.
- Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.
- A indenização por Invalidez Permanente é de até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 6.194/74.
- O Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares (DAMS) é de até R\$ 2.700,00. Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.
- Poderão ser solicitados documentos complementares específicos, conforme legislação em vigor.
- Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.

3. COBERTURA SOLICITADA

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☒ DESPESAS MÉDICAS

Atenção! ☒ Preencha com ☒ Para documentação entregue

4. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA AS GARANTIAS DE INVALIDEZ PERMANENTE E DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível).
- ☒ Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☒ CPF da vítima (Cópia simples e legível).
- ☒ Comprovante de Residência em nome da Vítima (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).
- ☐ Autorização de Pagamento / crédito de indenização original, anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários, (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade do acidente ou da residência da vítima (Cópia autenticada e legível).
- ☐ Na falta do Laudo do IML, declaração (original) firmada pela vítima e documento firmado pelo médico assistente (original), que comprove a existência da invalidez permanente, com a data da alta definitiva (modelo no balcão de atendimento).
- ☐ Boletim de Atendimento Hospitalar ou Ambulatorial (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☐ CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das Despesas Médico-Hospitalares (quitados).
- ☐ Notas Fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (Cópia simples e legível).
- ☐ Relatório do Médico Assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☐ CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data **18/08/2014**

Nome **FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA**

Identidade **5.909.562**

Francisco Vieira de Oliveira
Assinatura do Portador

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

Data **19/08/2014**

☒ Recebi os documentos assinalados

Nome **RENICE LEMOS DOS SANTOS**

Matrícula Correios **8.472.991-8**

Renice Lemos dos Santos
Assinatura do Atendente

ASSINATURA LÍDER DPVAT - SETOR PROTOCOLO 25-08-2014 14:15





COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A



Rio de Janeiro, 24 de outubro de 2014.

CTA Nº.: 996/2014

61
Ilmo. Sr.
FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
TRAVESSA JOAQUIM COSTA, 79 - 1º ANDAR
CENTRO - CAJAZEIRAS - PB
CEP.:58900-000

Ref.: DPVAT – Vítima: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
DAMS – SINISTRO.: 2014744408

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que para darmos prosseguimento à regulação desse sinistro será necessário o envio da documentação abaixo:

- Discriminativo especificando valores e quantidades de cada procedimento realizado (DISCRIMINATIVO REFERENTE AO RECIBO DE R\$1800,00, DISCRIMINATIVO REFERENTE A NF 1246) ✓
- ✗ • Laudos referente as solicitações de exames realizados (LAUDO DOS EXAMES LABORATORIAIS (R\$150,00)) ✓
- Requisição Médica (Receituário) (SOLICITAÇÃO MEDICA REFERENTE AOS RECIBOS DA TC DO CRANIO (18/07/2014, 12/05/2014, 12/05/2014, 09/05/2014), TOMOGRAFIA DA FACE (15/05/2014),)

Ficamos à sua inteira disposição para qualquer esclarecimento que se faça necessário.

Atenciosamente,

Daniela Fidelis
DPVAT

S.Q.C.

RIO DE JANEIRO: Av. Mem de Sá, nº 247, 1º Andar – Parte - Centro - CEP: 20230-151
Reclamações/dúvidas: SAC (0800 704 5322) / Fax: (21) 2505-2070
E-mail: atuaria@comprev.com.br ou sac@comprev.com.br





Número do documento: 20060913581477900000030125317



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Número do Sinistro: 2014744408

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 576.156.758-04 CPF de: Próprio
Seguradora: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Data do Acidente: 09/05/2014
Titular do CPF: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Documentação médico-hospitalar	Não Conforme	Faltando página	SOLICITAÇÃO MEDICA REFERENTE AOS RECIBOS DA TC DO CRANIO (18/07/2014, 12/05/2014, 12/05/2014, 09/05/2014), TOMOGRAFIA DA FACE (15/05/2014), SOLICITAÇÃO, DISCRIMINATIVO E LAUDO DOS EXAMES LABORATORIAIS (R\$150,00), DISCRIMINATIVO REFERENTE AO RECIBO DE R\$1800,00, DISCRIMINATIVO REFERENTE A NF 1246

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 10/10/2014
Nome: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
CPF:

FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 21/10/2014 11:28
Nome: CIELLY FARIA DE ARAUJO
CPF: 089.063.687-71

CIELLY FARIA DE ARAUJO





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

DOC 1

T1%



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 5.909.562 EXPEDIDO POR SSP EM 21/06/1971 E

CPF 576156758-04 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO MOTORISTA

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.100,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 001 AGÊNCIA 99-X (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 22-228-3

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

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

LOCAL CAJAZEIRAS

DATA 18/08/2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Francisco Vieira de Oliveira



ATENÇÃO

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2020 13:58:15

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060913581477900000030125317>

Número do documento: 20060913581477900000030125317



01/07/2014 - BANCO DO BRASIL S.A.
0009971962 AUTO-ATENDIMENTO - 07,48,29

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0099-X CONTA: 22,228-3
CLIENTE: FRANCISCO OLIVEIRA *

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
-----------	--------	-------

SEACOM0018 LINEA BRAN SETOR PROTOCOLO 25-400-2014 18:15 653982 1/1



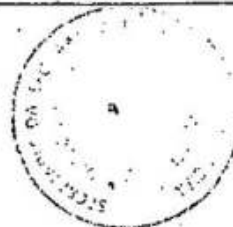


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MAURITI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 496 - 681 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRANSITO
Data / Hora da Comunicação: 01/07/2014 13:48:10
Data / Hora da Ocorrência : 09/05/2014 09:50:00
Endereço da Ocorrência:



COITÉ MAURITI/CE

Ponto de Referência: LOCAL DE ABASTECIMENTO DE AGUA

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
Nascimento : 08/01/1951
RG: 5909562 Órgão Emissor: SSPDS UF: SP - CPF: 57615675804
Filiação: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA
FRANCISCA VIEIRA DA SILVA
Endereço: TV JOAQUIM COSTA 79 - 1º ANDAR
CENTRO
CAJAZEIRAS PB BRASIL
Telefone: 83-96604411

Histórico

Afirma a noticiante/vítima acima qualificada, advertida das penalidades dos artigos 340 e 342 do CPB, que na data, local e hora supra, estava passando por traz do caminhão VW/17.180 EURO3 WORKER, PLACA CUE-4697/SP de sua propriedade, quando o caminhão, que estava parado, começou a descer e bateu na vítima, derrubando-o numa sistema: que um pessoal que estava trabalhando na transposição, foi quem socorreu a vítima, levando-o ao Hospital Municipal e Maternidade São José, deste município de Mauriti-CE, de onde a vítima foi transferido para o Hospital de Barbalha-CE; que em virtude do acidente a vítima apresentou o diagnóstico de TCE e perda da consciência; E, nada mais tendo a constar, deu-se por encerrado o presente termo, que vai devidamente assinado.///////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MAURITI

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MANOEL BELEM NETO - MAT.: 198486-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Vieira de Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A):

BRUNO TADEU BARBOSA VERAS - MAT.: 405209-1-0



DELEGACIA MUNICIPAL DE MAURITI

Pág. 1 de 1

Impresso em: 01/07/2014 01:50





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MAURITI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 496 - 681 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 01/07/2014 13:48:10
Data / Hora da Ocorrência : 09/05/2014 09:50:00
Endereço da Ocorrência:

COITÉ MAURITI/CE
Ponto de Referência: LOCAL DE ABASTECIMENTO DE AGUA

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
Nascimento : 08/01/1951
RG: 5909562 Órgão Emissor: SSPDS UF: SP - CPF: 57615675804
Filiação: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA
FRANCISCA VIEIRA DA SILVA
Endereço: TV JOAQUIM COSTA 79 - 1º ANDAR
CENTRO
CAJAZEIRAS PB BRASIL
Telefone: 83-96604411

Histórico

Afirma a noticiante/vítima acima qualificada, advertida das penalidades dos artigos 340 e 342 do CPB, que na data, local hora supra, estava passando por traz do caminhão VW/17.180 EURO3 WORKER, PLACA CUE-4697/SP de sua propriedade, quando o caminhão, que estava parado, começou a descer e bateu na vítima, derrubando-o numa sistema: q um pessoal que estava trabalhando na transposição, foi quem socorreu a vítima, levando-o ao Hospital Municipal Maternidade São José, deste município de Mauriti-CE, de onde a vítima foi transferido para o Hospital de Barbalha-CE; q em virtude do acidente a vítima apresentou o diagnóstico de TCE e perda da consciência; E, nada mais tendo a constar deu-se por encerrado o presente termo, que vai devidamente assinado.//////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MAURITI

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MANOEL BELEM-NETO - MAT.: 198486-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Vieira da Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

BRUNO TADEU BARBOSA VERAS - MAT.: 405209-1-0



SERVIÇO REGISTRAL NOBRE COELHO
Verônica Dantas Macambira Coelho - OFICIAL / Christiane Menezes da Silva - ESCRIVENTE
R. Maria Goretti da Alencar - 41 - Centro - CEP: 58920-000 - Cajazeiras - PB - E-mail: ssccecoelho@gmail.com - Tel. (83) 3334-1554

AUTENTICAÇÃO

Autentico a(s) presente(s) cópia(s), reprodução fiel do(s) original(is).

Deu fé.

Cajazeiras - PB

16 AGO. 2014

Assinatura
OFICIAL / ESCRIVENTE

DELEGACIA MUNICIPAL DE MAURITI

Pág. 1 de 1

Impresso em: 01/07/2014 01:50





ESTADO DO CEARA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARBALHA
SECRETARIA DE FINANÇAS DO MUNICÍPIO

Nota
0000000362
SÉRIE
ELETRÔNICA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Data de Geração	20/03/2015	Competência	MAR/2015	Nº da NFS-e Substituída	0
Nº do RPS	0	Local da Prestação	BARBALHA-CE	Optante do Simples	NÃO

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

Razão Social	LABORATÓRIO DE A. CLÍNICAS BIO VIDA S/C
Nome Fantasia	BIO VIDA
Endereço	AV PAULO MAURÍCIO, S/N - VILA SANTO ANTONIO 631 Cidade: BARBALHA
CPF/CNPJ	00.629.811/0001-56
Insc. Municipal	156
Insc. Estadual	0



DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Razão Social	FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA	E-mail	
Endereço	TRAVESSA JOAQUIM COSTA, 79 CENTRO 58900000 CAJAZEIRAS-PB		
CPF/CNPJ	576.156.758-04	Insc. Municipal	0
		Insc. Estadual	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

EXAMES LABORATORIAIS

CODIGO DA ATIVIDADE/SERVIÇO

402 / 884020201 - Análises clínicas, patologia, eletividade médica, radioterapia

INFORMAÇÕES PARA SERVIÇOS DE CONSTRUÇÃO CIVIL

CÓDIGO DA OBRA	ART DA OBRA
PIS	0,00
COFINS	0,00
INSS	0,00
CSLL	0,00
IRRF	0,00

VALORES DO PRESTADOR

Valor dos Serviços	150,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Desconto condicionado	0,00
(-) Retenções Federais	0,00
Outras Retenções	0,00
(-) ISS Retido	0,00
(=) Valor Líquido	150,00

INFORMAÇÕES DA OPERAÇÃO

Natureza da Operação	
Tributada no Município	
Regime Especial de Tributação	0-Nenhum
Código de Validação/Link	0013E3314
	www.barbalha.ce.gov.br

CÁLCULO DO ISS

Valor dos Serviços	150,00
(-) Deduções Legais	0,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00
Base de Cálculo	150,00
(X) Alíquota do ISS	2,0000 %
ISS a Reter	() Sim (X) Não
(=) Valor do ISS	3,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

OUTRAS INFORMAÇÕES

Impressa em: 20/03/15 12:08

SECRETARIA DE FINANÇAS DO MUNICÍPIO DE BARBALHA - 13-158-2015 11125-045014 1/1





DOCUMENTO 2



000601

PARA O CONSUMO DE AGUA/ESGOTO

03802080-7

Rua Feliciano Cirne, s/n - Janguribe João Pessoa - PB, CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

CLIENTE FRANCISCO VIEIRA OLIVEIRA

108.01.200.0167

ENDEREÇO

MARIA JOAQUIM COSTA, 79-1 ANDAR

Cidade

CENTRO

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

Cidade

Cidade

*SEB 00000001 LÍDER ORIENT. SETOR PRODUTIVO 25-09-2014 10:15 653980 1/1

ITEM 000000016 RECEBENTE 71314 RUIE 41010
22-07/2014 BANCO DO BRASIL 12-42-00
454505822 CORRESPONDENTE BANCO DO BRASIL

COMPANHIA PARANAPANEMA COM. CDD. BARRO

CONVENIO: CDDEN RECB/RECU

87680000000 6580000000 8020000000

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO

NR. DOCUMENTO





BIO VIDA
Laboratório de Análises Clínicas

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS BIO VIDA

AV. PAULO MAURICIO, S/N - FONE: 88 – 3532 1192

BARBALHA-CE

RECIBO: R\$ 150,00

RECEBEMOS DO SR(A), FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA RESIDENTE A TRAVESSA
JOAQUIM COSTA, 79 – CENTRO – CAJAZEIRAS - PB., PORTADOR(A) DE CPF:
576.156.758-04 A IMPORTANCIA DE R\$ 150,00 (CENTO E CINQUENTA REAIS)
REFERENTE A EXAMES LABORATORIAIS CONFORME NOTA FISCAL Nº 0362

BARBALHA-CE., DE DE

Lab de Análises Clínicas Bio Vida
C.N.P.J. 00.629.811/0001-56

Diretor Administrativo

SEMPRE LIGER PARA SETOR PROTOCOLADO 13-14-15-2015 11:03 04/01/15 1/1





Num. 31404206 - Pág. 18



CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM S/C

CNPJ: 41.342.817/0001-25 - Insc. Municipal: 57488
Av. Paulo Maurício, S/N - Telefax (88) 3532.1630
Vila Santo Antônio - Barbalha - Ceará

Recibo R\$

250,00

Recebi de

Francisco Pereira de Oliveira

a importância de R\$

Quinze e cinquenta Reais

referente a

Tc. uranio

pelo que firmamos o presente recibo para os devidos fins.

Barbalha(CE) 18 de 07

2014

Assinatura

Erica dos Santos Silva





CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM S/C

CNPJ: 41.342.817/0001-25 - Insc. Municipal: 5748

Av. Paulo Maurício, S/N - Telefax (88) 3532.1630

Vila Santo Antônio - Barbalha - Ceará

Recibo R\$ 250,00

Recebi de Geo Maria de Oliveira
a importância de R\$ duzentos e cinquenta Reais.

referente a Promoção de Pênis.

pelo que firmamos o presente recibo para os devidos fins.

Barbalha(CE) 12 de 05 de 16

Suelio
Assinatura

SEBASTIÃO LIDER DPMT SETOR PROTOCOLO

2020-2014 10:15 653





CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM S/C

CNPJ: 41.342.817/0001-25 - Insc. Municipal: 5748
Av. Paulo Maurício, S/N - Telefax (88) 3532.1630
Vila Santo Antônio - Barbalha - Ceará



Recibo R\$ 25010,00

Recebi de Familia mais de Oliveira
a importância de R\$ doze mil e cinquenta reais.

referente a Despesa médica de fore

pelo que firmamos o presente recibo para os devidos fins.

Barbalha(CE) 15 de 05 de 2014

h. moreira
Assinatura

SEI: 20060913581477900000030125317





CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM S/C

CNPJ: 41.342.817/0001-25 - Insc. Municipal: 5748
Av. Paulo Maurício, S/N - Telefax (88) 3532.1630
Vila Santo Antônio - Barbalha - Ceará

Recibo R\$ 250100

Recebi de Franisco Vilva de Oliveira
a importância de R\$ Quinhentos e Cinquenta reais,
referente a Tomografia de Crânio

pelo que firmamos o presente recibo para os devidos fins.

Barbalha(CE) 12 de 05 de 14
David
Assinatura

*SEGURO LIDER OPMT SETOR PROTOCOLO 25-000-2014 10:15 653985





CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM S/C



CNPJ: 41.342.817/0001-25 - Insc. Municipal: 5748
Av. Paulo Maurício, S/N - Telefax (88) 3532.1630
Vila Santo Antônio - Barbalha - Ceará

Recibo R\$

250,00

Récebi de Francisco Gervásio de Oliveira Jr.
a importância de R\$ Quinhentos e cinquenta reais.

referente a Tomografia do crânio

pelo que firmamos o presente recibo para os devidos fins.

Barbalha(CE) 09 de 05 de 14

Guilherme dos Santos Silva
Assinatura

*SEGURADORA LIDER REPORT SETOR PROTOCOLO 25-060-2014 de 15 6579004/11





RECIBO

Nº _____ Valor **R\$ 150,00**

Recebi (emos) de **SR. FCO VIEIRA DE OLIVEIRA**

Endereço _____

A importância de **CEMTO E CINQUENTA REAIS**

Referente **A EX LABORATORIAIS**

Para maior clareza firmo _____ o presente.

BARBANTA 14 de **MAIO** de 2014

Emitente _____ CPF/RG _____

Assinatura **Suelio Moreira Torres**

tilibra

SEMANA 02021 LINEA IMPRINT SETOR PROTOCOLO 25-090-2014 18:15 653908 1/1







RECEBI DO SRº FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA. A IMPORTÂNCIA SUPRA DE R\$ 1.800,00 (HUM MIL E OITOCENTOS REAIS) REFERENTE A SERVIÇOS MÉDICO PRESTADOS AO MESMO.

Dr. Iuri Araújo Honi
Neurocirurgião / Cirurgião de Coluna
CRM - 9305 / UNIMED - 10700169927

CRM 9305

BARBALHA –CE 20 DE JUNHO 2014

*SEBINGKONG LIPER PAKET SETOR PAUDMOLU 25-000-2014 10:15 653911 1/1





ESTADO DO CEARA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARBALHA
SECRETARIA DE FINANÇAS DO MUNICIPIO



Nota Nº
0000001246
SÉRIE
ELETRÔNICA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Data de Geração 20/06/2014 Competência JUN/2014 Nº da NFS-e Substituída 0
 Nº do RPS 0 Local da Prestação BARBALHA-CE Optante do Simples NÃO

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

Razão Social FUNDAÇÃO OTILIA CORREIA SARAIVA - HMSA
 Nome Fantasia HOSPITAL E MATERNIDADE SANTO ANTONIO
 Endereço RUA ZUCA SAMPAIO Nº 685, - VILA SANTO ANTONIO 6 Cidade BARBALHA
 CPF/CNPJ 41.343.187/0004-56 Insc. Municipal 8 Insc. Estadual 0



DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Razão Social FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA E-mail
 Endereço TRAVESSA JOAQUIM COSTA, 79 CENTRO 58900000 CAJAZEIRAS-PB
 CPF/CNPJ 578.156.758-04 Insc. Municipal 0 Insc. Estadual

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS PRESTADO.

CODIGO DA ATIVIDADE/SERVIÇO

403 / 861010200 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, e

INFORMAÇÕES PARA SERVIÇOS DE CONSTRUÇÃO CIVIL

CÓDIGO DA OBRA

ART DA OBRA

TRIBUTOS FEDERAIS

PIS 0,00 COFINS 0,00 INSS 0,00 CSLL 0,00 IRRF 0,00

VALORES DO PRESTADOR

INFORMAÇÕES DA OPERAÇÃO

CÁLCULO DO ISS

Valor dos Serviços	4.000,00	Natureza da Operação	Valor dos Serviços	4.000,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00	Isenta	(-) Deduções Legais	0,00
(-) Desconto condicionado	0,00	Regime Especial de Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	0,00	0-Nenhum	Base de Cálculo	0,00
Outras Retenções	0,00	Código de Validação/Link	(X) Aliquota do ISS	0,0000
(-) ISS Retido	0,00	0101W0056	ISS a Reter () Sim (X) Não	
(=) Valor Líquido	4.000,00	www.barbalha.ce.gov.br	(=) Valor do ISS	0,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

ISENTA DE ISS

OUTRAS INFORMAÇÕES

Impressa em: 20/06/14 13:52

*58900000 LITRA PARANÁ SEIPE PAGO 20/06/2014 18:15 653910 1/1



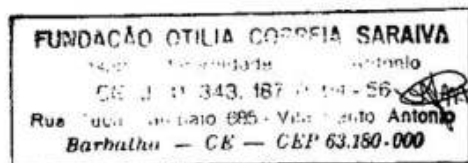


FUNDAÇÃO OTILIA CORREIA SARAIVA
HOSPITAL MATERNIDADE SANTO ANTÔNIO
CNPJ: 41.343.187/0004-56
Rua Zuca Sampaio nº. 685 - B. Santo Antonio
Barbalha- Ceará - Brasil

RECIBO

RECEBI DA SR. FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA A
IMPORTÂNCIA DE R\$ 4.000,00(QUATRO MIL REAIS) REFERENTE
A SERVIÇOS PRESTADO AO MESMO CONFORME NF 1246.

BARBALHA-CE, / / 2013.



ASSINADO EM LIXA DEPART. SETOR PROTOCOLO 25-09-2014 10:15 653989 1/1





FUNDACÃO GLEIS CORREIA SARAIVA
HOSPITAL MATERNIDADE SANTO ANTÔNIO
CNPJ: 41.343.187/0004-56
Rua Nova Sampaio nº. 685 - B. Santo Antônio
Barbalha - Ceará - Brasil

RECIBO

A SERVIÇOS PRESTADO AO MESMO CONFORME NF 1346.
IMPORTÂNCIA DE R\$ 4.000,00(QUATRO MIL REAIS) REFERENTE
RECIBO DA SR. FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA A

BARBALHA-CE, 11 DE JULHO DE 2013.





CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Av. Paulo Maurício S/N - Vila Santo Antonio
Fone: (88) 3532-1082 / 3532-1630 - Barbalha - CE

NOME: Francisco Vieira de Oliveira
CONVÊNIO: Particular
DATA: 09/05/2014

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:

Hematoma subdural temporal a esquerda, medindo cerca de 4,7 x 3,7 cm.
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.

Hipótese diagnóstica: Não observa-se ao método alterações patológicas evidentes nos cortes tomográficos obtidos.

CARIZIA SAMPAIO SARAIVA
MÉDICA
CRM 56867187

ASSINADO EM LÍNEA EM 25-05-2014 18:15 653912 V1





**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
MAMOGRAFIA COM ESTEREOTAXIA
DOPPLERFLUXOMETRIA
ULTRA-SONOGRAFIA
HEMODINÂMICA
DENSITOMETRIA ÓSSEA**



**PACIENTE: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
DATA DO EXAME: 12.05.2014
CONVÊNIO: PARTICULAR**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Técnica:

Exame realizado em aparelho helicoidal, com cortes no plano axial, sem injeção do meio de contraste.

Análise:

- Calota craniana íntegra.
- Hematoma subgaleal fronto-parietal a direita.
- Hemorragia intraparenquimatosa cortico-subcortical temporal a esquerda, com discreto halo de edema.
- Restante do parênquima cerebral com valores de atenuação normais.
- Redução volumétrica cerebral difusa discreta.
- Estruturas do plano mediano centradas.
- Sulcos corticais, cisternas da base e sistema ventricular levemente alargados.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações.

Conclusão:

- Hemorragia intraparenquimatosa cortico-subcortical temporal a esquerda, com discreto halo de edema (contusão cortical hemorrágica?). correlacionar com dados clínicos.
- Hematoma subgaleal fronto-parietal a direita.
- Redução volumétrica cerebral difusa discreta.

Daniel Gurgel Fernandes Távora
Médico – Radiologista – CRM 7206

Dr. Expedito Araújo Santana
CREMEC: 6181

Drª Renata Sampaio Brangel
CREMEC: 7431

Dr. Tarcísio Soares de Brito
CRM: 5418

Dr. Ednaldo Landim da Costa
CRM: 8564

Dr. Davi Nogueira Matos
CRM: 114757
CARDIOLOGISTAS / HEMODINAMISTAS

Anexo ao Hospital e Maternidade Santo Antonio

Paulo Maurício, s/n - Telefax: (0xx) 88 532.1630 - CEP: 63.180-000 - Barbalha - CE





**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
MAMOGRAFIA COM ESTEREOTAXIA
DOPPLERFLUXOMETRIA
ULTRA-SONOGRAFIA
HEMODINÂMICA
DENSITOMETRIA ÓSSEA**



NOME: Francisco Vieira de Oliveira
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO
CONVÊNIO: Particular
DATA: 12/05/2014

LAUDO

COMENTÁRIOS:

- Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos de 10x10mm no plano axial, sem a infusão EV do meio de contraste iodado hidrossolúvel, com cortes de 3x5mm na fossa posterior.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- Contusão temporal, sem efeito de massa.
- Hemossinus maxilar direito.

Dr. Iuri Araújo Honcy
Neurocirurgia / Cirurgia de Cabeça
CRM 9305 / UNIMED - 10.724.997

Dr. Iuri Araújo Honcy
CRM 9305

Dr. Expedito Araújo Santana
CREMEC: 6181

Drª Renata Sampaio Bringel
CREMEC: 7431

Dr. Tarcísio Soares de Brito
CRM: 5418

Dr. Ednaldo Landim da Silva
CRM: 8564

Dr. Davi Nogueira Matos
CRM: 114757

CARDIOLOGISTAS / HEMODINAMISTAS

*SEMPRE LER O RAI X SEJA PROTOCOLO 25-480-2014 10-15

Anexo ao Hospital e Maternidade Santo Antonio
Paulo Maurício, s/n - Telefax: (0xx) 88 532.1630 - CEP: 63.180-000 - Barbalha - CE





**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
MAMOGRAFIA COM ESTEREOTAXIA
DOPPLERFLUXOMETRIA
ULTRA-SONOGRAFIA
HEMODINÂMICA
DENSITOMETRIA ÓSSEA**



PACIENTE: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
DATA DO EXAME: 15.05.2014
CONVÊNIO: PARTICULAR

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE

Técnica:

Exame realizado em aparelho helicoidal, com cortes no plano axial e coronal, sem injeção do meio de contraste.

Análise:

- Paredes ósseas dos seios paranasais, cavidade nasal e cavidades orbitárias sem alterações.
- Espessamento do revestimento mucoso nos seios maxilares e esfenoidal, com cistos de retenção / pólipos nos assoalhos dos seios maxilares.
- Demais seios paranasais normoaerados e de aspecto conservado.
- Complexo óstio-meatal esquerdo pérvio.
- Obliteração do infundíbulo etmoidal a direita por espessamento mucoso.
- Cavidade nasal com os cornetos inferiores sem alterações.
- Corneto nasal médio direito com configuração paradoxal.
- Septo nasal desviado para a esquerda, com esporão ósseo que toca o corneto nasal esquerdo.
- Nasofaringe sem alterações tomograficamente detectáveis.

Daniel Gurgel Fernandes Távora
Médico – Radiologista – CRM 7206

Dr. Expedito Araújo Santana
CREMEC: 6181

Drª Renata Sampaio Bringel
CREMEC: 7431

Dr. Tarcísio Soares de Brito
CRM: 5418

Dr. Ednaldo Landim da Costa
CRM: 8564

Dr. Davi Nogueira Mota
CRM: 114757
CARDIOLOGISTAS / HEMODINAMISTAS

*SEDEMI/0001 LINHA 09/01/2015 SETOR PROTOCOLO 25-08-2015 15:55:30 1/1

Anexo ao Hospital e Maternidade Santo Antonio
Av. Paulo Maurício, s/n - Telefax: (0xx) 88 532.1630 - CEP: 63.180-000 - Barbalha - CE





**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
MAMOGRAFIA COM ESTEREOTAXIA
DOPPLERFLUXOMETRIA
ULTRA-SONOGRAFIA
HEMODINÂMICA
DENSITOMETRIA ÓSSEA**

PACIENTE: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
DATA DO EXAME: 18.07.2014
CONVÊNIO: PARTICULAR

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Exame realizado em aparelho helicoidal, com cortes no plano axial, sem injeção do meio de contraste.

Análise:

- Hipodensidades cortico-subcorticais no hemisfério cerebelar esquerdo, giro temporal inferior e polo temporal esquerdos.
- Sulcos corticais, cisternas da base e sistema ventricular dentro da normalidade.
- Restante do parênquima cerebral com coeficientes de atenuação usuais.
- Estruturas do plano mediano centradas.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações.
- Ausência de massas ou coleções extra-axiais.

Conclusão:

- Hipodensidades cortico-subcorticais no hemisfério cerebelar esquerdo, giro temporal inferior e polo temporal esquerdos (contusões corticais?).

Daniel Gurgel Fernandes Távora
Médico – Radiologista – CRM 7206

65391820001 LINEA 0800 30104 PROTOCOLO 75-489-2014 18:16 653918

Dr. Expedito Araújo Santana
CREMEC: 6181

Drª Renata Sampaio Bringel
CREMEC: 7431

Dr. Tarcísio Soares de Brito
CRM: 5418

Dr. Ednaldo Landim da Cruz
CRM: 8564

Dr. Davi Nogueira Matos
CRM: 114757
CARDIOLOGISTAS / HEMODINAMISTAS

Anexo ao Hospital e Maternidade Santo Antonio
Av. Paulo Maurício, s/n - Telefax: (0xx) 88 532.1630 - CEP: 63.180-000 - Barbalha - CE





1 JUN 2014

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE MAURITI
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE SÃO JOSÉ
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO: 063

D. DA ENTRADA: 09/05/2014		HORA: 12/20		HORA: 12/20	
NOME DO PACIENTE: Francisco Viana de Oliveira					
DATA DE NASC: 08/10/51		SEXO: (X) M () F		PROFISSÃO: motorista	
NOME DA MÃE: Srta. Viana de Silva					
NOME DO PAI: Antonio Pereira de Oliveira					
RAÇA/COR: () BRANCA (X) PARDA		RELIGIÃO: católico			
ENDEREÇO COMPLETO: Rua ...					
SÍTIO/DISTRITO: Centro					
CIDADE/ESTADO: ...		CEP: 52110-000			
RG Nº: 709562		SSP: SP		DATA DE EMISSÃO: 23/06/14	
CPF Nº: 576156758-04		ESTADO CIVIL: casado			
NOME DO CONJUGUE: Maria de Lurdes Oliveira					
SIS. PRE. VITAL: 111111111111		E-MAIL:			
CARTÃO DO SUS: 1818101010141713151016131		CELULAR/FIXO: (839) 05.375			
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: A					
MÉDICO: Dr. ...		TELEFONE: (83) 3552-1290			

HISTÓRIA CLÍNICA: (Registre as palavras do doente e de todos achados do exame a que foi submetido)

1. Si cum lunt în st
vign de TCE
de concu
informa 15, gaupiler
car 1 pte
lipit pte

PROCEDIMENTOS

- () Consulta Clínica
() Medicação
() Observação
() Internamento
() Pq. Cirurgias
() Consulta Especializada
() Parto Normal
() Parto Cesariano
() Cirurgias
() Transferência
() Óbito
() Outros

SINAIS VITAIS

Temp: _____
Pressão: _____
Glicose: _____
BIOTIPO: _____
Idade: _____
Altura: _____
Peso: Kg _____

DIAGNOSTIC APPROVAL

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

VISTO E CARIMBO DO DIRETOR CLÍNICO

Av. Sinval Lacerda, 395 - Centro, Mauriti - Ceará CEP: 63210-000
TELEFONE: (88) 3552-1290 - CNES: 2560828





H.M.S.A.
HOSPITAL MATERNIDADE
SANTO ANTONIO
A SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ

HOSPITAL MATERNIDADE SANTO ANTÔNIO
Av. Paulo Maurício S/N Fone: (88) 3532-7700

Atestado Médico

Atento para os dados fim
de período que o Sr. Francisco
Vizier de Oliveira necessita
de afastamento do trabalho
por sessenta (60) dias por
motivo de doença. Peto em
diagnóstico de TCE e TC de
crânio com fraturas contusas
temporais esquerda e sinais de
recb. Sol. que
24/05/14 CID10: 506

Voltando à consulta trazer esta receita

Dr. Yuri Araujo Hong
Neurocirurgia / Conselho de Cultura
CRM - 9305 / UNIMED - 1070316297





HOSPITAL MATERNIDADE SANTO ANTÔNIO
Av. Paulo Maurício S/N Fone: (88) 3532-7700

R Atestado Médico

Atesto para os devidos
fins que o Sr. Francisco
Vieira do Oliveira no estado
de afastamento do trabalho
por 60 (sessenta) dias

CIDIO: 506

18/07/14.

Dr. [Assinatura]

Voltando á consulta trazer esta receita

RECEITA LÍQUIDA DEB. DATA: 09/06/2020 13:58:15





**HOSPITAL MATERNIDADE
SANTO ANTONIO**
A SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ

HOSPITAL MATERNIDADE SANTO ANTÔNIO
Av. Paulo Maurício S/N Fone: (88) 3532-7700

R^u Atestado do Médico

Atento para os devidos fins que
o Sr. Francisco Vieira do
Oliveira esteve internado neste
hospital no período de 09/05/14
a 19/05/14 por quadro de
TCE do momento do quadro de
comorbidade; incluindo atualmente
o quadro de síndrome rotatória
persistente.

Dr. Juri Araújo Honcy
Neurocirurgia / Cirurgia de Coluna
CRM - 3305 / ORIMED - 200016267

CONTRASSINATURA
Voltando à consulta trazer esta receita

15-05-2014 07:26:00 1/1





FUNDACAO OTILIA CORREIA SARAIVA - HMSA
 Telefone: 88-3532-7700 Fax: 88-3532-7719 Barbalha - CE
 IMPRESSO DE INTERNAÇÃO

Emissão: 09/05/14 12:46

Atend.Nº: 252380

Paciente: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA Idade: 63a 3m 31d Sexo: M
 Data Nasc: 05/01/1951 CPF: 576.156.758-04 RG: 5909562 Est.Civil: CASADO
 Filiação - Mãe: FRANCISCO VIEIRA DA SILVA Pai: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

Endereço: TRAVESSA JOAQUIM COSTA 79 Bairro: CENTRO
 Município: CAJAZEIRAS UF: PB CEP: 58900000
 Telefone: 8399711707 Profissão: MOTORISTA Cor: PARD
 Natural.: SANTA CRUZ , PB Religião: NAO INFORMADO Atend: IELDE

Conv.: SUS INTERNADOS Matricula/CNS: 898000470305063 Titular:
 Responsável.: FRANCISCO ALAN VIEIRA DE SOUSA CPF:

Médico.: IURI ARAUJO HONCY Prontuário: 94588
 Clínica.: INTERN. CLINICA Data/Hora.: 09/05/2014 12:44
 Setor.: POSTO I -HMSA Qto/Leito.: 110-01
 Carater.: 02 URGENCIA Tipo Acom.: ENFERMARIA

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

HDA:

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS () DM () AVC () ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAMENTOS PRÉVIOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS:

PA = FP = FR = TA =

ACV:

AR.:

ABDOMEN:

NEUROLÓGICO:

ECG: AO =

RV =

IRM =

PUPILAS:

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

ALTA:

TRANSF. P/ LEITO ENF/APTO

TRANSF. P/ MÉDICO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

Dr. Iuri Araujo Honcy
 Neurocirurgião / Cirurgião de Cabeça
 CRM-9305

ALTA EM: 10/05/14

PACIENTE / RESPONSÁVEL

MÉDICO(a): 9305 IURI ARAUJO HONCY

TOMOGRAFIA APAC





DATA/HORA: 09/05/2014 13:12 ATENDIMENTO.: 252379
 PACIENTE: 94588 FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
 UNIDADE.: PA HM5A LEITO.: CONVÊNIO : SUS AMBULATORIAL

ADMISSÃO

PCTE VÍTIMA DE QUEDA DE ALTURA DE 10M DE ALTURA COM PERDA MOMENTÂNEA DE CONSCIÊNCIA.

EG ATIVO, EUPNEICO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, HIDRATADO, NORMOCORADO.

ACV: RCR, 2T, BNF

AR: MV+, S/RA

ABDOMENE: PLANO, FLÁCIDO, RHA+, TÍMPÂNICO, S/ VMG, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL
EXTREMIDADES: NORMOPERFUNDIDAS E SEM EDEMAS

EXAME NEUROLÓGIC

PUPÍLAS: ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES

CD: INTERNAMENTO - VPM

AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA

SOLICITO TC DE CRÂNIO

RODRIGO VIANA DOS SANTOS
CRM:13374-CE

S SANTOS

Dr. Rodrigo Viano
Médico
CRM 13374

SPRINGFIELD ILLINOIS 62756-8099 QZ 1/1



PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA Nº 44629 09/05/2014 13:12 h Prontuário: 94588 Num. Atend: 252379 Leito: 1A-01F-2014 27:16 808894 1/1
 PACIENTE: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
 Internação: 09/05/2014 12:27 Conv. BPA SUS
 Médico: RODRIGO VIANA DOS SANTOS

It	Código	Descrição	Nome Comercial	Dose	Uni	Via	Freq	Horários	OcdTot	Sai
01		DIETA LIVRE								1
02	100010216	SORO FISIOLÓGICO; 0,9% AMPOLA 500ML INTRA VENOSO								1
03	100010096	DIPYRONA; 500MG/ML AMPOLA 2ML IM/IV + 18ML DE AD.	NOVALGINA	500						2
04	100010156	METOCLOPRAMIDA; 10MG/ML AMPOLA 2ML IM/IV + 18ML AD. SE NECESSÁRIO.	PLASIL							1
05	100010239	TRAMADOL; 50MG COMPRIMIDO VIA ORAL	TRAMAL							3
06	100010085	DICLOFENACO DE SÓDIO 50MG COMPRIMIDO VIA ORAL	DICLOFENACO DE							3
07	100010183	OMEPRAZOL; 20MG COMPRIMIDO VIA ORAL	OMEPRAZIN							1
08		TC DE CRÂNIO S/ CONTRASTE								1
09		IAVALIAÇÃO DO NEUROCIRURGIAÇÃO								1
10		ISSTV + CCGG								1

15:40 Pct análise cl estado geral suplen. TC de crânio
 c/cur suplen. p/cur a regis. metabólicas Q.
 cd. multibol


 Médico
 Dr. Rodrigo Viana dos Santos
 CRM 13374



FUNDACAO OTILIA CORREIA SARAIVA

Telefone: 88-3532-7707 / 3532-7717

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA Nº 44766 10/05/2014 06:44 h Pronto: 94588 N.º Atend: 252380 Leito: UA-006

Setor: POSTO III - HNSA

PACIENTE: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA Idade: 63a 4m 2d

Internação: 09/05/2014 12:44 Conv. SUS INTERNADOS

Médico: RODRIGO VIANA DOS SANTOS

It	Código	Descrição	Nome Comercial	Dose	Unidade	Via	Freq	Horários	QtdTot	Sal
01		DIETA LIVRE							1	
02	00010096	DIFENIDRAMINA 50MG/ML SUSPENSÃO 2% IM/IV SE NECESSÁRIO	NOVALGINA	1	AMP/IV		06/06/08	14 20 02	4	
03	00010156	METOCLOPRAMIDA 10MG/ML AMPOLA 2ML IM/IV SE NECESSÁRIO	PLASIL	1	AMP/IV		08/08/08	16 24	3	
04	00010239	TRAMADOL 50MG COMPRIMIDO VIA ORAL	TRAMAL	1	CPR/VO		08/08/08	16 24	3	
05	00010085	DICLOFENACO DE SODIO 50MG COMPRIMIDO VIA ORAL	DICLOFENACO DE	1	CPR/VO		08/08/08	16 24	3	
06	00010193	OMEPRAZOL 20MG COMPRIMIDO VIA ORAL	OMEPRAZIN	1	CPR/VO		24/24/08	6	1	
07		SSVV/CCGG							1	

0) Deletar 4mg Su 24h 16

Dr. Yuri Araújo Horta
Neurologia / Cirurgia de Cabeça
CRM: 9305

TRE por queda de urterme, Glasgow 15, ASIAE
Cdx TE de Crânio de controle
Cdx - 8/8/08

Médico

Dr. Yuri Araújo Horta
Neurologia / Cirurgia de Cabeça
CRM: 9305



CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Av. Paulo Maurício S/N - Vila Santo Antônio
Fone: (88) 3532-1082 / 3532-1630 - Barbalha - CE

NOME: Francisco Vieira de Oliveira
CONVÊNIO: Particular
DATA: 09/05/2014

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:

Hematoma subdural temporal a esquerda, medindo cerca de 4,7 x 3,7 cm.
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.

Hipótese diagnóstica: Não observa-se ao método alterações patológicas evidentes nos cortes tomográficos obtidos.


CARIZÁ SAMPAIO SARAIVA
MÉDICA
CRM 56807187

CPF: 00000000-00 | TISS: 00000000-00 | 09-05-2014 07:16:00 | 1/1





(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)
CÉDULA DE IDENTIDADE
NACIONALIDADE BRASILEIRA
FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
Antônio Pereira de Oliveira, e
Francisca Vieira da Silva
Sta. Cruz - PB 08-JAN-1951
NASCIMENTO
Assinatura: *Francisco Vieira de Oliveira*
(DIVISÃO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL E CRIMINAL)
(SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA)

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.
CAIXA
MAR/2001

(GOV. DO ESTADO DE SÃO PAULO)
5.909.562 21-JUN-1971
REGISTRO GERAL
SÃO PAULO
FOTO
D.P. 46
SPP SP
Assinatura: *Suelio Moreira Torres*
(DIVISÃO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL E CRIMINAL)
(SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA)

MINISTERIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal
CPF
576.156.758-04
FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
08/01/1951

1/1 6668559 51481 4182-084-52 072001066 80135 JUN90 43017 080000035*



Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2014

Carta nº: 5023195

A/C: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA

Sinistro: 2014744408
Vítima: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
Data Acidente: 09/05/2014
Natureza: DAMS
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **19/08/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **09/05/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar faltando
página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01371/01372 - carta_03



Sua busca por placa: CUE4697 UF: CE CATEGORIA: 10*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento				
⊕	2019	R\$16,77	Quitado					
⊕	2018	R\$47,66	Quitado					
⊕	2017	R\$71,08	Quitado					
⊕	2016	R\$110,38	Quitado					
⊕	2015	R\$110,38	Quitado					
⊕	2014	R\$110,38	Quitado					
<table><tr><th>Data Pagamento</th><th>Valor Pago</th></tr><tr><td>12/09/2014</td><td>R\$110,38</td></tr></table>					Data Pagamento	Valor Pago	12/09/2014	R\$110,38
Data Pagamento	Valor Pago							
12/09/2014	R\$110,38							
⊕	2013	R\$110,38	Quitado					
⊕	2012	R\$105,68	Quitado					
⊕	2011	R\$105,68	Quitado					
⊕	2010	R\$98,06	Quitado					
⊕	2009	R\$66,68	Quitado					

(*) Caminhão/Trator

Selecione as opções abaixo para acessar o calendário de pagamento do Seguro DPVAT:

Exercício	UF	Final da Placa	Categoria(Saiba mais)	Pagamento	
2014	CE	7	10	À vista	Consultar

O prêmio do Seguro DPVAT será pago integralmente no vencimento da COTA ÚNICA ou da primeira parcela do IPVA, ou juntamente com o emplacamento ou no licenciamento anual, no caso de veículos isentos do IPVA, conforme disposto na **Resolução CNSP 273/2012** e na Portaria Interministerial 293/2012.

Categoria: 10

Final da Placa	Vencimento			
	IPVA (COTA ÚNICA)	Com Desconto?	DPVAT	Licenciamento
7	31/01/2014	SIM	31/01/2014	10/09/2014
CE: TABELA DE VENCIMENTO DO IPVA E DO SEGURO DPVAT DE 2014				

