

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01276201-6** em **18/06/2020 12:14:04**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0227259-43.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01276201-6
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 18/06/2020 12:14:04

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

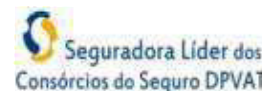
Petição* : 2726563_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2726563_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-17.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0388800/19

Vítima: MARISIO DANTAS DE OLIVEIRA

CPF: 972.759.803-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/03/2019

Titular do CPF: MARISIO DANTAS DE OLIVEIRA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO : 420.119.223-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARISIO DANTAS DE OLIVEIRA : 972.759.803-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/11/2019
Nome: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO
CPF: 420.119.223-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190624260

Vítima: MARISIO DANTAS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 06/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARISIO DANTAS DE OLIVEIRA

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, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190624260

Vítima: MARISIO DANTAS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 06/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARISIO DANTAS DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190624260

Vítima: MARISIO DANTAS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 06/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARISIO DANTAS DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: MARISIO DANTAS DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003281

Conta: 0000046353-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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: 972.759.803-01 4 - Nome completo da vítima: Marinho Dantas de Oliveira

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

5 - Nome completo: Marinho Dantas de Oliveira 6 - CPF: 972.759.803-01
7 - Profissão: aposentado 8 - Endereço: ch. Louro Quebrado 9 - Número: 18200 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Quatro Bocas 12 - Cidade: Paracuru CE 13 - Estado: 14 - CEP: 62680-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (85) 987241585

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3281 CONTA: 46353 AGÊNCIA: CONTA:

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vai nascer)? ☐ 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 pedido (a rogo): Maria Idalina da Conceição
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 975.414.143-34
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): Maria Idalina da Conceição
38 - 1ª Nome: Sandra Maria Dantas do Carmo
CPF: 445.989.203-59
Assinatura da testemunha: _____
39 - 2ª Nome: Juarez Lecheta
CPF: 484.310.289-09
Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data, Paracuru 04.11.2019



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA
Impresso nº 2019713782



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 9399 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/10/2019 08:54:26**
Data / Hora da Ocorrência: **06/03/2019 18:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R CARRO QUEBRADO, QUATRO BOCAS ,**
QUATRO BOCA - PARACURU/CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARISIO DANTAS DE OLIVEIRA**
Nascimento: **10/06/1942** CPF:
RG: **97002115690** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **OSMILCE DANTAS DOS SANTOS**
FRANCISCO DOS SANTOS
Endereço: **RUA AMÉRICA VESPÚCIO, 442**
Bairro: **SERRINHA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9846-2656**

Histórico

diz o declarante que no dia e hora acima mencionado, trabalhava na condução do gado e quando ia passando pela rua na localidade de Carro Quebrado em Paracuru, foi atropelado por uma pajeiro de placa n~~ao anotada; Que o declarante caiu ao solo e ficou desacordado; Que o declarante quando acordou estava no hospital Municipal de Caucaia para onde veio conduzido por um neto. Que o declarante teve uma fratura no braço, uma pancada na cabeça e perdeu uma da visão.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSENILO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2

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: 972.759.803-01 4 - Nome completo da vítima: Marinho Dantas de Oliveira

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

5 - Nome completo: Marinho Dantas de Oliveira 6 - CPF: 972.759.803-01
7 - Profissão: aposentado 8 - Endereço: ch. Louro Quebrado 9 - Número: 18200 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Quatro Bocas 12 - Cidade: Paracuru CE 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62680-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (85) 987241585

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: 3281 CONTA: 46353 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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vai nascer)? ☐ 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 pedido (a rogo): Maria Idalina da Conceição

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 975.414.143-34

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): Maria Idalina da Conceição

38 - 1ª Nome: Sandra Maria Dantas do Carmo

38 - 1ª Nome: Sandra Maria Dantas do Carmo

CPF: 445.989.203-59

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Juarez Lecheta

CPF: 484.310.289-09

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paracuru 04.11.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 33427

NOME: <u>Francisco Dantas de Oliveira</u>					
DATA DE NASCIMENTO: <u>10/06/42</u>	IDADE: <u>76</u>	COR:	SEXO: <u>M</u>	ESTADO CIVIL: <u>casado</u>	NATURALIDADE: <u>Brasília-DF</u>
Nº IDENTIDADE: <u>97002418690</u>		Nº CPF		CERT. NASCIMENTO Nº	
PAIS: <u>Francisco Dantas / Emilia Dantas do Santos</u>					
ENDEREÇO DO PACIENTE: <u>Américo Respeção</u>					Nº <u>448</u>
BAIRRO: <u>Servinha</u>	MUNICÍPIO: <u>Fortaleza</u>			FONE: <u>86880426</u>	
NOME DO RESPONSÁVEL: <u>Maria Tereza da Lorena</u>					FONE:
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:					
DATA DE ADMISSÃO: <u>06/03/19</u>		HORA DE EMISSÃO: <u>11:21</u> h		FUNCIONÁRIO: <u>Rafael</u>	
MÉDICO ASSISTENTE:					
HISTÓRICO CLÍNICO: <u>Acidente de trânsito com</u> <u>fratura do radioulnar E.</u>					
EXAME FÍSICO: <u>Apresenta trauma no antebraço D.</u>					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:					
EXAMES COMPLEMENTARES:					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:					
<i>Rafael da Silva Cavalcante</i> Ortopedia e Traumatologia RPMER 14.370/ROF-15.00/TEOT: 16.916					
ASSINATURA					

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARISIO DANTAS DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03281

CONTA: 000000046353-0

Nr. da Autenticação 37BC0ADB855E8D4A

Nº do Cliente:

4743403

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

enel

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza - CE

CNPJ 07047291/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 013694789

Rota PR432R15 - 146400

Referência 09/2019

Nome JOSE ARISTON SILVA DE OLIVEIRA

Endereço CH CORRO QUEBRADO, 18200, QUATRO BOCAS, 62680-000,
PARACURU

Classificação Rural Agropecuária

Modalidade Tarifária B2 RURAL

Ligação Monofásico

Emissão 16/09/2019

Medidor - 254528-FAE-297

ÁREA RESERVADA AO FISCO

30E34RF87DE2550004E35EC041D406C

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

09 dias

Anterior

13/08/2019

Atual

16/09/2019

Próxima previsão

16/10/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	4.975	4.859	1,00	116	00	116	0,58698	68,09

DADOS DO FATURAMENTO

JUROS MORATORIOS

ADICIONAL BAND. VERMELHA

CONSUMO

TARIFA

VALOR (R\$)

-	0,71
0,05819	0,75
0,58698	68,09

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	74,84	27,00	20,20
PIS	74,84	0,81	0,59
COFINS	74,84	3,69	2,74

VENCIMENTO	20/10/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)	75,55
------------	------------	---------------------	-------

CONSUMO CONSCIENTE	CPF/CNPJ	447.361.343-72
EMISSIONES DE CO ₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	0,00%	
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
45,28	0,00	100

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

IMPOSSIBILIDADE DE ACESSO A MEDIÇÃO

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 20/08 - 16/09

O vencimento de sua conta foi regularizado e não será possível prazo maior que 30 dias. Por isso, duas contas tiveram vencimento no mesmo mês. Caso deseje, temos uma condição especial para parcelar sem juros e multas em nossas lojas de atendimento.

Nº do Cliente:

9681143

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

enel

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 029449826

Rota CA020U08 - 44200

Referência 10/2019

Nome

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Endereço

RU PAULO GOMES DA SILVA, 00226 - 00226, PARQUE

Classificação

SOLEDADE, 61603-070, CAUCAIA

Modalidade Tarifa

Residencial Pleno

Emissão 29/10/2019

Ligação

B1 RESIDENCIAL

Medidor

4733582-FAE-643

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

2F168D484D0E62B570016A08D816041A

DATAS DE LEITURA

P.F.: 32 dias

Anterior

27/09/2019

Atual

29/10/2019

Próxima prevista

28/11/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	3.694	3.592	1,00	102	00	102	0,72667	74,12

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	20,85
JUROS MORATORIOS	-	0,36
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01853	1,89
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,00490	0,50
CONSUMO	0,72667	74,12

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	76,51	27,00	20,65
PIS	76,51	0,03	0,02
COFINS	76,51	0,14	0,10

VENCIMENTO 05/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

97,72

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 420.119.223-72

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica (%CO₂)

39,82

0,00

0 - 100%

100

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 28/09 - 30/09 Amarela :
01/10 - 29/10

Nº do Cliente: 9681143

Referência: 10/2019

V: [1.0.0.5]

Data de Emissão: 29/10/2019

Total a Pagar (R\$): 97,72

000 - 0051472918

Nº da Nota Fiscal: 029449826

Nº de Controle: 20003772637

83800000000 9 97720031020 3 00377263707 0 00009681143 9



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 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**

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/BIBLIOTECABWEB/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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Adenilson Luiz de Azevedo

inscrito (a) no CPF/CNPJ 420.119.223 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria Cláudia da Silva Escócio inscrito (a) no CPF sob o Nº 925.368.403 / 87

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Maria Cláudia da Silva Escócio

inscrito (a) no CPF sob o Nº 925.368.403 / 87, 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: <u>Rua Paulo Gomes da Silva</u>	Número: <u>226</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Parque Idade</u>	Cidade: <u>Caucaia</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>61603-040</u>	Tel. (DDD): <u>(85) 987241586</u>

Local e Data: Caucaia 04.11.2019

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



Dr. Marcus Gadelha

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia e Artroscopia do Joelho
CRM 10184 TEOT 12042

LAUDO MÉDICO

NOME: MAURICIO DANTAS DE OLIVEIRA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 06 / 03 / 19, ONDE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL MUNICIPAL DA CAUCAIA COM DIAGNOSTICO DE FRATURA DE PUNHO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO () CLÍNICO (X) CIRÚRGICO () FISIOTERÁPICO, COMPLEMENTADO COM MEDICAÇÃO SINTOMÁTICA RECEBENDO ALTA DEFINITIVA EM SETEMBRO 2019, EVOLUINDO COM SEQUELA E DANO IRREVERSÍVEL DE 70 %, MESMO APÓS O TRATAMENTO, APRESENTANDO DOR RESIDUAL, LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO, DEFICIT DE FORÇA E INCAPACIDADE PARA REALIZAR ATIVIDADES DE MAIOR EXIGÊNCIA FÍSICA COM PUNHO ESQUERDO.

CAUCAIA 28 / 09 / 19

Dr. Marcus Gadelha
Ortopedia e Traumatologia
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
CRM 10184 TEOT 12042

Clínica Otomédica - Av. 13 de Maio, 1189 - Fátima - (85) 3304.7676
Hospital Uniclínica - Av. Aguanambi, 332 - José Bonifácio - (85) 3311.6000
Clínica Life - Rua Jerônimo Amaral, 86 - Centro - Caucaia - (85) 3242.5966
E-mail: marcus.hbgl@gmail.com



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARD
GADELHA DA ROCHA

4 - CNES

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Marcelo Dantas de Oliveira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

33427

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

39801014121110410181

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/06/92

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - NOME DO MÃE DO RESPONSÁVEL

Osni de Dantas dos Santos

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

868810486

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Americo Espinoza 448 Serrinha

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Itapetininga

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

230440

15 - UF

16 - CEP

60410680

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com dor de cabeça e vômito evoluindo com febre de 38,5°C

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Paciente com dor de cabeça

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Paciente com dor de cabeça

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Febre de origem desconhecida

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040800040

26 - CLÍNICA

TO

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

06/07/13

32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 14.370/BOF 2560/TEOT: 16.316

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

14/07/13

48 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Dr. Wanderlan Fechine
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM: 14.370/BOF 2560/TEOT: 16.316
CPF: 172.853.073-43

2319100 998467

Antônio Alencar



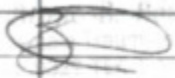
GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 33427

NOME: <u>Francisco Dantas de Oliveira</u>					
DATA DE NASCIMENTO: <u>10/06/42</u>	IDADE: <u>76</u>	COR:	SEXO: <u>M</u>	ESTADO CIVIL: <u>casado</u>	NATURALIDADE: <u>Brasília-DF</u>
Nº IDENTIDADE: <u>97002418690</u>		Nº CPF		CERT. NASCIMENTO Nº	
PAIS: <u>Francisco Dantas / Emilia Dantas do Santos</u>					
ENDEREÇO DO PACIENTE: <u>Américo Respeção</u>					Nº <u>448</u>
BAIRRO: <u>Servinha</u>	MUNICÍPIO: <u>Fortaleza</u>			FONE: <u>86880426</u>	
NOME DO RESPONSÁVEL: <u>Maria Tereza da Lorena</u>					FONE:
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:					
DATA DE ADMISSÃO: <u>06/03/19</u>		HORA DE EMISSÃO: <u>11:21</u> h		FUNCIONÁRIO: <u>Rafael</u>	
MÉDICO ASSISTENTE:					
HISTÓRICO CLÍNICO: <u>Acidente de trânsito com</u> <u>queda do rosto contra o chão.</u>					
EXAME FÍSICO: <u>Apresenta trauma no osso O.</u>					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:					
EXAMES COMPLEMENTARES:					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:					

ASSINATURA

Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
RPMF 14.370/ROF-15.00/TEOT: 16.916

DATA	ANOTAÇÕES	ASSINATURA CARIMBO
14/03/19	DS 08/03/2019 OK	
	Atas 14/03/2019	



SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO GADELHA DA ROCHA
GASTO DE SALA CIRÚRGICA

PREFEITURA MUNICIPAL DE
Caucaia
NOSSO COMPROMISSO É COM VOCÊ

AGENTE *Márcio Coutas de Oliveira*
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA *patologia de sódio renal E*

CONVÊNIO *SUS* ART^º
TIPO DE ANESTESIA *Sedação + Geral*

QUÍMICA MÉDICA

PRONTUÁRIO

SETOR EMISSOR *CC*

DR. *Bruno Botelho*

ESPECIFICAÇÃO	CÓDIGO	QTDE	ESPECIFICAÇÃO	CÓDIGO	QTDE	ESPECIFICAÇÃO	CÓDIGO
ACIFLEX	00826		PROLENE CARDIOVASCUL	00822		ADRENALINA	00828
ÁGUA OXIGENADA	00883		PROPEL DESCARTÁVEL	00897		ÁGUA DESTILADA 10ML	00898
AGULHA DE CAPULE	00787		SEDA ISENCA	00829		ÁGUA DESTILADA 1000 ML	00899
AGULHA DE INSULINA	00792		SEDA OFTÁLMICA	00828		ATROPINA	00900
AGULHA DESC. 25x7	00784		SERINGA DE 01ML	00850		BICARB. DE SÓDIO	00901
AGULHA DESC. 40x12	00784		SERINGA DE 03 ML	00848		DIMORF. 10MG	00902
ALCOOL	00870		SERINGA DE 05 ML	00849		DIPRIVAN	00903
ALCOOL IODADO	00890		SERINGA DE 10ML	00846		DOBUTREX	00904
ALGODÃO HIDROFILO	00884		SERINGA DE 20 ML	00847		DOLANTINA	00905
ALGODÃO ORTOPÉDICO	00886		SOAPEX (ML)	00885		DORMONID 15 MG	00906
ARBUZ A M MONITOR	00889		SONDA ENDOTRAQUEAL	00883		ERGOTRATE	00907
ARAD. GREFON 10 CM	00773		SONDA TRAQUEAL	00888		EFORTIL	00908
ARAD. GREFON 20 CM	00771		SONDA GÁSTRICA	00854		ETRANE	00909
ARAD. GREFON 30 CM	00769		SONDA FOLEY 2 VIAS	00861		FENTANIL	00910
ARAD. GRESSO 10 CM	00775		SONDA DE FOLEY 3 VIAS	00862		FLUOTHANE	00911
ARAD. GRESSO 15 CM	00776		SUTUPAK AGULHADO	00861		FORANE	00912
ARAD. GRESSO 20 CM	00777		SUTUPAK S/ AGULHA	00863		HALOTHANO	00913
BUTTERFLY (SCALP)	00844		TAMPÃO	00907		INOVAL	00914
CAL. SODADA	00871		TORNEIRA 3 VIAS	00905		IRUXOL	00915
CATETER SUBCLAVIA	00788		ULTRA-GEL	00893		KEFLIN 1 GR	00916
CATETER INTRAVENOSO	00855		VICRIL	00819		KETALAR	00917
CAT. OUT SIMPLES	00810		VICRIL OFTÁLMICO	00820		LANEXAT	00918
CAT. OUT CROMADO	00811		FILTRO CARDIOPLEGIA	01833		MARCAÍNA 0.5% C/AD	00919
CAT. OUT CROM. LAÇADO	00812		FILTRO UNHA ARTERIAL	01585		MARCAÍNA 0.5% S/AD	00920
CAT. OUT CROM. OFTALM	00813		RESERV. CARDIOPLEGIA	01830		MARCAÍNA PESADA	00921
CANA DE OSO	00833		RESERV. CARDIOTOMIA	00824		NARCAN	00922
CONE (ML)	00314		HEMOCONCENTRADOR	01835		ORASTINA	00923
CONE. URNA E FECHADO	00790		OXIGENADOR MEMBRANA	00825		PAVILON	00924
CONE. URNA UNOFIX	00794		OXIGENADOR DE BOLHAS	01667		PROSTIGMINE	00925
CONE. URNA UNOFIX	00874		CONJ. AUTO TRANSFUSÃO	00951		PROTAMINA	00926
COMPRESSA CIRÚRGICA	00878		SIST. DREN. MEDIASTINAL	01114		QUELICIM 100MG	00927
COMPRESSAS	00873		KIT CÂNULAS	00923		ROCEFIM 1GR	00928
CONJ. PENROSE	00802		CONJ. TUBOS PARA CEC	01684		RINGER LACTATO	00929
CONJ. NO DE SUÇÃO	00800		TUBOS R/ TCA	00794		SORO FISIOLÓGICO 0.9%	00930
CORPO SIMPLES	00806		ÇACHIMBO	00937		SORO GLICOSADO 0.5%	00931
COTAPADRAPO	00860		MERCÚRIO PARA TCA	01401		SORO GLICOFISIOL. 9%	00932
COT. BORDA	00824		XILOCAÍNA 2% C/ AC	00749		SOL. SALINA 0.9%	00933
COT. (ML)	00881		XILOCAÍNA 2% S/ AC	00751			
COT. DE MARCAPASSO	00825		XILOCAÍNA GELEIA	00746			
COTA CARDIACA	00823		XILOCAÍNA PESADA	00750			
FORMOL (ML)	00882						
BASE SECA	00888						
BASE ALCOHOOLADA	00888						
BASE FURACINADA	00885						
GRIFON	00433						
GORRO DESCARTÁVEL	01530						
LAMPINA DE BISTURI	00842						
LIGA UMBILICAL	00884						
LIG. CLIP (CART)	01822						
LUA DESCARTÁVEL	00843		OUTROS				
MALHA TUBULAR (CM)	00774		ASPIRADOR ULTRASSÔNICO				
MASC. DESCARTÁVEL	00816		MONITOR PRESSÃO INTRAGRANENA				
MICROPOR (CM)	00893		BISTURI ELÉTRICO BIPOLAR				
MONONYLON	00815		TREPANO				
MONONYLON OFTALM	00816		MARCA PASSO EXTERNO				
MONONYLON VISCOCIR	00817		MONITOR DE DÉBITO CARDÍACO				
POLYVINE	00898		CAPNOGRAFO				
PROLENE	00821		ASPIRADOR				
THINEMBRUTAL 500MG	00707		SERRA ELÉTRICA				
TRACIUM	00702		DEFIBRADOR / CARDIOVISOR				
TUBE TE	00908		BOMBA DE INFUSÃO				
VALIUM 10 MG	00723		MICROSCÓPIO CIRÚRGICO				
VAGI SULFA	00722		COLCHÃO TÉRMICO				
VASELINA	00726		DIÓXIDO DE CARBONO				
			BISTURI ELÉTRICO				
			MONITORIZAÇÃO				
			INTENSIFICADOR DE IMAGEM				
			PROTOXIDO DE AZETO				
			TAXA DE SALA				
			OXIGÊNIO				
			AR COMPRIMIDO				
			OXÍMETRO DE PULSO				
			BALÃO AORTICO				

glaxid. glaxid. 80ml
glaxid. - 80ml

(2) fios de K nº 2.0

data - 11/03/19

CIRURGIÃO *Dr. Bruno*

ANESTESISTA

H.M.A.G.R.		HOSPITAL MUNICIPAL CAUCAIA		ENFERMEIRA		LEITO		Nº PRONTUÁRIO					
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>Marisio H. Pereira</u>				IDADE		SEXO		COR			
DATA <u>11.3.19</u>		PRES. ARTERIAL		PULSO		RESPIRAÇÃO		TEMPERATURA		PESO		ALTURA	
TIPO SANGÜINEO		HEMÁTIAS		HEMOGLOBINA		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
		URINA											
AP. RESPIRATÓRIO								ASMA		BRONQUITE			
AP. CIRCULATÓRIO								ELETROCARDIOGRAMA					
AP. DIGESTIVO				DENTES		PESCOÇO		AP. URINÁRIO					
ESTADO MENTAL				ATARAXICOS		CORTICÓIDES		ALERGIA		HIPOTENSÃO			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO								ESTADO FÍSICO		RISCO			
ANESTESIAS ANTERIORES													
INDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA						APLICADAS ÀS		EFEITO					

Agente Anestésico	02											INDUÇÃO	
												Satisf. _____ Ext. _____	
Líquido												Tosse _____ Laringe _____	
												Espasmo _____ Lenta _____	
Vp Anest. S Puls C. Respiração A x Anest. S O Operação												Náuseas _____ Vômitos _____	
												Outros _____	
	260											MANUTENÇÃO	
	240												
	220												
	200												
	180												
	160												
	140												
	120												
100													
80													
40													
20													
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES												Anestesia Satisf. S. _____ R. _____	
POSICÃO												Não por que? _____	
AGENTES												DESPERTAR Reflexos na S.O. _____	
TÉCNICA												Obstr. _____ CO2 _____ Ext. _____	
OPERAÇÃO												Náuseas _____ Vômitos _____	
CIRURGIÕES												Outros _____	
ANESTESISTAS												CONDIÇÕES	
OBSERVAÇÕES													
CÓNULAS													

Complicações pré-operatórias, operatórias, e pós-operatórias.		PERDA SANGÜÍNEA	
<u>① fúria 100</u> <u>fr 300f 100</u>			
<u>27026</u>			



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
PRESCRIÇÃO MÉDICA - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

[illegible]



RESUMO DE ALTA

NOME DO PACIENTE: _____

IDADE: _____ ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

DATA ADMISSÃO: _____ DATA ALTA: _____

DIAGNÓSTICO INICIAL: Furunculose do nariz direito EDS

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Osteomielite da maxila superior com abscesso
curado com antibioticoterapia

DIAGNÓSTICO FINAL:

Furunculose do nariz direito EDS

ORIENTAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

Antibiótico
Curativo
FAR

O PACIENTE DEVERÁ RETORNAR PARA SEGUIMENTO NO:

() UBS PRÓXIMO DE SUA CASA

(☒) AMBULATORIO ESPECIALIZADO DE

DATA: 25/03/19 - 8h

Farmacologia

ASSINATURA E CARIMBO PROFISSIONAL

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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



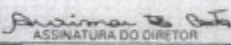
Polegar Direito



Não Alfabetizado(a)

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO GERAL	97002115690	DATA DE EXPEDIÇÃO 22/04/2008
NOME		
MARISIO DANTAS DE OLIVEIRA		
FILIAÇÃO		
FRANCISCO DOS SANTOS		
OSMILCE DANTAS DOS SANTOS		
NATURALIDADE	BREJO DO CRUZ - PB	DATA DE NASCIMENTO 10/06/1942
DOC ORIGEM		
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:147 FOLHA:99V		
LIVRO:B/1 ALTO SANTO - CE		
CPF		
2 Via	 ASSINATURA DO DIRETOR	P.: 1
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83		



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

972.759.803-04

Nome

MARISIO DANTAS DE OLIVEIRA

Nascimento

10/06/1942



TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13194686

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.945/94)



GAB

ASSINATURA DO PORTADOR

CONSERVAÇÃO



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DO CEARÁ
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INSCRIÇÃO: 34130

NOME
JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

FILIAÇÃO
FRANCISCO OTAVIANO DE AZEVEDO
MARIA LUZANIRA LUZ DE AZEVEDO

NATURALIDADE
PENTECOSTE-CE

DATA DE NASCIMENTO
23/12/1975

RG
90002287191 - SSP

420.118.223-72

ODADOR DE REGISTRO E TÍTULOS
NÃO

VIA EXPEDIDO EM
02 07/07/2016

MARCELO MOTA GURGEL DO AMARAL
PRESIDENTE

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190624260
Nome do(a) Examinado(a): Marisio Dantas de Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): Carro Quebrado, 18200
18200 Paracuru CE CEP: 62680-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 97002115690
Data local do acidente: [06/03/2019]
Data local do exame: [14/11/2019] FORTALEZA [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO RÁDIO E DE ULNA DISTAIS.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO. POSTERIOR IMOBILIZAÇÃO E FISIOTERAPIA.

Complicações: SEM

Data da Alta: 28/09/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

BLOQUEIO GRAVE DE FLEXÃO E DE EXTENSÃO DO PUNHO

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEQUELA FUNCIONAL GRAVE DO PUNHO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☒ (X) 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

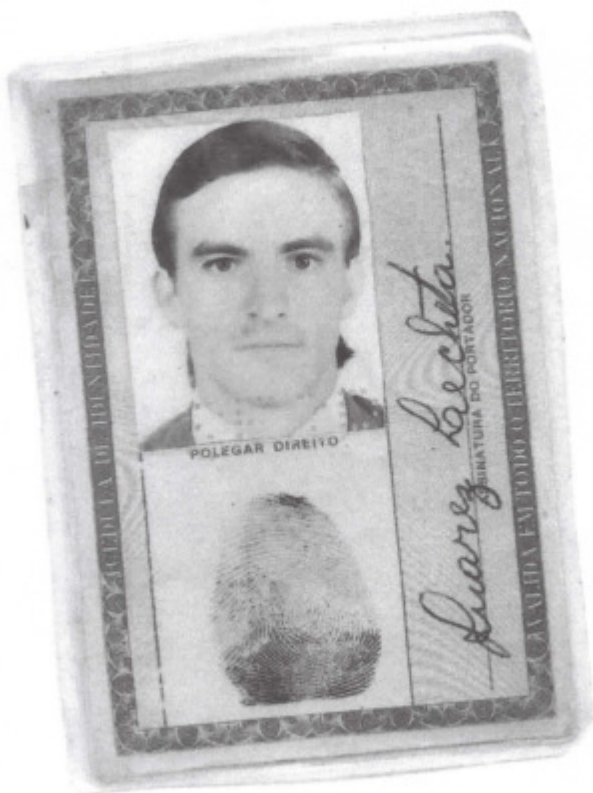
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

D. Greive Freitas Cavalcante

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 1889631-90 DATA DE EXPEDIÇÃO 13.07.90

Maria Idalina da Conceição
Mancel Idalino de Souza
Candida Maria da Conceição

Paracurú.CE 17.06.1952

Cert.Nas.182-Lv.A-27-Fls.184

Cert. de S.G do Amarante.CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

575.714.143-34

Nome

MARIA IDALINA DA CONCEICAO

Nascimento

17/06/1952

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190624260 **Cidade:** Paracuru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARISIO DANTAS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 06/03/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO E DE ULNA DISTAIS ESQUERDOS

Descrição do exame físico: BLOQUEIO GRAVE DE FLEXÃO E DE EXTENSÃO DO PUNHO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. POSTERIOR IMOBILIZAÇÃO E FISIOTERAPIA.
SEM COMPLICAÇÕES
DATA DA ALTA: 28/09/2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/11/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM PUNHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190624260 **Cidade:** Paracuru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARISIO DANTAS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 06/03/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO E DE ULNA DISTAIS ESQUERDOS

Descrição do exame físico: BLOQUEIO GRAVE DE FLEXÃO E DE EXTENSÃO DO PUNHO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. POSTERIOR IMOBILIZAÇÃO E FISIOTERAPIA.
SEM COMPLICAÇÕES
DATA DA ALTA: 28/09/2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/11/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM PUNHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190624260 **Cidade:** Paracuru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARISIO DANTAS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 06/03/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO - P.3.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. P. 1,3-7.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X / VÍTIMA COM 77 ANOS./ @ - P.1 - INDICA DÉFICIT DE 70% EM PUNHO ESQUERDO./FOLHA CIRÚRGICA E FOLHA DE ANESTESIA-P.4-7.
- SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190624260 **Cidade:** Paracuru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARISIO DANTAS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 06/03/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO - P.3.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. P. 1,3-7.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X / VÍTIMA COM 77 ANOS./ @ - P.1 - INDICA DÉFICIT DE 70% EM PUNHO ESQUERDO./FOLHA CIRÚRGICA E FOLHA DE ANESTESIA-P.4-7.
- SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MARISIO DAMAS DE OLIVEIRA, brasileiro (a), estado civil: CASADO
Profissão: PROSEMANO, portador (a) do RG 188963190, órgão expedidor: SSP-CE
e do CPF: 92275980304, residente no (a): PARKS OLIVEIRA
nº 18200, bairro: QUATRO ROCHAS, município: PARNAGUÁ - CE.

OUTORGADO:

Nome: JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO, brasileiro (a), estado civil: CASADO Profissão:
ADVOGADO, portador (a) do RG 34130, órgão expedidor: OAB-CE e do CPF:
420.119.223-72, residente no (a): Rua Paulo Gomes da Silva, nº 226, bairro: Parque Soledade, município:
CEP 61.603-070, Caucaia/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 a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima MARISIO DAMAS DE OLIVEIRA

Declaro que todas as informações prestadas e atos do referente ao pleito são de total responsabilidade do **Beneficiário ou Representante Legal**, ficando assim sujeito as penas da lei caso falte com a verdade.

Assinatura do outorgante



Local e data, PARNAGUÁ 23 DE OUTUBRO 2019

Nome: MARIA IDALINA DA CONCEIÇÃO

CPF: 57571414334

Maria Idalina da Conceição
(*) ASSINATURA DE QUEM ASSINA A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: SAMARA MARIA SANTOS DE CARMO
CPF: 41598920559

Sandra Maria Santos de Carmo

Assinatura

2ª Nome: JUAREZ LEONARDO
CPF: 484310784-08

Juarez Leonardo

Assinatura

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO
TABELIA: ANA KARINA LIMA LINHARES LOPES - CNP: 017.701.807.000-143
Rua Padre Gomes da Rocha, 739 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucaia / CE
Tel: (85) 3521.7501 E-mail: cartorio@cartoriosimenes.com.br

Reconheço por AUTENTICIDADE a assinatura de **MARIA IDALINA DA CONCEIÇÃO**, que assina em a ROGO por **MARISIO DANTAS DE OLIVEIRA**, Dou Fé. **Caucaia-CE**, 24 de outubro de 2019.

Em Teste da Verdade

Lucas Santos Sampaio da Silva - Escrivão de Cartório

Cartório Ximenes - 3º Tabelionato

Valido somente com o selo de autenticidade
Conferir os dados do ato em: selodigital.ajce.jus.br/portal

02
ZLNU
RECONHECIMENTO
DE FIRMA
M. D. 370363

PROCURAÇÃO PATRIARCA

ESTADO DO CEARÁ

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO

TABELIA: ANA KARINA LIMA LINHARES LOIOLA - CNPJ: 01.730.807/0001-42

Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucaia / CE

Tel: (85) 3521.7501 • E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br

Válido somente com o selo de autenticidade

Reconheço por **AUTENTICIDADE** à assinatura

indicada de **SANDRA MARIA SANTOS DO CARMO**, Dou Fé.

Caucaia-CE, 04 de novembro de 2019.

Em Teste da Verdade.

Lucas Santos Sampaio da Silva - Escrevente Autorizado

3º Tabelião de Notas de Caucaia

Escritório Autorizado

CPF: 524.551.493-15

Confira os dados do ato em:
selodigital.tjce.jus.br/portal



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO

TABELIA: ANA KARINA LIMA LINHARES LOIOLA - CNPJ: 01.730.807/0001-42

Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucaia / CE

Tel: (85) 3521.7501 • E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br

Válido somente com o selo de autenticidade

Reconheço por **AUTENTICIDADE** à assinatura

indicada de **JUAREZ LECHETA**, Dou Fé. **Caucaia-CE, 04 de**

novembro de 2019.

Em Teste da Verdade.

Lucas Santos Sampaio da Silva - Escrevente Autorizado

3º Tabelião de Notas de Caucaia

Escritório Autorizado

CPF: 524.551.493-15

Confira os dados do ato em:
selodigital.tjce.jus.br/portal



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO

TABELIA: ANA KARINA LIMA LINHARES LOIOLA - CNPJ: 01.730.807/0001-42

Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucaia / CE

Tel: (85) 3521.7501 • E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br

Válido somente com o selo de autenticidade

Reconheço por **AUTENTICIDADE** à assinatura

indicada de **JUAREZ LECHETA**, Dou Fé. **Caucaia-CE, 04 de**

novembro de 2019.

Em Teste da Verdade.

Lucas Santos Sampaio da Silva - Escrevente Autorizado

3º Tabelião de Notas de Caucaia

Escritório Autorizado

CPF: 524.551.493-15

Confira os dados do ato em:
selodigital.tjce.jus.br/portal



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO

TABELIA: ANA KARINA LIMA LINHARES LOIOLA - CNPJ: 01.730.807/0001-42

Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucaia / CE

Tel: (85) 3521.7501 • E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br

Válido somente com o selo de autenticidade

Reconheço por **AUTENTICIDADE** à assinatura

indicada de **JUAREZ LECHETA**, Dou Fé. **Caucaia-CE, 04 de**

novembro de 2019.

Em Teste da Verdade.

Lucas Santos Sampaio da Silva - Escrevente Autorizado

3º Tabelião de Notas de Caucaia

Escritório Autorizado

CPF: 524.551.493-15

Confira os dados do ato em:
selodigital.tjce.jus.br/portal