



Advocacia e Consultoria Jurídica

Roberges Junior de Lima
OAB/MT 12.918

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA e ET EXTRA”

OUTORGANTE – ROBERTO MOURA FRANKLIN, brasileiro, solteiro, agricultor, portador (a) da Cédula de Identidade RG nº 20171920389 SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 381.003.803-25, residente e domiciliado na Rua Climério Roque de Macedo, nº 356, Centro, Iracema/CE

OUTORGADO – ROBERGES JUNIOR DE LIMA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil – Seccional de Mato Grosso, OAB/MT 12.918, com escritório profissional na Av. dos Ingás, nº 2330, Bairro Setor Comercial, Sinop/MT.

PODERES - Para o foro em geral, de acordo com a nova redação do art. 105 do NOVO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL, dada pela Lei nº 13.105 de 16-03-2015, c/c o parágrafo 2º do art. 5º da Lei nº 8.906 de 04-07-94, e ainda os poderes de firmar acordos, transigir, receber e dar quitação, substabelecer com ou sem reserva de poderes, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel andamento deste mandato, dando por bom, firme e valioso.

Iracema/CE, 05 de maio de 2020.

ROBERTO MOURA FRANKLIN
CPF nº. 381.003.803-25



Advocacia e Consultoria Jurídica

Roberges Junior de Lima
OAB/PA 27.856-A

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **ROBERTO MOURA FRANKLIN**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador (a) da Cédula de Identidade RG nº 20171920389 SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 381.003.803-25, residente e domiciliado na Rua Climério Roque de Macedo, nº 356, Centro, Iracema/CE, DECLARO, com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, que não posso arcar com as custas deste processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

Iracema-CE, 05 de maio de 2020.

ROBERTO MOURA FRANKLIN

você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

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

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

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

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

Se você não é eletricitista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

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

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

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

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

Conversa e discussão no trabalho predis põem a acidentes pela distração.

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

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

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

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

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

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

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 056336 Série 00015/DF



ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome ROBERTO MOURA FRANKLIN
 Loc. Nasc. IRACEMA Est. CE Data 14.07.67
 Filiação RAIMONDO FRANKLIN DE MOURA
MARIA OSITA DE MOURA FRANKLIN
 Doc. Nº 21.915.915 SSP/DF

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
 Exp. em / / Estado
 Obs.:
 Data Emissão 23.08.2000 DRT DF

[Assinatura]
 Assinatura do Funcionário
 Núcleo Regional de Atendimento ao
 Trabalhador - SERSTDMS
 Assistência

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

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.
 Doc.

12

CNPJ :01.560.823/0001-34
LOURDINHA CABELEIREIROS UNISSEX LTDA ME

CNA 07 LOTE 33 LOJA 06
TAGUATINGA - CEP 72110-070
BRASILIA - DF

Esp. estab. : COMERCIO VAREJISTA DE ART
Função : Gerente
CBO : 142105 CTPS : 0056336/00015
Data admissão : 1 de Outubro de 2005
Registro nº :
Folha/Ficha :
Remuneração especificada :
R\$ 600.00 (seiscentos reais) por mês

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 01.560.823/0001-34
Data saída de
LOURDINHA CABELEIREIROS

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
CNA 07 Lote 33 Loja 06

1º Taguatinga CEP 72110-070
Com. Dispensa CD Nº
BRASILIA - DF

13

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua Nº

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

..... CBO nº

Data admissão de de

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua N°

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

..... CBO n°

Data admissão de de

Registro n° Fls./Ficha

Remuneração especificada

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Data saída de de

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Com. Dispensa CD N°

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua N°

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

..... CBO n°

Data admissão de de

Registro n° Fls./Ficha

Remuneração especificada

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Data saída de de

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Com. Dispensa CD N°

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua N°

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo CBO n°

Data admissão de de

Registro n° Fls./Ficha

Remuneração especificada

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Data saída de de

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Com. Dispensa CD N°

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua N°

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo CBO n°

Data admissão de de

Registro n° Fls./Ficha

Remuneração especificada

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Data saída de de

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Com. Dispensa CD N°

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADIAS		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO		CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO	
NOME		ROBERTO MOURA FRANKLIN					
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF		20171920389 SSPDS CE					
CPF		381.003.803-25		DATA NASCIMENTO		14/07/1967	
FILIAÇÃO		RAIMUNDO FRANKLIN DE MOURA MARIA OSITA DE MOURA FRANKLIN					
PERMISSÃO		ACC		CATEG.		AD	
Nº REGISTRO		00774854126		VALIDADE		28/03/2023	
				1ª HABILITAÇÃO		22/07/1993	
OBSERVAÇÕES							
SEM OBSERVAÇÃO;							
ASSINATURA DO PORTADOR							
LOCAL		LIMOEIRO DO NORTE, CE		DATA EMISSÃO		12/04/2018	
ASSINATURA DO EMISSOR		11541367660		CE164387293			
CEARA							



Nº de inscrição:
51157020



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA OSITA DE MOURA FRANKLIN
End. Leitura: RU CLIMERIO ROQUE DE MACEDO, 356, CENTRO CEP: 62.980-000
Cidade: IRACEMA
End. Entrega: CEP:
Cidade: Comp: 0000
Local: 096 Setor: 004 Quadra: 152 Lote: 0337
Subsetor: Subquadra:

UN-BB1 - IRACEMA

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A07F241055	371	380	9	13

DATAS

Leitura Atual: 11/03/2019 Emissão: 12/03/2019 Lacre Água: A07F241055
Leitura Anterior: 08/02/2019 Próxima Leitura: 10/4/2019 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 03/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	15	15	5	15	15
Analizadas	17	17	17	17	17
Em conformidade	17	13	3	17	17

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE. ÁGUA TRATADA E SAUDE.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	24,40	03/2018	16	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,36	04/2018	14	0
MULTA DE 2%	0,90	05/2018	11	0
		06/2018	12	0
		07/2018	15	0
		08/2018	18	0
		09/2018	11	0
		10/2018	16	0
		11/2018	16	0
		12/2018	15	0
		01/2019	15	0
		02/2019	8	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,24
COFINS	1,22

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
Valor do Serviço	39,96
Subsídio(-)	14,30
Total de Serviço	25,66

MÊS/ANO
03/2019

VENCIMENTO
02/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
25,66

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Teófilo. Outros: PagFacil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta da sua fatura. Ative-lo em seu sistema. Consulte sua agência.

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Para maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria Estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Densidade Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



IMP_FAT_CLIENTE_201903_77.FIC_IRACEMA



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

Impresso nº 2019187790

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 485 - 115 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/03/2019 09:14:53**
Data / Hora da Ocorrência: **10/01/2019 16:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 138**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **IRACEMA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE AO CLUBE DOIS IRMÃOS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ROBERTO MOURA FRANKLIN**
Nascimento: **14/07/1967** CPF: **381.003.803-25**
RG: **20171920389** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA OSITA DE MOURA FRANKLIN**
RAIMUNDO FRANKLIN DE MOURA
Endereço: **RUA CLIMERIO ROQUE, 356**
Bairro: **BEIRA RIO**
Município: **IRACEMA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99344-5929**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYP1607** Uf: **CE** Município: **LIMOEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2KD03308R075994** Renavam: **988692015** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **SIMIAO FERNANDES DE MAGALHAES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Declara que na data acima indicada, conduzia o veículo MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS, COR PRETA, ANO 2008, DE PLACA HYP1607, pela CE 138 quando perdeu o equilíbrio em uma curva e caiu; Que procurou atendimento médico no hospital Municipal de Iracema/CE onde foi diagnosticado com uma fratura da fíbula do pé direito; Que foi transferido para o Hospital de Maracanaú/CE onde foi operado, permaneceu internado por dois dias e recebeu alta médica e atualmente continua o tratamento a base de fisioterapia; Que FEZ TODO O TRATAMENTO NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE E ATÉ O MOMENTO GASTOU APROXIMADAMENTE R\$250,00 (DUZENTOS E CINQUENTA REAIS) COM MEDICAMENTOS; Que CLODOALDO CAMPOS DE OLIVEIRA, residente em rua CELSO GOMES, SN, CENTRO, IRACEMA/CE e JOSÉ RUTIANO BRAZ DE SOUZA, residente em rua RAIMUNDO LEANDRO, 395, BEIRA RIO, IRACEMA/CE, testemunharam o acidente. Nada mais disse.//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE IRACEMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DELEGACIA MUNICIPAL DE IRACEMA

Consolidado em: 21/03/2019 09:31:45

Pág. 1 de 2

Impresso em: 21/03/2019 09:31:45





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



Impresso nº 2019187790

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 485 - 115 / 2019

PAULO MARCELO GUERRA DA COSTA - MAT.: 198268-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Roberto Moura Franklin

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUCIANO BARRETO COUTINHO BENEVIDES - MAT.: 133843-1-2

Roberto Moura Franklin

Roberto Moura Franklin



FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO DE EMERGÊNCIA

Sinais Vitais

Hora	P.A.	Tempo	Peso	Estat.
16:30	160x100	36.24		

SAME
HMMRM

CAD:	Data:	10/03/19	Registro:
Paciente: Roberto Moura Franklin			
Nome da Mãe: Maria Osita de Moura Franklin			
Idade	Sexo	Data Nascimento	RG
51	M	14/07/67	
Endereço: R		CEP:	
Bairro:		Cidade: Iracema	Estado: CE

Item	Procedimento	Item	CID'S	Tipo de Atendimento
01		01		Clinica Médica
02		02		Clinica Pediátrica
03		03		
04		04		
05		05		

História Clínica:

PAZEM VITAM DE ALGUMAS COM ROTACICLOXALIMIDE
DE + MARELA, CUSANDO CUSAS, COM SADE DE DE PENSITO

Diagnóstico:

PAZEM COM ROTACICLOXALIMIDE
DE + MARELA, CUSANDO CUSAS, COM SADE DE DE PENSITO

EXAMES SOLICITADOS

2)	Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável Artur Pericles J. Leite Médico Clínico Geral CREMEC 42813			
3)				
4)				
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
10/03/19	1) DEPERONA 1AMP + 750			
	2) DE LAZEX 200 1AMP + 750			
	3) VOLANER 750 I.M.			
	4) CLAPORNA 250 V.O			
	5) RX DE PE PENSITO + TEND FELLO			

DESTINO DO PACIENTE			DATA	HORA
() Alta	() Transferência	() Óbito	1 / 1	
Motivo:				

Assinatura do Paciente ou Responsável

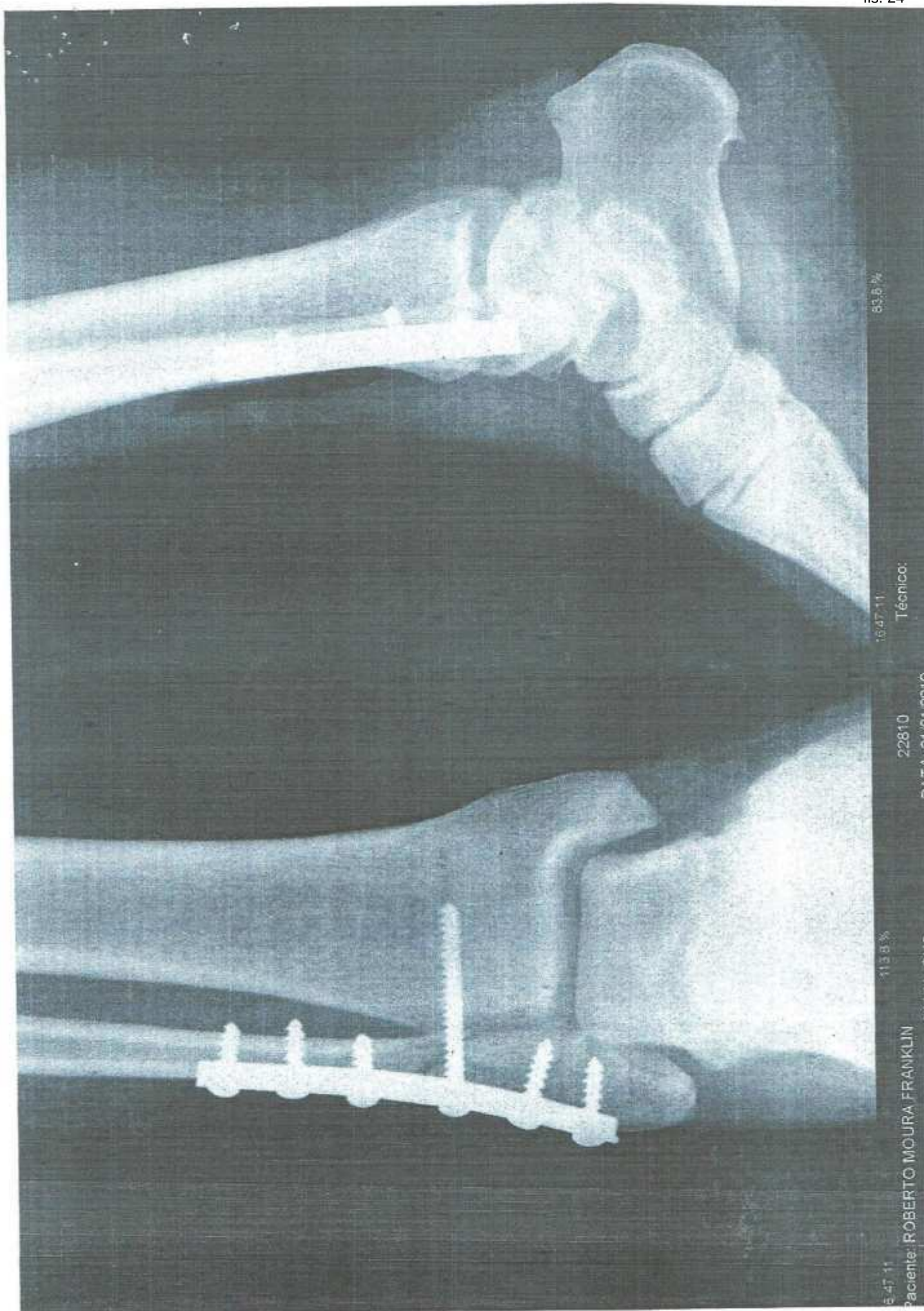
 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE						Nome do Estabelecimento Solicitante Associação Beneficente Médica Pajuçara	
Nome do Estabelecimento Executante Associação Beneficente Médica Pajuçara						CNES 2372150	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
Nome do Paciente ROBERTO MOURA FRANKLIN				Cartão Gestante		Nome Social	
Cartão Nacional de Saúde (CNS) 888003883390374		Data de Nascimento 14/07/1967		Sexo Masculino ☒ Feminino ☐		Raça / Cor Parda	
Nome da Mãe MARIA OSITA DE MOURA FRANKLIN				DDU 88		Telefone do Contato 93445929	
Nome do Responsável				DDU		Telefone do Contato	
Município de Nascimento		UF		Nacionalidade BRASILEIRA		Endereço Residencial (Rua, Av., Condomínio) CLIMERIO ROQUE	
Nº 356		Bairro BEIRA RIO		Município de Residência IRACEMA		Código IBGE do Município 2306009	
Ponto de Referência		Documento RG 20171920389		CPF		CE 62980000	
DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE							
Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante				Nº Cons. Classe		CPF	
Ass. e Carimbo do Diretor Clínico							
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
<i>Deficiência física - sequelas de acidente vascular cerebral - AVC</i>							
Condições que Justificam a Internação							
<i>Neurológica de origem</i>							
Indicação Resumida de Níveis Diagnósticos (Itens de Exames Realizados)							
<i>Exame de sangue - hemograma</i>							
Diagnóstico inicial		CID 10 Principal		CID 10 Secundário		CID 10 Causas Associadas	
<i>Exame de sangue - hemograma</i>							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
Descrição do Procedimento Solicitado						Código do Procedimento Solicitado 0408050497	
Código do Conselho de Especialidade		UF		UF		UF	
☒ Urgente ☐ Eletivo		UF		UF		UF	
Equipamentos Requeridos para Internação							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
Nome do Profissional Solicitante FREDERICO THALES DE VASCONCELOS							
Documento ☒ CPF ☐ CNES		Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 78556660363				Nº do Conselho de Classe 11332	
Data de Solicitação 21/01/2019		Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Nº do Conselho de Classe					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO		CNPJ da Seguradora		Número do Bônus		Série	
☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO		CNPJ da Empresa		CNAE da Empresa		CADR	
☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO							
Vínculo com a Previdência ☒ Empregado ☐ Empregado ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Inativo							
Nome do Profissional Autorizador							
Documento ☐ CPF ☐ CNES		Nº do CNS/CPF Prof. Autorizador					
Data de Autorização		Código do Órgão Emissor M230765001					
Nº Registro Profissional		Ass. do Autorizador/Carimbo					

RESUMO DO ATO CIRURGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)		ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)	
1/ Dr. b. b. de a. 2/ Anest. - 3/ Dr. b. b. b. 4/ Dr. b. b. b. 5/ Dr. b. b. b. 6/ Dr. b. b. b. 7/ Dr. b. b. b. 8/ Dr. b. b. b. 9/ Dr. b. b. b. 21/04/19		 Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia a um maior consumo de material e medicamento.	
Cirurgião	1º Auxiliar	Data	
Assinatura e Carimbo do Cirurgião	Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo do Anestesista	
2º Auxiliar	3º Auxiliar		
Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo		



Convênio: SIM/SUS - INAMPS
Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará
Fone/Fax: (85) 3215.3120 - Fone: (85) 3215.3133

NOME DO PACIENTE		ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
DATA E HORA	EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO			
28/01/19	<i>Dr. [Assinatura]</i> <i>CD-Via</i> <i>[Assinatura]</i> COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO CONFERE COM ORIGINAL ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA CNPJ 06.587.641/0001-06 MARACANAÚ-CE			



Retomar dia 21/01 + em jejum
07:00hs.



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Roberto Mano Furtado

24 uso oral

1º Alancox Sang — a
tenor a e 12/12

16/01/13

Dr. Rogério Nascimento
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 11696 TR0T 15198

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará - Fones: (85) 3215.3064
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51



Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará
Fones: (85) 3215.3064
CNPJ 06.578.611/0001-06

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Roberto Moura
Franklin portador da Carteira Profissional nº _____
série _____ necessita de 90 (Noventa)

Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

5824

Hospital e Ambulatório

Localidade e data

Frederico Thales de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 41.332

Ass. do Médico - CRM nº

21/01/19

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho



047 11

1435

Paciente ROBERTO MOURA FRANKLIN

22810

HOSPITAL ABEMP

CONV. SUS

DATA 21.01.2019

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190533620

Vítima: ROBERTO MOURA FRANKLIN

Data do Acidente: 10/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROBERTO MOURA FRANKLIN

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 tornozelo 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: ROBERTO MOURA FRANKLIN

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000001074-X

Conta: 000010022762-7

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

