

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **822.457.463-68** Nome completo da vítima: **Rafael Pereira Nunes**

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

Nome completo: **Rafael Pereira Nunes**

Profissão: **Autônomo** Endereço: **Rua Robert Praqueras** CEP: **822.457.463-68**

Bairro: **Pq. Santa Fé** Cidade: **Maranguape** Estado: **CE** Número: **895** Complemento: _____

E-mail: **55simplifica** Tel (DDD): **08.384-15**

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0751** CONTA: **45618** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Fortaleza, 28 de junho de 2019** TESTEMUNHAS

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver) Assinatura

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **822.457.463-68** Nome completo da vítima: **Rafael Pereira Nunes**

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

Nome completo: **Rafael Pereira Nunes**

Profissão: **Autônomo** Endereço: **Rua Robert Praqueras** CEP: **822.457.463-68**

Bairro: **Pq. Santa Fé** Cidade: **Maranguape** Estado: **CE** Número: **895** Complemento: _____

E-mail: **55simplifica** Tel (DDD): **08.384-15**

Tel (DDD): **(85) 9.8422.3357**

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA: **CAIXA DE CONTA**

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0751** CONTA: **45618** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Fortaleza, 28 de junho de 2019**

Nome: _____

CPF: _____

Rafael Pereira Nunes
Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190402966

Vítima: RAFAEL PEREIRA NUNES

Data do Acidente: 24/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAEL PEREIRA NUNES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.025,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%
Graduação: Em grau completo 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: RAFAEL PEREIRA NUNES

Valor: R\$ 2.025,00

Banco: 104

Agência: 000000751

Conta: 0000045618-2

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,



Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190402966

Vítima: RAFAEL PEREIRA NUNES

Data do Acidente: 24/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL PEREIRA NUNES

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



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: 10/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL PEREIRA NUNES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00751

CONTA: 000000045618-2

Nr. da Autenticação 33A4443AAEAF3E91

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218898/19

Vítima: RAFAEL PEREIRA NUNES

CPF: 822.457.463-68

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 24/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAFAEL PEREIRA NUNES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RAFAEL PEREIRA NUNES : 822.457.463-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/06/2019
Nome: RAFAEL PEREIRA NUNES
CPF: 822.457.463-68

RAFAEL PEREIRA NUNES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218898/19

Vítima: RAFAEL PEREIRA NUNES

CPF: 822.457.463-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/03/2019

Titular do CPF: RAFAEL PEREIRA NUNES

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RAFAEL PEREIRA NUNES : 822.457.463-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/06/2019
Nome: RAFAEL PEREIRA NUNES
CPF: 822.457.463-68

RAFAEL PEREIRA NUNES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190402966 **Cidade:** Maranguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL PEREIRA NUNES **Data do acidente:** 24/03/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO DO 2º DEDO E OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE K. NO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO. PG. 10.
ALTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO COMPLETO DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA PERDA ANATÔMICA COMPLETA DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MODERADO DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - CE Nº 014057528667
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CDD RENAVAM 0000200000 EXERCÍCIO 2018

PLACA ANT/UF RJ 01473158088
RUBRICADO EXATIDÃO NÚMEROS
PARANGUARI

PLACA ANT/UF RJ 01473158088
CLASSI 111303770076

EXERCÍCIO 2018
MARCA/MODELO HONDA 125 FAN K5
CAP/MOTOCIL 250CC 125CC
MARCA/MODELO HONDA 125 FAN K5
CLASSI 111303770076

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000
COTA UNICA 1
P 1
V 2
A 3
PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

DATA DE PAGAMENTO 21/06/2018

PARANGUARI

CE Nº 014057528667 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018 01Q5485

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204
014057528667 55841495053

EXERCÍCIO 2018

RENAVAM 01473158088
MARCA/MODELO HONDA 125 FAN K5
CAP/MOTOCIL 250CC 125CC

PREMIO TARIFARIO
FMS (R\$) 00/00/0000
CUSTO DO BILHETE (R\$) 00/00/0000
COTA UNICA 1
PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

DATA DE OUTUBRO 00/00/0000

PROPRIETARIO
LOTE/DO SEGURO DPVAT
MOTOR: 111303770076

DETRAN

CONTRAN

8 JUN 2018

**Prefeitura de Fortaleza**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRI: TAL INDA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

REGISTRO DE A1 ENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE RAPHAEL PEREIRA NUNES		NOME DO RESPONSÁVEL NI		Nº DO PROCTURIO 373321		Nº CC M 268722	
CARTELA 708504351787371		NOME DO RESPONSÁVEL NI		SEXO M		RAÇA/ETNIA PARDO	
NOME MÃE MARIA PEREIRA NUNES		MUNICÍPIO MAZANGUAPÉ		CEP 61.940-300		UF CE	
ENDEREÇO RUA ROBERTO BRAQUEAIS S 5 PARQUE SANTA PÉ		OCCORRÊNCIA					
CONTATO		CL. SIFICAÇÃO DE RISCO					
LOCAL DO OCORRÊNCIA (HOSPITAL/CLÍNICA/DO IPR)		CL.		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SÍNTOMAS TRAZIDO PELO SAMU USB 3; APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM PE		SINAIS VITAIS					
DIAGNÓSTICO NI		SNT DO 67%		PULSO 98		TENSÃO NI	
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL 130/10		IL PELO CLASSIFICAÇÃO ILA NASCIMENTO DE BARNOS ALMEIDA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 24/03/2019	
TEMPERATURA NI °C		N.º DE EXAMES NEO 1		PREÇOS PRIS		TEMPO DE ATENDIMENTO 21:54:48	
LOCALIZAÇÃO AMARELO							

TRAUMATOLOGIA

A. MOVIMENTO MEDICO

TRAUMATOLOGIA

Paciente vítima de acidente de motocicleta e fratura no
PE (E) da 15, apresentando uma artrose avançada. Ao exame, observamos
Tumor local de aspecto distal do 2º PDD (E) e fratura exposta a 3º PDD.

APRESENTAÇÃO		CDS PRECEDENTES		CDS	
EXATOS SIGAOS ☐ HC ☐ SU ☐ US / DOMINAI. ☐ TC CRANIO ☒ RAIOS-X ☐ OUTROS					
INDICAÇÃO MÉDICA		APAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
MÉDICO: INTO					
Ab. Fala time 1/2 IV em 6/6h. Profenid 100mg 1amp. IM. 2D: 45				28 JUN 2011	

G. Falotina 1/8 IV on 6/6h.
 Profend 100g 100p. 1M. 2D: 45

DECISÃO MÉDICA () A F () IDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÚNICO () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAM () IA () IMIL () AMAT. PATOL

DESTINO DO CORPO: () FAM

**DESTINO DO COR
PORE FORTALEZA ATENDENDO O**

24/03/19. 22h

FOTOGRAFIA: ASSOCIATA DO MUNDO ESPECIALIST

14

Dr. George H. ...
CREW 1527

impresso por piscina nascimento de b...
 Declaro serem verdadeiras as informa...
 Dental

rafael pereira nunes

PR. 11/20/20

$$H_0 = \frac{1}{2} \left(\frac{1}{\mu_0} + \frac{1}{\mu_1} \right)$$

1992

12700028888



SUS

Sistema Único de Saúde

CCI - Central de Controle de Informação

PRONTO-SOLAR DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA Celso de Faria nº 1117 - Pampulha - CEP 60200-000

Fortaleza - CE

Telefone (85) 3126-1100

Fortaleza

CENTRO DE REGISTRO E CONTABILIZAÇÃO DE ATENDIMENTO DE FORTALEZA - CECAR - FORTALEZA - CE

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º de AIH:

2319102102394

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CBO / CNPJ
07.835.044 / 0002-81

NOME DO PACIENTE

LORAN PEREIRA NUNES

ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA: ROBERTO BRAGUEIRAS Nº 855

Bairro

PARQUE SANTA FE

Município

MARANGAPÉ

UF

CE

DATA DO NASCIMENTO

04/03/1980

SEXO

1. ☒ MASO3. ☐ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURO4. ☐ CONJUGE5. ☐ FILHO6. ☐ OUTRO DEP.

NOME DA MÃE

MARIA PEREIRA NUNES

CPF MÉDICO SOLICITANTE

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

24/03/19

Dr. George...
CRM 12345

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Tumor no PE (E) + aumento da massa
do 2º paracardial e fútil exposto do
3º paracardial

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

PP. Alencar

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

exame clínico + Radiografia

DIAGNÓSTICO INICIAL

Ex. tumor do 3º paracardial

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA3. ☐ CLÍNICA MÉDICA5. ☐ PSIQUIÁTRICA8. ☐ OUTROS2. ☐ OBSTÉTRICA4. ☐ FISIOTERAPIA6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Regulanz. cirúrgica + amputação

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

Dr. George...

CRM 12345

DATA
24/03/19

HORA

28 JUN 2019

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome:

Rafael Pereira Alves

Prontuário

Enferm.

Leito

Data Internação

Diagnóstico

114

24/03/2019

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu.

DATA

EVOLUÇÃO

10.0. pós-op em progressão neurológica
ao 2º POP E e FX do 3º POP E
fútil de 1030 - e com o local
de fratura

HCO: Abundante mióclonus de partes
móveis
moderado A73

Dr. Igor de Lucena
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Mão e Plástica
RQE 15304 e RQE 15152

28/03/19 Rafael, 39 anos, HP: 4º PO LC, 2º POP E + fratura 3º POP E
e com o conteúdo, cooperativo, agitado, segue
em observação

Rafael H. de Santana
COREN-CE 306125-2/19

29/3
3
Neste estado
de

29/03/19 R.P.A., 39a, masculino, 5º PO de amputação traumática
+ LC de 2º POP E. Evolui com conteúdo, orientado, coop-
erativo em ambiente. Aceto. dieta por VO. Oli-
vinações espontâneas (+) Sem queixas. Segue de
alta hospitalar

Dr. Shaulster

Mônica Saba
RQE 15984

Nome: Rafael Penha Moura

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			24/03/2019	Pa exposto do pe ②

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu.

DATA	EVOLUÇÃO
24/03/19	<u>Tuomoblog</u> Paciente citada de tuberculose do bacilo ci fuma no - PE ②, evoluindo com função capilar do 2º e 3º pedúnculo + sup. na fumaça de fumaça do 2º ped. Análise minuciosa, status B. em: intern + 10 cc. Dr. Gooi CREMEC 10.513
24/03/19	AA 23:30h paciente deu entrada no CC e foi submetido a gradiente MTF. Dr. Gooi CREMEC 10.513
25/03/19	AA 00:00h paciente, R.P. N. 39 em PE de Anestesia Tumor de 2º ped. E sob anestesia bloqueio porta. Evolui com fumaça orientada, verbalizando em um ambiente com queixas de dor no momento. CVP em 15 cm H₂O. Funcionando e sem sinais clínicos de fumaça. Eliminação fisiológica de urina no período. PA 110/70 mmHg, T 36,5°C, FC 60bpm, SpO₂ 96%. Sinais vitais estáveis da equipe. Dr. Gooi CREMEC 10.513
25/03/19	AA 00:00h paciente encaminhado para o P. 1, L. 11/1. Dr. Gooi CREMEC 10.513
24/03/19	<u>Tuomoblog</u> 23:30 Realizado bloqueio cirúrgico + Regulação do coto de sutura do 2º pedúnculo + sutura - os pedúnculos no 3º pedúnculo ci fio k. Procedimento em andamento. Dr. Gooi CREMEC 10.513

DATA	EVOLUÇÃO
23/03	00:30. ADM. NESTA UNIDADE PROVENIENTE DO C.C. APÓS SUBMETER A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: SEQUE DOMINADO, EM AM. AMBIENTE QUIRÚRGICO, LIMPO. NGA ALERGIAS, HA E DM. SEQUE SOB OBSERVAÇÃO
25/3	Ante vps D. <i>[Signature]</i>
25/3/19	16h. paciente com HD de po de amputação do 2º P.D.E. com estado geral regular, consciente, orientado verbalmente, aceto dieta oferecida. Nenhum risco fisiológico presente. Seque sem maiores queixas. Coe encaminhado da enfermagem 15/11/19 para 41589
26/3	Aceto vps D. <i>[Signature]</i> Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 11.000
26/03/19	Renovado curativo no pé, com sutura, sangramento e com fixação. Limpiza com SF a 0,9%. <i>[Signature]</i> Ana Gaselena Enfermagem 155.708
27/03/19	Renovado o curativo no pé, com frida superficial em pedoditila E (4%), com sutura e fixação. Aplicado AGE em frida superficial. <i>[Signature]</i> Ana Gaselena Enfermagem 155.708
27/03/19	R.P.N. 39a, umarmulino. PO de amputação traumática do 2º P.D.E. Trala consciente, orientado verbalmente. Aceto dieta por VO. Eliminação urinária. Seque sob cuidados da equipe



SISTEMA DE REGISTRO DE ATENDIMENTO
SISTEMA DE REGISTRO DE ATENDIMENTO
SISTEMA DE REGISTRO DE ATENDIMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir assinada obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

NOME: Felipe Pereira Muroz

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Ent / Dieta)
21/06/2010	Dieta geral			
22/06/2010	Dieta geral			
23/06/2010	Dieta geral			
24/06/2010	Dieta geral			
25/06/2010	Dieta geral			
26/06/2010	Dieta geral			
27/06/2010	Dieta geral			
28/06/2010	Dieta geral			
29/06/2010	Dieta geral			
30/06/2010	Dieta geral			
01/07/2010	Dieta geral			
02/07/2010	Dieta geral			
03/07/2010	Dieta geral			
04/07/2010	Dieta geral			
05/07/2010	Dieta geral			
06/07/2010	Dieta geral			
07/07/2010	Dieta geral			
08/07/2010	Dieta geral			
09/07/2010	Dieta geral			
10/07/2010	Dieta geral			
11/07/2010	Dieta geral			
12/07/2010	Dieta geral			
13/07/2010	Dieta geral			
14/07/2010	Dieta geral			
15/07/2010	Dieta geral			
16/07/2010	Dieta geral			
17/07/2010	Dieta geral			
18/07/2010	Dieta geral			
19/07/2010	Dieta geral			
20/07/2010	Dieta geral			
21/07/2010	Dieta geral			
22/07/2010	Dieta geral			
23/07/2010	Dieta geral			
24/07/2010	Dieta geral			
25/07/2010	Dieta geral			
26/07/2010	Dieta geral			
27/07/2010	Dieta geral			
28/07/2010	Dieta geral			
29/07/2010	Dieta geral			
30/07/2010	Dieta geral			
31/07/2010	Dieta geral			

Dr. Rafael Portocarrero
Otorrinolaringologista
CRM 13375

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

Quesito 5

λ	$\mu_0(\lambda)$	$\mu_{\text{eff}}(\lambda)$	$K(\lambda) = \frac{\mu_{\text{eff}}}{\mu_0}$
16:			
20:			
06:			

Copyright © 2001 by John Wiley & Sons, Inc.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARRALDO DE OLIVEIRA
PROFESSORA DE NABABARA
AV. Carlos de Paula e Silva - Parnaíba - CEP 61.020-000 - Fortaleza - CE
Telefone (081) 3361-0000 - Fax: 3361-0001

Nome:

Enfermagem:

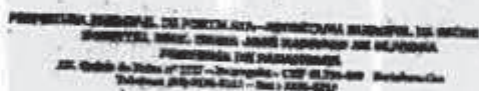
Leito:

FOLHA DE ANESTESIA

Prontuário Nº:

Data: 28/07/19	Pres. Arterial:	Pulso:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
Tipo Sanguíneo:	Hemácias:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Uria:	Outros:
	Urina:					
Ap. Respiratório:				Asma:	Bronquite:	
Ap. Circulatório:				Electrocardiograma:		
Ap. Digestivo:				Ap. Urinário:		
Estado Mental:	Dentes:	Pescoço:				
Diagnóstico Pré-operatório:	Atenções:	Corticóides:				
Anestesias Anteriores:				Alergias:	Hipotensões:	
				Estado Físico:	Risco:	
Medic. Pré-anestésico:				Aplicadas às:	Efeito:	
Aplicadas às:				Efeito:		
INDUÇÃO 28 JUL 2019 MANUTENÇÃO ① Bloqueio braço 24, 1º e 2º cat. de 100ml ② Bupivacaína 3%						
DISPERENTAR 28 JUL 2019 CONDIÇÃO						

Dr. Thiago P. Mineiro
Médico Anestesiologista
CREMEC 11660



MEDICAMENTO	UNID	QUANT	MEDICAMENTO	UNID	QUANT
ADRENALINA	AMPOLA		PROPOFOL 10ml	AMPOLA	
AGUA DESTILADA	AMPOLA		PROPOFOL 20ml	AMPOLA	
AMBIACINA	AMPOLA		PROTALBINA	AMPOLA	
AMPICLINA 1G	AMPOLA		RANITIDINA	AMPOLA	
AMINOPIRINA	AMPOLA		SEVOFLURANO	ML	
ATROPINA 0,25MG	AMPOLA		SUCINILCOLINA	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,8% C/ ADRENALINA	FRASCO		TIOBITAL	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,6% S/ ADRENALINA	FRASCO				
BUPIVACAÍNA 0,5% PESADA	AMPOLA				
BICARBONATO DE SÓDIO	AMPOLA				
BROMOPRIDA 10MG	AMPOLA				
CEFALOTTINA 500MG	FRASCO				
CIZOLINA 500MG	FRASCO				
CEFTRIAXONA 1G	FRASCO				
CETOPROFENO 100MG	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 250ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 500ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 1000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 2000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 4000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 8000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 16000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 32000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 64000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 128000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 256000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 512000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 1024000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 2048000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 4096000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 8192000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 16384000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 32768000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 65536000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 131072000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 262144000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 524288000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 1048576000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 2097152000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 4194304000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 8388608000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 16777216000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 33554432000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 67108864000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 134217728000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 268435456000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 536870912000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 1073741824000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 2147483648000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 4294967296000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 8589934592000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 17179869184000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 34359738368000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 68719476736000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 137438953472000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 274877906944000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 549755813888000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 1099511627776000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 2199023255552000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 4398046511104000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 8796093022208000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 17592186044416000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 35184372088832000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 70368744177664000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 140737488355328000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 281474976710656000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 562949953421312000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 1125899906842624000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 2251799813685248000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0,9% 4503599627370496000ML	FRASCO				
CLORAMFENICOL 0					

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

Paciente: Rafael Pereira Lima

Data da Operação: 24/03/19

Enfermaria:

Leito:

Operador:

1º Auxiliar:

Dr. George Welton E. Aires

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

CRM 10.073

Instrumentador:

Anestesiologista:

Tipo de Anestesia: Bloqueio tumescência + Intubação

Diagnóstico Pré-operatório: Amputação traumática do 2º dedo direito + lesão de
ossos 3º dedo (E)

Tipo de Operação: Reimplantação de coto de amputação do 2º dedo direito (E) +
osteotomia, sutura e osteossíntese do 3º dedo direito

Diagnóstico Pós-operatório: 2 meses

Fólio Imediato Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente durante a operação:

Cirurgia: ☒ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

- 1) Pct em DDA sob anestesia
- 2) Siga: lavagem abundante c/ SFAA
- 3) Reimplantação de coto de amputação do 2º dedo direito
- 4) Sutura do 3º dedo direito com osteossíntese c/ 1 fio de 15mm
- 5) curativo local

Dr. George Welton E. Aires
CRM 10.073

Dr. Rafael Petrocínio
Ortopedia e Traumatologia
Clínica de Ortopedia e Traumatologia
CRM 11441 TEOT 13375

28 JUN 2019

1714

RECEITA

reforço

gr f

1 biquinho 600

1 set 12/15

post. e exte p.c

Dr. Rafael Natércio

volta 5º dia

curto de curio

11/4 7300h

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia

CRM 4600

29

5

DATA: 1/1

CRM - Médico (a)





PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PROTINHA DE PARANGABA
AV. Osório de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 81.728-000 - Fortaleza-Ceá
Telefone: (85) 3131-7321 - Fax: 3131-7319

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira
Endereço: Av. General Osório de Paiva, 1127 Bairro: Parangaba
Fone: 85-3131.7321 / 3131.7322 Cidade: Fortaleza UF: Ceará
CNPJ.: 07.835.044/0002-61

Paciente: João Carlos de Almeida
Endereço: Rua Sebastião Rodrigues 85
Bairro: Parangaba Fone: _____
Prescrição: _____

Ceftriaxona 500mg

100mg 12/11/18

29

2019

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4600

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____
Identificação: _____
Órgão emissor: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____

1ª Via da Farmácia - 2ª Via do Paciente

28 JUN 2019



Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSP. DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FROTINHA DE PARANGABA
AV. Osório de Patva nº 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000
Fortaleza - Ceará Telefone: (85) 3131-7322

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD.: _____

Atesto que o (a) Sr. (a) _____

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia ____/____/____ às ____:____hs.

Tendo como causa de socorro _____

Necessita de (30) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) _____

Observações: _____

Fortaleza-Ce, 24 de 03 de 2019



Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4500

CRM - Médico (a)

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 60.501 de 14/03/67, e será expedido para justificativa de 01 (um) a 15 (quinze) dias de afastamento.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CENTRO NACIONAL DE HABITAÇÃO

Nome: RAFAEL PEREIRA RUIZ

CPF: 56015014779 **Sexo:** M **Estado:** CE

Endereço: 022.457.400-68 **Data de Nascimento:** 04/03/1968

Parentesco: JOSE DA SILVA RUIZ
MARIA PEREIRA RUIZ

Formação: ☒ Superior ☐ Médio ☐ Cálculo

Matrícula: 0058847025 **Data de Emissão:** 11/05/2015 **Data de Validade:** 13/04/2018

Check Atty Remunerada:

Rafael Pereira Ruiz
Assinatura do Titular

Local: MARACANAQUE, CE **Data de Emissão:** 27/05/2015

[Assinatura]
Assinatura do Representante Legal

CPF do Representante Legal: 73435641587
CPF do Titular: 56015014779

DEPT. HABITAÇÃO

VALOR EM TOCO
R\$ 1150961168

PRELIMINAR





GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou o atendimento pré-hospitalar ao **Sr. RAFAEL PEREIRA NUNES**, RG n.º 96015014775, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 822.457.463-68, no dia 24/03/2019, às 20h10, no município de Maranguape-CE, na Rua José Menezes n.º 07, Bairro Penedo, próximo a Churrascaria Mandacarú, vítima de acidente com motocicleta, sendo removido para o **Hospital Municipal Dr. Argeu Gurgel Braga Herbster** e em seguida para o **Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 23 de abril de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



28 JUN 2019

1389415

A Tarifa Especial de Energia Elétrica
 foi criada pelo Lei nº 30.428
 de 26 de abril de 2008
 Companhia Energética de Goiás
 Rua Pedro Velho, 100
 CEP: 74030-000 | Fone: 3523.0000



558862319

Para agitar seu rendimento, utilize o e-mail
 sempre que entrar em contato conosco.

CPF: 011047284-0001701389415

21/01/2019

Categoria de Emissão

3

Nome: SAUBA PEREIRA HEINES

End. Postal: RUI ROBERT BRAQUEHIAIS 40645

End. Postal: PARQUE SANTA FE - MARANGUAPÉ

00000 A305

Medidor: 6838415

Classe: B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ: 414027073-04

CGF

Nome do Responsável:

INSCRIÇÃO DE IMÓVEL - FOMENTO

Via: 3 Registração de Imóvel - FOMENTO

Cumprido: 30/01/2019

Valor: 2.250,00

Dados do Imóvel:
 Data de Registro: 10/01/2019
 Proveniente: 10/01/2019
 Valor do Imóvel: 2.250,00

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Pagamento Individual		Apuração Individual	
			Mês	Anual	Mês	Anual
2.250,00	10%	225,00	12	2.700,00	12	32.400,00

VALOR RESCISÓRIO DO CONTRATO FISCAL		DIREITO DE CONTRATO FISCAL		DIREITO DE CONTRATO FISCAL	
Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
2.250,00	2.250,00	2.250,00	2.250,00	2.250,00	2.250,00

VALOR RESCISÓRIO DO CONTRATO FISCAL		DIREITO DE CONTRATO FISCAL		DIREITO DE CONTRATO FISCAL	
Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
2.250,00	2.250,00	2.250,00	2.250,00	2.250,00	2.250,00

VALOR RESCISÓRIO DO CONTRATO FISCAL		DIREITO DE CONTRATO FISCAL		DIREITO DE CONTRATO FISCAL	
Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
2.250,00	2.250,00	2.250,00	2.250,00	2.250,00	2.250,00

VALOR RESCISÓRIO DO CONTRATO FISCAL		DIREITO DE CONTRATO FISCAL		DIREITO DE CONTRATO FISCAL	
Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
2.250,00	2.250,00	2.250,00	2.250,00	2.250,00	2.250,00

VALOR RESCISÓRIO DO CONTRATO FISCAL		DIREITO DE CONTRATO FISCAL		DIREITO DE CONTRATO FISCAL	
Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
2.250,00	2.250,00	2.250,00	2.250,00	2.250,00	2.250,00

VALOR RESCISÓRIO DO CONTRATO FISCAL		DIREITO DE CONTRATO FISCAL		DIREITO DE CONTRATO FISCAL	
Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
2.250,00	2.250,00	2.250,00	2.250,00	2.250,00	2.250,00

VALOR RESCISÓRIO DO CONTRATO FISCAL		DIREITO DE CONTRATO FISCAL		DIREITO DE CONTRATO FISCAL	
Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
2.250,00	2.250,00	2.250,00	2.250,00	2.250,00	2.250,00

VALOR CONSUMO DO MÊS

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL

VALOR (R\$)

89,17

11,15



Estado do Ceará
Secretaria de Segurança e Defesa Social - SSPDS
Polícia Civil do Estado do Ceará
Delegacia Geral de Polícia Civil
Departamento de Polícia da Capital - DPC
Trigésimo Segundo Distrito Policial

C E R T I D ã O

Antonio Paula da Silva, Escrivão de
Polícia Civil, lotado na Trigésima Segunda
Delegacia Distrital, no uso de suas
atribuições legais, etc...

CERTIFICA que nesta data, compareceu em Cartório o
Sr. RAFAEL PEREIRA NUNES, portador do RG 96015014775 SSPDC/CE e
CPF 852.457.463-68, residente na Rua Robert Braquehais, nº 845,
Parque Santa Fé, Maranguape/CE., onde vem informar que: foi
vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido por volta das 21h
do dia 24/03/2019, na ROD CE MARANGUAPE, próximo ao Distrito de
Penedo, quando pilotava a moto marca HONDA/CG 125 FAN KS, COR
VERMELHA, ANO/MOD. 2011/2012, de PLACA OIQ-5485/CE, CHASSI
9C2JC4110CR477076, RENAVAM 473198088, LICENCIADA EM NOME DE:
RAFAEL PEREIRA NUNES, ao tentar desviar de um buraco existente
na via, um carro de placas não identificadas, bateu de raspão na
sua moto, vindo a cair ao solo, sendo socorrido pelo SAMU para o
Frotinha de Parangaba, onde teve fratura exposta no pé e teve
que amputar um dos dedos. REFERIDO É VERDADE. DOU FÉ.///
Cartório do 32º Distrito Policial, em 24 de Junho de 2019.

Antonio Paulo da Silva
Escrivão de Polícia
Mat. 97.122

DECLARANTE: Rafael Pereira Nunes

Rua LO 2 com rua NS 01, S/Nº, Bom Jardim - Fortaleza, Ceará
Fone: (85) 3101.6105, Fax: (85) 3101.6104
Endereço eletrônico: 32dp@policiacivil.ce.gov.br

