



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Rafael Pereira Nunes</u>	Data Nasc: <u>04/03/1980</u>	
Estado Civil: <u>casado</u>	Profissão: <u>autônomo</u>	Nacionalidade: <u>brasileiro</u>
RG: <u>96015014775</u>	CPF: <u>822.457.463-68</u>	
Endereço: <u>Rua Prof. Osório Uchôa Soares Campos, nº 429, no Centro</u>		
Cidade: <u>Maranguape</u>	CEP: <u>61.940-310</u>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover, acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 17 de Julho de 20 20.

Rafael Pereira Nunes
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, Rafael Pereira Nunes, residente e domiciliado na Rua Prof. Osório Uchôa Soares Campos, nº 429, bairro: Centro, na cidade de Maranguape, portador(a) do RG nº 96015014775, inscrito(a) no CPF nº 822.457.463-68, estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 17 de Julho de 20 20.

Rafael Pereira Nunes
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rafael Pereira Nunes, brasi
leiro(a), casado, autônomo, portador(a) de cédula
de identidade nº. 96015014775, inscrito(a) no CPF sob o
nº 882.457.463-68, DECLARO que tenho domicílio e sou
residente na Rua Prof. Osório Uchôa Soares Campos nº 429,
Bairro Centro, CEP: 61.940 - 310 /CE, conforme
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 17 de Julho 2020.

x Rafael Pereira Nunes

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a)
Sr(a) Rafael Pereira Nunes Declara para os
devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA
DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais
precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs
nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos
fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal)
pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança
de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude
sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE
Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 17 de Julho 2020.

Rafael Pereira Nunes

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
RAFAEL PEREIRA NUNES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR **UF**
96015014775 **SSP** **CE**

CPF **DATA NASCIMENTO**
822.457.463-68 **04/03/1990**

RELACÃO
JOSE DA SILVA NUNES
MARIA PEREIRA NUNES

PERMISSÃO **ACC** **CATEG.**
AB **AB** **AD**

Nº REGISTRO **VALIDADE** **1ª HABILITAÇÃO**
00588827005 **11/05/2020** **13/04/1998**

OBSERVAÇÕES
A :
EXERCE ATIV REMUNERADA;

ASSINATURA DO TITULAR
Rafael Pereira Nunes

LOCAL **DATA EMISSÃO**
MORANGUAPE, CE **27/05/2015**

ASSINATURA DO EMISSOR **73435641587**
Idor Vascunelos Ponte **CE147460751**

DETRAN - CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1150961168

11508

Nº do Cliente:

6102819

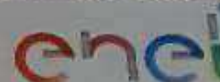
A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002.

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 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 064503476

Rota MG014U02 - 133000

Referência 05/2020

Nome SANDRA PEREIRA NUNES

Endereço RU PRO OSORIO UCHOA CAMPOS, 00429 - CS B, PARQUE
SANTA FE, 61940-005, MARANGUAPE

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 21/05/2020

Medidor 4765964-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

0630E793F2627F370E79D4304CD23885

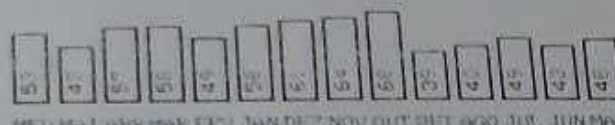
DATAS DE LEITURA

P.F.: 31 dias

Anterior
20/04/2020

Atual
21/05/2020

Próxima prevista
20/06/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	6.605	6.562	1,00	43	00	43	0,55302	23,78

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CREDITO DE PEQUENOS VALORES

CONSUMO

JUROS MORATÓRIOS

0,55302

-23,80
23,78
0,02

Tributo:

Base (R\$):

Aliquota (%):

Valor (R\$):

0,00

0,00

0,00
0,10



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

 Prefeitura de Fortaleza		PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DIST. AL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA		SUS
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				
NOME DO PACIENTE RAFAEL PEREIRA NUNES		ADADOS PESSOAIS		
CADASTRO 708504351787371		Nº DO PRONTUÁRIO 373321		Nº DO BE 266722
NOME MAE MARIA PEREIRA NUNES		NASCIMENTO 04/03/1980(39 ANOS)		SEXO M
ENDEREÇO RUA ROBERTO BRAQUEAIS R S PARQUE SANTA FÉ		NOME RESPONSÁVEL NI		RACIA PARDO
CONTATO		MUNICÍPIO MARANGUAPE		UF CE
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/ADMISSÃO		CEP 61.940-300		OCORRÊNCIA
QUEIXA TRAZIDO PELO SAMU USB 3 ESQUERDO		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		
SINTOMAS NI		EM PE		
PESO NI KG		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO		
TEMPERATURA NI °C		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)		
CLASSIFICAÇÃO ANARELO		SINAIS VITAIS		
ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		SAT O2 97%		
ANAMNESE		PULSO 98		
RESPONSE PRIS		GLICEMIA NI		
EL PELA CLASSIFICAÇÃO ELA NASCIMENTO DE BARROS ALMEIDA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 24/03/2019 21:54:48		
DESCRIÇÃO MÉDICA				
<i>Paciente vítima de acidente de motocicleta, acidentado no dia 24/03/2019 às 21:54:48. Ao exame, constatou-se fratura exposta da 3ª PDD (E) e fratura exposta da 3ª PDD (E).</i>				
PROCEDIMENTO				
<i>RAIO-X</i>				
DESCRIÇÃO MÉDICA				
<i>Ab Fra 6 line 1g IV em 6/6h.</i>				
<i>Drofermid 100mg 1amp. IM. 2x/4h</i>				
PO DE ALTA/SAÍDA				
<i>DECISÃO MÉDICA () A F () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS</i>				
<i>DESTINO DO CORPO: () FAM () IML () ANAT. PATOL</i>				
<i>DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 24/03/19 22h</i>				
<i>Dr. Geor...</i>				

Impresso por: Priscila Nascimento de Barros Almeida em 24/03/2019 às 21:54:51. Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

rafael pereira nunes

PP- *[Assinatura]*
 M. de S. S. S.
 M. de S. S. S.

127000 288 88



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º de AIH:

2319102102394



AV. Celso de Figueiredo, 1317 - Pôrto Alegre - CEP 61220-000
Fone: (85) 3236-1133

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-81

NOME DO PACIENTE: ROBERTO PEREIRA NUNES
ENDEREÇO DO PACIENTE: RUA: ROBERTO BRAQUEAIS, N.º 855
BARRIO: PARQUE SANTA FE MUNICÍPIO: MARANJÁPE UF: CE
DATA DO NASCIMENTO: 04/03/1980 SEXO: 1. MASC 2. FEM 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6. ☐ 7. ☐ 8. ☐ 9. ☐ 10. ☐
NOME DA MÃE: MARZA PEREIRA NUNES

CPF MÉDICO SOLICITANTE: _____
CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL: Dr. Geor...
CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO: _____
PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____
DATA DA EMISSÃO: 24/03/19

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Tumor no PE (C) + supratentorial
do 2º parâmetro e linha exposta do
3º parâmetro

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

tumor clínico + Radiografia

DIAGNÓSTICO INICIAL

Tumor dos ossos do PE

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA 2. ☐ OBSTÉTRICA
3. ☐ CLÍNICA MÉDICA 4. ☐ TISIOPEUMOL
5. ☐ PSIQUIÁTRICA 6. ☐ PEDIÁTRICA
9. ☐ OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ressecção do tumor

CRM - MÉDICO SOLICITANTE ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE DATA HORA

Dr. Geor...
CREME...

24/03/19

HORA



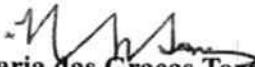
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



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

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
	1.0.: pós-op amputação traumática do 2º pop (E) = frx do 3º pop (E) f.u. cl. 1030 - a 10:30 local 2-62 frax. Hx: Abuso de medicação os pontos mucos matrão 073 Dr. Igor de Lucena Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Membro Inferior RFO 15204 - CRM 15152
28/03/19	Rafael, 39 anos. Hx: 4º po LC, 2º POP E + frax 3º po E. E. consciente, orientado, cooperativo, afebril. segue em observação Rafaelle M. de Santana COREN-CE 308105-ENF
29/3	Beate e Jule. Alto Dr. Roberto de F. Silva Ortopedia e Traumatologia RFO 15204 - CRM 15152
29/03/19	R. P. A., 39 a, masculino. 5º po de amputação traumática + LC do 2º PDD (E). Evol. consciente, orientado, eup- mico em ambiente. Aceita dieta por VO. Eli- minações espontâneas (+). Sem queixas. Segue de alta hospitalar Dr. Roberto de F. Silva Ortopedia e Traumatologia RFO 15204 - CRM 15152 Dr. Roberto de F. Silva Ortopedia e Traumatologia RFO 15204 - CRM 15152

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome: Rafael Penonhas Moura

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			24/03/2019	Pa tipo 2 do pte

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>Guarnição</u> Paciente continua de acidente de trabalho e trauma no pte, evoluindo com fratura exposta do 2º e 3º metacarpo + sup. fratura transverse de fêmur distal do 2º pdd. Atualmente em intern. classe B. em: intern + no CC. Dr. Geor. [Carimbo]
24/03/19	ÀS 23:30h paciente deu entrada no CC e foi submetido ao procedimento MTE. Dr. Geor. [Carimbo]
25/03/19	ÀS 00:00h paciente, R.P.N. 39, em Pte de Anestesia Geral de 2º pdd. E sob anestesia de equicoma para. Evolui com paciente orientado, verbalizando em um ambiente com queixas algóicas no momento. CVP em 12cm H₂O. Funções fisiológicas adequadas no período. PA 120/80 mmHg. FC 70 bpm, SpO₂ 96%. Segue sob cuidados da equipe. Dr. Geor. [Carimbo]
25/03/19	ÀS 08:00h paciente encaminhado para o P.I. 114. Dr. Geor. [Carimbo]
24/03/19	<u>Guarnição</u> Redução fratura cefálica + Realização do 2º e 3º metacarpo + sutura - os fragmentos no 3º metacarpo e fio K. Procedimento na internação. Dr. Geor. [Carimbo]

DATA	EVOLUÇÃO
23/03	00:30. ADM. NESTA UNIDADE PROVENIENTE DO C-C. APÓS SUBMETIDA A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: SEVE DOMINADO, EM AMB. AMBIENTE CURATIVO, LIMPO. NEGA ALERGIAS, HAS E DM. SEVE SOB OBSERVAÇÃO
25/3	Ante exp Dr. Roberto Meades Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 11400
25/3/19	16h. paciente com HD de po de amputação do 2º PDE, com estado geral regular, consciente, orientado verbalmente, aceita dieta oferecida. Nenhum risco fisiológico presente. Segue sem maiores queixas e cuidados da enfermagem. 15/11/19 Enfa 41589
26/3	Ante exp Dr. Roberto Meades Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 11400
26/03/19	Renovado curativo no pé, com sutura, sangramento e com fixação. Limpa com DFA 0,9%. Ana Casselena Enfermeira Rég. 182.099
27/03/19	Renovado o curativo no pé, com fenda superficial em pododactilo E (4º), com sutura e fixação. Aplicado AGE em fenda superficial. Ana Casselena Enfermeira Rég. 182.099
27/03/19	R.P.N. 39a, variceloso. PO de amputação traumática do 2º PDE. Evolu. consciente, orientado verbalmente. Aceita dieta por VO. Eliminações reg. por lineas. Segue sob cuidados da equipe.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL TEOT. MARIA JOSÉ BARROS DE OLIVEIRA
FUNDADA EM PARAGUARI
Av. Odeão de Paula nº 1137 - Paraguri - CEP 60.700-000 - Fortaleza-Ce
Telefone (85) 3131-1311 - Fax (33) 3131-1311

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

Paciente: Rafael Pereira Nunez

Data da Operação: 21/03/19

Enfermaria:

Leito:

Operador:

1º Auxiliar:

Dr. George Wailton F. Alves

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

CREMES 16.579

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de Anestesia: Bloqueio tumescência + sedação

Diagnóstico Pré-operatório: Amputação traumática do 2º dedo do pé direito + lesão de
ligamento do 3º pé direito

Tipo de Operação: Reparação do colo da amputação do 2º pé direito (E) +
desbridamento, sutura e osteossíntese do 3º pé direito

Diagnóstico Pós-operatório: 2 meses

Fólio Imediata 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 sub-angulada
- 2) Sds. Lavagem abundante e SFAA
- 3) Reparação do colo da amputação do 2º pé direito
- 4) Sutura do 3º pé direito + osteossíntese e 1 fio K 1/8 mm.
- 5) curativo local.

Dr. George Wailton F. Alves
CREMES 16.579

Dr. Rafael Patrocínio
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM 11441 TEOT 13375



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FROTHINHA DE PARANGABA

AV. Osório de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 60 720-000 - Fortaleza
Telefone (85) 3131 7322

1214

RECEITA

refere

ex f

1 Biquinho 600

12/12

ort. e ortop. pi

A. Rafael Patrício

volta 5º dia

custo de auto

11/4 7300h

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4608

29

3

DATA: 1 / 1 / 2

CRM - Médico (a)



PRESIDENTURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PROTINHA DE PARANGABA
AV. Odebre de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 46.726-000 Fortaleza-Ceá
Telefones: (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 Proença 85
Bairro: Pq. Luta 5 Fone: _____
Prescrição: _____

Cilostazol 500 - 10

100 12/12

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


Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
 SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
 HOSP. DIST. MARIA JOSÉ BARRIGOS DE OLIVEIRA
 FROTEIRA DE PARANGABA
 AV. Osório de Paiva 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, ____ de ____ de ____

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM 4600

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.

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,

