



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2019141956

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 723 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **27/02/2019 16:43:01**
 Data / Hora da Ocorrência: **19/11/2018 07:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA STENIO GOMES**
 Complemento:
 Bairro: **PARQUE SAO JOSE** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DANILO ALISON MIRANDA CRUZ**
 Nascimento: **02/02/1987** CPF: **052.260.773-00**
 RG: **2000002430739** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA GORETTE MIRANDA CRUZ**
JOSE AMARILDO DA CRUZ
 Endereço: **RUA STENIO GOMES, 2446**
 Bairro: **PARQUE SAO JOSE**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98930-7021**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCD8617** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC4120CR500210 Renavam: **365674958** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN ES** Ano
 Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **SAMUEL DE CARVALHO SOUSA MARCIANO**
 Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OCD-8617 NA RUA STENIO GOMES QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E COLIDIU CONTRA UM POSTE, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O UPA-CANINDEZINHO. E NADA MAIS DISSE./////////
 OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

JOSE RODRIGUES

JUNIOR:08175438304

Assinado de forma digital por JOSE RODRIGUES JUNIOR:08175438304
 Dados: 2019.02.27 16:54:02 -03'00'

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

CANINDEZINHO

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ
Prontuário: 102853 Admissão: 19/11/2018 08:04
Data Nasc.: 02/02/1987 Idade: 31 ano(s) 9 mes(es) e 17 dia(s) Sexo: Masculino RG: 2000002430739
Mãe: MARIA GORETTE MIRANDA CRUZ Telefone: (85) 98652-4239
Endereço: RUA DIVINA, 151, CASA 02 Bairro: CANINDEZINHO CEP: 60000-000

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Classificador: POLYANA CANDEIA MAIA Risco: VERMELHO Data: 19/11/2018 08:16
Queixa: Não responsivo após trauma agora (trazido pelo SAMU).
Fluxograma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
Discriminador: OBSTRUÇÃO DE VIAS AREAS Risco de Queda: Sim Alergia: Não
Dengue Não Primeiro sintoma Chikungunya: Não Prim/Sintoma
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: Pulso/FC:

ALERGIAS

Descrição:

ATENDIMENTO

Médico: PAULO ROGERIO LOIOLA GUEDES Nº Atendimento: 851213 Data: 19/11/2018 08:28
Eixo: SALA EMERGÊNCIA CRM: 14888 P.A.: 110/80
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: Protocolo Sepse: Não
Hipótese Diagnóstico: OUTROS TRAUMATISMOS DA Comorbidade:
CABECA E OS NAO ESPECIFICADOS
HDA/Exame Físico:
TRAZIDO POR SAMU DIRETAMENTE PARA SALA VERMELHA - RELATO DE TRAUMA GRAVE POR ACIDENTE COM
MOTOCICLETA.
MÉDICO DO SAMU INFORMA HD DE TCE GRAVE COM VÁRIAS TENTATIVAS DE IOT SEM SUCESSO POR V
AÉREA DIFÍCIL.
PACIENTE JÁ NO EIXO VERMELHO É SEDADO COM ETOMIDATO E SUXAMETÔNIO, NA SEGUNDA TENTATIVA
REALIZADA IOT COM SUCESSO (TOT Nº 7,5);
SAMU - UTI MÓVEL REMOVE PACIENTE PARA IJF:
PARÂMETROS PÓS IOT:
PA 110/80MMHG FC 101BPM SAT O2 100% COM IOT EM VENTILAÇÃO POR "AMBU"

PROTOCOLO SEPSE

EXAME

Médico: PAULO ROGERIO LOIOLA GUEDES

Data: 19/11/2018 08:32

Tipos	Prescrição	Aprazamento
Medicamento	SUXAMETÔNIO 100MG - FA ADMINISTRAR 100 MG + 10ML AD / INTRAVENOSA DOSE ÚNICA	

Rua José Dantas Pereira, S/N, CANINDEZINHO - CEP 60.734-450 - Fortaleza - CE - (85) 3296-6455
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 19/11/2018 09:24:39	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700009800782804	NOME: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ				Registro: 5590255		
CPF: 05226077300	RG: 20000024307	D. NASC: 02/02/1987	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA GORETTE MIRANDA CRUZ				NOME DO PAI: JOSE AMARILDO DA CRUZ			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: EINSTEIN		Nº: 2446	BAIRRO: PARQUE SAO JOSE		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 985487884,	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 60730520		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SAMU USA 04 COND DENIS		PARENTESCO: A MAE		TELEFONE: 985487884			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um objeto fixo ou parado.							
QUEIXAS: COLISAO MOTO/POSTE APRESENTANDO TRAUMA NA CABEÇA + ENTUBADO + GRAVE+ FRATURA DE PUNHO E							
OBSERVAÇÕES: TCE/RESP. INADEQUADA							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Sem dor		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

Imprimir

Resumo de alta

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

NOME: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

LEITO:

DATA DE 19/ 11/2018

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 03/01/2019

BE/PRONT: 5590255

CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

IDADE: 31

DIAGNOSTICOS: Fratura da extremidade distal do rádio (OPERADA)

CONDUTA OPERADO COM DR VALBERTO EM 21/12/18 ; USO DE IMOBILIZACAO
DECIDIDA ATE RETORNO ; RETORNO DR VALBERTO APOS UM MES ; USO DE
PARA CADA ANALGESIA PRESCRITA

LESAO:

STAFF QUE
OPEROU NA
EMERGENCIA:

STAFF DO 44

LEITO:
RESIDENTE RESIDENTE
DO LEITO: INDEFINIDO



Mapa de Cirurgias

Dias	Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcaç
MAPA DO DIA 21/12/2018 - Sexta-Feira									
45	1	13:30	1711	VALBERTO BARBOSA PORTO FILHO			CAIXA PLASTICA DA MÃO + PLACA VOLAR DE RÁDIO DISTAL (ORTOCARDIO) CX BASICA TO PARA MMSS + FIOS K 1,5 MM E 2,0 MM + KIT BASICO: CX OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS E SACABOCADO + TREPANO PNEUMATICO MACON		REALIZADA

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

Ma.
por
YAI
DIA
FA
em
03-
201
15:

Dr. Yan Dias
Médico Residente
Ortopedia Traumatologia
CREMIEC 15.640

Ass.: _____ Retornar dia: _____ Hora: _____ para
Dr. Valberto por 01 mes

Data: 3.1.19

Imprimir



Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

LEITO:

DATA DE 19/11/2018

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 03/01/2019

BE/PRONT: 5590255

CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

IDADE: 31

DIAGNOSTICOS: Fratura da extremidade distal do rádio (OPERADA)

CONDUTA OPERADO COM DR VALBERTO EM 21/12/18 ; USO DE IMOBILIZACAO
DECIDIDA ATE RETORNO ; RETORNO DR VALBERTO APOS UM MES ; USO DE
PARA CADA ANALGESIA PRESCRITA

LESAO:

STAFF QUE
OPEROU NA
EMERGENCIA:

STAFF DO 44

LEITO:

RESIDENTE RESIDENTE

DO LEITO: INDEFINIDO

Ass:  <i>Dr. Yan Dias</i> Médico Residente Ortopedia Traumatologia CREMEC nº 540	Retornar/dia: _____ Hora: _____ para Dr. <i>Valberto</i>
Data: <i>3.1.19</i>	Dispensa do trabalho por: <i>03 meses</i>

HG Residencia - Projeto Gestão de Serviços e Residências Médicas



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA/TRANSFERÊNCIA

Nome: Danilo Alison Miranda Cruz

Idade: ____ anos

Prontuário: 5590255 unidade: ____15____ Leito: ____10____

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente em 1 DPO de Red + FIR de fx de terço médio. Evolui afebril, eupnéico, sem queixas álgicas e orientado. Ao exame apresenta edema compatível com procedimento cirúrgico, motilidade ocular preservada, visão turva, BMM com fio de aço, oclusão estável e sem sinais clínicos de infecção.

OBS: RETORNO COM O PACIENTE PARA O DR. FLÁVIO LEITÃO

Diagnóstico Principal: Fratura de Complexo Órbito -Zigomático-Maxilar

Diagnósticos Secundários: Não

Sequelas apresentadas: Não

Procedimentos Cirúrgicos: () Não

1- Cirurgia realizada: Osteossíntese da fratura do complexo orbito-zigomático-maxilar

Tipo de anestesia: Geral

Cirurgião: Dr. José Maria

Data: 24/01/19

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado (X) Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência (X) Atendimento domiciliar () Transferência para:

Retornar: (X)

Retornar : Dia 28/12/18 as 08:00hrs com Dr. José Maria

Observações:

Dieta Pastosa/Liquidificada por 30 dias.

Higiene Oral 4x/dia.

Dr. Vinícius R. Gomes
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
Residência - CRO 8490

Data: 25/01/2019

Cirurgião Dentista

CRO/Carimbo

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº 554913080

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ nº 17.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

DADOS DO CLIENTE

Rota 15 01230 22 144200 - 0 Medidor 5596999 Poste 0000 E685
Nome SANDRA MARIA DE LIMA SOUZA SMC 000005397274
Endereço Postal RU CON DE CASTRO 04500 AP 108 BL 06 B - PARQUE
SÃO JOSE - FORTALEZA CEP 60730-202

End. da Unidade Consumidora RU CON DE CASTRO 04500 AP 108 BL 06 B - FORTALEZA

RG / CPF / CNPJ 655714363-87 CGF

Classe RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

Fator de Potência 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 6072 Leitura Anterior 5854 Constante 1 Consumo (kWh) 217 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 217

21/12/15 22/11/18 29
Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DIAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 28/12/2018 Prev. Próxima Leitura 22/01/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

786A.CC84.3FA2.E79A.7339.ED31.D57F.00A6
ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
143,82	27,00%	38,83

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

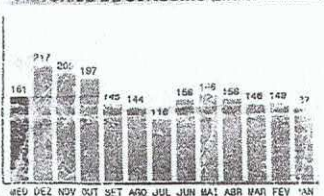
Energia	41,08
Transmissão	4,38
Distribuição	28,41
Encargos setoriais	6,27
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	40,49
Total	115,63

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso deste conta

Conjunto BONSUCESSO
Mês OUT/2018 - EUSD 30,80
Mês DIORI = 0,00 P
Padrão Individual Apuração Individual
(Mensal) Trim. (Anual Mensal) Trim. (Anual)
DIC (h) 5,07 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
FIC (uh) 3,17 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
DMIC (h) 2,86 0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Consumo médio dos 12 últimos meses
Consumo mensal

DEZ/2018

Utilize o QR código sempre
que entrar em contato conosco

1702884

07/01/2019

141,59

RESUMO DA CONTA

VALOR CONSUMO DE VER	104,58
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	10,60
MULTA MORATORIA REF 11/2018	2,18
CLIMATIZACAO PUBLICA MUNICIPAL	10,70
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,45
SEGURO 0 - 1 - ESPECIAL 1 - 0800 800 058	13,08

TARIFAS CONSUMO BAIXA RENDA

Tarifa 0 a 30	30	0,23197	6,95
Tarifa 31 a 100	70	0,39767	27,83
Tarifa 101 a 220	117	0,59650	59,20

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emissão kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)

35 0 0

CONTAS EM ATRASO

REATIVO DE VENCIMENTO:

Informamos existir débito vencido sem acréscimos
legítima até esta data, no valor de R\$ 150,07. Conforme
Resolução Anel 414/2010, Art. 173, poderá ser
suspensa o fornecimento de energia elétrica, após
decorrido 15 dias de envio deste comunicado. Caso o
débito relacionado ao lado tenha sido pago, favor
cancelar esta aviso.

DEBITOS ANTERIORES

MES/ANO VALOR R\$
11/2018 150,07

Conta desta fatura R\$ 1,68 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:
0,44% e COFINS: 0,72%. [Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e leis n.
10.837/02 e 10.500/03]

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a concessão da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conteúdo das anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, observando-se a validade das anotações previdenciárias, são de responsabilidade do empregado.

Deverá ser guardada, e seu uso protegido, e cuidada, não só para manter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribuindo para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CORRESPONDÊNCIA COM RECURSOS EM:
PAT - FUNDO DE AMPLIAR AO TRABALHADOR

ESTA CARTEIRA CONTEM 04 PAGINAS NUMERADAS



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PHS/PASEP

135.66514.19-4

NÚMERO 6511349	SÉRIE 001-0	UF CE
--------------------------	-----------------------	-----------------

Danielo Miran Amorim Cruz

ASSINATURA DO TITULAR



POLEGAR DIREITO



QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

NOME: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

LOC. DE NASC.: FORTALEZA - CE

PLUÇÃO: JOSE AMARILDO DA CRUZ
MARIA GORETTE MIRANDA CRUZ

DOC. APRESENTADO: RG 2000002430739 SSP CE

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LEI Nº 049, DE 18 DE MARÇO DE 1966
RG: 2000002430739

LOCAL DA EMISSÃO: IDT-UNIMÓVEL
EMISSÃO: 19/04/2004

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

NOME	MOTIVO
DATA DE NASC. DE / / PARA / /	
DOCUMENTO	
ASSINATURA DO TITULAR	
NOME	MOTIVO
DOCUMENTO	
ASSINATURA DO TITULAR	
NOME	MOTIVO
DOCUMENTO	
ASSINATURA DO TITULAR	

LEGENDA

1 - Alteração de nome, data de nascimento, estado civil, profissão, endereço, etc.
2 - Alteração de nome, data de nascimento, estado civil, profissão, endereço, etc.
3 - Alteração de nome, data de nascimento, estado civil, profissão, endereço, etc.

Erika Loiola Amorim

Advocacia & Consultoria Jurídica

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: Danilo Alison Miranda Cruz
Nacionalidade: Brasileiro, Estado Civil Solteiro,
Profissão: Autônomo,
RG: 20000002430739, / CPF 052.260.773-00,
Logradouro: Rua Con de Castro n° 4500,
Complemento: AP 108 BL 06 B, Bairro: Parque São José,
CEP: 60730202, Cidade: Fortaleza, UF: CE, Tel: 9.89307021.

OUTORGADA: ERIKA LOIOLA AMORIM, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, seção Ceará, sob nº 42.472, Fortaleza – Ceará e FELIPE REINALDO RABELO LEAL, brasileiro, divorciado, Advogado OAB/CE Nº17528, com endereço para receber intimações e citações a Rua Barão do Rio Branco, nº 1779, CENTRO-Fortaleza/CE.

Confere amplos, gerais poderes para o foro em geral, com as cláusulas “ad judicium” para propor ação, defender-me, reconvir, arguir exceção, suspeição ou falsidade e propor quaisquer medidas cautelares, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, requerer laudos, avaliações e perícias, recorrer, bem como, transigir, fazer acordo, efetuar levantamento de alvará, confessar, renunciar, desistir, impugnar, receber e dar quitação, firmar compromissos, assinar termo de compromisso de inventariante, de renúncia, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia, fundação pública, empresa pública ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o outorgante seja autor ou réu e defendendo-o, bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza, 03 de Maio de 2020

Danilo Alison Miranda Cruz

OUTORGANTE

Erika Loiola Amorim

Advocacia & Consultoria Jurídica

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Nome:

Danilo Alison Miranda Cruz

RG: 200000 2430739

SSP/CE

CPF: 052.260.773-00

DECLARA de sã consciência e bem da verdade que VIVE e RESIDE em:

Logradouro:

Rua Con de Castro

Complemento:

AP 108

Bairro:

Parque São José

Cidade:

Fortaleza

CEP:

60730202

Que a presente declaração é a expressão da verdade, a qual é feita nos termos e sob as penas da lei, pelo que me responsabilizo pela presente.

Fortaleza/CE, 03 de Maio de 2020

Danilo Alison Miranda Cruz

Erika Loiola Amorim

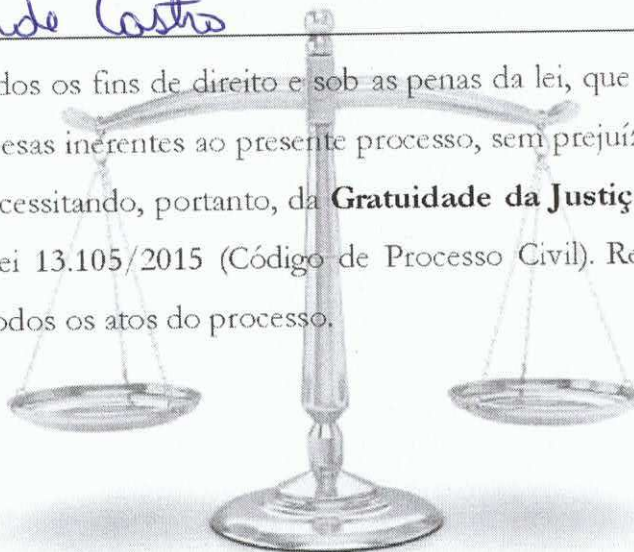
Advocacia & Consultoria Jurídica

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Daniela Alison Miranda Cruz,
nacionalidade Brasileira, estado civil Solteira,
profissão Autônoma, portador(a) do RG nº
2000002430739 e do CPF nº 052.260.773-00, residente e
domiciliado(a)

Rua Con de Castro

DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.



Fortaleza/CE, 03 de Maio de 2020

Daniela Alison Miranda Cruz

SINISTRO 3190240126 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** DANILO ALISON MIRANDA CRUZ**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev
Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** DANILO ALISON MIRANDA CRUZ**CPF/CNPJ:** 05226077300**Posição em 04-05-2020 18:15:22**

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) e registre uma solicitação para que possamos checar mais detalhes sobre seu caso. Em até 72 horas, entraremos em contato.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
11/06/2019	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75