

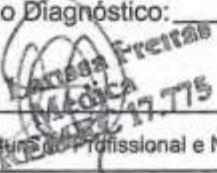


RECEBEMOS

24 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Erci
CNPJ: 21.387.736/0001-01

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem:	ACS:		
Distrito Sanitário:	Município:		
Nome: <u>Francisco Sérgio Ferreira de Souza</u> Prontuário Nº:			
Sexo: M () F ()	Data de Nascimento: / / Profissão:		
Nome da Mãe:			
Endereço:	Bairro:		
Cidade:	CNS:		
Motivo do Encaminhamento: <u>Paciente vítima de acidente de moto há 6 meses, motivo de apresentar ulceração por fálico do tornozelo.</u>			
Resultado de Exames: <u>Ortopedista. Fálico cirúrgico devido a</u>			
Consulta já realizada:			
Impressão Diagnóstico:			
 <u>Dr. Vanessa Freitas</u> <u>07/01/19</u>			
Assinatura do Profissional e Nº do Registro	Função	Data	Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial <input type="checkbox"/> Hospitalar <input type="checkbox"/> Auxílio Diagnóstico <input type="checkbox"/>		
Procedimento: <u>Novo</u> Profissional: <u>Ortopedista</u>		
Unidade de Referência:	Data: / /	Hora:

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência:			
Município:	Prontuário Nº:	Alta: / /	
Resumo Clínico/Cirúrgico:			
Resultado do(s) Exame(s):			
Diagnóstico Principal	RECEBEMOS	21 JUL 2019	CID.: _____
Secundário 1	<i>Dr. Vanessa F. Nogueira</i>	<i>21 JUL 2019</i>	CID.: _____
Secundário 2	<i>Dr. Vanessa F. Nogueira</i>	<i>21 JUL 2019</i>	CID.: _____
Proposta de conduta para seguimento:			
O problema justificou a referência? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Assinatura do Consultante - Nº Registro	Função	Data	Hora

15/08/18

6:00hs



GOVERNO MUNICIPAL DE ITAREMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME: Fáuiscio Sérgio Ferreira Soosa

ENDEREÇO: Bravie.

MEDICAÇÃO E POSOLOGIA:

Acuogranco Completo

Data: 14/8/18

Dra. Lissette Barthélémy Perez
MÉDICA
RMS 2301013
Programa Mais Médicos para o Brasil

Assinatura do Médico / CRM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAREMA
CNPJ: 11.660.998/001-77
Praça Nossa Senhora de Fátima, 48 - Itarema - CE - CEP:62.590-000
Fone: (88) 3667-1851

RECEBEMOS
24 JUL 2018

Wânia Gericinide F. Nobre
Coronha de Saúdos Erc
CNPJ:21.447.7.0001-17

24/07/2017
CARTA MÍDIA DE SAÚDE ESSA
MUNICÍPIO DE ITAREMA F. M. M. S.

26 JUL 2019

RECEBEMOS



GOVERNO MUNICIPAL DE ITAREMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME: Francisco Sérgio Ferreira Soosa

ENDEREÇO: Cione.

MEDICAÇÃO E POSOLOGIA:

Ciprofloxacin 500mg - 2GCP
1CP/12/12h x 10 dias

Dra. Lissette Barthelemy Perez

MÉDICA

RMS 2301013

Programa Mais Médicos para o Brasil

Data: 14/8/18

Assinatura do Médico / CRM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAREMA

CNPJ: 11.660.998/001-77

Praça Nossa Senhora de Fátima, 48 - Itarema - CE - CEP:62.590-000

Fone: (88) 3667-1851

SUS: 162 1854 4193 0018

Notificação de Receita

UF NÚMERO
CE 85-704505_3 B

Data 14/8/18

LISPI MED.
RMS-23611
Programa Mais Medicamentos do Brasil



Paciente: MUSOS 1710
Endereço: RONDA SOOSAO
Cobrinha.

Medicação ou Substância

Almazolam

Quantidade e Forma Farmacêutica

30 CP

Dose por Unidade Posológica

1CP/noite

Posologia

0.5mg

CARIMBO DO FORNECEDOR

____ Data _____ Nome _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

End. 2008949882-2

Telefone: _____

Identidade: _____ Órgão Emissor: _____

FASTPRINT GRÁFICA E PAPELARIA LTDA. - Rua São Paulo, 433 - Centro - CEP 60030-100 - Telefax: (65) 3212.9555 - Fortaleza - CE - CNPJ: 04.812.283/0001-02 - CGF: 05.659.201-0 - E-mail: fastprint@uol.com.br
A.I.F. 02917 - de 13.11.2017 - 50 Bloco 53x1 via: - numero(s): 85-702.001_3 a 85-705.000_3 (3.000 número(s))

RECEBEMOS

24 JUL 2019

Maria Gacinide F. Nobre
COTINHOA DE SANTOS EST
CNPJ.21.487.736.0001-10

Who present members of the
new commission, and what
differences do you see
between the new and
former?

and the Government will proceed
to collect the amount due to you
according to the agreement
reached between the Government
and the contractors (G.O.).
The above sum is
your

C. T. DIAZ : 582

RECEBE MOS
RECEBE MOS

لـ ۱۷



ATESTADO MÉDICO

PACIENTE: FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO É ACOMPANHADO NO AMBULATORIO DEVIDO A FRATURA DO TORNOZELO DIREITO HÁ APROXIMADAMENTE 1MESES. REALIZADO OSTE OSSÍNTSE

ATUALMENTE, PACIENTE EVOLUI COM DOR RESIDUAL, FERIDA OPERATORIA SEM SINAIS DE INFECÇÃO. FAZ USO DE MULETAS PARA AUXILIO NA DEAMBULAÇÃO.

NECESSITA DE 90 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS

CID: S82; S92

A handwritten signature, likely belonging to the medical professional who issued the certificate.

Fortaleza, 12 de SETEMBRO de 2018.

RECEBEMOS
24 JUL 2019

Maria Geralda F. Nobre
Cidadania da Saude Elet
CNPJ 21.497.785/0001-01

UFSCar
Faculdade de
Fortaleza

PROFISSIONAL
FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA
FIOSOTERAPIA MOTORA

30 SESSÕES

JUSTIFICATIVA: Fratura de TORNOZELO DIREITO E TALUS DIREITO

OBJETIVO:

PROPRIOCEPÇÃO

GANHO DE FORÇA

TREINO DE MARCHA, CARGA PARCIAL PROGRESSIVA

Ganho de adm

RECEBEMOS
24 JUL 2018

Flávia Gazzola F. Nobre
Coordenadora de Saúde Escolar
CNPJ 21.337.739/0001-06

FORTALEZA, 31 de Outubro de 2018;



Santa Casa de Misericórdia de Sobral

FUNDAÇÃO CONDEGAÇÃO CASA MISERICÓRDIA DO BRASIL
Av. Antônio Chaves, nº 103 - Fone: (88) 3677-1130 - Fax: (88) 3613-1908
Certificado Fármacos - FAX: 242-64074 - e-mail: stecas@terra.com.br
CNPJ: 07.819.210/0001-09 - CEP: 62.120-200
Sobral - Ceará - Ceará - CEP: 62.110-070

PRONTO-SOCORRO RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

NOA _____

EXAME FÍSICO _____

EXAMES REALIZADOS: _____

RECEBEMOS
71 JUL 2019

Anna Geronilde F. Nobre
Cia. de Serviços Ecol.
CNPJ 21.377.736/0001-33

DIAGNÓSTICO: _____

CONDUTA: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: _____

HOSPITAL REFERENCIADO: _____

Dr. _____
R. _____
C. _____
F. _____

ICBRA: _____ MÉDICO: _____



Resumo de alta

NOME: FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA

LEITO:

DATA DE INTERNACAO: 07/08/2018

DATA DA ALTA: 10/08/2018

BE/PRONT: 5574898

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

IDADE: 20

DIAGNOSTICOS: Fratura do astrágalo (OPERADA) + Fratura do perônio [fibula] (OPERADA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Ass.: _____

Dr. Ângelo Luz
Cirurgia do Joelho
CRM 6256

Retornar dia: _____ / _____ / _____

Hora: _____ para Dr. _____

Data: 10/08/18

Dr. Luiz Vidalonha

RECEBEMOS
21 JUL 2019

Carolina Gacimade F. Nobre
Carmo de Sá Barros Freire
CIPJ21-2777-66601-01

ATESTADO MÉDICO

NOME: FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE SUPRACITADO ESTAVA EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA DO IJF DEVIDO À FRATURA DE MALEOLO MEDIA E TALUS À DIREITA.

PACIENTE COM FRATURA CONSOLIDADA, EVOLUI COM DORES RESIDUAIS E LIMITAÇÃO MODERADA DA ADM EM TORNOZELO, PRINCIPALMENTE DORSIFLEXÃO. DEMABULA SEM AUXILIO DE MULETAS.

PACIENTE DE ALTA AMBULATORIAL.

CID: S82 (AUTORIZADO)

Fortaleza, 10 DE JULHO DE 2019.

Assinatura e Carimbo Médico

RECEBEMOS
21 JUL 2019

Flávia Gacimade F. Nobre
Cestimaria de Souza Eral
CNPJ 21.937.736/0001-05



GOVERNO MUNICIPAL DE ITAREMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO, que o Sr. (a) Fco Sergio
Ferreira de Souza.

portador da Carteira de Identidade nº 200 8949 882

necessita de (15) dias de afastamento do trabalho, a partir desta,
por motivo de pneumonia e
otite externa

Conselho

Hospital ou Ambulatório

27/7/18

Localidade e Data

Assinatura do Médico / CRM

Nota:

Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 RGPS, aprovado pelo decreto nº 60.501, de 14.03.67 e será expedido para justificativa de 1(um) a 15 (quinze) dias de afastamento do trabalho.

RECEBEMOS
- 21 JUL 2019

Maia Camarinho F. Nobre
Câmara de Saúde Especial
CNPJ 21.371.755/0001-06



Prefeitura de
Fortaleza

Instituto Dr. José Frota

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: FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA

LEITO:

DATA DE INTERNACAO: 07/08/2018

DATA DA ALTA: 10/08/2018

BE/PRONT: 5574898

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

IDADE: 20

DIAGNOSTICOS: Fratura do astrágalo (OPERADA) + Fratura do perônio [fibula] (OPERADA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Ass: _____

Dr. Ângelo Luz
Cirurgia do Joelho
CRM 6286

Retornar dia: _____/_____/_____

Hora: _____ para

Dr. _____

Data : 10/08/18

Dispensa do trabalho por :

300 (Trinta) dias

RECEBEMOS

24 JUL 2019

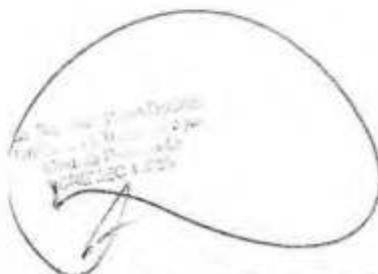
Maria Geronilde F. Nobre
Cirurgia de Saúdes Erc
CRMJ21.377.76.0001.00

ATESTADO MÉDICO

Nome: FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA NECESSITA DE 01(UM) DIA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS.

CID S99



Fortaleza, 31 de outubro de 2018.

RECEBEMOS
11.111.2018
Dr. Francisco F. Nobre
Médico de Serviços Especiais
C.R.C. 21.377.10001-05

A TESTADO MÉDICO

PACIENTE: FRANC

ATESTO PARA OS
ACOMPANHADO NO AM
DIREITO HÁ APROXIMAD

ATUALMENTE, PA
OPERATORIA SEM SINA
AUXILIO NA DEAMBULAC

NECESSITA DE 90
LABORAIS

CID: S82; S92

SERGIO FERREIRA DE SOUSA

OS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO É
ORIO DEVIDO A FRATURA DO TORNOZELO
DE 1MESES. REALIZADO OSTEOSINTSE

EVOLUI COM DOR RESIDUAL, FERIDA
INFECÇÃO. FAZ USO DE MULETAS PARA

DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES

X

Fortaleza, 12 de SETEMBRO de 2018.

RECEBEMOS

21 JUL 2019

Leila Geminiano F. Nobre
Cidade de São José dos Erêis
CNPJ 21.371.366/0001-06

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: FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA
LEITO:

DATA DE INTERNACAO: 07/08/2018

DATA DA ALTA: 10/08/2018

BE/PRONT: 5574898

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

IDADE: 20

DIAGNOSTICOS: Fratura do astrágalo (OPERADA) + Fratura do perônio [fibula] (OPERADA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Ass: _____

Dr. Ângelo Luz
Cirurgia do Joelho
CRM 6256

Data : 10/08/18

Retornar dia: ____ / ____ / ____
Hora: _____ para
Dr. _____

Dispensa do trabalho por :

300 (Trinta) dias



GOVERNO MUNICIPAL DE ITAREMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

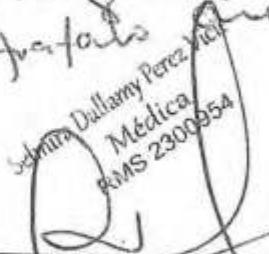
NOME: J. C. Sérgio Ferreira de Souza
ENDEREÇO: Oriente

MEDICAÇÃO E POSOLOGIA: ATESTADO:

Apto para os devidos fins que o paciente supracitado encontra-se em acompanhamento permanente na UBS - Bando e ambulatório do IJF, motif. de fratura do braço esquerdo, fruto de fato único, recente em agosto 2018.

Data: 12/12/18 

Assinatura do Médico / CRM


Dr. Dallany Perez
Médica
RMS 230054

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAREMA
CNPJ: 11.660.998/0001-77
Praça Nossa Senhora de Fátima, 48 - Itarema - CE - CEP: 62.590-000
Fone: (88) 3667-1851

No presente momento a paciente encontra-se, apresentando diminuição da ação de movimento dos braços e braço direito.

Encontra-se em processo de reabilitação dirigido para reabilitação de afastamento de suas atividades laborais por período de 60 (60).

CID-10: S82

RECEBEMOS
24/12/2018
Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde
CRM: 21.491.749



IJF - INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

AUTORIZAÇÃO

Antonio Marcos de Sousa

ST PM

MP: 02747115. PMCE

Autorizo a entrada para a unidade:

Leito: 1116

Paciente: Fábio Sérgio F. de Sousa

Acompanhante: Maria Valdilva de Sousa

TV Marca:

Cor:

Cm:

Registro:

Ventilador Marca:

MALLEY

Cor:

Branco

Cm:

30

Outro:

1- Cito como norma, que o uso de TV será permitido até as 21 horas.

2- Só poderá ser autorizado uma Televisão para cada enfermaria.

3- Qualquer aparelho ou outro instrumento, só será permitido a saída mediante conferência.

Rigorosa da autorização com o aparelho.

4- Na saída esta autorização ficará na portaria.

Antonio Marcos de Sousa

ST PM

MP: 02747115. PMCE

Fortaleza, dia 29 do mês:

Agosto de 2018

RECEBEMOS



24 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Especializada
CNPJ 21.487.735/0001-27

IJF - INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a entrada para a unidade:

Leito:

Paciente: Fábio Sérgio F. de Sousa

Acompanhante: Maria Valdilva de Sousa

TV Marca:

Cor:

Cm:

Registro:

Ventilador Marca:

Cor:

Cm:

Outro: Uma TV de Malotes

1- Cito como norma, que o uso de TV será permitido até as 21 horas.

2- Só poderá ser autorizado uma Televisão para cada enfermaria.

3- Qualquer aparelho ou outro instrumento, só será permitido a saída mediante conferência.

Rigorosa da autorização com o aparelho.

4- Na saída esta autorização ficará na portaria.

Fábio Sérgio

Fortaleza, dia 10 do mês: Agosto de 2018

Paciente : FRANCISCO SERGIO FERREIRA SOUSA
 Solicitante : SEM SOLICITAÇÃO MÉDICA
 Convênio : PARTICULAR
 Idade : 20 anos

Protocolo: 0012688
 Unidade : MATRIZ
 Cadastro: 15/08/2018
 Emissão : 15/08/2018

HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta: 15/08/2018 às 07:17:30

Material: Sangue Total
 Método : D-CELL 60 DIAGON COM REVISÃO DE LÂMINA

ERITROGRAMA

Valores de Referência

ERITRÓCITOS.....	4,29	milhões/mm ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA.....	13,7	g/dL	13,5 a 17,5 g/dL
HEMATOCRITO.....	38,1	%	41 a 53 %
V.C.M.....	88,8	fL	80 a 100 fL
H.C.M.....	31,9	pg	26 a 34 pg
C.H.C.M.....	36,0	g/dL	31 a 37 g/dL
R.D.W CV.....	12,6	%	10 - 15 %
R.D.W SD.....	37,7	fL	37 - 54 fL

Hemácias normocíticas e normocrônicas.

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS..... 11.600/mm³ 5.000 a 10.000 /mm³

NEUTRÓFILOS BASTONETES..	01	116	1 a 4 % - 45 a 440 /mm ³
NEUTRÓFILOS SEGMENTADOS..	61	7.076	45 a 65% - 2.025 a 7.150 /mm ³
BASÓFILOS.....	00	0	0 a 2 % - 0 a 220 /mm ³
EOSINÓFILOS.....	05	580	1 a 6% - 45 a 660 /mm ³
LINFÓCITOS	31	3.596	20 a 40 % - 900 a 4.400 /mm ³
LINFÓCITOS ATÍPICOS.....	00	0	0% a 0% - 0 a 0 /mm ³
MONÓCITOS.....	02	232	1 a 13% - 45 a 1.430 /mm ³

Ausência de granulações tóxicas nos neutrófilos.

Leucocitose

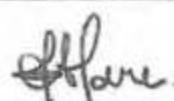
PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS..... 363.000 140.000 a 400.000/mm³
 VPM..... 8,6 7 a 12 fL

OBSERVAÇÕES: Plaquetas morfológicamente normais.

RECEBEMOS

21 JUL 2019



Dr. Ednaldo Ferreira Alexandre
 Biomédico - CRBM 2-1447

Flávia Gacineide F. Nobre
 Coordenadora de Serviços Especiais
 CRMJ 21.117.7.0001.00

A interpretação do resultado de seus exames e a conclusão são atos médicos,
 dependem da análise conjunta dos dados clínicos e demais exames.

RECEITUÁRIO

Paciente: Fluminio Simão Ferreira
BE / Prontuário:

USO ORN

Flumcot 500mg — Lu
Lcp 12/12h

Novolypne 1,0 —
Lcp 6/6

10/06/18
Data:

Ass./Carimbo do Médico

Dr. Angelo Luz
Cirurgia do Joelho
CRM 6256

RECEBEMOS

11/06/18

Carimbo de Segurança
Cadastra 12/17/18

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Instituto Dr. José Frota
CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80
Rua Senador Pompeu, 1757
Bairro: Centro Fone: 3255.5000
Fortaleza - CE CEP: 60025-001

1^a Via - FARMÁCIA

2^a Via - PACIENTE

Paciente: Fluminio Simão Ferreira
Endereço: Pache Pendique 63m

Prescrição:

Cefuroxime 500mg — Lu
Lcp 12/12h pr 10dias

Dr. Angelo Luz
Cirurgia do Joelho
CRM 6256

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO CONFERIDOR

Nome:

Nº Ident.:

UF:

Endereço:

Nº:

Bairro:

UF:

Cidade:

UF:

CEP:

Tel.:

Vinícius Bastos Sampaio
Data: 10/06/18
Av. Sen. Francisco Teixeira, 1670 - Fortaleza - Ceará
CEP: 60131-030 - CNPJ: 23.411.354/0001-18

Fornecedor:

Dispenser:

Carimbo e Assinatura
Data: 10/06/18



ATESTADO MÉDICO

NOME: FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATORIO DO IUF POR FRATURA DO TORNOZELO E TALUS DIREITO TRATADO CIRURGICAMENTE EM AGOSTO/18.

NO MOMENTO FRATURA CONSOLIDADA. APRESENTA DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO. PACIENTE NEGA QUEIXAS ALGICAS.

ENCONTRA-SE EM REABILITAÇÃO FISIOTERAPICA.

CID-10: S82

FORTALEZA, 26/12/2018


Marcel Rolim Queto'02
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CPMEC 17421

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Kaciano Ricardo de Souza Lima

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 877-362-923-153, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FRANCISCO SÉRGIO FELCEREA DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 075.793.673-02,
do sinistro de DPVAT cobertura INVOLUDEZ da Vítima Francisco Sérgio Felceria de Souza

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 075.793.673-102, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Agente de Evidências Renda: REGUSA e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Hugo Victor</u>	Número: <u>584</u>	Complemento: <u>A</u>
Bairro: <u>Anto Bezerra</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u> CEP: <u>60360 820</u>
E-mail:		Tel.(DDD): <u>(85) 981941452</u>

Local e Data: Fortaleza CE 18/07/19

Assinatura do Declarante

Kaciano Ricardo de Souza Lima
RECEBEMOS

24 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.337.738.0001-01

6696636

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei N° 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 06.106.848-3

enet

Para agilizar seu atendimento, utilize o número
sempre que entrar em contato conosco.

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.106.848-3

CONTA DE ENERGIA ELETRICA/GRUPO B | SERIE B.4 | N° 570196117

Rota 10 01240 26 146210 - 8 Data de Emissão 15/04/2019

Nome KACIANO RICARDO DE SOUZA LIMA
End. Postal RU HUGO VICTOR 00584 CS ALTOS
ANTONIO BEZERRA - FORTALEZA - 60360820

Medidor 3511690 Posto 0000 C06W
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 877362923-53 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Abr/2019	15/04/2019	15/05/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto Faz/2019

EUR 24,89

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquotas	Valor do Imposto
76,81	27,88%	20,52

Mês DIC = 0,00 P

Pedreiro Individual	Aparecida Individual
Mensal Trim. Anual	Mensal Trim. Anual
4,83 9,67 19,34	0,00 0,00 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

TIEE,0179.C03,AFR2,770E,9E6,C0E2,ABC4

FIC 3,11 6,22 12,45

DMIC 2,63 8,28

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lalt. Atual	Lalt. Anterior	Conet.	Consumo (kWh)	Conc. Incl.	Conc. Fct.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF 6546	6441	1,60	165	8,98	165	0,1397	76,81
15/04/19	16/03/19		38.048		185		

76,81

DESCRICAÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	76,01
MULTA MORATÓRIA REF 03/2019	1,26
JUROS DO MES	0,99
CORREÇÃO MONETÁRIA DO MES	1,69
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL	9,50

VENCIMENTO	23/04/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)	89,45
------------	------------	---------------------	-------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	25,27
Transmissão	3,92
Distribuição	15,11
Encargos Sociais	4,32
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	24,29
TOTAL	76,81

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

94	105	89	104	102	135	69	64	84	83	84	105	114
Mar	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emmitido kg (CO ₂)	40,99	Compensado kg (CO ₂)	0,00	Consolida Ecologica (% CO ₂)	0
--------------------------------	-------	----------------------------------	------	--	---

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Previo Aviso
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Prezado Cliente, consta(n) em nossos controles contas em atraso.
Segue o detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica
na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias
após a vencida da data, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts.
1172 c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO
AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento,
favor desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor R\$
02/2019	69,26
Total	69,26

RECEBEMOS

21 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ:21.437.736/0001-07

RECEBEMOS

000000000000

Edna Catarinete F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ:21.437.736/0001-07

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
075.743.673-02 Francisco Sergio Feneiro de Souza

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

5 - Nome completo: Francisco Sergio Feneiro de Souza 6 - CPF: 075.743-673-02
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
recurso Rua Pdg. perdigão Sampaio 1444
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
Centro Nunes Fortaleza CE 60110-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 85-98794-1452

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR):

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: Banco do Brasil - 001

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico-Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende 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.

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes 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.

23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (viver)?: Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data: 23-07-19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Francisco Sergio Feneiro de Souza

42 - Assinatura do Procurador (se houver): Raimundo Feneiro de Souza

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

44 - Assinatura do Advogado (se houver):

45 - Assinatura do Juiz (se houver):

46 - Assinatura do Ministério P. (se houver):

47 - Assinatura do Conselho de Defesa (se houver):

48 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

49 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

50 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

51 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

52 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

53 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

54 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

55 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

56 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

57 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

58 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

59 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

60 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

61 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

62 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

63 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

64 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

65 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

66 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

67 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

68 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

69 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

70 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

71 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

72 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

73 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

74 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

75 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

76 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

77 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

78 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

79 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

80 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

81 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

82 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

83 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

84 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

85 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

86 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

87 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

88 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

89 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

90 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

91 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

92 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

93 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

94 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

95 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

96 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

97 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

98 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

99 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

100 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

101 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

102 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

103 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

104 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

105 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

106 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

107 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

108 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

109 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

110 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

111 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

112 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

113 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

114 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

115 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

116 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

117 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

118 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

119 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

120 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

121 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

122 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

123 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

124 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

125 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

126 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

127 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

128 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

129 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

130 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

131 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

132 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

133 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

134 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

135 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

136 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

137 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

138 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

139 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

140 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

141 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

142 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

143 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

144 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

145 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

146 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

147 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

148 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

149 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

150 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

151 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

152 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

153 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

154 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

155 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

156 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

157 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

158 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

159 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

160 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

161 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

162 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

163 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

164 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

165 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

166 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

167 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

168 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

169 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

170 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

171 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

172 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

173 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

174 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

175 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

176 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

177 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

178 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

179 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

180 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

181 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

182 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

183 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

184 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

185 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):

186 - Assinatura do Conselho Tutelar (se houver):



Impresso nº 2018123156

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 468 - 1097 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **02/10/2018 10:35:12**
 Data / Hora da Ocorrência: **26/07/2018 18:13:00**
 Endereço da Ocorrência: **LARGO LOC. CAJAZEIRAS**
 Complemento:
 Bairro: **ZONA RURAL** Município: **ITAREMA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO SÉRGIO FERREIRA DE SOUSA**
 Nascimento: **25/01/1998** CPF: **075.743.673-02**
 RG: **2008949882-2** Orgão Emissor: **SSP**
 Filiação: **MARIA VALNEI FERREIRA DE SOUSA**
FRANCISCO CELSO DE SOUSA
 Endereço: **LARGO LOC. ORIENTE**
 Bairro: **ZONA RURAL** Município: **ITAREMA/CE** CEP: **62.590-000**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99743-2690**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NUP4848** Uf: **CE** Município: **ITAREMA** Chassi: **9C2KC1670CR453138** Renavam: **419920978** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
 Cor: **PRETA** Proprietário: **FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA**
 Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Advertido sobre as penalidades de prestar falsas declarações, após o noticiante informou que na data/hora supracitada encontrava-se como garupeiro da motocicleta de placa NUP-4848/CE e tinha como condutor a pessoa de JOSAFA DOS SANTOS CARNEIRO, habilitado (CNH: 04172529030 - categoria AD); Que trafegavam na Rodovia da localidade de Cajazeiras - zona rural de Itarema/CE, quando ao passarem por uma curva bastante fechada, colidiram frontalmente com um automóvel (não identificado); Que em decorrência ao impacto ambos foram ao solo; Que o declarante sofreu fratura no tornozelo do pé direito e escoriações leves; Que o condutor sofreu leves escoriações pelo corpo; Que o declarante não foi socorrido por nenhum órgão público (SAMU, CORPO DE BOMBEIROS OU ANJOS DO ASFALTO, POR NÃO EXISTIR REFERIDOS ÓRGÃOS NESTA URBE); Que foi socorrido pelo próprio condutor e levado ao Hospital local, onde posteriormente foi transferido para Santa Casa de Misericórdia na Cidade de Sobral/CE. Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAREMA



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



Impresso nº 2018123156

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 4 8 - 1097 / 2018

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SICDCLEY SENA DA ROCHA - MAT.: 301200-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Sérgio Ferreira de Souza

VISTO DO DELEGADO(A) :

IGOR MOTA SAMPAIO - MAT.: 30120345

RECEBEMOS

21 JUL 2019

Maria Gericinide F. Nobre
Cotidiana de Sua Voz Elet
CNPJ 21.487.736/0001-07



TERMO DE DECLARAÇÃO DE JOSAFA DOS SANTOS CARNEIRO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 468 - 1097 / 2018

Aos 2 dia(s) do mês de Outubro de 2018, nesta cidade de Itarema, Estado do Ceará, onde pela(s) 10:41 hora(s) presente se achava o(a) Bel(a). **IGOR MOTA SAMPAIO**, Delegado(a), comigo **SICDCLEY SENA DA ROCHA**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **JOSAFA DOS SANTOS CARNEIRO**, nacionalidade Brasil, casado(a), ensino médio, motorista, filho(a) de **FRANCISCO CARNEIRO FILHO** e **RITA DE CASSIA DOS SANTOS**, nascido(a) em 15/08/1983, natural de Acaraú/CE, CPF: 022.082.483-50, RG: 2003014154388 SSP, residente à Sítio Oriente, Zona Rural - Itarema/CE, telefone (85) 9628-0361. Inquirido(a) pela Autoridade, DISSE: QUE, É HABILITADO (CNH:04172529030); Que conduzia a motocicleta de placa NUP-4848/CE e tinha como garupeiro **FRANCISCO SÉRGIO FERREIRA DE SOUSA**; Que trafegavam na Rodovia da localidade de Cajazeiras - zona rural de Itarema/CE, quando ao passarem por uma curva bastante fechada, colidiram frontalmente com um automóvel (não identificado); Que em decorrência ao impacto ambos foram ao solo; Que o garupeiro sofreu fratura no tornozelo do pé direito e escoriações leves; Que o depoente sofreu leves escoriações pelo corpo; Que a vítima não foi socorrido por nenhum órgão público (SAMU, CORPO DE BOMBEIROS OU ANJOS DO ASFALTO, POR NÃO EXISTIR REFERIDOS ÓRGÃOS NESTA URBE); Que foi socorrido pelo próprio depoente e levado ao Hospital local, onde posteriormente foi transferido para Santa Casa de Misericórdia na Cidade de Sobral/CE. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **SICDCLEY SENA DA ROCHA**, Escrivã(o) que o digitei.

DELEGADO(A) : IGOR MOTA SAMPAIO

DECLARANTE : JOSAFA DOS SANTOS CARNEIRO RECEBEMOS

ESCRIVÃ(O) : Flávia Gerinaike F. Nobre
Cartórios de S. Francisco E. C.
CNPJ 21.327.146/0001-11

21 JUL 2018
Flávia Gerinaike F. Nobre
Cartórios de S. Francisco E. C.
CNPJ 21.327.146/0001-11

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190444001

Vítima: FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 26/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francisco Sérgio Ferreira de Souza, brasileiro(a), estado civil: Solteiro
Profissão: recluse, portador(a) do RG 2008949882-2, órgão expedidor F235.413.07NE
e do CPF: 075.743.673-02 residente no(a) Rua Pde - perdigas Sampaio
nº 1444, bairro: Outra nomenclatura, município: Fortaleza CE

OUTORGADO:

Nome: Francisco Ferreira de Souza, brasileiro(a), estado civil: Casado
Profissão: AGT. DA POLICIA, portador(a) do RG _____, órgão expedidor SSPCE
e do CPF: 877 362 923 33, residente no(a) Rua Hugo centro
nº 889 A, bairro: Antônio Bezerra, município: Fortaleza CE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima FRANCISCO SÉRGIO FERREIRA DE SOUSA
CPF 075 743 673-02 data do acidente: 26/07/2018 Cobertura: Imovel

Local e data: Fortaleza 17-07-19

FRANCISCO SÉRGIO FERREIRA DE SOUSA

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital

JAIME ARARIPE
Serviço Registrad

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará
B6. Livro de Alenquer Araripe (Assin. Titular) | B6. Gráfemar (Assin. de Alenquer Araripe) Sub. Unida
Av. Mestre Hélio 1965 CEP 60356-001 Fortaleza - Ceará | (85) 3235-3301 jaimeararipe@gmail.com

(6413007450734) 1 Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) assinatura(s) de: :
— FRANCISCO SÉRGIO FERREIRA DE SOUSA —
que confere ao o padron devo nessa serventia. Sou fér.
Fortaleza, 17 de julho de 2019, 1959/20. Em testemunho da verdade,
SILVA MARIA BATISTA MAGALHÃES ARARIPE (Assinante) | Total: R\$ 7,47.
Valido somente com o uso de autenticidade digital e assinatura

RECONHECIMENTO
DE FÉ
Nº CO 493619 PWUM

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

RECEBEMOS

24 JUL 2019

Maria Gacinide F. Nogueira
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ.21.387.715/0001-00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0250293/19

Vítima: FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA/

CPF: 075.743.673-02

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/07/2018

Titular do CPF: FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

KACIANO RICARDO DE SOUZA LIMA : 877.362.923-53

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

FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA : 075.743.673-02

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: 24/07/2019
Nome: KACIANO RICARDO DE SOUZA LIMA
CPF: 877.362.923-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

KACIANO RICARDO DE SOUZA LIMA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

MINISTÉRIO DA DEFESA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
AGÊNCIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

GE

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1494189080

RAFIANO RICARDO DE SOUZA LIMA

DOC. IDENTIDADE / CRB. EMISSOR / P
056555 MTPS CE

CPF: 877.362.923-53 DATA NASCIMENTO: 15/11/1975

RESUMO
JOÃO RAIMUNDO DE LIMA
ANGELITA DE SOUZA LIMA

PERMISSÃO: ACC CALIBRE: AB

Nº REGISTRO: 04694560433 VÁLIDA: 05/07/2022 1ª HABILITAÇÃO: 10/07/2009

DESCRIÇÕES:
A :
EAR :

Rafiano Souza de Souza Lima

ASSINATURA DO PORTADOR:
LOCAL: FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO: 27/07/2017
Flávia Vazquez de Britto

ASSINATURA DO EMISSOR:
CEARÁ
44058606618
CE160251036

RECEBEMOS

24 JUL 2019

Flávia Garinide F. Nobre
Cestaria de Sazões Eireli
(71) 92127-75001-06

