

CARTeira DE IDENTIDADE

FRANCISCO SÉRGIO FERREIRA DE SOUSA



Polegar Direito



ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2008949882 - 2	DATA DE EXPEDIÇÃO	28/10/2014
NOME	FRANCISCO SÉRGIO FERREIRA DE SOUSA		
FILIAÇÃO	FRANCISCO CELSO DE SOUSA MARIA VALNEI FERREIRA DE SOUSA		
NATURALIDADE	ACARAÚ - CE	DATA DE NASCIMENTO	25/01/1998
DOC. ORIGEM	CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 21093 FOLHA: 235/ LIVRO: A 19 ITAREMA - CE		

P.: 128

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
075.743.673-02

Nome  
FRANCISCO SÉRGIO FERREIRA DE SOUSA

Nascimento  
25/01/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

RECEBEMOS

24 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eres  
CPF: J.21.447.744-11

### FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_ ACS: \_\_\_\_\_  
Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Nome: Francisco Sergio Ferreira de Souza Prontuário Nº: \_\_\_\_\_

Sexo: M ( ) F ( ) Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: Paciente vítima de acidente de moto

há 6 meses, necessita de acompanhamento com

Resultado de Exames: Ortopedista. Toda cirurgia devido a

fratura do tornozelo.

Consulta já realizada: \_\_\_\_\_

Impressão Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Dr. Lameira Freitas  
Ortopedista  
CRM 17.775

Assinatura do Profissional e Nº do Registro

Função

07/03/19

Data

Hora

### AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Ortopedia Profissional: Ortopedista

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 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Secundário 1 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Secundário 2 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Proposta de conduta para seguimento: \_\_\_\_\_

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

Hora

\*) Utilizar também como resumo da alta

**RECEBEMOS**  
**24 JUL 2019**

Maria Goreteide F. Nobre  
Coordenadora de Saúde da Família  
CRM 17.775

15/08/18

6:00hs



GOVERNO MUNICIPAL DE ITAREMA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME: Francisco Sergio Feneida Sousa

ENDEREÇO: Cirante

MEDICAÇÃO E POSOLOGIA: Soluto.  
Neurograuco Completo.

Data: 14, 8, 18

Dra. Lissete Barthelemy 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

Isisvia Gerônimo F. Nobre  
Coordenadora de Segurança Eixo  
CNPJ: 21.487.744/0001-00



Minia Garcia de F. Nobre  
Secretaria de Saúde  
CNPJ 21.487.712-0000000

24 JUL 2019

RECEBEMOS



GOVERNO MUNICIPAL DE ITAREMA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME: Francisco Sergio Feneira Sousa

ENDEREÇO: Quinta

MEDICAÇÃO E POSOLOGIA: Uso oral

Cefprozax 500mg - ZCP  
1cp/12/12h x 10 dias

Data: 14/8/18

Dra. Lissete Barthelemy 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

SUS: 162 1854 4193 0018

Notificação de Receita

UF NÚMERO  
CE 85-704505\_3 B

Data 14/8/19

LIBSPT MEDIC  
RMS-236111  
Programa Mais Médicos para o Brasil  
Programa Mais Médicos do Emitente



Paciente: FRANCISCO SIO  
Pereira SOUSA  
Endereço: Quarte.

Medicação ou Substância
Almazolam
Quantidade e Forma Farmacéutica
30 CP
Dose por Unidade Posológica
1 CP/noite
Posologia
0.5mg

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	
End.	2008949882-2
Telefone:	
Identidade:	Órgão Emissor:

CARIMBO DO FORNECEDOR	
1/1	
Data	Nome

FASTPRINT GRÁFICA E PAPELARIA LTDA - Rua São Paulo, 433 - Centro - CEP 60030-100 - Telêrux: (05) 3212-9959 - Fortaleza - CE - CNPJ: 04.202.283/0001-02 - CGF: 06.808.267-0 - e-mail: fastprint@fastprint.com.br  
Aut. AF 029/17 - de 13.11.2017 - 50 Bloco 50x1 vias - numerador: 85-702.011\_3 a 85-703.000\_3 (3.000 numerar)

RECEBEMOS

24 JUL 2019

Itirania Gacimarin F. Nobre  
Coordenadora de Saúde Bucal  
CNPJ: 21.487.738/0001-00

No presente momento a situação  
concluída, apresentando  
diminuição das áreas de in-  
cêndio do território di-

recto.  
Encontramos em processo  
de reabilitação, principalmente  
necessidade de afortamento  
de suas actividades locais  
por seu sector (60).

CTD-AC: 582

RECEBEMOS

21 JUL 2008

Maria Carmo de F. Nobre  
Correios de Sagres Estr.  
Código 921 477 70001-05

## 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 OSTEOSINTESE

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

X

Fortaleza, 12 de SETEMBRO de 2018.

RECEBEMOS

24 JUL 2019

Marina Gacimide F. Nobre  
Coordenadora de Serviços Especializados  
CRM RJ 21.497.74-9/2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**Fortaleza**

PACIENTE

**FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA**  
**FISIOTERAPIA 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 2019**

**Maria Germaine F. Nobre**  
**Coordenadora de Segurança Física**  
**CPF 021.497.709-0001-04**

**FORTALEZA, 31 de Outubro de 2018;**





# Santa Casa de Misericórdia de Sobral

FUNDAÇÃO CONFEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS DO BRASIL  
Rua Antônio Dias, 100 - Fone: (88) 3577.1930 - Fax: (88) 3513.1908  
Cidade: Fátima - Fone: (88) 3577.1930 - E-mail: stacasasobralnet.com.br  
CNPJ: 07.918.310/0001-06 - CEF: 06.122.262/6  
Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-500

## PRONTO-SOCORRO RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

### ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

*Nome do paciente: [illegible]*

HISTÓRIA: *paciente com queixa de dor abdominal e náusea, vomito*

EXAME FÍSICO: *paciente em boas condições, sem sinais de desidratação*

EXAMES REALIZADOS: *Exames de urina e sangue*

RECEBEMOS

21 JUL 2019

Dr. [illegible]  
Cirurgião de Sobral  
CRM 21.297.734/0001-05

DIAGNÓSTICO: *Infecção bacteriana do trato urinário com febre*

CONDIÇÃO: *paciente em boas condições*

*em boas condições de saúde*

*em boas condições de saúde*

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: *paciente em boas condições*

*em boas condições de saúde*

HOSPITAL REFERENCIADO: *SCS*

SOBRAL: *[illegible]*

MÉDICO: *[illegible]*



**Prefeitura de  
Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

## 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

**Dr. Angelo Luz**  
Cirurgia do Joelho  
CRM 6256

Ass.: \_\_\_\_\_

Retornar dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_ para Dr. \_\_\_\_\_

Data: 10/08/18

*Dr. Luis Edson*

RECEBEMOS  
21 JUL 2018

Carla Caroline F. Nobre  
Coordenadora de Serviços Especializados  
CRM 121.447.7.00001-04

## 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 IUF 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  
Mário Carneiro F. Nobre  
Governador de São Paulo  
CPF 21.497.738-0001-05



**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 2008949882

necessita de (15) dias de afastamento do trabalho, a partir desta,

por motivo de pneumonia e  
otite externa

Quicero

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  
24 JUL 2018

Maria Carminda F. Nobre  
Secretaria de Saúde  
CRM 121.497.13-0/0001-05





**Prefeitura de  
Fortaleza**

Instituto Dr. José Frutu

## 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

**Dr. Ângelo Luz**  
Cirurgia do Joelho  
CRM 6256

Ass: \_\_\_\_\_

Retornar dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_ para

Dr. \_\_\_\_\_

Data: 10/08/18

Dispensa do trabalho por :

*30x (Trabalho) de*

**RECEBEMOS**

24 JUL 2018

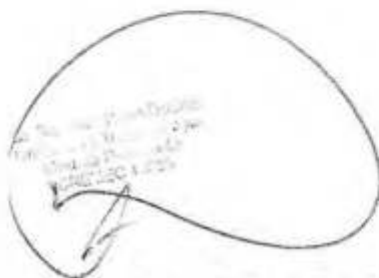
Maria Germaine F. Nobre  
Coordenadora de Serviços Espec  
CRM 121.437.734/2014-05

## 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  
21 JUL 2019

Carolina Carneiro F. Nobre  
Secretaria de Saúde  
CPF 521.497.740-01-06

## **ATTESTADO MÉDICO**

**PACIENTE: FRANCISCA**

**SERGIO FERREIRA DE SOUSA**

ATESTADO PARA OS  
ACOMPANHADO NO AM  
DIREITO HÁ APROXIMAD

ATUALMENTE, PA  
OPERATORIA SEM SINA  
AUXÍLIO NA DEAMBULAC

NECESSITA DE 90  
LABORAIS

CID: S82; S92

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

E 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

Dr. Maria Carmoide F. Nobre  
Rua da Assembleia de São José  
CNPJ 21.487.134/0001-05



**Prefeitura de  
Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde

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

**Dr. Ângelo Luz**  
Cirurgia do Joelho  
CRM 6256

Ass: \_\_\_\_\_

Retornar dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_ para

Dr. \_\_\_\_\_

Data: 10/08/18

Dispensa do trabalho por :

30 (Trinta) dias



**RECEITUÁRIO**

NOME:

Jco Sérgio Ferreira de Souza

ENDEREÇO:

Oriente

MEDICAÇÃO E POSOLOGIA:

ATESTADO:

Após para os devidos fins que o paciente supracitado encontra-se em acompanhamento permanente na UBS - Baixo e ambulatório do IJF, motivo: fratura do braço e talus direito, sendo submetido cirurgicamente em agosto 2018.

Solange Dallamy Perez Viçosa  
Médica  
RMS 2300954

Data: 12/12/18

Assinatura do Médico CRM

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 fratura está consolidada, apresentando diminuição do arco de movimento do tornozelo direito.

Encontra-se em processo de reabilitação fisioterapêutica.

Necessita de afastamento de suas atividades laborais por cerca de 60 dias.

CID-10: S82

RECEBEMOS

21 JUL 2018

Marina Geremede F. Nobre  
Coordenadora de Serviços Especializados  
CRM 321.451-7 (Itarema)



# IJF - INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

## AUTORIZAÇÃO

Antonio Marcos de Sousa  
ST PM  
MF: 02747115. PMCE

Autorizo a entrada para a unidade: \_\_\_\_\_ Leito: 1116  
Paciente: Fº SERGIO F. DE SOUSA  
Acompanhante: Mª VALDIVIA DE SOUSA

TV Marca: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Cm: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Ventilador Marca: MALLOREY 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  
MF: 02747115. PMCE

Fortaleza, dia 09 do mês: AGOSTO de 2018



# IJF - INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

## AUTORIZAÇÃO

RECEBEMOS

24 JUL 2019

Maria Garciaide F. Nobre  
Corretora de Seguros Ene  
CPF: 21.487.734-11

Autorizo a entrada para a unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Paciente: Fº Sérgio Ferreira de Sousa  
Acompanhante: Mª Valdivia Ferreira de Sousa

TV Marca: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Cm: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Ventilador Marca: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Cm: \_\_\_\_\_  
Outro: (1) Uma par de Molletes

- 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.

Fº Apres

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 <sup>3</sup>		4,5 a 5,9 milhões/mm <sup>3</sup>
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 normocrômicas.

### LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....	11.600	mm <sup>3</sup>		5.000 a 10.000 /mm <sup>3</sup>
NEUTRÓFILOS BASTONETES..	01	116		1 a 4 % - 45 a 440 /mm <sup>3</sup>
NEUTRÓFILOS SEGMENTADOS..	61	7.076		45 a 65% - 2.025 a 7.150 /mm <sup>3</sup>
BASÓFILOS.....	00	0		0 a 2 % - 0 a 220 /mm <sup>3</sup>
EOSINÓFILOS.....	05	580		1 a 6% - 45 a 660 /mm <sup>3</sup>
LINFÓCITOS .....	31	3.596		20 a 40 % - 900 a 4.400 /mm <sup>3</sup>
LINFÓCITOS ATÍPICOS.....	00	0		0% a 0% - 0 a 0 /mm <sup>3</sup>
MONÓCITOS.....	02	232		1 a 13% - 45 a 1.430 /mm <sup>3</sup>

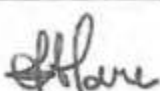
Ausência de granulações tóxicas nos neutrófilos.

Leucocitose

### PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS.....	363.000			140.000 a 400.000/mm <sup>3</sup>
VPM.....	8,6			7 a 12 fL

OBSERVAÇÕES: Plaquetas morfologicamente normais.

  
 Dr. Ednaldo Ferreira Alexandre  
 Biomédico - CRBM 2-1447

RECEBEMOS

24 JUL 2018

Isaura Gerônimo F. Nobre  
 Coordenadora de Serviços  
 CRM 21.007.7-0/2011-02



Prefeitura de  
**Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

1110



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA  
"24 horas de proteção à vida"



Fortaleza

## RECEITUÁRIO

Paciente:

Francisco Sampaio Feneu

BE / Prontuário:

USO ORAL

Flumoxil 500mg

Lp 12/12h

Novulyna 100g

Lp 6/6h

Dr. Ângelo Luz  
Cirurgia do Joelho  
CRM 6256

Data:

10/06/18

Ass./Carimbo do Médico

## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

<b>IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO</b>		1ª Via - FARMÁCIA
Instituto Dr. José Frota		2ª Via - PACIENTE
CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80		
Rua Senador Pompeu, 1757		
Bairro: Centro	Fone: 3255.5000	
Fortaleza - CE	CEP: 60025-001	
Paciente: Francisco Sampaio Feneu de Sousa		
Endereço: Rua Perdigão 60mpu		
Prescrição: Ceftriaxona 500mg Lp 12/12h por 10 dias		
Data: 10/06/18		Carimbo e Assinatura do Médico
<b>IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO</b>		<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>
Nome:		Nome: Francisco Sampaio
Nº Ident.:	UF:	Nº: 23.062.300-0001-80
Endereço:		Fornecedor: Disponível
Nº:	Bairro:	UF: 10/06/18
Cidade:	UF:	Carimbo e Assinatura
CEP:	Tel.:	Data: 10/06/18

AT.000-207 Versão 1 - 01/ DEZ/10 - Via Única - Formato A5 (148x210).





**Prefeitura de  
Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

**ATESTADO MÉDICO**

NOME: FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATORIO DO IJF 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 Queiroz  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/MEC 117421

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu KRAUJO RICARDO DE SAUSO LIMA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 877-362.923-53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FRANCISCO SERGIO FELCEIRO DE SAUSO inscrito (a) no CPF sob o Nº 075.793.673-02

do sinistro de DPVAT cobertura IMUNIDADE da Vítima FRANCISCO SERGIO FELCEIRO DE SAUSO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 075.793.673-02, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: AGENTE DE EXEMINAS Renda: RECURSA e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-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>
E-mail:	CEP: <u>60360-820</u>	Tel. (DDD): <u>(85) 981941452</u>

Local e Data: Fortaleza CE 18/07/19

KRAUJO RICARDO DE SAUSO LIMA

Assinatura do Declarante

RECEBEMOS

22 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre  
Coordenadora de Seguros Eirel  
CNPJ: 21.447.730/0001-02

AUT  
254

enel

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº 579678373

Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 05.105.848-3

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

16824

22674

C

DADOS DO CLIENTE

Rota 20 01240 52 092200 - 7 Medidor 5135086 Poste 1479 E25W  
Nome FRANCISCO EDUAR DE LIMA  
Endereço Postal RU PDE PERDIGAO SAMPAIO 01444 - AURIAN NUNES -  
FORTALEZA CEP 60110-000

JUN/2019

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

455755
15/07/2019
238,25

End. da Unidade Consumidora RU PDE PERDIGAO SAMPAIO 01444 - FORTALEZA

RG / CPF / CNPJ 00000001388280

CGF

Classe RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 51677 Leitura Anterior 51423 Constante 1 Consumo kWh 254 Perda Ramal 0 Cons. Incl. 0 Cons. Fix. 254

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade	27/06/19	29/06/19	29
VALOR CONSUMO DO MES	254	0,75394	194,04
MULTA MORATORIA REF 06/2019			3,82
JUROS DO MES Ref. 06/2019			0,32
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL			28,07
			1,00

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 08/07/2019 Prev. Próxima Leitura 30/07/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

03F2-2457-DAFF-8555-8D5E-C283-CC1A-D485

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto

194,04 27,00% 52,39

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	74,81
Transmissão	6,93
Distribuição	43,06
Encargos Setoriais	9,07
Tributos [ICMS PIS/COFINS]	90,37
Total	194,04

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto POCI ABR/2019  
Mês DICR1 = 0,00 P  
Padrão Individual Apuração Individual  
Mensal Trm. Anual Mensal Trm. Anual  
DIC (h) 4,83 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00  
PIC (wh) 3,11 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00  
DMIC (h) 2,63 0,00 0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CALHA ECONÔMICA FEDERAL

QUINA: sorbidos de segunda-feira a sábado, Ap

192-630639978-3

11/JUL/2019

HORA DE 18:34:27

LIT. 05/07/2019 /  
LOCALIDADE: FORTALEZA  
AD. VINCULADA: 0031

TERM 027266

COMPROVANTE DE PAGAMENTO  
COMPANHIA ENERGÉTICA DO CEARÁ

VALOR DO PAGAMENTO: 238,25

836100000022 382500310000  
000045575503 053840812407

192-630639978-3

19 VIA

RECEBEMOS

24 JUL 2019

Sílvia Carneide F. Nobre  
Diretora de Seguros Elétricos  
CPF 021.897.734.0001-06



6696636

Para assinar este documento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
fora criada pela Lei Nº 10.438  
de 26 de abril de 2002

Compensação Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.106.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 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 Poste 0000 C06W

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 877362923-53 CGF

Nome do Responsável

DADOS			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.		
Abr/2019	15/04/2019	15/05/2019	Conjunto	FIC 2019	ESD 24,89
ICMS			Mês	DICRI = 0,00 P	
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual		
76,81	27,00%	20,52	Mensal	Trim.	Anual
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			DIC	4,83	9,67
TIEE, D179, C035, AFR2, 77AE, 5F6C, C8E2, ABC4			FIC	3,11	6,22
			DMIC	2,69	
			Apuração Individual		
			Mensal	Trim.	Anual
			0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO							
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
6546	6441	1,00	105	0,00	100	72,297	76,81
15/04/19	16/03/19		30 D146		185		

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	76,81
MULTA MORATORIA REF 03/2019	1,26
JUROS DO MES	0,99
CORRECAO MONETARIA DO MES	1,69
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	9,50

VENCIMENTO	23/04/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)	89,45
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	25,27	94	105
Transmissão	3,82	89	104
Distribuição	16,11	102	135
Encargos Setoriais	4,32	169	64
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	24,29	64	84
TOTAL	76,81	84	84

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO <sub>2</sub> (kg/kWh)		
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		
Emitido kg (CO <sub>2</sub> )	40,99	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )
	0,00	Consistência Ecológica (% CO <sub>2</sub> )
		0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO							
CONTAS EM ATRASO							
<p>Previo Aviso</p> <p>NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA</p> <p>Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contábeis em atraso. Segue o detalhamento do débito, o não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias após a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 e/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.</p> <p>Consta desta fatura R\$ 3,77 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,68% e COFINS: 4,18% (Art. 3º Res. 100-2005 - ANEEL, e Lei nº 10.507/02 e 10.833/03)</p> <p>Bandeira verde em abril, sem acréscimo no valor da energia a ser repassado para o consumidor. Informações: <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a></p>	<p>DEBITOS ANTERIORES</p> <table> <tr> <th>Mês/Ano</th><th>Valor R\$</th></tr> <tr> <td>03/2019</td><td>69,26</td></tr> <tr> <td>Total</td><td>69,26</td></tr> </table>	Mês/Ano	Valor R\$	03/2019	69,26	Total	69,26
Mês/Ano	Valor R\$						
03/2019	69,26						
Total	69,26						

RECEBEMOS

21 JUL 2019

Maria Gacinda F. Nobre  
Corretora de Seguros Ene  
CNPJ: 21.437.734/0001-02

RECEBEMOS

22/07/2019

Maria Gacinda F. Nobre  
Corretora de Seguros Ene  
CNPJ: 21.437.734/0001-02



GOVERNO MUNICIPAL DE ITAREMA  
SECRETARIA DA SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL MATERNIDADE RIOS



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Classificação do risco: ☐

EMSI: \_\_\_\_\_ ACS: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_ ACS: \_\_\_\_\_  
ESF de origem: Unidade de Saúde  
Raça: Branco ( ) Pardo (x) Preta ( ) Amarela ( ) Indígena ( )  
Nome: Marcelo José da Silva  
Filiação: Marcelo José da Silva  
Endereço: Rua da Saúde, 123, Itarema  
Bairro: \_\_\_\_\_ Naturalidade: Itarema  
RG: \_\_\_\_\_ Data Expediente: \_\_\_\_\_  
Registro nascimento: \_\_\_\_\_ Livro: \_\_\_\_\_ Fome: \_\_\_\_\_  
Hortário de chegada: 13/12 Data: 28/02/18 Recepcionista: Renato

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

SSV: PA140 x 80 mmHg. Temp: 36 58  
Ass. Aux./tec. de Enfermagem/corimbo: \_\_\_\_\_  
Glicemia: \_\_\_\_\_  
Peso: 50,2 kg  
Horário: 18:15

Procurou o PSF de sua área?

NÃO porque ( ) Não é paciente ( ) É fonte de caso

Queixa principal:

HDA: Marcelo José da Silva  
Marcelo José da Silva (filho) 10/12

Diagnóstico de enfermagem:

Condição de enfermagem:

Encaminhamento:

Assinatura Enfermeira/COREN:

Ass. Aux. de Enfermagem  
Ass. Aux. de Enfermagem  
COREN-CE 440.036



VALIDO 60 DIAS COM SALDO DE AUTENTICIDADE

CARTÓRIO LAURA  
OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS DE ITAREMA-CE  
A presente cópia confere com o original, que  
me foi apresentado nestas datas, DOU-CE  
Itarema-CE 02/10/18  
Ass. Aux. de Enfermagem  
Laura Eduardo de Sá Costa - titular  
Mary Cláudia Costa Roque - substituta

ATENDIMENTO MÉDICO

HDA Paulo Roberto da Silva 10/12  
Paulo Roberto da Silva 10/12  
Paulo Roberto da Silva 10/12  
Paulo Roberto da Silva 10/12

CONDIÇÃO INDICADA:

MEDICAÇÃO: 10/12

EXAMES SOLICITADOS:

RECEBEMOS

24 JUL 2019

Ass. Médico CRM

Av. Rios, NS - Centro, Itarema-CE, 05711-000  
Telefone: (85) 35517-1333



# 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 Sousa

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Francisco Sergio Feneiro de Sousa

075-743-673-02

Recuso

Rua D. S. pendigão Sampaio

3444

Artur Nunes

Fontaleza

CE

60110-000

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:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil - 001

AGÊNCIA: 3881 4 CONTA: 21.300 4

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 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.

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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fontaleza 23-07-19

FRANCISCO SERGIO FENEIRO DE SOUSA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

TESTEMUNHAS



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAREMA



Impresso nº 2018123156

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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**  
Ponto de Referência:

Município: **ITAREMA/CE****RECEBEMOS****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**  
País: **BRASIL**

24 JUL 2019  
Márcia Gacimide F. Nobre  
Corregedor de São José Esc.  
CNPJ 21.431.715-0001-00

CEP: **62.590-000**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 JOSAFÁ 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 Nº 4 8 - 1097 / 2018**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

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

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

FRANCISCA SÉRGIO FERREIRA DE SOUSA

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

IGOR MOTA SAMPAIO - MAT.: 30120345

**RECEBEMOS**

**24 JUL 2019**

**Maria Gerisalde F. Nobre**  
Corretora de Seguros Eret  
CNPJ: 21.487.736/0001-00





**TERMO DE DECLARAÇÃO DE JOSAFÁ 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 **JOSAFÁ 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 Acarau/CE, CPF: 022.082.483-50, RG: 2003014154388 SSP, residente à Sitio 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) : \_\_\_\_\_

DECLARANTE : JOSAFÁ DOS SANTOS CARNEIRO

ESCRIVÃ(O) : \_\_\_\_\_

RECEBEMOS

24 JUL 2018

Maria Germaine F. Nobre  
Carreira de Segurança  
CHP J.21.897.7



---

**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 Sousa, brasileiro(a), estado civil: Solteiro  
Profissão: recluso, portador(a) do RG 2008949882-2, órgão expedidor F 235.413-01  
e do CPF: 075.743.673-02 residente no(a) Rua Pde - perdigão Sampaio  
nº 3444, bairro: Antônio Bezerra, município: Fontaleza I. CE

### OUTORGADO:

Nome: Francisco Roberto de Souza Lima, brasileiro(a), estado civil: Casado  
Profissão: PGT. DE EXEMPLO, portador(a) do RG \_\_\_\_\_, órgão expedidor SSPCE  
e do CPF: 877 362 923 33, residente no(a) Rua Hugo Carlos  
nº 889A, bairro: Antônio Bezerra, município: Fontaleza I. 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 075 443 673-02 data do acidente: 26/07/2018 Cobertura: Imunidade

Local e data: Fontaleza 17-07-19

FRANCISCO SÉRGIO FERREIRA DE SOUSA

Assinatura do outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital



### 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: \_\_\_\_\_ I. \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura de quem assina A ROGO

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

### TESTEMUNHAS

2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

RECEBEMOS

24 JUL 2019

Marina Gacimide F. Nogueira  
Corretora de Seguros Ex-  
CNPJ 21.497.700/0001-00

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0250293/19

**Vítima:** FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA/

**CPF:** 075.743.673-02

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 26/07/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO SERGIO  
FERREIRA DE SOUSA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-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](http://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

KACIANO RICARDO DE SOUZA LIMA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1494189080

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1494189080

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

NOME  
RACIANO RICARDO DE SOUZA LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR (UF)  
056555 MT/PS CE

CPF  
877.362.923-53

DATA NASCIMENTO  
15/11/1975

RELACÃO  
JOÃO RAIMUNDO DE LIMA  
ANGELITA DE SOUZA LIMA

PERMISSÃO  
ACC CAT/HA  
AB

Nº REGISTRO  
04694560433

VALIDADE  
05/07/2022

1ª HABILITAÇÃO  
10/07/2009

OBSERVAÇÕES  
A :  
EAR :

ASSINATURA DO PORTADOR  
*Ricardo Ricardo de Souza Lima*

LOCAL  
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO  
27/07/2017

ASSINATURA DO EMISSOR  
*For V. de P. de*  
44058606618  
CE160251036

CEARÁ

RECEBEMOS

24 JUL 2019

Maria Gerineide F. Nobre  
Carteira de Seguros Erel  
02/07/21.227.1.00001.06



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013867956102  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT VIA COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO  
01 00419920978 0000000000 2017

NOME

FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOU  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
ITAREMA /CE

CPF / CNPJ

07574367302

PLACA

NUP4848/CE

PLACA ANT / UF

/CE

CHASSI

9C2KC1670CR453138

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL

GASOL/ALCO

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB.

2011

ANO MOD.

2012

CAP / POT / CIL

2P/0CV/149CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

\*\*\*\*\*

VENO. COTA ÚNICA

\*\*/\*\*/\*\*

VENO. COTAS

1ª \*\*\*\*\*

FADIA. I.P.V.A.

\*\*\*\*\*

PARCELAMENTO / COTAS

\*\*\*\*\*

2ª \*\*\*\*\*

3ª \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IDF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\*

OBSERVAÇÕES

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

LOCAL

ITAREMA

DATA

06/11/2017

Igor Ponte  
Supervisor

DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013867956102 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO

2017

DATA EMISSÃO

06/11/2017

VIA

01

CPF / CNPJ

07574367302

PLACA

NUP4848

RENAVAM

00419920978

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB.

2011

COT. ÚNICA

09

Nº CHASSI

9C2KC1670CR453138

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

81,29

DETRAN (R\$)

9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$)

90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4,15

IDF (R\$)

0,7

COLA DO FMS DO SEGURO (R\$)

185,5

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE OUTAÇÃO

03/11/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.245.008/0001-04

MOTOR: KC16E7C453138

00177

EMOS

21 JUL 2018

Isaia Caroline F. Nobre  
Coordenadora de Seguros Elétricos  
CNPJ 021.897.716/0001-06