



Rodolfo Moraes da Cunha

OAB/CE 32.467
Advocacia e consultoria

fls. 5

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: PEDRO CESAR LEMOS, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF sob o nº **711.363.393-53**, residente e domiciliado na **Av. Padre Sebastião Marleno Alexandre, nº 1049, Jaguaretama/CE, CEP: 63.480-000**.

OUTORGADO: RODOLFO MORAIS DA CUNHA, brasileiro, solteiro, ADVOGADO, COM INSCRIÇÃO NA OAB/CE nº 32.467, com escritório localizado à Avenida Gov. Manoel de Castro Filho, nº 539, Centro, CEP nº 63.480-000, Jaguaretama – Ceará.

PODERES GERAIS: Por este instrumento particular de procuração, constituo o patrono acima qualificado e, concedendo-lhe, poderes para o foro em geral com as cláusulas **AD JUDICIA ET EXTRA**, podendo agir em qualquer juízo, instância ou Tribunal, inclusive junto às repartições públicas federais, estaduais e municipais, tendo poderes para propor contra quem de direito as ações competentes e defender o outorgante nas contrárias, seguindo-as até final decisão, interpondo os recursos legais.

PODERES ESPECÍFICOS: De igual modo, concedo ao advogado (a) constituído, poderes especiais para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, retirar autos de cartórios judiciais e de repartições públicas, inclusive substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, em conformidade com o art. 105 do NCPC/2015.

Jaguaretama, (CE) 06 de maio de 2019.

OUTORGANTE

(88) 9 8101.6080
(85) 9.8102-6080

✉ rjaguaretama@hotmail.com

📍 **Escritório 1**

Av. Governador Manoel
de Castro 539 -
Centro - Cep 63480-000
Jaguaretama - CE

📍 **Escritório 2**

Edifício Harmony Premium
Av. Humberto Monte, - 2929
Sala 813 Norte, Pici
Cep 60440-593 Fortaleza-CE.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
PEDRO CESAR LEMOS

Nº de Inscrição
711363393-53

Data do Nascimento
10/06/52

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2430243-92 DATA DE EXPEDIÇÃO 29.07.92

NOME PEDRO CÉSAR LEMOS.

PRIMEIRO PEDRO Lemos de Almeida.
SOLTEIRO MARIA Leoilda Barreto de Lemos.
Jaguaretama-Ce 10/06/1952

Cert.Nasc:6.785,Lv:A/17,Fls:135,
Cartório de Jaguaretama-Ce

CPF FORTALEZA-CE

ASSINATURA DO DIRETOR

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura PEDRO CESAR LEMOS

S E R P R O

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 27/06/98

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

CLIENTE
5888997
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

COMPANHIA ENERGÉTICA DO CEARÁ
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº
Rota 18 17020 29 096500 - 5
Nome ERACILDES ROBERTO DE LIMA
End. Postal RU FRANCISCO ANTONIO PINHEIRO 00424
JAGARETAMA - JAGUARETAMA - 63480000
Medidor 9611778
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 519263183-15
Nome do Responsável CGF 0000 0000

DATA
Mês de Referência 27/05/2019
Data da Apresentação 26/06/2019
Previsão Próxima Leitura 26/06/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjuntó Mês SOLONOPOLIS
Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual
5,19 10,38 20,77 0,00 0,00 0,00
3,23 6,47 12,95 0,00 0,00 0,00
2,94 5,88 11,76 0,00 0,00 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
9ABF.EICF.46F1.46E0.EF46.2A7C.6DED.5E68

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO
Leit. Atual 11324
Leit. Anterior 11248
Const. 1.00
Consumo (kWh) 76
Cons. Incl. 0,00
Cons. Fat. 76
Tarifa (R\$/kWh) 0,78546
Valor (R\$) 59,69

VALOR CONSUMO DO MES
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,96)
59,69

Pg 3/105/19

VENCIMENTO 03/06/2019

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO
Energia 22,73
Transmissão 1,80
Distribuição 13,35
Encargos Setoriais 3,83
Tributos (ICMS PIS/COFINS) 18,78
TOTAL 59,69

TOTAL A PAGAR (R\$) 59,69

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)
MED Ma Abr Mar Fev Jan Dez Nov Out Set Ago Jul Jun
68 76 66 65 64 70 70 83 72 74 73 58 55

CONSUMO CONSCIENTE EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 29,67
Compensado kg (CO₂) 0,00
Consciência Ecológica (%CO₂) 0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor Da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal
A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 2,67 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS: 0,81% e COFINS: 3,67%
Informamos que a tarifa foi reajustada, em média, em 8,22%, conforme Resolução Homologatória ANEEL 2.530/2019, com vigência 22/04/2019 a 21/04/2020. Bandeira AMARELA em MAIO-19.
www.eneel.gov.br

do Cliente: 5888997
Data de Emissão: 27/05/2019
da Nota Fiscal: 576025543
Referência: Mai/2019
Total a Pagar (R\$): 59,69
Nº de Controle: 0005888997 00065 39612 00
83800000000-9 59690031000-2 00058889970-4 00653961211-0

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO MORAIS DA CUNHA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/08/2019 às 10:08, sob o número 00058275920198060106. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0005827-59.2019.8.06.0106 e código 4EF16AA.

DECLARAÇÃO

PEDRO CÉSAR LEMOS, brasileiro, solteiro, aposentado, inscrito no CPF sob o nº 711.363.393-53 e RG nº 2430243-92 SSP/CE, residente e domiciliado na Rua Francisco Antônio Pinheiro, nº 424, Bairro Centro, Jaguarétama/Ce, CEP: 63.480-000, declara para devidos fins de comprovação de Residência que reside no endereço acima citado, conforme comprovante em anexo.

Jaguarétama- Ce, 29 de julho de 2019.

A handwritten signature in blue ink, reading "Pedro César Lemos", is written over a horizontal line.

PEDRO CÉSAR LEMOS

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

PEDRO CESAR LEMOS, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF sob o nº **711.363.393-53**, residente e domiciliado na **Av. Padre Sebastião Marleno Alexandre, nº 1049, Jaguaretama/CE, CEP: 63.480-000**, desejando obter os benefícios da “*Justiça Gratuita*”, declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz *jus* aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Jaguaretama-Ce, 06 de maio de 2019.



(Declarante)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180348465 **Cidade:** Jaguaratama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO CESAR LEMOS **Data do acidente:** 08/01/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REGULARIZAÇÃO DE COTO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO MORAIS DA CUNHA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/08/2019 às 10:08, sob o número 00058275920198060106. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0005827-59.2019.8.06.0106 e código 4EF16AC.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

PEDRO CESAR LEMOS

CPF da Vítima

711.363.393-53

Data do Acidente

08/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

RODOLFO MORAIS DA CUNHA

CPF do Representante legal

004.071.683-03

Email

mjagvaretama@hotmail.com

Telefone (DDD)

(88) 98101-6080

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

JAGVARETAMA, 25 de AGOSTO de 2018

Local e Data

Pedro Cesar Lemos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Rodolfo Moraes da Cunha
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Seguradora Lider-DPVAT Acom: x 13353730.pdf x (2) WhatsApp x +

https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?gclid=CwKCAjw_bo2RA9fwaA4klEvgCTwsegwtJ8yvoclia_6tHeJGVp8kmNN7F6T...

Apps PDDE Interativo Minha Conta - Rate...

Documentos Invalidez Permanente
Documentos Morte
Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

documentação completa.

SINISTRO 3180348465 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA PEDRO CESAR LEMOS
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO PEDRO CESAR LEMOS
CPF/CNPJ: 71136339353

Posição em 04-07-2019 11:03:55
O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R\$00.000,00
Juros e Correção: R\$00.000,00
Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/10/2018	R\$ 1.012,50	R\$ 0,00	R\$ 1.012,50

Windows 10 Digite aqui para pesquisar 11:10 04/07/2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276554/18
Vítima: PEDRO CESAR LEMOS
CPF: 711.363.393-53

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 08/01/2018
Titular do CPF: PEDRO CESAR LEMOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

PEDRO CESAR LEMOS : 711.363.393-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

RODOLFO MORAIS DA CUNHA : 004.071.683-03

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

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: 30/07/2018
Nome: RODOLFO MORAIS DA CUNHA
CPF/CNPJ: 004.071.683-03

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/07/2018
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

RODOLFO MORAIS DA CUNHA

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 470 - 283 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **29/06/2018 09:00:27**
Data / Hora da Ocorrência: **08/01/2018 09:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA PADRE SEBASTIÃO MARLENO, 79**
Complemento:
Bairro: Município: **JAGUARETAMA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **PEDRO CESAR LEMOS**
Nascimento: **10/06/1952** CPF: **711.363.393-53**
RG: **243024392** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA LEOILDA BARRETO DE LEMOS**
PEDRO LEMOS DA ALMEIDA
Endereço: **RUA PADRE SEBASTIAO MARCELO, 1049**
Bairro: **CENTRO**
Município: **JAGUARETAMA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98136-1685**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORU4765** Uf: **CE** Município: **RUSSAS** Chassi:
95365824XDR339601 Renavam: **595495630** Tipo do Veículo:
CAMINHAO Marca / Modelo: **VW/24.280 CRM 6X2** Ano Fabricação:
2013 Ano Modelo: **2013** Combustível: **DIESEL** Cor: **BRANCA**
Proprietário: **WALDEMBERGUE SANTIAGO COSTA FILHO** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

A pessoa acima qualificada compareceu em cartório nesta Delegacia Municipal, onde, após ser cientificada do teor dos artigos 340 e 342 do CPB, comunicou que na data, local e hora acima indicado, estava trabalhando descarregando farinha do caminhão de placa ORU-4765; Que o caminhão estava parado em uma subida e foi colocado uma pedra no pneu de trás do caminhão, que depois que terminou de descarregar a mercadoria nesse local foi retirar a pedra que estava apoiando o caminhão e o mesmo desceu um pouco e veio a passar por cima mindinho da mão direita, onde veio a perder parte do mesmo; Que foi socorrido para o hospital municipal de Jaguaretama-CE e do mesmo foi transferido quase que de imediato para o hospital municipal de Russas; Que trabalhava descarregando caminhão, mas devido ao acidente está sem trabalhar; Que foi socorrido para o hospital municipal de Jaguaretama-CE pelo JUCIMAR DA SILVA DANTAS; Que são as suas testemunhas o JUCIMAR DA SILVA DANTAS, residente da rua Padre Sebastião Marleno nº884, Jaguaretama-CE, telefone 88-981137898 e o seu vizinho que viu o acidente de nome FRANCISCO NETO ALMEIDA, residente Padre Sebastião Marleno nº1045, Telefone 88-981161123, testemunhas essas que vieram até a delegacia e apresentaram os seus documentos, conforme anexo. E NADA MAIS DISSE

DOCUMENTO
ORIGINAL

1ª CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

SSP

DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA

Pág. 1 de 2

Impresso em: 29/06/2018 09:27:32

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO MORAIS DA CUNHA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/08/2019 às 10:08, sob o número 00058275920198060106. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0005827-59.2019.8.06.0106 e código 4EFF16AD.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 470 - 283 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO NAIRTON ARAUJO GONCALVES - MAT.: 30114612

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

KARLUS KLEBER SANDES SANTOS - MAT.: 30082214

X *Guilherme rubeltrub*

X *Jucimar dasilva Dantas*

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ
SISTEMA LOCAL DE SAÚDE DE JAGUARETAMA



1. Preencher esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou treinamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª. via à unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: Pedro Cesar Gomes

Prontuário Nº _____

Sexo: M ☒ F ☐

Idade: 65 Anos

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Ref. visita de controle de amarelão resultante
emagrecimento de 5º grau de 6, de 1º e 2º graus

Resultado de Exames: transfusão

Conduta já realizada: Sintomas

Impressão Diagnóstica: Amarelão de 5º grau de 6, de 1º e 2º graus

Assinatura do Encaminhante - Nº. Registro _____

Função _____

Data 08.01.18

Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: _____

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☒

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Amarelão de 5º grau de 6, de 1º e 2º graus

Profissional: Transfusão

Unidade de Referência: _____

Data: 1 / 1 / _____

Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº _____

Alta 1 / 1 / _____

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames:

Diagnóstico: Principal _____

CID: _____

Secundário 1 _____

CID: _____

Secundário 2 _____

CID: _____

Conduta Realizada:

Proposta de Conduta para Seguimento

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

SS: _____



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

BIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

Local e Data

Pedro César

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

79



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
Endereço		Número	Complemento	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
Email			Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

_____, ____ de _____ de _____
Local e Data

Rodolfo Pereira Noll

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Comprovante de Saque de
conta corrente

Data 29/04/2018 Hora de Brasília 08:03
 Agência 05438 - MORADA NOVA
 Conta 0122351-5
 Nome PEDRO CESAR LAMOS
 Tipo Cartão 1 Dia Cartão 01
 Valor 20.00
 Ag. Bradesco 5438 MORADA NOVA
 FICB : 007 MERCADINHO FICB
 CÍCERO
 NSU 029112633026 Autenticação 804858
 Conserve este Recibo

OUTDORIA BRADESCO
 0800 222 9933

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

Nº DO CLIENTE
5965123-7
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 0135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 02.047.251/0001-70 | CGF 06.105.849-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 522512248

Rota 16 17020 40 073500 - 6 Data de Emissão 23/04/2018

Nome MARIA SOCORRO DE LIMA

End. Postal RU PDE SEBASTIAO MARLENO 01049
JAGARETAMA - JAGARETAMA - 63480000

Medidor 756017 Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 766437603-30 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Abr/2018	23/04/2018	23/05/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto SOLONOPOLIS

Mês Fev/2018 EUSD 19,32

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
99,61	27,00%	26,89

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

4384.2F57.E866.77AB.1CF9.57... .6BF1

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
6495	6351	1,00	144	0,00	30	0,24210	7,26
					70	0,41504	29,05
					44	0,62257	27,39

23-04-18 22-03-18 32 Dias 144 63,70

VALOR CONSUMO DO MES 63,70

ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079 9,70

MULTA MORATORIA REF 03/2018 0,79

JUROS DO MES 0,20

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 11,60

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 2,17

VENCIMENTO 02/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 88,16

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)
Energia	23,34
Transmissão	13,30
Distribuição	13,30
Encargos Setoriais	3,56
Tributos (PIS/COFINS)...	30,68
TOTAL	75,57

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
137	
144	
132	
142	
155	
137	
136	
143	
127	
159	
119	
124	
133	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
62,24	0,00	0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE REGISTRO DO DÉBITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde, Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 5,99 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1,08% e COFINS:4,94% (Art. 9º Lei. 100-2002 - ANEEL e leis n. 10.637-07 e 10.833-03)

Informamos que a tarifa foi reajustada, em média, em 4,96%, conforme Resolução Homologatoria ANEEL n. 2.363/2018, com vigência de 22/04/2018 a 21/04/19. Bandeira verde em abr-18. Informações: www.aneel.gov.br

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

Nº DO CLIENTE

4259716-1

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

PG 03/07

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota 01 17020 01 068500 - 7 Data de Emissão 531598862
Nome RODOLOFO MORAIS DA CUNHA 03/07/2018
End. Postal RU ROBSON RIC M DE LIMA 00637 AP 637 A
Medidor JAGARETAMA - JAGARETAMA - 63480000
Classe 24794318 Poste 0000 0000
RG/CPF/CNPJ 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
Nome do Responsável 004071683-03 CGF

DATAS

Mês de Referência Data da Apresentação Previsão Próxima Leitura
Jul/2018 03/07/2018 02/08/2018

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
139,68	27,00%	37,71

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DEE7.C4E4.0606.3929.111C.FEE7.D37D.2BBE

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 15912	15739	1,00	173	0,00	173	0,80745	139,68

03/07/18 04/06/18 29 DIAS 173 VALOR (R\$) 139,68

VALOR CONSUMO DO MES 139,68
MULTA MORATORIA REF 06/2018 2,77
JUROS DO MES 0,09
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 17,36
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 12,87)

VENCIMENTO

10/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

159,90

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	51,31
Transmissão	5,47
Distribuição	29,23
Encargos Setoriais	7,84
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	45,83
TOTAL	139,68

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

188	173	189	238	153	123	254	215	231	150	191	161	
MED	Jul	Jun	Mai	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 67,54 Compensado kg (CO₂) 0,00
Consciência Ecológica (%CO₂) 8%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Prezado Cliente, não se autorreligue. A religação a revalida da distribuidora enseja nova taxa de corte, bem como cobrança do custo administrativo de inspeção (art. 175 c/c art. 131 Resol. 414/2010 - Aneel).

Consta desta fatura R\$ 8,12 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1,04% e COFINS:4,78% (Art. 9 Res. 100-2005 - ANEEL e leis n. 10.637-02 e 10.833-03)

Estamos em Bandeira vermelha patamar 2 em julho-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh (quilowatt-hora). Informações: www.aneel.gov.br

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

Nº do Cliente:

4259716-1

Referência:

Total a Pagar (R\$): Jul/2018

Data de Emissão:

03/07/2018

Nº de Controle:

159,90

Nº da Nota Fiscal:

531598862

0004259716 00088 39032 04

8380000001-7 59900031000-0 00042597160-0 00833903246-9



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO MORAIS DA CUNHA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/08/2019 às 10:08, sob o número 00058275920198060106. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0005827-59.2019.8.06.0106 e código 4EF16AD.

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECASWEB/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, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu RODOLFO MORAIS DA CUNHA inscrito (a) no CPF/CNPJ 004.071.683 / 03, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário PEDRO CESAR LEMOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 711363393 / 53, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima PEDRO CESAR LEMOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 711363393 / 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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 ROBSON RICARDO MACHADO DE LIMA</u>		Número <u>637</u>	Complemento
Bairro <u>NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO</u>	Cidade <u>JAGUARETAMA</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63480-000</u>
Email <u>RJAGUARETAMA@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(88) 9 8101-6080</u>

JAGUARETAMA, 24 de JULHO de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL, 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

1497305242

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

CEARA

RODOLFO MORAIS DA CUNHA

RG: 2002010344990 SSPDC CE

CPF: 004.071.683-03 DATA NASCIMENTO: 25/12/1983

FILIAÇÃO: ROBERTO LINDOLFO BEZERRA DA CUNHA MARIA JOSE TELES MORAIS DA CUNHA

PERMISSÃO: ACC CATEGORIA: AE

Nº REGISTRO: 02752840943 VALIDADE: 08/02/2023 1ª EMISSÃO: 02/02/2003

SEM OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PORTADOR: *Rodolfo Cunha*

LOCAL: CRATO, CE DATA EMISSÃO: 15/02/2018

ASSINATURA DO TITULAR: *[Assinatura]* 72541107746 CE163700915

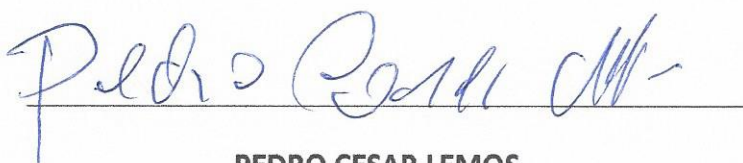
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

DECLARAÇÃO

PEDRO CESAR LEMOS, brasileiro, união estável, aposentado, residente e domiciliado na Av. Pe. Sebastião Marleno Alexandre, nº 1049, Bairro Pe. Sebastião Marleno Alexandre, CEP 63480-000, Jaguarétama-CE, declara para os devidos fins de comprovação de Residência que reside no endereço acima citado, **conforme comprovante em anexo.**

Jaguarétama, Ce, 25 de agosto de 2018.

A handwritten signature in blue ink, reading "Pedro Cesar Lemos", is written over a horizontal line.

PEDRO CESAR LEMOS



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

711.363.393-53

Nome completo da vítima

PEDRO CESAR LEMOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo PEDRO CESAR LEMOS		CPF titular da conta 711.363.393-53	Profissão APOSENTADO
Endereço AV. PADRE SEBASTIÃO MARLENO ALEXANDRE		Número 1049	Complemento
Bairro PADRE SEBASTIÃO MARLENO	Cidade JAGUARETAMA	Estado CE	CEP 63480-000
Email			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 05438 D/V ☐ (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO.	
CONTA NRO. 01273515 D/V ☐ (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. D/V ☐ (Informar dígito se existir)	
		CONTA NRO. D/V ☐ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JAGUARETAMA, 25 de AGOSTO de 2018

Local e Data

Pedro Cesar Lemos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Ramires Cunha

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Comprovante de Saque de
conta poupança

Data: 25/08/2018 Hora de Brasília 07:58

Agência: 05438 - MORADA NOVA

Conta : 0122351-5

Nome : PEDRO CESAR LEMOS

Tipo Cartão: 2 Via Cartão: 01

Valor : 80,00

Ag. Bradesco : 5438 - MORADA NOVA

PACB : 062 - MERGADINHO PADRE

CICERO

NSU: 029683857884 Autenticação: 804163

Conserve este Recibo

OUIDORIA BRADESCO
0800 722 9933

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: PEDRO CESAR LEMOS		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: APOSENTADO	Carteira de Identidade: 243024392	
CPF nº: 711.363.393-53	Endereço: AV. PADRE SEBASTIÃO MARLENO ALEXANDRE, 1049		
Bairro: PADRE SEBASTIÃO MARLENO ALEXANDRE	Cidade: JAGUARETAMA	Estado: CEARÁ	CEP: 63480-000

OUTORGADO:

Nome: RODOLFO MORAIS DA CUNHA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: ADVOGADO	Carteira de Identidade: 200201034499-0	
CPF nº: 004.071.683-03	Endereço: AV. GOV. MANOEL DE CASTRO FILHO, 539		
Bairro: CENTRO	Cidade: JAGUARETAMA	Estado: CEARÁ	CEP: 63480-000

Por este instrumento particular de procuração, **O OUTORGANTE** concede poderes especiais ao **OUTORGADO** para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, bem como, apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e/ou qualquer outra Seguradora do Convênio DPVAT e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade **DO OUTORGANTE** a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados **AO OUTORGADO**.

Jaguetama/Ce

24 de julho de 2018.

Pedro César Lemos

 OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)

 BIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

Extrato de Conta Corrente

PEDRO CESAR LEMOS 01/190R
AGÊNCIA 5438 CIB 01/22/51 5 25/MAR/2019

DISPONÍVEL
= TOTAL DISPONÍVEL 649,35
+ CONTA ENCL. (C/C + POU) 649,35

TOTAL DE RECURSOS 649,35

SALDO DISP. P/INVEST 649,35

LIMITES DE CRÉDITO
CHEQUE ESPECIAL 810,00
LIMITE UTILIZADO 0,00
LIMITE A UTILIZAR 810,00
CRÉDITO PESSOAL 224,00
LIMITE UTILIZADO 0,00
LIMITE A UTILIZAR 224,00

CONTABILIZAÇÃO DIÁRIA PORTE 11/11 15/03/19
FEVEREIRO, 2019

DIA HISTÓRICO N DOCTO VALOR
15 SALDO ANTERIOR 34,15
22 CRÉDITO DO INSS 02254,88 683,62
S A L D O 649,47
25 SAQUE CARTÃO CB 5438062 9,00

ESPECIE
SAQUE CARTÃO CB 5438062 40,00

ESPECIE
SAQUE CARTÃO CB 5438062 600,00

ESPECIE
S A L D O 0,42

MARÇO, 2019
06 CART. CRÉD. AMÉR. 4 MARCOS 12,58
TÓP. UTIL. LIMITE 32756,96 0,16
S A L D O 12,19
11 BNC LIM. CRÉDITO 32756,96 1,88
ENCARGO 14,31

S A L D O 14,02

15 TARIFA BANCARIA 0120319 20,20
CESTA B. EXPRESSO2

S A L D O 34,22

25 CRÉDITO DO INSS 02254,88 683,62
SALDO TOTAL 649,35

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS
NOVA POUPEANÇA DEPOS. A PARTIR DE 4/5/12

DIA DO	SALDO EM	RENDIMENTO(S)
ANIVERSÁRIO 25/03/2019		
25	0,00	0,00
22	0,00	0,00

TOTAL 0,00
TX CHQ ESP. 14,31 / A M 792,25 / A. A
OUTO. 01/04/2019

Ag Bradesco 5138 - NOVA
Corresp Banc. 062 - MERCADINHO PADRE
CICERO
NSU 002625649-00 Autenticação 902801

IMAGENS BRANCO

HCSR
SANTAS CASAS

HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará



38

BIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

SUS - SUS

Profissional: ANTONIO

Sector: TRAUMA/ORTOPEDIA

GUIA DE ATENDIMENTO

Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA

Consulta: URGENCIA

Turno: DIURNO

08/01/2018 12:42:17

Paciente: 00111834 - PEDRO CESAR LEMOS
Endereço: RUA - DOM LUIS - 2386 - ZONA RURAL - JAGUARETAMA - CE - 63480000 - PROX A ARNOLDO
Fone: (88) 98136-1685
Naturalidade: JAGUARETAMA - CE
CNS: 898003258645622 CPF: 711.363.393-53 Identidade 243024392 - SSP/CE
Nº da Carteira: Ocup.: AGRICULTOR
Validade: Autorização:
Mãe: MARIA LEOLDA BARRETO DE LEMOS
Pat: PEDRO LEM DE ALMEIDA
SisPreNatal:

Anotações de Outros Profissionais:

Peso: KG. Temp: °C. P. A. mmHg D. X.

Classificação de Risco: ☐ VERMELHO

☐ LARANJA

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Anotações Médicas

Condição

Diagnóstico:

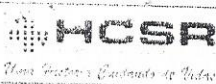
Assinatura e Carimbo

Atesto a realização do Atendimento de acordo com os dados acima

Assinatura do Paciente ou Responsável

Atendimento: 1800229791

Registrado por: maria.aubetiza



HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará



1800229792 08/01/2018 13:03:03 **GUIA DE ADMISSÃO** () **GUIA DE ATENDIMENTO** () **TRAUMA/CIRURGICO-02.005.003**

Paciente: 00111834 - PEDRO CESAR LEMOS
Documento: 243024392 - SSP/CE - 29/07/1992
Endereço: RUA - DOM LUIS - 2386 - ZONA RURAL - JAGUARETAMA - CE
Naturalidade: JAGUARETAMA - CE
Mãe: MARIA LEOILDA BARRETO DE LEMOS
Plano - Convênio: SUS - SUS
Caráter de Atendimento: Urgência
CID Principal: _____

Sexo: M Estado Civil: Solteiro(a)
Nascimento: 10/06/1952 Id: 65 A 6 M 28 D
Raça/Cor: Parda -
Contatos: (88) 98136-1685
Pai: PEDRO LEMOS DE ALMEIDA
CNS: 898003258645622
Escolaridade: _____
Ocupação: AGRICULTOR
CEP: 63.480-000
Complemento: PROX A ARNOLDO
CPF: 711.363.393-53
SisPreNatal: _____

Carteira: _____ Validade: _____ Autorização: _____
Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA
Profissional Solicitante: ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA P
Perm. Máxima (dias): _____

ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer () Exames Laboratoriais () RX () Ultrassonografia () Prótese () Mudança de Procedimento ()
Convênio: Autorizado Até: ____/____/____ Prorrogado Até: ____/____/____
Outros () Especificar: _____
Data da Saída: 10/01/2018 Motivo: () Curado () A pedido () Evasão () Transferido () Ybito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: *Fratura Exposta do 5º Q.DT DIREITO*

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

PRINCIPAL: *Amputação por fratura do 5º Q.DT DIREITO*

SECUNDÁRIA: _____

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

Paciente vindo de Japarechana por trauma na mão direita (acidente de trabalho), admitido para avaliação e conduta.

Médico Responsável

Argemiro de Lima Mendes
Paciente ou Responsável

Diretor Responsável

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNAÇÃO HOSPITALARSistema Único de
Saúde Ministério
da Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS

2 - CNES

232800-3

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS

4 - CNES

232800-3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

PEDRO CESAR LEMOS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

00111834

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898003258645622

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/06/1952

9 - SEXO

1 - Masculino

10 - RAÇA / COR

Parda

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARIA LEOLDA BARRETO DE LEMOS

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

PEDRO CESAR LEMOS

12 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 98136-1685

14 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 98136-1685

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA. DOM LUIS - 2386 - PROX A ARNOLDO - ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JAGUARETAMA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

230670

18 - UF

CE

19 - CPF

63.480-000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Ata de consulta e exame de
físico, em 11/06/2018
depois de 10 dias
de internação em
unidade de internação

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Diagnóstico inicial
as 10h de 11/06/2018
Rug. 11/06/2018

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408260042

29 - CLÍNICA

TRAUMATOLOGICA

30 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

31 - DOCUMENTO

C. N. S.

32 - Nº DO DOCUMENTO

182215039540018

33 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/01/2018

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DISSIMULADO

() APOSENTADO

() NÃO SE ENQUADRA

AUTORIZAÇÃO

46 - COD ORGÃO FISCAL

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

CNS

49 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

IBIA CORRETORA DE SEG. LTD

30 JUL 2018


HCSA
 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas
**SANTAS
CASAS
UNIDAS**
BOLETIM DE OPERAÇÃO
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

 NOME: Felício Cassia Leivas

 DATA: 03 / 01 / 2018

 LEITO: 5.2
DIAGNOSTICO CLÍNICO:
DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:

*Reparo de
anterior do 5.º*

CONDIÇÕES DO PACIENTE

TEMPO	PULSO	RESP.	P.A.	GERAIS

ANESTESIA:

Bloqueio

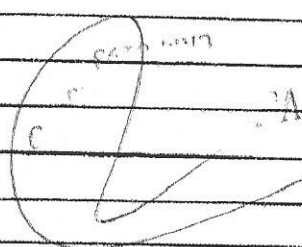
OPERAÇÃO:

Anestesia Tinguir
do 5.º

CLASSIFICAÇÃO:

 INÍCIO: 20:30h FIM: 21:30h

ACHADOS (DESCREVER OS ÓRGÃOS EXPLORADOS E REGISTRE OS OS ACHADOS PATOLÓGICOS)


O QUE FOI FEITO:

- 1) *Ata no distal*
- 2) *Am + (Am +*
MSD)
- 3) *Proceder*
de
de
de
- 4) *Ata de*
de
de
- 5) *de*
de

CONTAGEM COMPRESSAS:

Operador

Auxiliar

Anestesiista

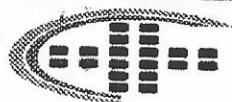
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

www.hcsrussas.com.br

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

ASS:



HCSR
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Renata Cassia Leal

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

DATA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
08/07/18		Ata pulsatil e suplenim em função do 5º D
09/07/18		12 po regularizantes com ampulhas de 100 mg
10/07/18		alta discreta

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

www.hcsrussas.com.br

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

30 JUL. 2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO MORAIS DA CUNHA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/08/2019 às 10:08, sob o número 00058275920198060106. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0005827-59.2019.8.06.0106 e código 4EF16B0.


HCSR

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas
**SANTAS
CASAS
UNIDAS**
RESUMO DE ALTA
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

 NOME: Pedro Cesar Leoni

 ENFERMARIA: 5 LEITO: 2 PRONTUÁRIO:

 RESUMO CLÍNICO: Realizada Amputação cirúrgica de
amputação parcial do 5º DDT direito.
Sem intercorrências.
Evolução satisfatória
EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:
Bt. *[assinatura]*
12+

 PROCEDIMENTO REALIZADO: Cirurgia

 TERAPÊUTICA UTILIZADA:

 ADMISSÃO: 08/01/18 ALTA: 10/01/2018 DIAS INTERN.: 1
CONDIÇÕES DE ALTA:

 MOTIVO: CURADO (), MELHORADO (), APEDIDO (), EVASÃO (), TRANSFERIDO (), ÓBITO ()
 INALTERADO (), ADMINISTRATIVO ()

 ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO:

 DIAGNÓSTICO FINAL: Amputação cirúrgica de 1º DDT direito e 5º DDT
parcial do 5º DDT

 OBSERVAÇÕES: acompanhamento ambulatorial

 Dr. *[assinatura]* Aluisio Eduardo Filho
 CRM: 12345

MÉDICO RESPONSÁVEL

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611
 www.hcsrussas.com.br

DATA: 08/01/2018 HORA: 09:34

SUS

NOME: Pedro Cesar Lemos		DN: 10/06/52	DE: 16																		
ENDEREÇO: Padre Sebastião marlenio 1049		PROFISSÃO: Aposentado																			
NOME DA MÃE/RESPONSÁVEL: Maria Laila Barreto de Lemos		TELEFONE: 1881981361																			
Cartão SUS	898003258643622	RG	243024392																		
PA	PESO	SPO2	Dx																		
HDA/ HD/ EX FÍSICO																					
Anuplas de Laila de 5: falange de dext. por exm. gamut. por canchada																					
<table><tr><td>S</td><td>N</td><td>HIPERTENSÃO</td></tr><tr><td>S</td><td>N</td><td>DIABETES</td></tr><tr><td>S</td><td>N</td><td>CARDIOPATIA</td></tr><tr><td>S</td><td>N</td><td>EPILEPSIA</td></tr><tr><td>S</td><td>N</td><td>MARCAPASSO</td></tr><tr><td>S</td><td>N</td><td>HEMOFILIA</td></tr></table>				S	N	HIPERTENSÃO	S	N	DIABETES	S	N	CARDIOPATIA	S	N	EPILEPSIA	S	N	MARCAPASSO	S	N	HEMOFILIA
S	N	HIPERTENSÃO																			
S	N	DIABETES																			
S	N	CARDIOPATIA																			
S	N	EPILEPSIA																			
S	N	MARCAPASSO																			
S	N	HEMOFILIA																			
ALERGIAS OU ALERGIA																					
GLASGOW																					
ABERTURA OCULAR																					
RESPOSTA VERBAL																					
RESPOSTA MOTORA																					
TOTAL																					
CONDUTA / PRODECIMEN																					
Cefprozol 100mg + Dexam 4mg + pomel SF 09%. EV																					
OF. 000 Tabela 2.3. Barreto																					
Módulo - Clínica Geral																					
09011521																					

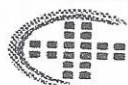
Ass do paciente ou responsável

Ass do profissional assistente

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

SS:


HCSR
 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Uma História Cuidando de Vidas
CNPJ: 07.770.001/0001-64

RECEITUÁRIO

Nome: PEDRO CÉSAR VENOS.
 End.: rua périmo.
 Atualizei o paciente
 eime foi substituído a cirurgia
 1/ Realização de
 Amputação Transversal
 do 5º. Metacarpo
 do 1º. Dto.
 Entre - e -
 26/10/13 Alto Definitivo Médico - CRM

Data: 26/10/13
 Rua Dr. José Ramalho, 1436, Centro - CEP: 62.900-000 - Russas/CE
 Fone: (88) 3411.0147 - Fax: (88) 3411.6611

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018