

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013569132063

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COO. SEVAM - R.N.T.R.O. - EXERCÍCIO
PPT 01 01091917210 0000000000 2017

NOME
ANTONIO JOSE DE SOUZA

GUARAMIRANGA /CE

CPF - CNPJ
70307911349

PLACA
P0G1966/CE

PLACA ANT. UF
/CE

CHASSI
9C2KC2200GR070837

TIPO DE VEÍCULO
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL
GASOL/ALCO

MARCA/MODELO
HONDA/CG 160 FAN ESD1

ANO FAB. ANO REG.
2016 2016

CAP. POT. CL.
2P/0CV/162CC

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRATA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
I ***** **/**/** 1*****
P ***** 2*****
V ***** 3*****
A *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) - IOP (R\$) - PRECIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
GUARAMIRANGA 08/08/2017

Igor Ponte
Superintendente



DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

CE Nº 013569132063 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 DATA EMISSÃO
2017 08/08/2017

VIA - CPF - CNPJ
01 70307911349

PLACA
P0G1966

REPÚBLICA MARCA/MODELO
01091917210 HONDA/CG 160 FAN ESD

ANO FAB. ANO REG. Nº CHASSI
2016 09 9C2KC2200GR070837

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$)	DETACHA (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,29	9,03	90,33
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL PRECISO DO BILHETE (R\$)
4,13	0,7	185,5

PAGAMENTO DATA DE OUTRACAO
X COTA ÚNICA PARCELADO 07/08/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.245.808/0001-04

MOTOR: KC22E06070868

01150



COMPRA SEGUROS
E PPE - DATA S.A.

29 ABR 2019

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: 626.733.193-87 4 - Nome completo da vítima: Raimundo Nonato Marcelino Da Cruz

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

5 - Nome completo: Raimundo Nonato Marcelino Da Cruz 6 - CPF: 626.733.193-87
7 - Profissão: Aplicador 8 - Endereço: Povoado Lana Seta 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Guaramiranga 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 62.766-000
15 - E-mail: minesadivocacia@gmail.com 15 - Tel.(DDD): _____

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:

☐ RECURSO 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: 1111 (informar o dígito se existir) CONTA: 01386761 (informar o dígito se existir) 4

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ (informar o dígito se existir) CONTA: _____ (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 do pedido.

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 (nascidos)? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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: Baturité, 4 de Setembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Raimundo Nonato Marcelino da Cruz

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397295/19

Vítima: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

CPF: 626.733.193-87

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 28/12/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO
MARCELINO DA CRUZ

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA : 379.399.473-20

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

RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ : 626.733.193-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/11/2019
Nome: JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA
CPF: 379.399.473-20

JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397295/19

Número do Sinistro: 3190634842

Vítima: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRI

CPF: 626.733.193-87

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 28/12/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO
MARCELINO DA CRUZ

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA : 379.399.473-20

Declaração Circular SUSEP 445/12

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/04/2020
Nome: JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA
CPF: 379.399.473-20

JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397295/19

Número do Sinistro: 3190634842

Vítima: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRI

CPF: 626.733.193-87

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 28/12/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO
MARCELINO DA CRUZ

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/07/2020
Nome: JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA
CPF: 379.399.473-20

JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/07/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PROCURAÇÃO

Outorgante: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão AUTÔNOMO, residente e domiciliado à Rua CONTINENTAL DA SECA, nº, bairro FARFALHA, Município de GUARAMIRANGA, Estado de(o) CEARA, Cep 62.786-005, portador(a) do Rg nº 91026008104, SSP/ e CPF nº 626.333-193-82.

Outorgado: JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA, brasileiro(a), estado civil DIVORCIADO, profissão INATIVO, residente e domiciliado(a) à Rua PE. BENEDITO, nº 249, bairro CENTRO, Município de MULUNGU, Estado de (o) CE, Cep:, portador (a) do RG nº 012.214-18 SSP/ PMCE e CPF nº 379.399.473-20.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, de natureza INVALIDEZ que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ, ocorrido em 28.11.2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

GUARAMIRANGA, 28, de MARÇO de 2019.

	RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE DA ASSINATURA
	<u>Raimundo Nonato Marcelino da Cruz</u>
	Guaramiranga/CE, 28/03/2019
	Em testemunha <u>M. V. Batista</u> de verdade
	Maria Violeta Batista de Almeida - Tabolia

Outorgante
CPF nº 626.333-193-82

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0142869/19

Vítima: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

CPF: 626.733.193-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/12/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO
MARCELINO DA CRUZ

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA : 379.399.473-20

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

RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ : 626.733.193-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/04/2019
Nome: JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA
CPF: 379.399.473-20

JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2019
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

ALANA DA SILVA DE MATOS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190634842 **Cidade:** Guaramiranga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ **Data do acidente:** 28/12/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: LACERAÇÃO EXTENSA NO DORSO E FACE MEDIAL DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO TENDINOSA

Descrição do exame físico: DIFICULDADE DE AGACHAMENTO, PREJUÍZO DA MOBILIDADE PELA ALTERAÇÃO DA PISADA, BLOQUEIO MODERADO DE EVERSÃO DO PÉ E DE FLEXO-EXTENSÃO DOS PODODÁCTILOS.

Resultados terapêuticos: REALIZADA REPARAÇÃO CIRÚRGICA DE PARTES MOLES. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.
SEM COMPLICAÇÕES
DATA DA ALTA: 10/06/2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/07/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TÉRMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM PÉ ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190634842
Nome do(a) Examinado(a): Raimundo Nonato Marcelino da Cruz
Endereço do(a) Examinado(a): Ru Conj Cana Seca, S/N
Forquilha Guaramiranga CE CEP: 62766-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 91026004104
Data local do acidente: [28/12/2018]
Data local do exame: [28/07/2020] FORTALEZA [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
LACERAÇÃO EXTENSA NO DORSO E FACE MEDIAL DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO TENDINOSA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADA REPARAÇÃO CIRÚRGICA DE PARTES MOLES. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM
Data da Alta: 10/06/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
DIFICULDADE DE AGACHAMENTO, PREJUÍZO DA MOBILIDADE PELA ALTERAÇÃO DA PISADA, BLOQUEIO MODERADO DE EVERSÃO DO PÉ E DE FLEXO-EXTENSÃO DOS PODODÁCTILOS.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO PÉ PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Seqüela):
PÉ - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397295/19

Número do Sinistro: 3190634842

Vítima: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

CPF: 626.733.193-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/12/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO
MARCELINO DA CRUZ

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/12/2019

Nome: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

CPF: 626.733.193-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019

Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE

CPF: 035.841.423-77

RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

ANDERSON DE SOUZA LEITE

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190634842

Vítima: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

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



Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190634842 Vítima: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

Data do Acidente: 28/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
--------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190634842

Vítima: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190634842

Vítima: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190634842

Vítima: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000001111

Conta: 000000086761-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

626.733.393-87

RAIMUNDO NOVATO MARCELINO DA CRUZ

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

Nome completo:

RAIMUNDO NOVATO MARCELINO DA CRUZ

CPF:

626.733.393-87

Profissão:

AGRICULTOR

Endereço:

CONJ. CANA SECA

Número:

Complemento:

Bairro:

FORQUILHA

Cidade:

GUARANIRANGA

Estado:

CE

CEP:

62.766-000

E-mail:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1333

CONTA:

00086763

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

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 do pedido.

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 Líder 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão
dígito de
vítima ou
beneficiário
não afetado

Local e Data:

Fortaleza, 29/04/18

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

087-514218977-1

26/MAR/2019

HORA DE 09:47:44

LOT. 05.022656-0
LOCALIDADE: GUARATINGA
AB. VINCULADA: 1111

TERM 049414

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

1111.00066761-4

NOME: RAIMUNDO NORATO M DA CRUZ

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA

DIA LIMITE
18/03

SALDO

1.92 C

RESUMO EM 27/03
SALDO

1.92

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONIVEL
SALDO TOTAL

0.00
1.92 C
1.92 C

087-514218977-1

19 VIA



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE GUARAMIRANGA



Impresso nº 2019100235

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 459 - 191 / 2019

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **11/02/2019 14:31:39**Data / Hora da Ocorrência: **28/12/2018 15:00:00**Endereço da Ocorrência: **ESTRADA DE GUARAMIRANGA PARA**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **GUARAMIRANGA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ**Nascimento: **21/12/1975** CPF: **626.733.193-87**RG: **91026004104**Orgão Emissor: **SSP**Filiação: **MARIA VILANI MARCELINO DA CRUZ****FRANCISCO ALVES DA CRUZ**Endereço: **SITIO CANA SECA**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **GUARAMIRANGA/CE**País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(85) 98941-0026****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **POG1966** Uf: **CE** Município: **GUARAMIRANGA** Chassi:**9C2KC2200GR070837** Renavam: **1091917210** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 FAN ESDI** AnoFabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**Cor: **PRATA** Proprietário: **ANTONIO JOSE DE SOUZA** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

NARRA O NOTICIANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL SUPRA CITADOS, ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE PLACA: POG1966, CHASSI: 9C2KC2200GR070837, RENAVAM: 01091917210, HONDA/CG 160FAN ESD, ANO/MODELO 2016/2016, DE COR PRATA, REGISTRADA NO DETRAN EM NOME DE ANTONIO JOSÉ DE SOUZA, QUE NA DATA JÁ CITADA ESTAVA VOLTANDO PARA CASA SENTIDO GUARAMIRANGA PARA PERNAMBUQUINHO, QUANDO NA ALTURA DA POUSADA LOGRADOURO, EM UMA CURVA ACENTUADA UM OUTRO VEICULO, FOI FAZER UMA ULTRAPASSAGEM E BATEU NA MOTOCICLETA EM QUE O NOTICIANTE ESTAVA, QUE POR CONTA DISSO O CONDUTOR DA MOTO PERDEU CONTROLE E VEIO A CAIR; QUE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO PARA HOSPITAL DE GUARAMIRANGA E AO SER MEDICADO FOI CONSTATADO QUE O MESMO HAVIA SOFRIDO POLITRAUMATISMO E VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO UMA DELAS NO PÉ ESQUERDO MUITO GRANDE E NO BRAÇO ESQUERDO, CONFORME COMPROVA LAUDO EM ANEXO; QUE DESTE ENTÃO VEM SENDO MEDICADO E ESTA SEM EXERCER SUAS FUNÇÕES POR MAIS DE UM MÊS. QUE REGISTRA O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DE SEGURO DPVAT, E N A D A M A I S D I S S E .

Pág. 1 de 2



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE GUARAMIRANGA



Impresso nº 2019100235

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 459 - 191 / 2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE GUARAMIRANGA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

BRUNA SILVA RODRIGUES - MAT.: 30124766

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSÉ DE ANCHIETA FERNANDES VILELA - MAT.: 30119622



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

626.733.393-87

RAIMUNDO NOVATO MARCELINO DA CRUZ

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

Nome completo:

RAIMUNDO NOVATO MARCELINO DA CRUZ

CPF:

626.733.393-87

Profissão:

AGRICULTOR

Endereço:

CONJ. CANA SECA

Número:

Complemento:

Bairro:

FORQUILHA

Cidade:

GUARANIRANGA

Estado:

CE

CEP:

62.766-000

E-mail:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1333

CONTA:

00086763

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

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 do pedido.

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 Líder 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital de vítima ou beneficiário não afetado

Local e Data:

Nome:

CPF:

Fortaleza, 29/04/18

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ



PREFEITURA MUNICIPAL DE
GUARAMIRANGA
SECRETARIA DA SAÚDE



PRONTO ATENDIMENTO MÉDICO URGÊNCIA-EMERGÊNCIA

NOME: Renato Aguiar Marcelino da Costa CADASTRO Nº DO ATENDIMENTO: 25
DATA DE NASCIMENTO: 21.12.1975 PROFISSÃO: _____ DATA: 28.12.18
ENDEREÇO: Casa Seca IDADE: 13a HORA: 16h15
CNS: _____ FONE: _____

SSV

REGISTRO DE ENFERMAGEM

PA: 1 FC: _____ GLICEMIA: _____ OUTRAS INFORMAÇÕES: _____
TEMP: _____ FR: _____ PESO: _____ KG ALERGIA: SIM () NÃO ()
SPO2 _____ HAS: SIM () NÃO ()
QUEIXA PRINCIPAL: _____ DM: SIM () NÃO ()

Enfermeiro (a): _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

CÓPIA

Doença de Mão
(Poliomielite)

LABORATÓRIO

EXAMES SOLICITADOS

RADIOLÓGICO

OUTROS

PRESCRIÇÃO

PRESCRIÇÃO - CONSULTÓRIO HORÁRIO DE APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS

OBSERVAÇÃO

→ Nuph 1/12/18 2-0
→ Amoxicilina
→ Curatela

COMPRESSE
29 ABR 2019

Assinatura do médico
CRM 7061

Assinatura do paciente ou responsável: Renato Aguiar Marcelino da Costa

6494351

Para agilizar seu atendimento, utilize o e-mail
sempre que entrar em contato conosco.A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei Nº 10.438
de 26 de abril de 2003Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60130-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.106.848-3

enel

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

559548460

Rota 18 27040 52 155400 - 5

Data de Emissão 25/01/2019

Nome RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

End. Postal RU CONJUNTO CANA SECA 00000 00000
FORQUILHA - GUARAMIRANGA - 62766000

Medidor 2071298

Posta 0000 A39N

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX - RENDA MONOFÁSICO

RG/CPF/CNPJ 626733193-87

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Jan/2019
Data da Apresentação 25/01/2019
Previsão Próxima Leitura 23/02/2019

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja o legendão no verso desta conta.

Conjunto Nov/2018
Mês Índice = 9,88 P ELEC 8,37

ICRRS

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

ELET

Pedido Individual Apreciação Individual

	Mês	Anual	Mês	Anual
DIC	16,77	15,19	0,00	0,00
FIC	7,45	15,19	0,00	0,00
DMIC	5,86		0,00	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ELET, ELEC, IEL, 7, 8109, 1112, 2, 3, 9805, 8005

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
3100	3024	1,00		0,00	76	0,25	19,00

DESCRIÇÃO

	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	19,00
MULTA MORATORIA REF 12/2018	0,28
JUROS DO MÊS	0,20
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL	3,77
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,96

VENCIMENTO 01/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 24,21

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	19,00
Transmissão	0,28
Distribuição	0,20
Encargos Setoriais	3,77
Tributos (PIS-COFINS)	0,96
TOTAL	24,21

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

12	76	61	61	54	50	50	51	57	65	76	77
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

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 (NCO) 0%

CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente,

Atenciosamente, a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

Prezado Cliente, conforme o art. 66 do Regulamento de Serviço de Energia Elétrica, a não pagamento do Débito, o não pagamento do Débito, implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a emissão desta, conforme previsto no Art. 66 do Regulamento de Serviço de Energia Elétrica, com o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CONSUMIDOR E ATRIBUIÇÃO DE PROTESTO. Caso não tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Consta desta fatura R\$ 1,92 referente a PIS e COFINS Alíquotas: PIS 0,96 e COFINS 0,96.

Bandeira verde em Jan/19, sem acréscimo no valor da energia e sem arrestando para o consumidor. Informações: man.aneel.gov.br

COMPRA SEGUROS
E 2019 01/01/2019

29 ABR 2019

Nº do Cliente: 6494351 Referência: Jan/2019
Data de Emissão: 25/01/2019 Total a Pagar (R\$): 24,21
Nº da Nota Fiscal: 559548460 Nº de Controle: 0006494351 00048 39562 80



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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP 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 JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 379.399.473- / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

RAIMUNDO NOVATO MARCELINO DA CRUZ Inscrito (a) no CPF sob o Nº 626.733.593 / 87

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima RAIMUNDO NOVATO M. DA CRUZ

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 626.733.593 / 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: AGRICULTOR 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 PADRE BENEDITO</u>	Número: <u>299</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>MULUNGU</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail: <u>marcelino.marcelino@gmail.com</u>	CEP: <u>62704000</u>	Tel. (DDD): <u>85 999930690</u>

Local e Data: Mulungu - CE 11/04/2019

Jose Armando Pereira Ferreira
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Antonio Jose de Souza,
RG nº 2007438011-0, data de expedição 22/10/2011
Órgão SSP, portador do CPF nº 703.079.113-49,
com domicílio na cidade de Guaramiranga, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
_____, nº _____,
complemento SIC, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Raimundo Renato Marcelino Cruz cujo o condutor era
Rafael de Oliveira Souza.
Veículo: Honda Cg Modelo: 160 fan ESDI Ano: 2016
Placa: POG 1966 Chassi: 962KC2200GRO70837
Data do Acidente: 28/12/18

Local e Data: Guaramiranga - 18/02/2019

Antonio Jose de Souza
Assinatura do Declarante

RAFAEL OLIVEIRA DE SOUZA

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ



PREFEITURA MUNICIPAL DE
GUARAMIRANGA
SECRETARIA DA SAÚDE



PRONTO ATENDIMENTO MÉDICO
URGÊNCIA-EMERGÊNCIA

CADASTRO

NOME: Raimundo Luperato, Marcelino da Cruz Nº DO ATENDIMENTO: 25
DATA DE NASCIMENTO: 21.12.1975 PROFISSÃO: _____ DATA: 28.12.18
ENDEREÇO: Cama Seca HORA: 16h15
CNS: _____ FONE: _____
IDADE: 43a

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SSVV

PA: 1 FC: _____ GLICEMIA: _____

TEMP: _____ FR: _____ PESO: _____ KG

SPO2 _____

QUEIXA PRINCIPAL: _____

OUTRAS INFORMAÇÕES:

ALERGIA: SIM () NÃO () _____

HAS: SIM () NÃO () _____

DM: SIM () NÃO () _____

Enfermeiro (a): _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

⇒ QUEIXA DE MOTO
(POURCAVAMENTO)

EXAMES SOLICITADOS

LABORATÓRIO

RADIOLÓGICO

OUTROS

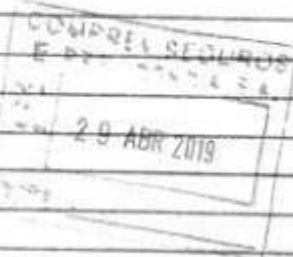
PRESCRIÇÃO - CONSULTÓRIO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO DE APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS

OBSERVAÇÃO

⇒ sum c/ mltor 2-0
⇒ Amoxicilina
⇒ Cumprir



Ass. Responsável
CRM/061

Assinatura do paciente ou responsável: Raimundo Luperato



UNIDADE MISTA DE SAÚDE DR. FREDERICO AUGUSTO LIMA E SILVA

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o
paciente Rosimundo Nonato Vascelino
da Cruz sofreu acidente moto-ciclístico
em 22.12.2018 e foi trazido ao Hospital
Municipal de Guaramiranga com politrauma -
crânio e sequelas temporárias e membros
inferiores esquerdos (lesão de partes moles
importante no pé esquerdo).

Att.

Guaramiranga, 09 de 01 de 2019.

José Xerez Netto
Médico
CREMEO 17779

Carimbo/Assinatura do Médico





PREFEITURA MUNICIPAL DE
GUARAMIRANGA
SECRETARIA DA SAÚDE



NOME: RAIMUNDO NONATO MARECLINO DA CRUZ

WCELARO QUE O PACIENTE, RAIMUNDO
NONATO MARECLINO DA CRUZ, FEZ
05 (cinco) ATENDIMENTOS FISIOTERAPÊUTICO
PARA GANHO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO,
DEVIDO ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, PE
CONTINUA COM LIMITAÇÃO NA DEAMBULAÇÃO
E COM PERDA DE FORÇA E ADM; NO
PERÍODO DE 02/19 A 03/19.

Data: 25/03/19

Dr. Deyvison Veras
Fisioterapeuta
CREITO: 263.026F

Deyvison Veras

Ass. do Profissional

"Prevenir é o melhor remédio"
Rua Cel Linhares-320 Guaramiranga-Ce
Tel: (85)3321-1303



PREFEITURA MUNICIPAL DE
GUARAMIRANGA
SECRETARIA DA SAÚDE



FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HMSFALS Município: Guaramiranga
Nome: Raimundo Nonato Marcelino Nº do prontuário: _____
Sexo M (X) F () Idade: 34a Ocupação: _____ Dt Nascimento: 1 / 1
Endereço: St Coma Seca
Encaminhado para: Cirurgia Orol
Motivo do encaminhamento: Pct cl ferimento em pé esquerdo
medial por acidente motociclístico em
28.12.2018
Conduta já realizada: _____
Impressão diagnóstica: necessidade de desbridamento cirúrgico?

José Xerez Netto
Médico
CREMEC 17779

Assinatura do encaminhante - Nº do registro

Função

14 / 01 / 19

Data

Hora

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

Unidade de referência: _____
Município: _____ Nº do Prontuário: _____ Alta: 1 / 1
Resumo clínico/cirúrgico: _____

Diagnóstico principal: _____ CID: _____
Secundário 1: _____ CID: _____
Secundário 2: _____ CID: _____
Conduta realizada: _____

Assinatura do encaminhante - Nº do registro

Função

1 / 1
Data

Hora



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ



PREFEITURA MUNICIPAL DE
GUARAMIRANGA
SECRETARIA DA SAÚDE



PRONTO ATENDIMENTO MÉDICO
URGÊNCIA-EMERGÊNCIA

CADASTRO

NOME: Raimundo Aguiar Marcelino da Costa Nº DO ATENDIMENTO: 25
DATA DE NASCIMENTO: 21.12.1975 PROFISSÃO: _____ DATA: 28.12.18
ENDEREÇO: Cana Brava HORA: 16:45
CNS: _____ FONE: _____
IDADE: 43a

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SSVV
PA: 1 FC: _____ GLICEMIA: _____ OUTRAS INFORMAÇÕES:
TEMP: _____ FR: _____ PESO: _____ KG ALERGIA: SIM () NÃO ()
SPO2 _____ HAS: SIM () NÃO ()
DM: SIM () NÃO ()
QUEIXA PRINCIPAL: _____
Enfermeiro (a): _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

→ Queixa de dor
(PONTA DA DOR)

EXAMES SOLICITADOS

LABORATÓRIO	RADIOLÓGICO	OUTROS

PRESCRIÇÃO - CONSULTÓRIO

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO
→ <u>Sumo C/ nylon 2-0</u>		
→ <u>Amoxicilina</u>		
→ <u>Cumprir</u>		

Assinatura do médico
CRM 7061

Assinatura do paciente ou responsável: Raimundo Aguiar Marcelino da Costa



UNIDADE MISTA DE SAÚDE DR. FREDERICO AUGUSTO LIMA E SILVA

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o
paciente Robson de Nóbilo Marques
da Cruz sofreu acidente moto ciclistas
em 22.12.2018 e foi trazido ao hospital
municipal de Guaramiranga com politrauma -
matismo e seqüela temporária e membro
inferior esquerdo (lesão de parte mola
importante no pé esquerdo).

Att.

Guaramiranga, 08 de 01 de 2019.

José Xerez Netto
Médico
CREMEC 17779

Carimbo/Assinatura do Médico



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ



PREFEITURA MUNICIPAL DE
GUARAMIRANGA
SECRETARIA DA SAÚDE



PRONTO ATENDIMENTO MÉDICO
URGÊNCIA-EMERGÊNCIA

CADASTRO

NOME: Raimundo Aguiar Marcelino da Costa Nº DO ATENDIMENTO: 25
DATA DE NASCIMENTO: 21.12.1975 PROFISSÃO: _____ DATA: 28.12.18
ENDEREÇO: Cana Seca HORA: 16:45
CNS: _____ FONE: _____
IDADE: 43a

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SSV _____
PA: 1 FC: _____ GLICEMIA: _____
TEMP: _____ FR: _____ PESO: _____ KG
SPO2 95
QUEIXA PRINCIPAL: _____
Enfermeiro (a): _____

OUTRAS INFORMAÇÕES:
ALERGIA: SIM () NÃO () _____
HAS: SIM () NÃO () _____
DM: SIM () NÃO () _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

→ Queixa de dor
(torácica)

EXAMES SOLICITADOS

LABORATÓRIO	RADIOLÓGICO	OUTROS

PRESCRIÇÃO - CONSULTÓRIO

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO
→ <u>sumo c/ nylon 2-0</u>		
→ <u>Amoxicilina</u>		
→ <u>Curatela</u>		

Dr. Guarnier
CRM 7061

Assinatura do paciente ou responsável: Aluísio dos Santos



PREFEITURA MUNICIPAL DE
GUARAMIRANGA
SECRETARIA DA SAÚDE



SUS
Sistema
Único
de Saúde

UNIDADE MISTA DE SAÚDE DR. FREDERICO AUGUSTO LIMA E SILVA

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o
paciente RAIMUNDO NONATO MARCELINO
da Cruz sofreu acidente moto ciclistico
em 22.12.2018 e foi trazido ao hospital
municipal de Guaramiranga com politrauma -
matismo e seqüela temporária em membro
inferior esquerdo (lesão de partes moles
importante em pé esquerdo).

Att.

Guaramiranga, 08 de 01 de 2019.

José Xerez Netto
Médico
CREMEC 17779

Carimbo/Assinatura do Médico



PREFEITURA MUNICIPAL DE
GUARAMIRANGA
SECRETARIA DA SAÚDE



SUS
Sistema
Único
de Saúde

RECEITUÁRIO

Nome: R. Amorim

Rx

uso oral

①

BE-Profenon

(150g)

— 1c

Tomar 2 x ARSU ALBOS

②

Cuidado devida no trabalho

Data

28.12.18

Assinatura e Carimbo

"Prevenir é o Melhor Remédio"



PREFEITURA MUNICIPAL DE
GUARAMIRANGA
SECRETARIA DA SAÚDE



SUS
Sistema
Único
de Saúde

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: _____

CRM: _____

UF: DR. KIZZY OLIVEIRA
End. Completo e nº: Médica
CREMEC 19.809

Nº: _____

Cidade: _____

UF: _____

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO

uso Oral

① Liplexina 500 mg _____ 1 caixa
Tomar 01 comprimido, de 6h em 6h, por
7 dias.

DR. KIZZY OLIVEIRA
Médica
CREMEC 19.809

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

CNS: _____

END: _____

CIDADE: _____

UF: _____

TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data

01/01/19



PREFEITURA MUNICIPAL DE
GUARAMIRANGA
SECRETARIA DA SAÚDE



UNIDADE MISTA DE SAÚDE DR. FREDERICO AUGUSTO LIMA E SILVA

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que Raimundo Nonato Maciel
Necessita de 20 (vinte) dias de afastamento
de suas atividades habituais, por motivo de doença. CID: E135.

Guaramiranga, 31 de dezembro de 2018.

Dra. Kizzy Oliveira
Médica
CREMEC 19.809

Carimbo/Assinatura do Médico



PREFEITURA MUNICIPAL DE
GUARAMIRANGA
SECRETARIA DA SAÚDE



RECEITUÁRIO

Nome: Raimundo Renato Marcelino Cruz

uso oral

① Ibuprofeno 600mg — 10cp

1cp de 12/12 horas

durante 5 dias

Data: 04/02/19

José Xerez Netto
Médico
CREMEC 17779

Assinatura e Carimbo

"Prevenir é o Melhor Remédio"



PREFEITURA MUNICIPAL DE
GUARAMIRANGA
SECRETARIA DA SAÚDE



NOME: RAIMUNDO NONATO MAREGLINO DA CRUZ

WCELARO RUC O PACIENTE, RAIMUNDO
NONATO MAREGLINO DA CRUZ, FEZ
05 (cinco) Atendimentos Fisioterapêuticos
PARA GANHO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO,
DEVIDO ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, PET
CONTINUA COM LIMITAÇÃO NA DEAMBULAÇÃO
E COM PERDA DE FORÇA E ADM; NO
PERÍODO DE 02/19 A 03/19.

Data: 25/03/19

Dr. Deyvison Veras
Fisioterapeuta
Credito: 263.026F

Deyvison Veras

Ass. do Profissional

"Prevenir é o melhor remédio"
Rua Cel Linhares-320 Guaramiranga-Ce
Tel: (85)3321-1303

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA PENITENCIÁRIA DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE DEFESA SOCIAL

Carteira de Identidade

Francisco Norberto Alves da Cruz

Polegar Direito




2 VIA

91026006104

27/10/2011

FRANCISCO NORBERTO ALVES DA CRUZ

MARIA VILANI MARCELINO DA CRUZ

NILUNGU - CE

DOC. 00158

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: PARANGABA TERMO: 2623 FOLHA: 154V

LIVRO: A-3 FORTALEZA - CE

CPF: 626.730.193-87

DATA DO NASCIMENTO: 21/12/1975

P.: 84

ASSOCIADA DO DIRETÓRIO

LEI Nº 7.118 DE 26-06-63

COMPRA SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S.A.

29 ABR 2019

CARTEIRA DE IDENTIDADE	
	REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DO CEARÁ POLÍCIA MILITAR Lei pública Lei Federal Nº 7.116/83 Decreto Estadual Nº 23.965/95
ID: TADE Nº: 012.214-1-8	
NOME: JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA	
POSTO / GRADUAÇÃO 2º TENENTE	SITUAÇÃO ATIVA
Assinatura do Identificado: <i>Jose Armando Pereira Ferreira</i>	
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	

CARTEIRA DE IDENTIDADE	
Nº NA NM	DATA DA ADMISSÃO 26.12.1989
	CPF 379.399.473-20
NOME: ANTONIO ALVES FERREIRA	
NOME: FRANCISCA PEREIRA FERREIRA	
CIDADE SAO LUIS DO CARI	ESTADO CE
	DATA DE NASCIMENTO 18.01.1968
COR PARDA	ESTADO CIVIL CASO
SEXO MASC.	
TIPO DE OLHOS O	TIPO DE CABELO POSITIVO
Assinatura do Identificado: <i>Antonio Alves Ferreira</i>	
DATA DA EMISSÃO 18/01/18	
PERMITIDO PORTAR ARMA	

COMPRENSIVOS
E
29 ABR 2019