

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/09/2011

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONALDO CAVALCANTE FONSECA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 000000028284-3

Nr. da Autenticação D32A914A77AE2507

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2011345514**Cidade:** FORTALEZA**Natureza:** Invalidez**Vítima:** RONALDO CAVALCANTE
FONSECA**Data do acidente:** 27/05/2010**Emissor do parecer:** Juliana dos S
Wanis**Seguradora:** FEDERAL DE SEGUROS
S/A**Prestadora:** Visão Médica Ltda**CRM do médico:** 88043-4

PARECER

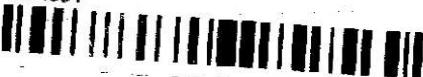
Data da análise: 17/09/2011**Valoração do IML:****Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA**Resultados terapêuticos:****Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO**Sequelas:** Com sequela**Conduta mantida:** Não**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL / OMBRO ESQUERDO: 50% DE 25%= 12,5%**Documentos complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 3.375,00**Médico avaliador:** JULIANA WANIS**UF do CRM do médico:** RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25	1	50

Valor avaliado: 1.687,50

OUTROS
1004054



http://www.sefaz.ce.gov.br/content/aplicacao/internet/servicos_onlin...



ESTADO DO CEARÁ

Secretaria da Fazenda
DAE - Documento de Arrecadação Estadual

NUMERAÇÃO DO CÓDIGO DE BARRAS
856200000003 833700062015 102242011264 050508124000

Imprimir Novo DAE

1 - CODIGO/ESPECIFICAÇÃO DA RECEITA 2018 - IPIA		2 - DATA VENCIMENTO 18/02/2011		3 - PAGAMENTO ATÉ 24/02/2011	
11 - IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE JOANA ANGELICA SILVA DA CRUZ FORTALEZA					
12 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DAE IMPRESSO NO SITE WWW.SEFZ.CE.GOV.BR CHASSI:9C2JC4110AR00839 PLACA:NCW352Z Cod. Marca:2844. DOCUMENTO IMPRESSO NA INTERNET. VALORES EXPRESSOS EM REAIS(R\$). DAE REFERENTE AO EXERCÍCIO: ** 2011 ** QUOTAÇÃO TOTAL DO DÉBITO VEÍCULO C/ MULTAS EM 2010, NÃO TEVE RED. ALÍQUOTA					
13 - CÓDIGO DE BARRA 856200000003 833700062015 102242011264 050508124000					
		14 - VA - CONTRIBUINTE (AUTENTICAÇÃO NO VERSO)			
		4 - NOSSO NÚMERO 2011.26.050081-24			
		5 - PERÍODO REFERÊNCIA 2011			
		6 - VALOR PRINCIPAL R\$ 83,12			
		7 - MULTA R\$ 0,25			
		8 - JUROS R\$ 0,00			
		9 - DESCONTOS R\$ 0,00			
		10 - TOTAL A RECOLHER R\$ 83,37			

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

055-403548140-7

24/Fev/2011

HORA DE 08:52:04

TERM 033139

LOT. 05.19961-7

LOCALIDADE: FORTALEZA

AG. VINCULADA: 1563

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
SECRETARIA DA FAZENDA DO CE

VALOR DO PAGAMENTO: 83,37

856200000003 833700062015
102242011264 050508124000

Disque CAIXA - 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA - 0800 725 7474
Reclamações, sugestões e elogios

www.caixa.gov.br

055-403548140-7

VIA DO CLIENTE

REGDATA
Recebido em
30/08/11

SEGURADORA LÍDER		SEGURO DPVAT		Exercício: 2010	Nº documento: 4.01164567-1
Nome Proprietário / Solicitante: JOANA ANGELICA SILVA DA CRUZ				Data emissão: 23/11/2010	Código placa: 1417233527-2
Placa: NQW3527		Marca / Modelo: HONDA/CG-125 FAN KS		Hora: 15:19:11	Código taxa: 201
Ano fabricação: 2009		Ano / Modelo: 2010		CPF / CNPJ: 002.858.393-08	
Código 09	Prêmio líquido 258,06	ISO F (0,38 %)	0,98	Prêmio total (R\$): 259,04	Chassi: 9C2JC4110AR006339
***** DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL)				Código corretor: SUSEP	Renavam: 177008148
866300000027 590409248606 800017700819 489021110064				Via Usuário	
				Autenticação Mecânica	

SEGURADORA LÍDER		SEGURO DPVAT		Exercício: 2010	Nº documento: 4.01164567-1
Nome Proprietário / Solicitante: JOANA ANGELICA SILVA DA CRUZ				Data emissão: 23/11/2010	Código placa: 1417233527-2
Placa: NQW3527		Marca / Modelo: HONDA/CG-125 FAN KS		Hora: 15:19:11	Código taxa: 201
Ano fabricação: 2009		Ano / Modelo: 2010		CPF / CNPJ: 002.858.393-08	
Código 09	Prêmio líquido 258,06	ISO F (0,38 %)	0,98	Prêmio total (R\$): 259,04	Chassi: 9C2JC4110AR006339
***** DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL)				Código corretor: SUSEP	Renavam: 177008148
866300000027 590409248606 800017700819 489021110064				Via LÍDER	
				Autenticação Mecânica	

REGDATA
Recebido em
30/08/11

SAIBA SE O SEU DPVAT ESTÁ EM DIA**Exercício: 2009****Placa:** NQW3527 **UF:** CE**Chassi:** 9C2JC4110AR006339**Renavam:** 177008148**Banco:** 237**Data Proc.:** 19/11/2009 **Data Pag.:** 16/11/2009**Proprietário:** JOANA ANGELICA SILVA DA CRUZ**Exercício: 2010****Placa:** NQW3527 **UF:** CE**Chassi:** 9C2JC4110AR006339**Renavam:** 177008148**Banco:** 104**Data Proc.:** 26/11/2010 **Data Pag.:** 23/11/2010**Proprietário:** JOANA ANGELICA SILVA DA CRUZ[> voltar](#)

REGDATA
Recebido em
30/08/11

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO**- SEGURO**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO
1004039Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
www.seguradoralider.com.br

Nº DO SINISTRO:

EGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro Dpvat, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, RONALDO CAVALCANTE FONSECAPORTADOR / A DO RG Nº 96015066228 EXPEDIDO POR SSP, EM 13/08/04 ECPF 005279623-09 / CNPJ - - , PROFISSÃO Moto Taxi E RENDA MENSAL DE R\$ 1.100,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALORREFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RONALDO CAVALCANTEFONSECA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☐ **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**Nº BANCO Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)Nº CONTA-CORRENTE ☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)Nº CONTA-POUPANÇA ☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)Nº CONTA-POUPANÇA ☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)Nº CONTA-POUPANÇA ☒ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA 1563 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)Nº CONTA-POUPANÇA 013 000 28284-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL FORTALEZADATA 01/06/2011

ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A

Ronaldo Cavalcante Fonseca**ATENÇÃO**

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - Susep). Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Autorização de Pesquisa Médica

Autorizo, na qualidade de Beneficiário(a) / Representante Legal, que os médicos, hospitais e similares, clínicas e laboratórios, prestem todas as informações solicitadas pela área médica da Seguradora Líder DPVAT, bem como, forneçam cópias de exames, laudos e prontuários médicos, de acordo com os artigos 102 e 106 do Código de Ética Médica.

Assinatura

Ronaldo Cavalcante Fonseca**REG DATA**
Recebido em
30/08/11



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SEC

POI

DEL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



ESA SOCIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 106 - 6898 / 2011

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**

Data / Hora da Comunicação: **19/08/2011 09:19:49**

Data / Hora da Ocorrência : **27/05/2010 19:00:00**

Endereço da Ocorrência: **AV GENERAL OSORIO DE PAIVA
BOM JARDIM FORTALEZA /CE**

Ponto de Referência: **PONTE DO BOM JARDIM**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RONALDO CAVALCANTE FONSECA**

Nascimento : **07/05/1984**

OUTROS: **056456910728** Órgão Emissor: **ZONA 50** UF: **CE** - CPF:

Filiação: **JOSÉ RODRIGUES FONSECA**

FRANCISCA CAVALCANTE FONSECA

Endereço: **R RISO DO PRADO 519**

BONSUCESSO

FORTALEZA CE BRASIL

Telefone: **32562475**

Histórico

Afirma a vítima que na data, local e hora acima citada, vinha pilotando a MOTOCICLETA, MARCA HONDA/CG 125 FAN KS, COR PRETA, DE PLACAS NQW-3527-CE/FORT., ANO/MOD. 2009/2009, CHASSI 9C2JC4110AR006393, de propriedade de JOANA ANGELICA SILVA DA CRUZ, quando tentou desviar de um pedestre, caiu da aludida motocicleta, vindo a fraturar a CLAVICULA; QUE a vítima foi socorrida para o FROTINHA DE PARANGABA. E nada mais disse.///

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DO 6. DISTRITO POLICIAL**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

MATRÍCULA: **97122-1-6**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Ronaldo Cavalcante Ferreira

VISTO DO DELEGADO(A): _____

Paulo César Cavalcante de Andrade
Delegado de Polícia
Mat.: 14377

REGDATA
Recebido em
30/08/11

CERTIDAO DE INEXISTENCIA DE IML
1004029



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

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

Antonio Paulo da Silva, Escrivão de
Polícia Civil, no uso de suas atribuições legais,
etc...

CERTIFICA, para os devidos fins e para que possa surtir seus efeitos legais
junto a quem de direito, que apenas possuem INSTITUTE DE MEDICINA LEGAL
as seguintes Cidades: FORTALEZA, SOBRAL, QUIXERAMOBIM, JUAZEIRO DO
NORTE, TAUÁ, LMOEIRO DO NORTE, IGUATU E CANINDÉ.

O REFERIDO É VERDADE. DOU FÉ. Eu Antonio Paulo da Silva, Escrivão de
Polícia, que o digitei e assino.///

Fortaleza, em 03 de dezembro de 2010


Antonio Paulo da Silva
Escrivão de Polícia
Mat. 97.112.211

REGDATA
Recebido em
30/08/11

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

1004040

**DECL**

Eu, Ronaldo Cavalcanti Fonseca RG nº 96015 066228
e CPF nº 005.279.623-09, declaro que resido na Rua
PV. Situação Bairro lagoa do meio do
município de General Sampaio, CEP nº _____.

Declaro também que não possuo comprovante de endereço e que a presente
declaração atende a Circular DPVAT-SIN 043/2005 de 08 de Agosto de
2005.

Fortaleza/CE, 22, 08, 2011.

Atenciosamente,

Ronaldo Cavalcanti Fonseca
Assinatura do Declarante

REGDATA
Recebido em
30/08/11



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL
HOSP. DISTRITAL M^o JOSÉ B. DE OLIVEIRA
PARANGABA
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

1004031



RONALDO CAVALCANTE FONSECA

Masculino Dt. Nascimento: 07/05/1984 Solteiro

RUA RISO DO PARDO 519

BOM SUCESSO

FORTALEZA

Pai: JOSE RODRIGUES FONSECA

Mãe: FRANCISCA CAVALCANTE FONSECA

Naturalidade: SAO PAULO

Data da Entrada: 27 / 05 / 2010 Hora da Entrada: 10 : 18

EMERGENCIA TRAUMATOLOGIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO ☐

AMARELO ☐

VERDE ☐

AZUL ☐

PARECER / ENFERMAGEM

Ultrassom
Esta é uma cópia confere
original.
08/04/2011

VIAS AÉREAS / RESPIRAÇÃO

☐ PERVA ☐ OBSTRUIDA ☐ SIMÉTRICA ☐ ASSIMÉTRICA ☐ SEM DESCONFORTO ☐ COM DESCONFORTO TRAQUEIA NA LINHA MÉDIA ☐ SIM ☐ NÃO

MURMÚRIO VESICULAR

☐ NORMAL ☐ DIMINUIDO ☐ DIREITO ☐ ESQUERDO ESTÉRTORES ☐ DIREITO ☐ ESQUERDO

CIRCULAÇÃO

Cor da Pele ☐ ROSADAS ☐ PÁLIDAS ☐ RUBORIZADAS

PULSOS

☐ NORMAL ☐ AUMENTADO

SINAIS VITAIS

PA X

FC

FR

TEMPERATURA:

AValiação NEUROLÓGICA / Escala de Coma de Glasgow

ABERTURA OCULAR (O)

	RESPOSTA	MELHOR RESPOSTA MOTORA (M)	RESPOSTA	RESPOSTA VERBAL (V)	RESPOSTA	TOTAL
ESPONTÂNEA	4 ☐	6 ☐	4 ☐	5 ☐		
A ESTÍMULO VERBAL	3 ☐	5 ☐	3 ☐	4 ☐		
A ESTÍMULO DOLOROSO	2 ☐	4 ☐	2 ☐	3 ☐		
SEM RESPOSTA	1 ☐	3 ☐	1 ☐	1 ☐		

PUPILAS ☐ ISOCÓRICAS ☐ ANISOCÓRICAS ☐ MIDRIASE ☐ MIOSE

MOTIVO DO ATENDIMENTO

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

1 ☒ RAIO X 2 ☐ ULTRASSOM 3 ☐ SANGUE 4 ☐ URINA 5 ☐ ECO 6 ☐ OUTROS

DIAGNÓSTICO:

CÓDIGO 09603101A

PARECER / CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

José Facundo Neto
Traumato - Ortopedista
CRM: 4364

SOLICITAÇÃO DE GESSO

NOME DO PACIENTE:

ROTA

OITO

SARMENTO

RONALDO CAVALCANTE FONSECA

PINÇONFITEIRO

VELPEAU

AXILO PALMAR

OITO GESSADO

10/081128

REGISTRO N^o

DATA

☐ ADULTO ☐ CRIANÇA

Este é um Hospital Público, cuja missão é prestar atendimento de emergência e urgência, integralmente GRATUITO, aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.

Agente de trânsito

Nome: Ronaldo Cavalcante Fonseca Dt Nascto: 07/05/1984
Idade: 26 Cor: Preta Sexo: masculino Est. Civil: solteiro
Nome da Mãe: Franisca Cavalcante Fonseca Profissão: Moto Taxi
Endereço: Rua Rio do Prado, 519
Bairro: Monte Serrat Cidade: Fortaleza - CE Telefone: 3233-1622
RG: 96015066228 CPF: 005.279.623-09 Naturalidade: São Paulo - SP
Data de Admissão: 27/05/10 Hora de Admissão: 18:30 Alta Hospitalar: 29/05/10

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Aparentemente Bem ☒ Regular ☐ Agitado ☐ C/Hemorragia ☐ Politraumatizado ☐
Em convulsão ☐ Chocado ☐ Regular ☐ C/Dispneia ☐ Outros ☐
Alega Acidente de Trabalho Sim ☐ Não ☒

Temp. _____ Respiração _____ Pulso _____ P.A. _____

Diagnóstico Inicial

fratura de fêmur

Resultado

☐ Nenhum ☐ Transferido
☐ Melhor ☐ Curado
☐ Falecido ☐ Ad. Para Diagnóstico

Diagnóstico Definitivo

fratura de fêmur

Em caso de Falecimento, Causa Morte.

Primária: _____
Secundária: _____

História Clínica

Pré-morbo

Descrição da Intervenção

Tomografia

Exames Complementares

R

Descrição da Anestesia

Cirurgião: _____

Auxiliar: _____

REGDATA
Recebido em
30/08/10

DATA: 28/08/10



DATA:

28/01/10

Paciente:

Ronalds Carlsautz funder

Leito:

7/11/19

7 June

Für den Dienst

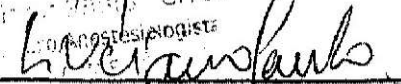
2100 West Main Street
Orlando, FL 32803
Tel: 407-592-8387

Assinatura e Carimbo do Cirurgião

Anestesia: tipo

Begins / ~~the~~ Begins

Técnica:

Drogas usadas										Unidade	Quantidade
① Vnisch ② Yperbura ③ Anti-spic 1mg. 1/2ml. 2 1mg. ④ Bloqu岸fluo 0.5mg 4 400mg 1/10. 1.3-1.5 1mg eufexabon											
Assinatura e Carimbo do Anestesiista Responsável 											

LL Reabilitar Atendimento Hospitalar LTDA

Rua: Dom Sebastião Leme, nº 503 - Unidade 20 - Fone: 32522440 - Fátima - CEP: 60.050-160 - CNPJ: 15.442.329/0001-66 - Fortaleza-Ce

da Anestesia:

ções

REG DATA

Recebido em

30 / 08 /

0 - CNPJ: 10.442.329/0001-66

BOLETIM DE ORDENS MÉDICA E TRATAMENTO

NOME: Ronaldo Cavalcante Euseu / Fratura de Clavícula E.

LEITO Nº: 08

CONVÊNIO: DPVAT

DATA	EVOLUÇÃO	DIETA E OUTRAS ORDENS
28.5.10	Paciente encaminhado a P.C.	FE
21.01	Paciente, O, 26a. Consciente. Orientado, verbalizando AVP em MSD, boa perfusão. Eupneica, afebril, diurese espontânea, última evacuação dia 28.05 pela manhã. ——— Inf. Pedrasaltos - CREN-6.682.	
29.05.10	Paciente, sexo M, 26a, evolui consciem- te, orientado, verbalizando neces- sidades. Aceita dieta oferecida. Realizado limpeza de curativos, digo- em sítio cirúrgico com SFO, 9/1 e pomidade tópica, gaze e atodu- ra esteril. Presença moderada de secreção sangüinolenta em sítio cirúrgico. Relata que não com- plicou o sono à noite. Eliminações fisiológicas presentes sem queixas algumas no momento. Aguardando de alta hospitalar. ——— Inf. Pedro- s	

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (PARCIAL OU TOTAL)

Nome do Paciente RONALDO CAMARGO FONSECA	Nº Sinistro
--	-------------

DECLARAÇÕES MÉDICAS

Data do Acidente 27/05/2010	Data do Início do Tratamento Médico 27/05/2010
---------------------------------------	--

Nome Completo do Médico e CRM:
ANTÔNIO EUSEBIO TEIXEIRA ROCHA - 4774

Lesões Resultantes do Acidente:
+ LACERAÇÃO NO OMBRO ESQUERDO COM FURTO FECHADO DIAPHRAGMA CERVICAL

Tratamento Realizado (Datas):
CHIRÚRGICO - FIXAÇÃO IMOBILIZAÇÃO REABILITAÇÃO - DR. SONOLIN LUCIANO

Existe Alguma Deficiência ou Doença Pré-existente? ☐ SIM ☒ NÃO, se SIM, descrever:
ENCURTAMENTO DE ALTA DEFINITIVA

A Invalidez Constatada é ☐ Temporária ou ☒ Permanente?

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar Órgão, Membro ou Sentido atingido)

Segmento Anatômico ou Órgão Atingido	Grau de Invalidez (%)
1º MÚNCIA MÓVIL SEM MÚNCIA	
2º CÍRCULO CÍRCULO MÓVIL MÓVIL	
3º SEM MÓVIL MÓVIL	
4º MÓVIL MÓVIL MÓVIL	40%
5º MÓVIL DA MÓVIL	

INFORMAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO E AVALIAÇÃO MÉDICA

Relacionamento com o Paciente Devido ao Tratamento e Acompanhamento ☐ ou para Avaliação Médica Após Término do Tratamento ☐ Especifique a Data do Tratamento **04/08/11**

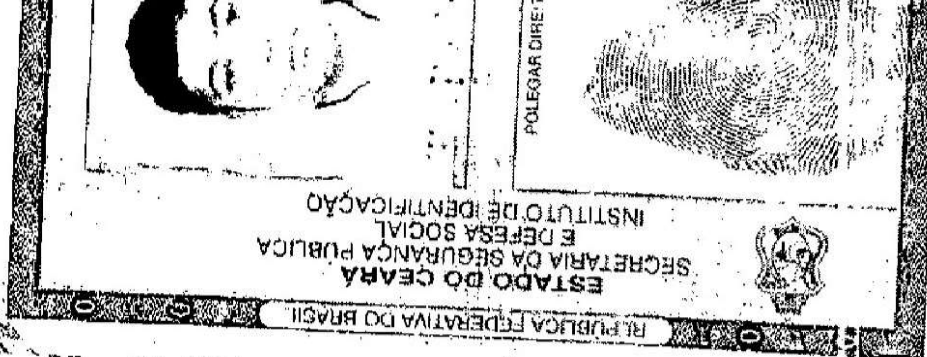
Local e Data da Avaliação **FORUM 04/08/11**

Dr. Antônio Eusebio Teixeira Rocha
ORTOPEDISTA
CRM-CE 4774

ANEXAR DOCUMENTAÇÃO MÉDICO-HOSPITALAR

Assinatura da Vítima	Local	Data
----------------------	-------	------

REGDATA
Recebido em
30/08/11



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO
1004037



telefone para contato
(86) 3333-9980
(86) 8827-2239

REGDATA
Recebido em
30/08/11

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	56015066228 -2aV DATA DE EXPEDIÇÃO 13/8/2004
NOME RONALDO CAVALCANTE FONSECA	
FILIAÇÃO JOSE RODRIGUES FONSECA E FRANCISCA CAVALCANTE FONSECA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
SAO PAULO SP	7/5/1984



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Registro de Identificação Federal

005.279.623-09

RONALDO CAVALCANTE FONSECA

Registro em
07/05/1984



Cartão de uso pessoal e intransferível
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Ativado em
Abril/2002

CORREIOS
www.correios.com.br

REGDATA
Recebido em
30 / 08 / 11

