



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”, e EXTRA

OUTORGANTE: ARMANDO RODRIGUES PESSOA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do **RG: 010.807.134-4 SSP/CE** e **CPF: 782.807.887-00**, residente e domiciliado em Boa Esperança, Buenos Aires- S/N. **Tamboril-CE. CEP: 63750-000.**

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURÃO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 103, Fátima I, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

PODERES Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastantes procuradores, conferindo-lhe os poderes da cláusula “*ad judicium et extra*”, podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

TAMBORIL (CE), 26 de JANEIRO de 2018

Armando Rodrigues Pessoa
(Outorgante)



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomaz, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
Cep: 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranydosantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

EU ARMANDO RODRIGUES PESSOA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG: 010.807.134-4 SSP/CE e CPF: 782.807.887-00, residente e domiciliado em Boa Esperança, Buenos Aires- S/N, Tamboril-CE. CEP: 63750-000.

Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorárias advocatícias sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoantes o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

TAMBORIL (CE), 26 de JANEIRO de 2018.

Armando Rodrigues Pessoa
Declarante

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO SERIAL	010.807.137-4
DATA DE EXPIRAÇÃO	10/01/2001
NOME ARMANDO RODRIGUES PESSOA	
FILIAÇÃO LUIZ FRANCISCO PESSOA	
NOME RITA RODRIGUES PESSOA	
NACIONALIDADE CEARA	
DATA DE NASCIMENTO 16/02/1964	
DO OUTRO C. PASC LIV A18 PLS 184	
TIPO 5525 HIROLANDIA CE	
CPF 782.807.887-09	
12055292465	
0517	
Diretor da Identificação Civil	
LEI Nº 7116 DE 25/08/61	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DO RIO DE JANEIRO	
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA	
1ª DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL	
	
	
517 POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL	
Armando Rodrigues Pessoa 12055292465 0517	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **782.807.887-00**

Nome: **ARMANDO RODRIGUES PESSOA**

Data de Nascimento: **16/02/1964**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **19:02:04** do dia **02/01/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **7B90.C2E5.A313.4AA7**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Esta é a segunda via de

NOV/2018Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco**N° DO CLIENTE****8077546**

DV-2

VENCIMENTO**10/12/2018****TOTAL A PAGAR (R\$)****0,00**Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **514195560****Companhia Energética do Ceará**

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei n° 10.438 de

26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 36 039101 01 029500

Medidor

Poste

Nome ARMANDO RODRIGUES PESSOA

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade

BOA ESPERANCA 00000 BUENOS AIRES TAMBORIL 63750000

Consumidora

RG / CPF / CNPJ

782.807.887-00

CGF

Classe

B3 - 03-COMERCIAL, SERV. OUTR., MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual

Leitura Anterior

Constante

Consumo (kWh)

Consumo Incl.

Consumo Faturado

FP

8211

8211

1

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade

Tarifa

Valor (R\$)

DATAS DE LEITURAData de Emissão/
Apresentação

22/11/2018

Prev. Proxima
Leitura

22/12/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

BBE9.1118.F201.C8BF.361E.C14B.D87B.A599

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

0,00

Aliquota

18%

Valor do Imposto

0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

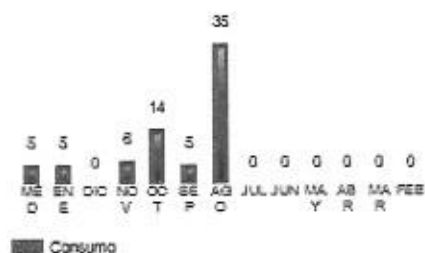
Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto NOVA RUSSAS

CM: 6,75

Mês JUL/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,58	21,17	42,34	0,00	0,00	3,52
FIC (un)	7,59	15,19	30,39	0,00	0,00	5,00
DMIC (h)	5,68			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

8077546-2

N° da Nota Fiscal:

514195560

Total a Pagar (R\$):

0,00

Data de Emissão:

02/01/2019

Referência:

NOV/2018

N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO
Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE
HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL
Crescimento com felicidade

Nº: _____

Hora: 07:50 DATA: 10/09/17

Nº SUS: 704000347637067

1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: ARMANDO RODRIGUES PESSOA IDADE: 53
Nº DO DOCUMENTO: 1241012942 ÓRGÃO EMISSOR: _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: 06/09/188
C.N.: _____ Fls.: _____ LIVRO: _____ DATA DE EMISSÃO: 1/1 CARTÓRIO: _____
NATURALIDADE: TAMBORIL PROFISSÃO: MICRO EMPREENDEDOR DATA DO NASC.: 16/02/164
EST. CIVIL: SOLTEIRO SEXO: M TELEFONE: _____ ESCOLARIDADE: _____
RELIGIÃO: _____ RAÇA/COR: _____
ENDEREÇO: RUA ESPERANÇA TAMBORIL
FILIAÇÃO: LUIS FRANCISCO PESSOA E
RITA RODRIGUES PESSOA

2. QUEIXA PRINCIPAL: Pt vítima de acidente de motociclista apresentando lesão contusão de 3cm em
3. HISTÓRIA ATUAL: pt E e dor no membro e dor no membro de punha direita.
4. DIAGNÓSTICO: Trauma Superficial de Partes Moles + Fratura de rádio distal
5. CONDUTA: Sintoma + encaminhamento ao ortopedista
6. EXAMES SOLICITADOS: Raios X de mão e punha D: fratura descolada de rádio distal
7. P.A. 130 x 90 mmHg
8. TEMP.: 36°C
9. PESO: _____

Dr. Jean Carlos da
MÉDICO
CRM/CE: 18383

Assinatura do Médico

Gráfica CRIATIVA - (82) 95.9737-7

CARTÓRIO FARIAS
APRESENTE CÓPIA FOTOSTÁTICA CONFERE
COM A ORIGINAL APRESENTADO NESTAS NOTAS
TAMBORIL(CE) 15 DE Dezembro DE 2017

NOTÁRIA PÚBLICA



CAI
VALIDO SOMENTE
ALÉM

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ARMANDO RODRIGUES PESSOA ✓
 Nascimento: 16/02/1964 ✓
 Local: HIDROLANDIA
 Sexo: Masculino
 Documento(s): CPF: 762.807.887-00
 Endereço: CAMPO BOA ESPERANCA
 Fone: (55) 99724-3797
 Responsável: ARMANDO RODRIGUES PESSOA
 Endereço Responsável:
 Mãe: RITA RODRIGUES PESSOA ✓
 País Nacionalidade: Brasil
 Estado Civil: Solteiro(a)
 Religião: NÃO DETERMINADA
 CNES: 70.4000.347.6370-57
 Município: TAMBORIL-CE
 CEP: 63750-000
 Empresa:
 Fone Empresa:
 CPF do Responsável:
 Fone Responsável:
 Cônjuge:
 Pai: LUIS FRANCISCO PESSOA

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data Hora: 16/09/2017 11:00
 Quarto/Leito: 007-0003
 Aposente: ENFERMARIA
 Matrícula:
 Clínica: CIRURGICA
 Autorização:
 Setor: CLINICA CIRURGICA
 Dias: 0
 Guia:
 CRM: 6945
 CID Complementar:
 Observação:
 Usuário: ZILDILANIA DE SOUSA LINHARES
 Data Saída:
 Procedimento SUS:
 Condição da Saída:
 Usuário Saída:
 Sisprenatal:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

CRATEUS, 19 de setembro de 2017.

Assinatura do paciente

Assinatura do paciente: ZILDILANIA DE SOUSA LINHARES

Assinatura do responsável



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 127148	Atendimento 0003	Nome do Paciente ARMANDO RODRIGUES PESSOA	CNS 704000347637067	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 782.807.887-00		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 16/02/1964	Local HIDROLANDIA/CE	Idade 53 Ano(s)		
Pai LUIS FRANCISCO PESSOA		Mãe RITA RODRIGUES PESSOA		
Endereço CAMPO BOA ESPERANCA, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 63750-000	Município TAMBORIL	UF CE
Profissão MICRO EMPREENDEDOR	Empresa	Cônjugue		
Responsável ARMANDO RODRIGUES PESSOA	CPF do Responsável	Endereço CAMPO BOA ESPERANCA, SN	Município TAMBORIL	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 19/09/2017	Hora 07:03	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA		CRM/UF 6945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO	
Indicador de Acidente Trânsito		Funcionário MARTA MOTA VENANCIO DO VALE		
Observação guia valida ate o dia 11/10/2017				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Salda () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)
					140x

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

*Prontuário
ola tudo B
rx tudo B. HPE
tudo tudo*

Dr. Jamil S. Jorqueira
Traumato Ortopedi

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945



Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ARMANDO RODRIGUES PESSOA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 02/01/2019 às 18:11, sob o número 01001308992019806600001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 01001308992019806600001 e código 424113E.

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

S.B. SC.

2 - COES

24811073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

S.B. SC.

4 - COES

24811073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ARMANDO RODRIGUES PESSOA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

127248

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

16/02/1964

9 - SEXO

Masc. 41

Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

RITA RODRIGUES PESSOA

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

818917248797

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

CAMPO BOA ESPERANÇA, SN

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

HIDROLÂNDIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

CE 63.750-000

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente em estado de
pré-coma e bulimia
fúria

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

E.P.

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

Furor de pulso

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

328

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0608020607

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

08193322835

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/09/17

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. Órgão Emissor

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

19/09/17

CPF: 004.736.473-46

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

Paciente: ARMANDO RODRIGUES PESSOA
Data da Int: 19/09/2017 Dt de Nasc: 16/02/1964
Convênio: SUS Prontuário: 127148
Município: TAMBORIL-CE
Nome da Mãe: RITA RODRIGUES PESSOA

ANESTESIA

DATA 21/09/17

PACIENTE

LEITO

TIPO DE CIRURGIA

TEMPO DE SALA

IDADE	PESO	ALTURA	SEXO	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRAÇÃO	P. ARTERIAL
53a			M				

TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	URINA

AP RESPIRATÓRIA

AP CIRCULATÓRIO

AP DIGESTIVO

AP URINÁRIO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

HORARIO 15:25 /

Agentes Anestésicos

Líquido

CÓDIGO

V P. Arterial: O Pulso: O Respiração: O Operação: A X Anestesia

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSICÃO Dorsal

AGENTES

TÉCNICA

CIRURGIA

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

ASMA

ECG

ALÉRGIA

ESTADO MENTAL

ATARÁXICOS

CORTICÓIDES

HIPOSENSORES OUTROS

INDUÇÃO

SATISFATÓRIO EXCITAÇÃO

LARINGOSPASMO LENTA

TOSSE NÁUSEAS

VÔMITOS OUTROS

MANUTENÇÃO

ANESTESIA SATISFATÓRIA

() SIM () NÃO PORQUE?

DESPERTAR

REFLEXOS NA SO

OBSTRUÇÃO

EXCITAÇÃO NÁUSEAS

VÔMITOS OUTROS

PARA O LEITO CÂNULA

() SIM () NÃO

CONDIÇÕES

BALANÇO

PERDA SANGÜÍNEA APROXIMADA ml

VOLUME SANGÜÍNEO REPOSTO ml

TEMPO CIRÚRGICO

DURAÇÃO TOTAL DA OPERAÇÃO h

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 02/01/2019 às 18:11, sob o número 0100130892019060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0100130-89.2019.8.06.0001 e código 424113E.

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

Paciente: ARMANDO RODRIGUES PESSOA
Data da Int: 19/09/2017 Dt° de Nasc: 16/02/1964
Convênio: SUS Prontuário: 127148
Município: TAMBORIL-CE
Nome da Mãe: RITA RODRIGUES PESSOA

CIRÚRGICA

DATA

21/09/17

PACIENTE

LEITO

INTERVENÇÃO

CIRURGIA	PROPOSTA	
	REALIZADA	
CIRURGIÃO	Dr. Garriel	
AUXILIARES	1º	CRM
	2º	CRM
	3º	CRM
	4º	CRM
ANESTESIOLOGISTA	Dr. Johannes	
TIPO DE ANESTESIA	Bloqueio	
PATOLOGISTA		
INSTRUMENTADOR(A)	Fabrício	
CIRCULANTE	Dinelle	

ACHADOS OPERATÓRIOS

- fúto no ce
- fúto no ce
- fúto hígado menor
- fúto estômago e amíg
- fúto vesícula biliar
- fúto pâncreas
- fúto rim
- fúto am. pleu. ex. t
- fúto pulm. pleu
- fúto cule

Paciente: ARMANDO RODRIGUES PESSOA
 Prontuário: 127148 Convênio: SUS
 Data Nascimento: 16/02/1964
 Nome da Mãe RITA RODRIGUES PESSOA
 Município: TAMBORIL-CE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DN: 1/1/1
 PRONTUÁRIO: 1
 NOME DA MÃE: _____
 SETOR: PCT LEITO: 73 CONVÊNIO: SUS DATA: 23/09/12

	PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

Evolução Médica:

Assinatura e Carimbo

[illegible]

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SpO₂ = Saturação Periférica; DT Dreno de Tórax; DS = Dreno de Sucção; SNG = Sonda Nasogástrica; SNE = Sonda Nasoentérica; CVC = Cateter Venoso Central; CH = Cateterismo Hemodinâmico; TOT = Tubo Orotraqueal; SVD = Sonda Vesical de Demora.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 012319599012

DETRAN - RJ
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

EXERCÍCIO 2016

VA 00681703319 *****

ARMANDO RODRIGUES PEREIRA

*** RES. CONTRAN Nº 310/08 ***

782.807.887-00

KNJ1359

962JC250VR094932

GASOLINA

PAS/MOTOCICLO

HONDA/CG 125 ITALIAN

2 PAS/67/124

PARTELA

1 PAS/67/124

PARTELA

1 PAS/67/124

PARTELA

1 PAS/67/124

PARTELA

1 PAS/67/124

PARTELA

1 PAS/67/124

PARTELA

1 PAS/67/124

PARTELA

1 PAS/67/124

PARTELA

1 PAS/67/124

PARTELA

1 PAS/67/124

PARTELA

1 PAS/67/124

PARTELA

1 PAS/67/124

PARTELA

1 PAS/67/124

PARTELA

1 PAS/67/124

PARTELA

DETRAN

CONTRAN

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

RJ Nº 012319599012 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016

DATA EMISSÃO 11/02/2016

VA 782.807.887-00

KNJ1359

962JC250VR094932

GASOLINA

PAS/MOTOCICLO

HONDA/CG 125 ITALIAN

2 PAS/67/124

PARTELA

1 PAS/67/124

PARTELA

1 PAS/67/124

PARTELA

1 PAS/67/124

PARTELA

1 PAS/67/124

PARTELA

1 PAS/67/124

PARTELA

1 PAS/67/124

PARTELA

1 PAS/67/124

PARTELA

1 PAS/67/124

PARTELA

1 PAS/67/124

PARTELA

1 PAS/67/124

PARTELA

1 PAS/67/124

PARTELA

1 PAS/67/124

PARTELA

91007110

PRÊMIO TARIFÁRIO

PAS (R\$) 129,04

DETRAN (R\$) 14,34

ICF (R\$) 1,11

CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,37

DPVAT PARCELADO

DPVAT ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

COTA ÚNICA

PREMIUM

PREMIUM

PREMIUM

PREMIUM

PREMIUM

PREMIUM

PREMIUM

PREMIUM

PREMIUM

PREMIUM

PREMIUM

PREMIUM

PREMIUM

PREMIUM

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.094/0001-04

www.seguradoralider.com.br

11/02/2016

11/02/2016

11/02/2016

11/02/2016

11/02/2016

11/02/2016

11/02/2016

11/02/2016

11/02/2016

11/02/2016

11/02/2016

11/02/2016

11/02/2016

RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO

SINISTRO 3180020001 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ARMANDO RODRIGUES PESSOA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Sabemi

Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO ARMANDO RODRIGUES PESSOA**CPF/CNPJ:** 78280788700**Posição em 02-01-2019 17:39:44**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta Referência Ver Carta

12/01/2018	Aviso de Sinistro	
------------	-------------------	--

RES: [SEGURO DPVAT]

De: faleconosco@seguradoralider.com.br

Para: jcmourao77@yahoo.com.br

Data: quarta-feira, 12 de dezembro de 2018 11:35 BRST

Olá Srº Armando,

Sinistro 3180020001 cancelado, tendo em vista que não se justifica a cobertura pleiteada, face ser a vítima o proprietário do veículo, para o qual a situação de pagamento do Seguro DPVAT se caracteriza como irregular.

Oportuno enfatizar que no presente caso, seria descabido o pagamento da indenização com posterior ação de regresso, o que resultaria na cobrança ao próprio recebedor da indenização.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

www.seguradoralider.com.br

<http://pt.slideshare.net/seguradoralider-dpvat>

----- Mensagem Original -----

De: jcmourao77@yahoo.com.br

Enviada em: 03/12/2018 18:42:31

Para: faleconosco@seguradoralider.com.br

CC:

Assunto: [SEGURO DPVAT]

SEGURO DPVAT - APP: FALE CONOSCO

Nome: ARMANDO RODRIGUES PESSOA

CPF/CNPJ: 78280788700

E-mail: jcmourao77@yahoo.com.br

Cidade - UF: Tamboril - CE

Telefone: (88) 999159444

Opções Selecionadas: Pedido de indenização > Como consultar > Sim > Não

Mensagem: Solicito a consulta do processo de indenização. Dados adicionais: Número do Sinistro: 3180020001 Número do CPF/CNPJ: 78280788700

EMAIL ENVIADO AUTOMATICAMENTE

CONFIDENCIALIDADE

Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY

This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 845 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/11/2017 09:06:37**
Data / Hora da Ocorrência: **10/09/2017 07:50:00**
Endereço da Ocorrência:
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **TAMBORIL/CE**
Lugar de Referência: **ENTRE CACIMBA E MORROS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ARMANDO RODRIGUES PESSOA**
Nascimento: **16/02/1964** CPF: **782.807.887-00**
RG: **0108071374** Órgão Emissor:
Filiação: **RITA RODRIGUES PESSOA**
LUIS FRANCISCO PESSOA
Endereço: **VILA BUENOS AIRES**
Bairro: **BOA ESPERANÇA**
Município: **TAMBORIL/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98128-3758**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **KMJ1359 UF: RJ** Município: **RIO DE JANEIRO** Chassi: **9C2JC250VVR094932** Renavam: **681700319** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN** Ano Fabricação: **1997** Ano Modelo: **1997** Combustível: **GASOLINA** Cor: **CINZA**
Proprietário: **ARMANDO RODRIGUES PESSOA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa o declarante que estava dirigindo a moto acima cadastrada em uma estrada carroçal, por volta de 40 a 60km/h, quando se surpreendeu com um animal(vaca) entrou no meio da estrada: QUE conseguiu se desviar do animal, porém, perdeu o controle da moto que derrapou e caiu, QUE se levantou e pegou seu veículo, este que não estava funcionando e aguardou alguém passar no local; QUE parou no local as pessoas de DEOCLECIO e CÍCERO(testemunhas) e foram em busca de achar um carro para rebocar a moto e trazer a vítima de volta para Boa Esperança, não se recorda como a moto foi trazida; QUE ao chegar, deixaram a moto do declarante e seguiram para o hospital de Tamboril no carro, porém não houve atendimento para raio-x no dia; QUE foi alguns dias depois de moto, novamente, para o hospital de Tamboril, sendo depois transferido para o hospital de Crateús; QUE está com o intermediário FABIO Seguros; E nada mais disse;

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

LOUISE VASCONCELOS SERRA - MAT.: 30114213

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Armando Rodrigues Pessoa

DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

Pág. 1 de 2

Boletim de Ocorrência nº 556 - 845 / 2017

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 02/01/2019 às 18:11, sob o número 01001308920198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0100130-89.2019.8.06.0001 e código 424113F.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 555 - 845 / 2017

LISTO DO DELEGADO(A) :

VANESSA HILUY LOBO FELICIO VASCONCELOS - MAT.: 30104218

