

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

## CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/s beneficiário/s de 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 erros no recebimento da indenização no banco.

## Nº DO SINISTRO:

Eu, MASSILON ALEXANDRE PEREIRA Portador (a) do RG: Nº. 2007279009-6, Expedido por SSP/CE em 06/04/2009 e CPF: 957.456.293-04 Profissão agricultor e renda mensal de R\$ 300,00, na qualidade de beneficiário(a) do valor referente a indenização/reembolso do seguro obrigatório DPVAT da vítima: MASSILON ALEXANDRE PEREIRA, autorizo a Seguradora Centauro Vida e Previdência S/A a efetuar o respectivo Pagamento/Crédito, de acordo com a forma 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.

1-  CRÉDITO EM CONTA CORRENTE  
Nº BANCO: 001 Nº AGENCIA: 4551-9 Nº C/C: 11.809-5

2-  CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
Nº BANCO: 237 Nº AGENCIA: \_\_\_\_\_ Nº C/P: \_\_\_\_\_

3-  CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
Nº BANCO: 001 Nº AGENCIA: \_\_\_\_\_ Nº C/P: \_\_\_\_\_

4-  CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
Nº BANCO: 341 Nº AGENCIA: \_\_\_\_\_ Nº C/P: \_\_\_\_\_

5-  CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
Nº BANCO: 104 Nº AGENCIA: 999 Nº C/P: \_\_\_\_\_

- Declaro que a conta acima mencionada é de minha titularidade.  
- Uma vez efetuado o Pagamento/Crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor da referida indenização.

Pedra Branca- CE, 09 de Agosto de 2010

*Antonio Socorro da S. Pereira*  
Assinatura do Beneficiário

## Atenção:

- o Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo a 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 sequelas e de acordo com as tabelas de seguro prevista na Lei 6194/740) 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 Susep).  
- A Circular Susep nº 380/06, que trata da prevenção e 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.

# BANCO DO BRASIL S.A.

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANÇA

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA:

01/10/2010

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

9.450,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MASSILON ALEXANDRE PEREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04551-9

CONTA: 000010011809-7-0

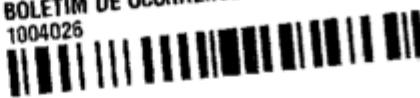
---

Nr. da Autenticação 69F967849A04D04B

275355 (p)

04/00/2010

BOLETIM DE OCORRÊNCIA  
1004026



ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR - D. P. I.

UNIDADE DE POLÍCIA CIVIL DE PEDRA BRANCA - CEARÁ - (88) - 3615-1717

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA B.O.

Nº. OCORRÊNCIA: <b>552/2010</b>	DATA: <b>27 de maio de 2010</b>	FONE:
<b>Nome: MASSILON ALEXANDRE BEZERRA.</b>		
<b>Filiação: Manoel Alexandre Pereira e Raimunda Mendes Pereira.</b>		
<b>Endereço: Sítio Livramento, Zona Rural de Pedra Branca CE.</b>		
R.G.: 2007279009-6 SSPDS	C. P. F.: 957.456.293-04	
<b>Local da Ocorrência: Sítio Livramento-Pedra Branca - Ce.</b>		
<b>Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO.</b>		
<b>HISTÓRICO:</b> Afirma a declarante QUE: No dia 31 de janeiro de 2010, por volta das 11h30min afirma conduzia a motocicleta HONDA/ NXR 150 BROS ES, PLACA HYS 3695 Pedra Branca CE, ANO/MOD 2007/2008, COR PRETA, CHASSI 9C2KD03308R015572, RENAVAM 942961641, licenciado me nome de Gilmar do Nascimento da Silva; QUE vinha no Sítio acima mencionado quando deparou-se com um barranco de terra no meio da estrada, colocado pelos funcionários da Coelce, onde a estrada estava interditado; QUE o mesmo ao perceber não conseguindo desviar veio a cair, tendo sofrido fratura na Clavícula direita, atingindo os nervos do mesmo membro; QUE foi socorrido para o Hospital local, onde recebeu tratamento especializado; QUE podem servir como testemunhas as pessoas de Antonio Raimundo Moreira Costa, RG: 53.667.015-8 e José Greiton Vieira Costa, RG: 2004021074-970, ambos residentes no Sítio Livramento. NADA MAIS DISSE.		
 <b>Dr. Carlos Teixeira Teófilo</b> Delegado Mat. 198384-1-2	 <b>Massilon Alexandre Pereira</b> Noticiante	

INFORMAÇÃO FALSA PRESTADA À POLICIA É CRIME (ART. 340, DO C.P.B.)



ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR - D.P.I.  
15ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE SENADOR POMPEU-CE

**C E R T I D Á O**

**JOSÉ MAXDELLY MINEIRO DE CARVALHO**, Escrivão de Policia Civil, matrícula nº 198.314-1-8, em exercício na Delegacia Regional de Polícia Civil de Senador Pompeu-CE, no uso de suas atribuições legais, etc...

**C E R T I F I C A**, para os devidos fins e efeitos legais, que no BO nº 552/2010 noticiado no dia 27 de maio de 2010 na Unidade Policial de Pedra Branca, onde se lê MASSILON ALEXANDRE BEZERRA, na verdade é MASSILON ALEXANDRE PEREIRA.

O referido é verdade. Dou fé.

Pedra Branca- CE, 16 de junho de 2010.

José Maxdelli Mineiro de Carvalho  
Escrivão de Policia Civil  
Matº 198314-1-8



**PARECER DE PERÍCIA MÉDICA****DADOS DO SINISTRO**

Número:	2010274168	Cidade:	PEDRA BRANCA	Natureza:	Invalidez Parcial
Vítima:	MASSILON ALEXANDRE PEREIRA	Data do acidente:	31/01/2010	Emissor do parecer:	Jessica de Oliveira Vidal
Seguradora:	CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	Prestadora:	CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços	CRM do médico:	6945

**PARECER**

Diagnóstico: LESÃO DO DUPLEXO BRAGUIAL DO OMBRO DIREITO

Descrição do exame médico pericial:

Resultados terapêuticos:

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA TOTAL DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Data da perícia: 24/09/2010

Conduta: Não

Observações:

Valor pleiteado: 9.450,00

Médico avaliador: JAMIL SANCHES JORQUEIRA

UF do CRM do médico: CE

**DANOS**

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70	1	100

Valor avaliado: 9.450,00

Secretaria da Segurança  
Pública e Defesa Social  
Unidade de Polícia Civil  
Pedra Branca - Ceará



ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR - D.P.I.  
15º DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE SENADOR POMPEU

C E R T I D A O

JOSÉ MAXDELLY MINEIRO DE CARVALHO, Escrivão de  
Polícia Civil, Matrícula 198314-1-8, em exercício na  
Unidade de Polícia Civil de Pedra Branca CE, no uso de  
suas atribuições legais, etc...

C E R T I F I C A, a requerimento verbal da parte interessada, para os devidos fins e  
efeitos legais, que neste município de Pedra Branca CE, NÃO EXISTE INSTITUTO  
MÉDICO LEGAL (IML).

O referido é verdade. Dou fé.

Cartório da Unidade de Polícia Civil de Pedra Branca CE, vinte e quatro (24) dias do  
mês de junho do ano de dois mil e dez (2010).

JOSÉ MAXDELLY MINEIRO DE CARVALHO.  
Escrivão de Polícia Civil.  
Matrícula 198314-1-8

A presente cópia fotostática confere com o original  
Dado na Pedra Branca, 09/07/2010  
Em testemunha da verdade.

Regina Cely Nogueira Pessas da Costa - Oficial Titular

Maria do Carmo Araújo Miléo Substituta



CERTIDAO DE INEXISTENCIA DE IML  
1004029



COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

1004040



## **DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, MASSILON ALEXANDRE PEREIRA, Portador (a) do RG: Nº. 2007279009-6, EXPEDIDO POR SSP/CE, EM 06/04/2009, CPF.957.456.293-04, brasileiro, solteiro, agricultor, declaro para os devidos fins e repetirei em juiz se necessário for que sou residente e domiciliado (a), No lugar denominado "Sítio Livramento". Neste Município CEP. 63.630-000.

Declaro ainda, que me responsabilizo por qualquer prejuízo que por ventura a seguradora possa ter, no presente e no futuro, face às informações acima prestadas. Pôr a expressão da verdade, firmo a presente a declaração, para que surtam seus efeitos legais.

**Fone (88) 9911-0259**

Pedra Branca (Ceará), 04 de junho de 2010

Assinatura do Declarante

*p.p.x Antonia Socorro de Sá Pereira*

COMPROVANTE DE RESIDENCIA  
1004040



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANTONIA SOCORRO DA SILVA PEREIRA, Portador (a) do RG: Nº.2007005021764, EXPEDIDO POR SSP/CE, EM 27/03/2007, CPF.222.793.773-49, brasileira, casada, aposentada, declaro para os devidos fins e repetirei em juiz se necessário for que sou residente e domiciliado (a), No lugar denominado "Sítio Lages". Neste Município CEP. 63.630-000.

Declaro ainda, que me responsabilizo por qualquer prejuízo que por ventura a seguradora possa ter, no presente e no futuro, face às informações acima prestadas. ————— Pôr a expressão da verdade, firmo a presente a declaração, para que surtam seus efeitos legais. —————

**Fone (88) 9911-0259**

Pedra Branca (Ceará), 18 de junho de 2010

Assinatura do Declarante

*Antonia Socorro da Silva Pereira*



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

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidade permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VITIMA:

Fássion Alexandre Póvoa

NÚMERO DO SINISTRO:

## DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 31-01-10

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 31-01-10

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

Francisco Soárez NAVARRO - 9272-CE

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

→ Fratura do metatarso  
 - lesão do plexo braquial

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

• tratamento cirúrgico

EXISTE ALGUM DEBIL FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?  SIM  NÃO  
 CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

- I) A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.  
 IX) A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

## GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

## SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFFECTADO

- 1º Lesão do plexo braquial com sequelas (1) com  
 2º perda de função do membro superior direito  
 3º irreversível com incapacidade permanente  
 4º  
 5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE

26-05-10 A 26-05-10

QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Fássion Alexandre

26, 05, 10

LOCAL

DATA

DR. FRANCISCO SOÁREZ NAVARRO  
 CRM: 9272-CE  
 CPF: 654.578.961-01  
 RG: 3515.138-8

ASSINATURA E CARIMBO

## ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

Fássion Alexandre

26, 05, 10

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA



# RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ

## DECLARAÇÃO DO MÉDICO (PRÓPRIO PUNHO)

NOME COMPLETO DA VITIMA:

ASSISON ALFREDO PERIN

DATA DO ACIDENTE:

31-01-10

DATA DA INTERNAÇÃO:

31-01-10

TRATAMENTO CIRÚRGICO OU CONSERVADOR REALIZADO NO PACIENTE:

tratamento conservador

PERÍODO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR:

1 dia

APÓS A ALTA HOSPITALAR, QUAIS OS OUTROS TRATAMENTO REALIZADO NO PACIENTE: EX: TROCA DE GESSO; RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE, FISIOTERAPIA, ETC.

Rombogyno

DATA DA ALTA DEFINITIVA:

05-05-10

Pedro Borel

26/05/10

LOCAL

DR. FRANCISCO REALES NAVARRO  
CCF 65435 607-6  
ASSINATURA GARRIMBO MÉDICO  
CEL: 9971151384

ASSINATURA DA VITIMA





Prefeitura Municipal de Pedra Branca  
Secretaria Municipal da Saúde - SIA /SUS  
Boletim de Atendimento Ambulatorial

SISTEMA  
ÚNICO  
DE SAÚDE



Nome do Paciente

Massion, Alkandre Góes							C.P.
EMERGÊNCIA	IDADE	COR	SEXO	ESTADO CIVIL	NACIONALIDADE	NATURAL	OCORRÊNCIA N°
	34	M	M	C			
RESIDÊNCIA	Stº Oliveira						TELEFONE
CÓDIGO PROCED.	ATENDIMENTO			DATA	HORA		
				31.01.10	13:55		

QUEIXA PRINCIPAL E RESUMO DA DOENÇA

Pote com grande de  
meto  
Pto. Skelton 200

DADOS CLÍNICOS

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	DIAGNÓSTICO	
		MINIMA	AUXILIAR
130	80		

DIAGNÓSTICO

meto

TRATAMENTO

- ① Sfo. g. oral
- ② Observar
- ③ Sutura

EXAMES COMPLEMENTARES

Exame

MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO

Rx Ambro A  
Rx imen

DESTINO DADO AO PACIENTE

- RESIDÊNCIA  
 INTERNADO  
 TRANSFERIDO PARA:  
 ÓBITO AS \_\_\_\_\_ HORAS, APÓS CHEGADA  
 ÓBITO EM TRATAMENTO  
 LICENÇA \_\_\_\_\_ DIAS

OUTROS PROCEDIMENTOS

Mangueira

DIAGNÓSTICO DEFINIDO

Dra. Grazi Maria Lemos  
DIRETORA GERAL HNSS  
CREFITO 4478-13-677-211-13334

Dr. Francisco P. P. P. M.  
CRM 928-CPV 351-692-ES

ASSINATURA DO PACIENTE

ASSINATURA DO MÉDICO

PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA BRANCA  
SIA - SUS - Secretaria de Saúde

FICHA  
DE  
REFERÊNCIA

1- PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS  
2- AO TERMINAR A CONSULTA OU TRA-  
TAMENTO, ENTREGAR 2 VIAS AO USUÁ-  
RIO ORIENTANDO-O PARA RETORNAR  
COM A 1ª VIA A UNIDADE DE ORIGEM

UNIDADE DE ORIGEM

H.U.S.S

STRITO SANITÁRIO

8º creb

MUNICÍPIO

DME

Wanderley alexandre Ferreira

OCCUPAÇÃO

EXO

M  F

DATA DO NASCIMENTO

30/5/1975

BAIRRO

PRONTUÁRIO Nº

ENDEREÇO

st levitramento

TELEFONE

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Paciente vítima de queda de cima que é 1,80m e 70kg. No  
exame observou-se fratura de clavícula. Excluindo com dor  
que USD + perda funcional da mão direita, probabilidade de per-  
tura.

RESULTADO DE EXAMES

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

lesão do plexo braquial

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - Nº REGISTRO

FUNÇÃO

DATA

HORA

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO:

AMBULATORIAL

HOSPITALAR

AUXÍLIO DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

consulta em ortopedia

PROFISSIONAL

carlos Adolfo e Castro

UNIDADE DE REFERÊNCIA

DATA

HORA

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA(\*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA

MUNICÍPIO

PRONTUÁRIO Nº

ALTA

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO

RESULTADO DE EXAMES

DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL

CID:

SECUNDÁRIO 1

CID:

SECUNDÁRIO 2

CID:

DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

O PROBLEMA JUSTIFICA A REFERÊNCIA? SIM  NÃO

O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM  NÃO



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA BRANCA  
SIA - SUS - Secretaria de Saúde**

**FICHA  
DE  
REFERÊNCIA**

1- PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS  
2- AO TERMINAR A CONSULTA OU TRA-  
TAMENTO, ENTREGAR 2 VIAS AO USUÁ-  
RIO ORIENTANDO-O PARA RETORNAR  
COM A 1ª VIA A UNIDADE DE ORIGEM.

UNIDADE DE ORIGEM

H.M-S-S

DISTRITO SANITÁRIO

8º etas

MUNICÍPIO

P. Branca

NOME

Wanderson Alexandre Pereira

PRONTUÁRIO Nº

SEXO

M  F

DATA DO NASCIMENTO

30/05/45

OCUPAÇÃO

ENDEREÇO

Sítio Willianinho

BAIRRO

TELEFONE

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Paciente vítima de quebra de mola no 3 molar inferior  
com pleio proximal da M5 e

RESULTADO DE EXAMES

CONDUTA JÁ REALIZADA

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Lesão de placa bragueta. ?.

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - Nº REGISTRO

medico

20.05.10

10:15

DATA

HORA

**AGENDAMENTO**

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO:

AMBULATORIAL

HOSPITALAR

AUXÍLIO DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

Neurocirurgia

PROFISSIONAL

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

DATA

HORA

**FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA(\*)**

UNIDADE DE REFERÊNCIA

MUNICÍPIO

PRONTUÁRIO Nº

ALTA

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO

RESULTADO DE EXAMES

DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL

CID:

SECUNDÁRIO 1

CID:

SECUNDÁRIO 2

CID:

DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

PROBLEMA JUSTIFICOU REFERÊNCIA? SIM  NÃO  O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM  NÃO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE  
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE(SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA

2 - CNES

2497654

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

MASSILYN ALEXANDRE PEREIRA

4 - Nº DO PRONTUÁRIO  
523285

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

848002710616673189

6 - DATA DE NASCIMENTO  
24/05/757 - SEXO  
 Masculino

8 - RACA/COR

9 - NOME DA MÃE

Raimunda Henrê Pereira

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Livramento

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Pereira Branca

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

16 - LIF  
C15

17 - CEP

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0207020027

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

RM da PLEXO Preguiçal D

20 - QTDE

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

## JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID10 PRINCIPAL 38 - CID10 SECUNDÁRIO 39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

1. paciente vírgina da acidentada  
de moto na avenida Icavatiqua o dia 15/06  
de 2010.

## SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Roberto Cidrão Moraes

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/04/75

43 - ASSINATURA E CARIMBO/Nº REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Roberto Cidrão Moraes

CRM-CE 0440-S.0.T-1982

Cidade: Fortaleza

## AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

2497654

46 - Nº APAC/AUTORIZAÇÃO (APAC)

47 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE(EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE



## SERVÍCIO DE RADIOLOGIA

NOOME DO PACIENTE: Massilon Alexandre Pereira

IDADE: 34a.

CLÍNICA:

FRONTRUÁRIO:

MOTIVO DO EXAME:

EXAME REALIZADO:

MÉDICO: Dr. Seino

DATA: 19/05/10

US Ombro Direito

Presença de líquido envolvendo o cavo longo bicipital.

Supra e Infra-espinhais aparentemente íntegros (dificuldade Técnica para realização do exame devido a excesso do flexo braquial).

*Massilon*

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

Data: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_

randacpdireru siglaodeexamenes.doc

Governo do Estado do Ceará  
Secretaria de Saúde - SESA  
HOSPITAL  
HGF GERAL  
DE FORTALEZA  
C.N.P.J.: 07954571/0014-29



Governo do Estado do Ceará  
Secretaria de Saúde - SESA  
HOSPITAL  
HGF GERAL  
DE FORTALEZA  
C.N.P.J.: 07954571/0014-29

19/08/83  
8h45

### REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: MASSILON ALEXANDRE PEREIRA

Idade: 34 Sexo: M  F  B  P  A Cor: BR Peso: 70 Altura: 1,75 Clínica: DR Enf.: Leito:

Exames Clínicos:

Material a examinar:

COLUNA CERVICAL - OMBRO D - BRAÇO D

Exames Solicitados:

- 01 - Rx da coluna cervical em AP/R.
- 02 - Rx do ombro Direito em AP/AXIA
- 03 - Rx da clavícula D em AP.

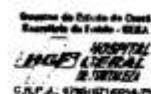
23/04/2010

Data



Home \_\_\_\_\_

data:    /    /



**ESTADO DO CEARÁ**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**

Governo do Estado do Ceará  
Secretaria da Saúde - SESA



## **REQUISIÇÃO DE EXAMES**

ide: Sexo: Cor: Peso: Altura: Clínica: Enf.: Leito:

## **dos Clínicos:**

### Material a examinar:

**AMES SOLICITADOS:**

U.S. do amores dispeito

23.04.2010

Date



### **Carimbo e Assinatura do Médico**

Mr. Lincoln  
19/05/1974



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA BRANCA  
SIA - SUS - Secretaria de Saúde

FICHA  
DE  
REFERÊNCIA

1- PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS  
2- AO TERMINAR A CONSULTA OU TRA-  
TAMENTO, ENTREGAR 2 VIAS AO USU-  
ÁRIO ORIENTANDO-O PARA RETORNAR  
COM A 1ª VIA A UNIDADE DE ORIGEM.

UNIDADE DE ORIGEM

DISTRITO SANITÁRIO

H.M.S.S  
8º CRE

MUNICÍPIO

Pedra Branca

NOME

Massilon Alexandre

PRONTUÁRIO N°

SEXO

M

F

DATA DO NASCIMENTO

24/05/1975

OCCUPAÇÃO

Funcionário

ENDEREÇO

st. Ivens

BAIRRO

TELEFONE

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Paciente com luxação de ombro direito há mais 15d com dor e limitação à movimentação de MSD

RESULTADO DE EXAMES

Rx Úmbro (1) → luxação

CONDUTA JÁ REALIZADA

Analgésico

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Luxação de Úmbro (1)

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - N° REGISTRO

FUNÇÃO

DATA

HORA

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO:  AMBULATORIAL  HOSPITALAR  AUXÍLIO DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

PROFISSIONAL

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

DATA

HORA

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA(\*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA

MUNICÍPIO

PRONTUÁRIO N°

ALTA

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO

Perdeu o ombro direito de moto.

RESULTADO DE EXAMES

Luxo de ombro direito - av  
exame clínico

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Luxo de ombro direito (1)

SECUNDÁRIO 1

CID:

SECUNDÁRIO 2

CID:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Fisio + Álcool

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

Revisar 15 dia

O PROBLEMA JUSTIFICA A REFERÊNCIA? SIM  NÃO

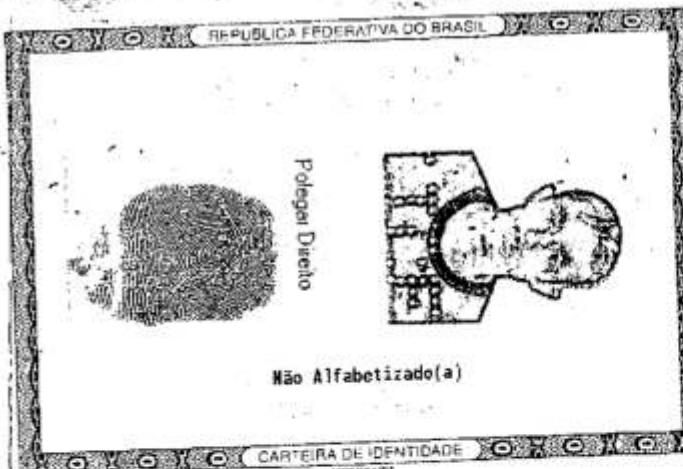
O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM  NÃO

Ortopedista

16/07/10

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO  
1004037





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007279009 - 6 DATA DE EMISSÃO 06/04/2009

NAME: NASSILON ALEXANDRE PEREIRA

RESIDÊNCIA: MANOEL ALEXANDRE PEREIRA

RAIMUNDA MENDES PEREIRA

NATURALIDADE: PEDRA BRANCA - CE DATA DE NASCIMENTO: 24/05/1975

DOC. ORIGEM: CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 3185 FOLHA: 581

LIVRO: B10/39 PEDRA BRANCA - CE

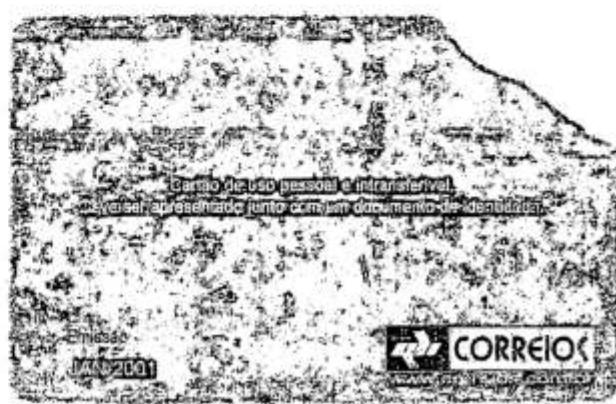
CPF: RG: ANT: 228510692

1 VIA

Assinatura do Diretor

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

P.: 118





## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 380/08 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº380/08, 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 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, provisórios privados abertos, capitalização e reasseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Antônio Socorro da Silva Pereira, portador(a) do RG nº 2007005021764, expedido por SSP/CE, em 27/03/2007, CPF/CNPJ nº 222.793.773-49, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Massilon Alexandre Pereira, do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez, da vítima Massilon Alexandre Pereira, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 380/08, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Aposentada Renda Mensal: R\$ 510,00

Documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

Antônio Socorro da Silva Pereira  
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIARIO



## Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 275216

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo		Placa	
09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		NQS-2651/CE	
Nome da Vítima		Natureza	
FRANCISCO ERIVALDO MARTINS		3 - D.A.M.S.	
Tipo Sinistrado	Data Nascimento	Tipo de CPF	CPF da Vítima
3 - Motorista	13/07/1969	0 - Possui CPF	461.940.373-34
Data Ocorrência			
		06/01/2010	

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos:

Certidão Nº 072

da autoridade policial sobre a ocorrência;

DUT Nº \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

RG e CPF do Sinistrado

( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

RG e CPF do(s) Beneficiário(s)

( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

### Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
FRANCISCO ERIVALDO MARTINS	Vítima	VITIMA	13/07/1969	62280-000	461.940.373-34

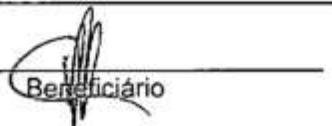
Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).

Observações:

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

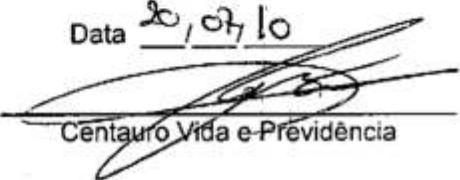
Local do Aviso CE

Local da Entrega RJ

  
Beneficiário

Data 20/07/10

Data 20/07/10

  
Centauro Vida e Previdência

#### Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

R SENADOR DANTAS, 80, 17º ANDAR  
CENTRO – Cep: 20031-204

Tel.: (21) 2297-1212 Fax: (21) 2297-1212

site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: [alexandre.almeida@salek.com.br](mailto:alexandre.almeida@salek.com.br)  
RIO DE JANEIRO - RJ



Estado do Ceará



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

# Cartório Pessoa

REGINA CEYL NOGUEIRA PESSOA DA COSTA

TITULAR

MARIA DO CARMO ARAÚJO MILÉO

SUBSTITUTA

IVANDA ARAÚJO MILÉO

ESCREVENTE

CARTÓRIO PESSOA - 1º OFÍCIO

Regina Cely N. Pessoa da Costa

Heitor

Maria do Carmo Araújo Miléo

Substituta

IVanda Araújo Miléo

Escrevente

Pedra Branca - Ce

Fls. 169

Livro nº 76

TRASLADO DE PROCURAÇÃO DE BASTANTE QUE FAZ **MASSILON ALEXANDRE PEREIRA**, como abaixo se declara,

**S A I B A M** os que o presente instrumento de procuração bastante virem que aos dois (02) dias do mês de junho do ano de dois mil e dez (2010), da era Cristã, nesta cidade de Pedra Branca, termo e comarca do mesmo nome, Estado do Ceará, República Federativa do Brasil, compareceu como outorgante em meu Cartório **MASSILON ALEXANDRE PEREIRA**, portador (a) da portador da CI. RG/ nº 200727909-6 SSP/CE e inscrito (a) no C.P.F. sob o nº 957.456.293-04, brasileiro, casado, agricultor, residente e domiciliado (a) no sítio Livramento, Marcelo Araújo Bezerra, brasileiro, solteiro, estudante, residente e domiciliado nesta cidade. Reconhecido(s) como próprio (a) por mim Tabeliã de cuja identidade e capacidade jurídica, ou fé. Então disse o (s) outorgante (s) que nomeava e constituía como seu bastante procurador (a) **ANTONIA SOCORRO DA SILVA PEREIRA**, portador (a) da RG/ Nº 2007005021764 SSP-CE e inscrito (a) no C.P.F. sob o nº 222.793.773-49, brasileira, casada, aposentada, residente e domiciliado (a) no sítio Lages, desta comarca, a quem concede poderes amplos, gerais e ilimitados especialmente para representá-lo junto ao **BANCO DO BRASIL S/A, BANCO BRADESCO ou qualquer agencia bancaria e resolver todo e qualquer assunto de interesse do outorgante com a relação a abertura de conta corrente ou poupança**; podendo dito (a) procurador (a) abrir e movimentar conta corrente ou poupança, solicitar e receber cartão eletrônico, receber dinheiro, passar recibos, dar quitação, cadastrar e desbloquear senha, assinar endosso, folha de pagamento, solicitar saldos e extratos, fazer saques, depósitos, receber cheques, contra- cheques e descontá-los, receber e assinar autorização de pagamento, receber quaisquer valores, prestar declarações, assinar requerimentos, podendo ainda representá-lo junto a qualquer Seguradora, assinar autorização de pagamento, declaração de residência e qualquer documento necessário para o recebimento da indenização do Seguro DPVAT e tudo o mais promover, praticar, requerer e assinar o que se fizer necessário ao completo e fiel desempenho deste mandato, inclusive substabelecer. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que lido e achado conforme aceita e assina dispensado as testemunhas nos termos do art. 113 do Provimento nº 01/88 do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado. SUBSCREVO (a) Maria do Carmo Araújo Miléo, Substituta. (a) Marcelo Araújo Bezerra. Esta conforme ao original. Dou fé.

Pedra Branca, 02 de junho de 2010.

Em testemunho \_\_\_\_\_ da verdade.

Av. Sabino Vieira Cavalcante, 03 CENTRO

CEP: 63630-000 Pedra Branca - CE

Tel: (88) 3515-1637

CNPJ: 12.463.691/0001-49

CARTÓRIO PESSOA - 1º OFÍCIO

Regina Cely N. Pessoa da Costa

Titular

TESTIMUNHA: \_\_\_\_\_  
PROCURADOR: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

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

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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