



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

OUTORGANTE:

Nome: <i>Ronaldo Pereira da Silva</i>		Nacionalidade: <i>Brasileiro</i>
Estado Civil: <i>Solteiro</i>	Profissão: <i>Agricultor</i>	Carteira de Identidade: <i>2008888190-8 SSP-ce</i>
CPF nº: <i>078.220.993-96</i>	Residência: <i>Rua dos Gomes Coutinho, nº 439</i>	
Bairro: <i>São Vicente</i>	Cidade: <i>Crateús</i>	Estado/UF: CEP: <i>Ceará 63.700-000</i>

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(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicia 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 SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, 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 medicas**, em nome do(a) outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

CRATEÚS - CE., 29 de Jan de 2019.

Ronaldo P. da Silva
(outorgante)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008888190 - 8 DATA DE EMISSÃO 13/08/2014

NOME RONALDO PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ VALDENOR FERREIRA DA SILVA

MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA SOUSA

NATURALIDADE CRATEUS - CE

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 34201 FOLHA: 007

LIVRO: A-37 CRATEUS - CE

DATA DE NASCIMENTO 12/12/1996

VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 26/09/83

P.: 36

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA - PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

Ronaldo pereira da Silva

CARTERA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE

20E7.F0DF.A78B.C33D

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço

www.rcêita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 15:10:50 do dia 12/11/2014 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 078.220.993-96

Nome RONALDO PEREIRA DA SILVA

Nascimento 12/12/1996

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



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

DECLARAÇÃO

Declarante: <i>Ronaldo Pereira da Silva</i>		Nacionalidade: <i>Brasileiro</i>
Residência: <i>Rua Dr. Gomes Coutinho, n.º 439</i>		Profissão: <i>Agricultor</i>
CPF nº: <i>078.220.993-96</i>	RG nº: <i>2008888290-8 SSP-CE</i>	Estado Civil: <i>Solteiro</i>
Bairro: <i>São Vicente</i>	Cidade: <i>Crateús</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>
CEP: <i>63.700-000</i>	Telefone:	

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

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Crateús - *CE*, *09* de *Janeiro* de *2019*.

Ronaldo P. da Silva

Declarante



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: deranyasantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declarante: <i>Ronaldo Pereira da Silva</i>		Nacionalidade: <i>Brasileiro</i>
Residência: <i>Rua Des. Gomes Coutinho, 12439</i>		Profissão: <i>Agricultor</i>
CPF nº: <i>078.220.493-96</i>	RG nº: <i>2008888190-8 SSP-ce</i>	Estado Civil: <i>Solteiro</i>
Bairro: <i>São Vicente</i>	Cidade: <i>Crateús</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>
CEP: <i>63.700-000</i>	Telefone:	

DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Crateús - *ce*, *09* de *Janeiro* de *2019*.

Ronaldo P. da Silva
 (declarante)

Guia de atendimento - EMERGENCIA
DADOS DO PACIENTE

Atendimento 0003	Nome do Paciente RONALDO PEREIRA DA SILVA	CNS	Guia de Autorização
Idade 34201	Local CRATEUS/CE	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Profissão MENOR	Empresa	Cônjuge	
Responsável CHARMILA PEREIRA SOUSA	CPF do Responsável	Endereço RUA CABO GENTIL LIMA, 233	Município CRATEUS
UF CE	Telefone 88 92720280		

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 14/08/2017	Hora 12:04	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento GILVAN MELO MARQUES	CRM/UF 10784/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO		
Indicador de Acidente Transito	Funcionário MARIA APARECIDA SOARES XIMENES			
Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito	
Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)

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

Acidente de moto (sic)

*Doente c/ sinais / traumas
baixa - grupo B*

*Rx Golo (F) fratura olecranon
sulco do olecranon (F) 12:04*

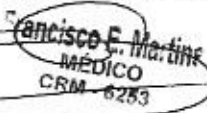
profundidade 10cm (F) 12:15

Alto ortopédico

GILVAN MELO MARQUES - CRM: 10784



 Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: CHARMILA PEREIRA SOUSA

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

DADOS DO PACIENTE

Nome RONALDO PEREIRA DA SILVA		Prontuário/Atendimento 012304/0009	
Nascimento 12/12/1996	Local CRATEUS	Pais Nacionalidade Brasil	Idade 20 Ano(s)
Sexo Masculino	Raça/Cor Negra	Etnia	Religião
Documento(s) Identidade: 20088881908	Certidão Nascimento: 34201	Estado Civil Solteiro(a)	CNS 70.2002.369.0804-86
Endereço RUA FRANCISCO ALVES FERREIRA	Nº 84	Bairro CAJAS	Município CRATEUS-CE
Fone (88) 9272-0280	Profissão MENOR	Empresa	Fone Empresa
Responsável CHARMILA PEREIRA SOUSA	CPF do Responsável	Fone Responsável (88) 9272-0280	
Endereço Responsável RUA DO GENTIL LIMA, 233	Cônjuge		
Pai MARIA DA CONCEICAO PEREIRA SOUSA	Pai JOSE VALDENOR FERREIRA DA SILVA		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 30/08/2017 14:56	Quarto/Leito 056-0001	Aposento ENFERMARIA	Clinica CIRURGICA	Sector CLINICA CIRURGICA
Convênio SUS	Matricula	Autorização	Dias 0	Guia CRM 6945
Médico JAMIL SANCHES JORQUEIRA		CID Complementar		
Observação pct internado na obs por falta de vaga				
Usuário ZILDILANIA DE SOUSA LINHARES	Procedimento SUS			Sisprenatal
Data Saída	Hora	Condição da Saída	Usuário Saída	

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, 30 de agosto de 2017.

Ronaldo P. da Silva
Assinatura do paciente

Responsável pela Impressão: ZILDILANIA DE SOUSA LINHARES

Assinatura do responsável

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÂO CAMILO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

S.B.S.C

2 - CDES

24811073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

S.B.S.C

4 - CDES

24811073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Ronaldo Pereira da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

12304

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

12/12/96

9 - SEXO

Masc.

Fem.

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Francisco Alves Ferreira

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

eratiú

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

63700-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pulso em membro
re articular em glau
membro pul

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

F x

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

S52x

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ampl

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

06103020631

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

2

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

081193322835

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Jovani S. Jorquera

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

30/08/17

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

Dr. Frederico Sancho

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/08/17

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

CREMEC-CE-16692

Médico - Auditor

CPF: 004.736.473-46

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME: Ronaldo Pereira da Silva

PRONTUÁRIO: 12304

POSTO: C.C.T

LEITO: 07.1

[illegible]

Flávia Rosa Macedo
Enfermeira
COREN - CE 846335

SEORIPORH LIDER IPVA 2 02/02/2018 14:46 - 00000021642

Hospital São Lucas

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

PACIENTE: Ronaldo Pereira da Silva
 NOME DA MÃE: Maria da Conceição P. Sousa
 TOR: CCT LEITO 07-1 CONVÊNIO: SUS

DN: 12/12/1990PRONTUÁRIO: 12304DATA: 06/09/17

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

06/09

Alto
hipertensão

Dr. *[Signature]*
 [Stamp]

SECRETARIA LIDER DEPART 2 02/02/2018 14:46 - 00000021643

Evolução Médica:

Alto
hipertensão

Dr. *[Signature]*
 [Stamp]

Assinatura e Carimbo

Hospital São Lucas

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

ADMINISTRAÇÃO  SÃOCAMILC

PRONTUÁRIO

Paciente RONALDO PEREIRA DA SILVA
 Data da Int: 30/08/2017 Dt de Nasc: 12/12/1996
 Convênio: SUS Prontuário: 012304
 Município: CRATEUS-CE
 Nome da Mãe: MARIA DA CONCEICAO PEREIRA SOUSA

DATA

01.09.17

LEITO

PACIENTE

CIRURGIA

PROPOSTA

REALIZADA

...ÇÃO

CIRURGIÃO DR. JAMIL

AUXILIARES

1º

CRM

2º

CRM

3º

CRM

4º

CRM

ANESTESIOLOGISTA DR. JOHANNES

CRM

TIPO DE ANESTESIA RAQUID

CRM

PATOLOGISTA

INSTRUMENTADOR(A) CAMILA

CIRCULANTE MARTA

ACHADOS OPERATÓRIOS

REGISTRO LIDER PRONT 2 02/09/2018 14:47 - 000000021646

Francisco E. Martins
 MÉDICO
 CRM - 6253

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

PRONT.

Paciente RONALDO PEREIRA DA SILVA
Data da Int 30/08/2017 Dt de Nasc 12/12/1996
Convênio SUS Prontuário 012304
Município CRATEUS-CE
Nome da Mãe MARIA DA CONCEICAO PEREIRA SOUSA

01.09.17

LEITO

TEMPO DE SALA

IDADE

PESO

ALTURA

SEXO

TEMPERATURA

PULSO

RESPIRAÇÃO

P. ARTERIAL

M

80

110x80

TIPO SANGÜINEO

HEMACIAS

HEMOGLOBINA

HEMATÓCRITO

GLICEMIA

URÉIA

URINA

4. RESPIRATORIA

ASMA

BRONQUITE

4. CIRCULATORIO

ECG

4. DIGESTIVO

DENTES

PESCOÇO

ALÉRGIA

4. RENAL

ESTADO MENTAL

4. HISTÓRIA PRE-OPERATÓRIA

RISCO

ATARÁXICOS

ANESTESIAS ANTERIORES

CORTICÓIDES

INDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA

HORA

EFEITO

HIPOTENSORES

OUTROS

INDUÇÃO

SATISFATÓRIO

EXCITAÇÃO

LARINGOESPASMO

LENTA

TOSSE

NÁUSEAS

VÔMITOS

OUTROS

MANUTENÇÃO

ANESTESIA SATISFATÓRIA

NÃO PORQUE

REFLEXOS NA SO

OBSTRUÇÃO

CO2

FACILITAÇÃO

NÁUSEAS

VÔMITOS

OUTROS

PARA O LEITO CÂMULA

SIM

NÃO

CONDIÇÕES

BALANÇO

PERDA SANGÜÍNEA APROXIMADA

ml

VOLUME SANGÜÍNEO REPOSTO

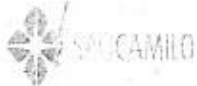
ml

TEMPO CIRÚRGICO

DURAÇÃO TOTAL DA OPERAÇÃO

DURAÇÃO TOTAL DA ANESTESIA

TIPO DE CIRURGIA



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 012304	Atendimento 0007	Nome do Paciente RONALDO PEREIRA DA SILVA	CNS 702002369080486	Guia de Autorização
Identidade 20098881908	Certidão Nascimento 34201	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Local de Nascimento CRATEUS/CE	Idade 20 Ano(s)	Mãe MARIA DA CONCEICAO PEREIRA SOUSA		
Pai FRANCISCO ALVES FERREIRA, 84	Bairro CAJAS	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Telefone 88 92720280	Empresa	Cônjuge		
CPF do Responsável CHARMILA PEREIRA SOUSA	Endereço RUA FRANCISCO ALVES FERREIRA, 84	Município CRATEUS	UF CE	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 30/08/2017	Hora 07:35	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional de Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA	CRM/UF 6945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO		
Indicador de Acidente Trânsito	Funcionário ANA CINTIA CARLOS PEREIRA			
Observação				

Data/Hora Liberação _____ as _____ hs. Tipo de Saída
☒ Alta ☐ Internação ☐ Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)
					110x80

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

limbo para
o le ventrículo
a x aulada de
for e

[Handwritten signature]
JAMIL SANCHES JORQUEIRA
CRM 6945

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM. 6945

[Handwritten signature]
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: CHARMILA PEREIRA SOUSA



02033/2018

fls. 22



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 4875 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)**

Data / Hora da Comunicação: **06/12/2017 08:50:08**

Data / Hora da Ocorrência: **14/08/2017 11:50:00**

Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DOUTOR MOREIRA DA ROCHA**

Complemento:

Bairro:

Município: **CRATEUS/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RONALDO PEREIRA DA SILVA**

Nascimento: **12/12/1996** CPF: **078.220.993-96**

RG: **20088881908**

Orgão Emissor: **SSP**

Filiação: **MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA SOUSA**

JOSE VALDENOR FERREIRA DA SILVA

Endereço: **RUA FRANCISCO ALVES FERREIRA, 84**

Bairro: **CAJAS**

Município: **CRATEUS/CE**

País: **BRASIL**

- Telefone:

UF: **CE**

CEP: **61.020-216**

Noticiante(s)

Nome: **ANTONIO EUERBEM BARBOSA OLIVEIRA**

Nascimento: **21/10/1985** CPF: **003.262.783-11**

RG: **2002002016203**

Orgão Emissor: **SSP**

Filiação: **RUMANINHA BARBOSA OLIVEIRA**

JOSE FLAVIO OLIVEIRA BENEDITO

Endereço: **RUA ALEXANDRE BOMFIM, 170**

Bairro: **VENANCIOS**

Município: **CRATEUS/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 9913-6063**

UF: **CE**

CEP: **61.020-216**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POC4146** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:

9C2KC2210GR047302 Renavam: **1094130785** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 TITAN EX** Ano

Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**

Cor: **BRANCA** Proprietário: **ANTONIO EUERBEM BARBOSA OLIVEIRA**

Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O noticiante informa que na data e horário acima estava conduzindo a motocicleta de placa POC4146 na Avenida Doutor Moreira da Rocha, quando estava saindo Posto Sollo um carro tipo GOLF de cor branca colidiu com sua motocicleta; que com a colisão o noticiante foi ao solo e como estava conduzindo na garupa o senhor RONALDO PEREIRA DA SILVA, esta também veio ao solo; que com isso, o garupeiro foi socorrido pelo proprio Condutor, uma vez que o motorista do veiculo evadiu-se do local; que o noticinte levou a vitima para o Hospital Sao Lucas, onde foi atendo pelo medico Francisco E. Martins; que a vitima teve fratura no braço esquerdo e

Araceli Pontes Cavalcante
Escrivão de Polícia Civil
A-1 - Funcional 300335

x Antonio Euerbem Barbosa



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

FLS.

RUBRICA

AUTORIDADE POL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 4875 / 2017

algumas escoriações; que o noticiante informa que a vitima gastou aproximadamente R\$200,00 (duzentos reais somente com medicamento que a vitima teve que passar pos duas cirurgia no braço; que o condutor somente teve algumas escoriações e nao precisou de atenção medica. nada mais disse.//////

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO QUEIXOSO, SENDO AO MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE CRIME NÃO OCORRIDO OU FATO INEXISTENTE CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI (ART. 339 E 340 DO CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

[Signature]
MARCELO PONTES CAVALCANTE - MAT.: 300939

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

[Signature]
ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1

[Signature]
x Raulato Pereira do Silva
[Signature]
x Charmylla Pereira Sousa



DADOS DO CLIENTE

Nome: JANUARIA SOARES DE ARAUJO

End. Leitura: RU DOR GOMES COUTINHO, 439, SAO VICENTE

Cidade: CRATEUS

End. Entrega:

CEP: 63.700-000

Cidade:

Local: 029

Setor: 008

Subsetor:

Quadra: 0072

Subquadra:

Lote: 0186

CEP:

Comp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral(m³)
ÁGUA	A07F348143	95	95	0	7

DATAS

Leitura Atual: 10/09/2018

Emissão: 18/09/2018

Lacre Água: 6565099

Leitura Anterior: 09/08/2018

Próxima Leitura: 10/10/2018

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 07/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	051	051	010	051	051
Analisadas	051	051	011	051	051
Em conformidade	051	051	011	051	051

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Constatamos debito de R\$ 179,14. Caso pago, desconsiderar.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
MULTA DE 2%	1,17	Mês/Ano Água (m³) Esgoto (m³)
PARCELAMENTO DE DEBITOS	19,48	SET/2017 7 0
JUROS DE 0,033% AO DIA	1,52	OUT/2017 8 0
EMISSÃO 2A VIA FATURA	1,00	NOV/2017 5 0
ATENDIMENTO(S): [131256587]		DEZ/2017 5 0
		JAN/2018 5 0
		FEV/2018 5 0
		MAR/2018 8 0
		ABR/2018 6 0
		MAI/2018 6 0
		JUN/2018 8 0
		JUL/2018 11 0
		AGO/2018 7 0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	0,22	Descrição	
COFINS	1,10	VALOR DO SERVIÇO	23,17
		VALOR DO SUBSÍDIO	0,00
		VALOR TOTAL A PAGAR	23,17

MÊS/ANO

09/2018

VENCIMENTO

02/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

23,17

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: Pagfácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta da sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0027578968

Código de Responsável:

Mês/Ano: 09/2018

Local: 029

Setor: 8

Subsetor:

Quadra: 0072

Subquadra:

Lote: 0186

Comp: 0000

Cidade: CRATEUS

Vencimento: 02/10/2018

Total (R\$): 23,17

82660000000-2 23170009000-5 02757896801-1 04007131025-0



EMISSÃO: ATENDIMENTO VIRTUAL 18/09/2018 06:28:30

SINISTRO 3180133070 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** RONALDO PEREIRA DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Sabemi
Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** RONALDO PEREIRA DA SILVA**CPF/CNPJ:** 07822099396**Posição em 21-12-2018 17:31:02**

Seu pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder DPVAT. O prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para verificarmos informações adicionais, conforme carta enviada para seu endereço. Esse é um procedimento de rotina, previsto na legislação (Resolução CNSP 332/2015). Nosso objetivo é garantir o correto pagamento da indenização e, assim que tivermos finalizado todas as verificações necessárias, o prazo regulamentar voltará a seguir normalmente. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/04/2018	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25