



VINÍCIUS MELO
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Nome: MARIA CAETANO MATIAS		Contato(s) Telefônico:
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: VIÚVA	Profissão: APOSENTADA
RG (Registro de Identidade) 15.797.422 SSP/SP		CPF: 381.282.763-87
Endereço: RUA SEBASTIÃO ALVES DA SILVA		Número: 98
Bairro: FATIMA		Complemento:
CEP: 63.870-000	Cidade: BOA VIAGEM	Estado: CEARÁ

OUTORGADO(S): VINÍCIUS PINHEIRO MELO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE 24.353, portador do CPF sob o nº. 016.548.623-63, sócio administrador na sociedade **PINHEIRO MELO – SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 26.942.992/0001-60, inscrito na OAB/CE 1453, com escritório na Pça. Mons. José Cândido, nº. 103, Loja 01, bairro Centro, cidade de Boa Viagem, estado do Ceará, CEP 63870-000, tel.: (88) 3427-2867.

Através do presente instrumento particular de mandato, a(s) parte(s) OUTORGANTE(s) nomeia(m) e constitui (em) como seu(s) procurador (es) o(s) OUTORGADO(s), conferindo-lhe(s) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil e art. 5º, §2º do Estatuto da OAB, com clausula "Ad Judicia Et Extra", para praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, **principalmente perante qualquer companhia de seguro conveniada ao FENASEG, participante do convênio DPVAT**, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, e *os especiais* para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitação, firmar autorizações de pagamento ou crédito de indenização de sinistro, prestar declarações, **declarar e requerer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA, anuir e receber alvarás judiciais de levantamento, podendo receber os valores neles expressos provenientes de depósitos feitos pela(s) SEGURADORA(S) pertencentes ao CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT e SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A** junto à instituição financeira responsável pela guarda destes valores, podendo ainda receber e endossar cheque em nome do outorgante relativo a pagamento dos valores pleiteados junto as Seguradoras do Consórcio DPVAT, dando tudo por bom e valioso, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, seguindo uma e outras, até decisão final.

BOA VIAGEM/CE, 14 de março de 2019.


OUTORGANTE

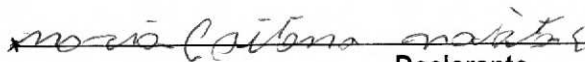
Rua. Praça Monsenhor Jose Cândido, nº. 103, Loj: 01, Bairro Centro, Boa Viagem – Ceará, CEP 63870-000
Tel.: (88) 3427 – 2867 | E-mail: contato@viniciusmelo.adv.br

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**DECLARANTE:**

Nome: MARIA CAETANO MATIAS		Contato(s) Telefônico:	
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: VIÚVA	Profissão: APOSENTADA	
RG (Registro de Identidade) 15.797.422 SSP/SP		CPF: 381.282.763-87	
Endereço: RUA SEBASTIÃO ALVES DA SILVA		Número: 98	
Bairro: FATIMA		Complemento:	
CEP: 63.870-000	Cidade: BOA VIAGEM	Estado: CEARÁ	

DECLARO que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50, com fundamento na Lei 7.115/83.

BOA VIAGEM/CE, 14 de Março de 2019.


Declarante

(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

CÉDULA DE IDENTIDADE

NACIONALIDADE BRASILEIRA

MARIA CAETANO MATIAS

Nome

PORFIRIO CAETANO BARBOSA

Patronímico

ANTONIA CAETANO ALVES

Localidade

PIEDRA BRANCA CE. 8/ABR/1956

Naturalidade

Nascido em

Maria Caetano Matias

(INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBERTON DAUNT)

(GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO)

(GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO)

(INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBERTON DAUNT)

SÉRIE — B — 20

Nº 074251

14/ABR/1981

27.99.422

08.03.56

Maria Caetano Matias

(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

381282763 87

MARIA CAETANO MATIAS

08.03.56

Maria Caetano Matias

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome MARIA CAETANO MATIAS
 Loc. Nasc. TEREZA BRANCA Est. CE Data 08/03/56
 Filiação JOSEARIO CAETANO BARBOSA E
ANDRINA CAETANO LIVES
 Doc. Nº 15.797.422 SSP SR DATA DE CANCELAMENTO 05.03.56

ESTRANGEIROS

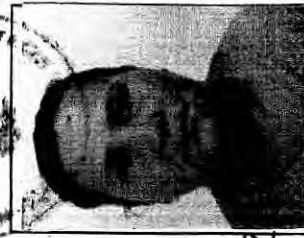
AGRICULTORA

Chegada ao Brasil em 10/01/2001 / Doc. Ident. Nº 012112001
 Exp. em 10/01/2001 / Estado CE
 Obs.: DRT
 Data Emissão 10/01/2001 Olga Siqueira Cristóvão
Maria Matias 1522
 Assinatura do Funcionário

você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.
 Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.
 Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.
 Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.
 Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.
 Se você não é eletricitista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.
 Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.
 As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.
 Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.
 Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.
 Converse e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.
 Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.
 Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.
 Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.
 Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.
 Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.
 Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 098163 Série 00053-CE

Maria Caetano Matias
 ASSINATURA DO PORTADOR

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA SOB AS PENAS DA LEI**DECLARANTE:**

Nome: MARIA CAETANO MATIAS		Contato(s) Telefônico:	
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: VIÚVA		Profissão: APOSENTADA
RG (Registro de Identidade) 15.797.422 SSP/SP		CPF: 381.282.763-87	
Endereço: RUA SEBASTIÃO ALVES DA SILVA			Número: 98
Bairro: FATIMA		Complemento:	
CEP: 63.870-000	Cidade: BOA VIAGEM		Estado: CEARÁ

DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83) que sou residente e domiciliado (a) no endereço acima informado.

Declara ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

BOA VIAGEM/CE, 14 De Março de 2019.


DECLARANTE

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 1096 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **26/06/2018 11:00:33**Data / Hora da Ocorrência: **21/05/2018 07:00:00**Endereço da Ocorrência: **RIO**Complemento: **LOCALIDADE CATOLÉ**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **BOA VIAGEM/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **MARIA CAETANO MATIAS**Nascimento: **08/03/1956** CPF: **381.282.763-87**RG: **15797422**Orgão Emissor: **SSP**UF: **SP**Filiação: **ANTONIA CAETANO ALVES****PORFIRIO CAETANO ALVES**Endereço: **RUA SEBASTIÃO ALVES DA SILVA, 98**Bairro: **FATIMA**Município: **BOA VIAGEM/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: POC6989 Uf: CE Município: BOA VIAGEM Chassi:****9C2KC2200HR618041 Renavam: 1134557733 Tipo do Veículo:****MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI Ano****Fabricação: 2017 Ano Modelo: 2017 Combustível: GASOLINA/ALCOOL****Cor: PRETA Proprietário: ANTONIO EDIANO RIBEIRO DA ROCHA****JUNIOR Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO****Histórico**

Compareceu a esta Delegacia a pessoa acima qualificada para noticiar que na data e hora acima citados sofreu acidente de trânsito no endereço acima citado; Que era garupeira da motocicleta de marca HONDA/CG 160 FAN ESDI, ANO/MOD.2017/2017, COR PRETA, PLACA PCO-6989, conduzida por ELIARDO ALVES DE LIMA (CNH Nº 1151352712), quando na Localidade Catolé, zona rural de Boa Viagem-CE, foi atravessar um rio (do qual não sabe o nome, conhecido por "Rio do Catolé") caiu em um buraco, foi perdido o controle da motocicleta e veio a cair; Que foi socorrida pelo condutor do veículo (Eliardo Alves de Lima) até a residência da noticiante; QUE, no mesmo dia, procurou a Casa de Saúde Adília Maria em Boa Viagem-CE em razão de fortes dores em seu braço direito; QUE na Casa de Saúde foi constada fratura de clavícula; QUE foi transferida para o Hospital São Francisco de Canindé em Canindé-CE; Que não ficou internada em decorrência do acidente; Que tem como testemunhas do acidente ocorrido as pessoas de nomes ROZILEIDE RODRIGUES DO NASCIMENTO, RG.: 2008097094737-SSPDS-CE e ANTONIO REGINALDO DAVID CANDIDO, RG.: 33.694.503-6-SPP-SP; QUE, a vítima apresentou nesta Delegacia os seguintes documentos: cópia da sua Carteira de Identidade, cópia do seu cartão CPF e cópia do seu comprovante de endereço; Cópia da ficha de atendimento urgência/emergência da Casa de Saúde Adília Maria; cópia da CNH e cópia do comprovante de endereço de Eliardo Alves de Lima; cópia

X

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 1096 / 2018**

do CRLV do veículo de placa POC6989; cópia da Carteira de Identidade e cópia do comprovante de endereço de Rozileide Rodrigues do Nascimento; cópia da Carteira de Identidade, cópia do Cartão CPF e cópia do comprovante de endereço de Antonio Reginaldo David Candido, E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**Bruno Corrêa de Melo Carvalho
BRUNO CORRÊA DE MELO CARVALHO - MAT.: 30092015**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**X**VISTO DO DELEGADO(A) :**Rodrigo Araújo Pereira
RODRIGO ARAUJO PEREIRA - MAT.: 3011813-8X Antonio R. D. CandidoX Rozileide Rodrigues do Nascimento

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANES

CE Nº 013547726645
BILHETE DE SEGURO DPVAT

1134557733 0000000000 2017

OTONIO BRIANO RIBEIRO DA ROCHA JUNIOR

BOA VIREM/CE

61072316331 POC6989

9C2KC22D0HR618041

PAS/MOTOCICLO/MAO APLIC GASOL/ALCO

HONDA/CG 160 FAN ESDI 2017 2017

25/11/16210 PARTIC PRETE

PREMIO 00/00/0000

AL.FID. BANCO HONDA S.A.

BOA VIREM 28/11/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
CE Nº 013547726645 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
61072316331 POC6989

www.seguradoradepvat.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO 2017 DATA EMISSA 28/11/2017
CPF/CNPJ 01 61072316331 PLACA POC6989
RENAVAM 1134557733 MARCA/MODELO HONDA/CG 160 FAN ESDI
ANO FAB. 2017 CAT. TARIF. 09 Nº CHASSI 9C2KC22D0HR618041

PRÊMIO TARIFARIO
FNS (R\$) DENATIAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGAO SEGURADO (R\$)
COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITACAO 00/00/0000

SEGURO PROPRIETARIO
LOTE/DOC: 772160/93 LACRE: DPVAT
MOTOR: KC22E0H618095

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por VINICIUS PINHEIRO MELO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/09/2019 às 14:44, sob o número 011747216-2019-9-05-0001 e código 456E962.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Ediano Ribeiro Da Rocha Junior,

RG nº 20082881647, data de expedição 08/08/2012,

Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 610.723.163-31, com

domicílio na cidade de BOA VIAGEM, no Estado de

CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

LOCALIDADE DE CATOLE, nº S/N,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Maria Caetano Matias, cujo o condutor era

Eliardo Alves de Lima.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/CG160 FAN ESDI

Ano: 2017/2017

Placa: POC6989

Chassi: 9C2KC2200HR618041

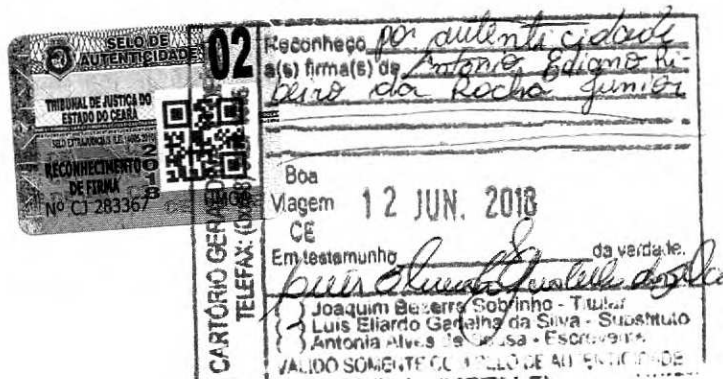
Data do Acidente: 21/05/2018

Local e Data: BOA VIAGEM / CE 12 DE JUNHO DE 2018



Antonio Ediano Ribeiro da Rocha Junior
Assinatura do Declarante

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





PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

CSAM - CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA

Rua: São Vicente de Paula, Nº. 100, Centro

Tel.: (88) 3427 1699 - (88) 3427 1136

CNPJ: 07.806.680/0001-84



FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

UNIDADE DE ATENDIMENTO 24H

DATA: 21.05.18 HORÁRIO: 09:35 ATENDIMENTO Nº _____

DADOS DO PACIENTE

NOME: Mário Luciano Matos SUS: _____SEXO: ☒ M () F DATA DE NASCIMENTO: 08.03.56 IDADE: 62 ESTADO CIVIL: DivorçadoNOME DA MÃE: Antônia Luciano AlvesNATURALIDADE: Petra Branca PROFISSÃO: Agricultor RG: _____ENDEREÇO: Bairro de Fátima BAIRRO: _____CIDADE: BV ESTADO: CE TELEFONE: () _____ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO () 0x292PA: 130x70 mmHg SPO₂: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ ipm T: _____ °C PESO: _____ Kg

QUEIXAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MIN	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MIN	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MIN
☐ Politraumatismo/TCE; ☐ Queimaduras grandes; ☐ Coma ou alteração de consciência; ☐ Lesão da Coluna Vertebral; ☐ Desconforto Respiratório Grave; ☐ Dor no peito+cianose+ falta de ar; ☐ Vômito+perda de consciência ou dor tórax por mais de 30min; ☐ Perfuração no peito, abdômen ou cabeça; ☐ Crise convulsiva; ☐ Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio; ☐ Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; ☐ Hiper ou Hipoglicemia (diagnosticadas) ☐ Parada Cardiorrespiratória; ☐ Alterações SSVV + sintomas (diagnosticadas); ☐ Hemorragia não controladas; ☐ Fraturas; ferimentos (cortes);	☐ Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva; ☐ Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios; ☐ História de convulsão; ☐ Dor torácica intensa; ☐ Crise asmática ou desconforto respiratório; ☐ Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; ☐ Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; ☐ História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; ☐ Epistaxe; ☐ Dor forte de qualquer natureza; ☐ Sangramento vaginal com dor abdominal; ☐ Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; ☐ Febre alta (39-40°); ☐ Luxações, entorse + dor intensa; ☐ Acidente por animais peçonhentos; ☐ Acidente por animais peçonhentos; ☐ Broncoespasmo.	☐ Idade superior a 60 anos; ☐ Pacientes escoltados; ☐ Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; ☐ Asma fora de crise; ☐ Enxaqueca; ☐ Dor ouvido moderada a grave; ☐ Dor abdominal sem alterações sinais vitais; ☐ Sangramento vaginal sem dor abdominal; ☐ Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação; ☐ Abscessos; ☐ Distúrbios neurovegetativos; ☐ Lombalgia intensa; ☐ Intercorrências ortopédicas; ☐ Gastroenterite;	☐ Queixas sem alterações agudas; ☐ Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestados médicos; ☐ Demais situações não enquadradas anteriormente; ☐ Uso de benzilpenicilina;

SEMPRE ORIENTAR A
PROCURAR UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR
CONSULTA COM MÉDICO DE
ASSISTÊNCIA.

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

NOME: Maria Caetana matias

DATA: 21, 5, 18

HORA: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

VITIMA DO ACIDENTE DO TRÂNSITO
NA RUA DO COMÉRCIO

PRESCRIÇÃO:

1) RX DO OMBRO DIREITO PA/PNFLL
2) APRIMAR IAMP/IM

Samuel de Almeida
Médico
CRM 18715

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Esta cópia confere com a
original dos nossos arquivos.
Responsável: _____

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

07.806.680/0001-84
Casa de Saúde Adília Maria
Rua São Vicente de Paula, nº 100
Centro-CEP 63870-000
Fone: (88) 3427-1136
Boa Viagem-Ce

DIREÇÃO GERAL

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por VINÍCIUS PINHEIRO MELO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/03/2019 às 14:44, sob o número 01174721620198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0117472-16.2019.8.06.0001 e código 456E962

1418 0030768

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

FICHA DE REFERÊNCIA

CASA DE SAÚDE ADILIA MARIA

Rua São Vicente de Paula, 100 Centro.

Fone (88) 3427-1136 - Boa Viagem - CE.

CNPJ: 07.806.690/0001-84

1. PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS.
2. AO TERMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO, ENTREGAR 2 VIAS AO USUÁRIO, ORIENTANDO-O PARA RETORNAR COM A 1ª VIA À UNIDADE DE ORIGEM.

UNIDADE DE ORIGEM: _____

DISTRITO SANITÁRIO: _____

MUNICÍPIO: _____

NOME: MANOIA CAETANO MATIAS

PRONTUÁRIO Nº: _____

SEXO: M () F (X) DATA DE NASCIMENTO 8/3/56 OCUPAÇÃO: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

TEL: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO
IMPEDIDO DE DIRIGIR O

RESULTADO DE EXAMES: _____

CINQUENTA JA REALIZADA: _____

17 OM BTO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: _____

FRATURA DA CLAVICULA DIREITA

Samuel de Almeida
Médico

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE

Nº REGISTRO

UNÇÃO

DATA

HORA

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL () HOSPITALAR () AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ()

PROCEDIMENTO: AVUL. DMS / LAUDO

PROFISSIONAL: ORTOPEDISTA

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: _____

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

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

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE

Nº REGISTRO

FUNÇÃO

DATA



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA DE MUNICIPAL DE SAÚDE
 HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome:

Maria Caetano Martins
 # Relatório médico

Paciente com relato de
 queda de moto em 05/06/18.
 Excluiu com cateter em ombro
 direito.

Atendeu em laboratório a
 perfusão do arterio-
 venoso

910-543

07/06/18

Dr. Rodolfo Izenaga
 Cirurgião de Traumatologia
 CRM-CE 15672 EOT 16030

"COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA."

SINISTRO 3180499246 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA MARIA CAETANO MATIAS****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE****INDENIZAÇÃO** INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE**BENEFICIÁRIO** MARIA CAETANO MATIAS**CPF/CNPJ:** 38128276387**Posição em 15-03-2019 08:54:48**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
09/01/2019	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75



**TERMO DE VERACIDADE DE INFORMAÇÕES PRESTADAS
E CONCORDÂNCIA COM PEDIDOS**

Eu, Maria Caetano Matias, brasileiro (a), viúva, aposentada, portador (a) do RG sob o nº. 15.797.422, expedido pelo órgão SSP/SP em 14/04/1981 e inscrito (a) no CPF sob o nº. 381.282.763-87, residente e domiciliado (a) na Rua Sebastião Alves da Silva, nº. 98, Bairro de Fatima, comarca de Boa Viagem, estado do Ceará, CEP 63.870-000.

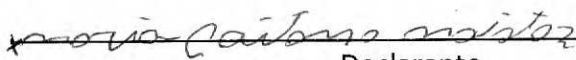
Declaro, para os devidos fins de direito, sob as penas da lei, que as informações prestadas e documentos que apresentei ao advogado **Dr. VINICIUS PINHEIRO MELO, brasileiro, advogado,** devidamente inscrito na **OAB/CE 1453**, com sede o escritório na **Rua Pça Mons. José Cândido, nº 103, Loja 01, Bairro Centro, cidade de Boa Viagem, estado do Ceará, CEP: 63.870-000,** constituído para a finalidade de ajuizar a uma **Ação Cível**, contra a Seguradora Líder, administradora de seguros DPVAT, são verdadeiras e autênticas (fieis a verdade e condizentes com a realidade dos fatos a época do acidente de trânsito).

Sendo assim, declaro nesta oportunidade que tive acesso a minha petição inicial e concordo com todos os pedidos elencados.

Por fim, fico ciente através deste documento que a falsidade dessa declaração configura crime previsto no **Art. 299 do Código Penal Brasileiro** e passível de apuração na forma da Lei. Além da ciência de responsabilidade sob todos os efeitos e danos causados pelas minhas declarações.

Por ser verdade, dou fé.

Boa Viagem – CE, 14 de Março de 2019.


Declarante

Testemunha (1): _____

CPF: _____

Testemunha (2): _____

CPF: _____

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	Atualização do Pagamento Administrativo no DPVAT - Beneficiário (a): MARIA CAETANO MATIAS - Sinistro: 3180499246
Valor Nominal	R\$ 843,75
Indexador e metodologia de cálculo	INPC-IBGE - Calculado pro-rata die.
Período da correção	21/5/2018 a 9/1/2019

Dados calculados

Fator de correção do período	233 dias	1,025345
Percentual correspondente	233 dias	2,534477 %
Valor corrigido para 9/1/2019	(=)	R\$ 865,13
Sub Total	(=)	R\$ 865,13
Valor total	(=)	R\$ 865,13

Memória analítica do cálculo

Valor inicial	843,75
Data inicial	21/5/2018
Data final	9/1/2019
Periodicidade	Mensal
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.

Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
21/5/2018	1/6/2018	0,1524 (%)	845,04
1/6/2018	1/7/2018	1,4300 (%)	857,12
1/7/2018	1/8/2018	0,2500 (%)	859,26
1/8/2018	1/9/2018	0,0000 (%)	859,26
1/9/2018	1/10/2018	0,3000 (%)	861,84
1/10/2018	1/11/2018	0,4000 (%)	865,29
1/11/2018	1/12/2018	-0,2500 (%)	863,12
1/12/2018	1/1/2019	0,1400 (%)	864,33
1/1/2019	9/1/2019	0,0928 (%)	865,13

Acréscimos de juro, multa e honorários

Sub Total	(=)	R\$ 865,13
Valor total	(=)	R\$ 865,13

Retornar Imprimir