Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): ***FABIANA CUSTODIO FURTADO*** **Sinistro:** ***3160075861*** **Data:** ***19/08/2015***

Endereço do(a) Examinado(a): ***POV BONFIM, SN - GUALDRAPAS - Trairi - CE - CEP 62690-000***

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /CE***] ***2005015041249***

Data local do exame: [***24/02/2016***] ***Paraipaba*** [***CE***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FERIDA CORTO CONTUSA NA FACE MEDIAL DO COTOVELO COM LESÃO DO NERVO ULNAR. VÍTIMA APRESENTA DÉFICIT SENSITIVO NO TRAJETO NERVOSO ULNAR, LIMITAÇÃO NA EXTENSÃO DO COTOVELO E LIMITAÇÃO NA SUPINAÇÃO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [***X***] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [***X***] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
RECEBEU LIMPEZA CIRÚRGICA, SUTURA E IMOBILIZAÇÃO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM DANO FUNCIONAL NO COTOVELO DIREITO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [***X***] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do cotovelo direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opçõe no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31o da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

( ) "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente" *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Cotovelo direito

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
(***X***) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Casemiro Dutra de M. Junior
CREMEC 6818 CPF 129.879.69-27
MÉDICO

Casemiro Dutra de Medeiros Junior - CRM: 6818 - CE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160075861 **Cidade:** Trairi **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: FABIANA CUSTODIO FURTADO **Data do acidente:** 19/08/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIDA CORTO CONTUSA NA FACE MEDIAL DO COTOVELO COM LESÃO DO NERVO ULNAR.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA DÉFICIT SENSITIVO NO TRAJETO NERVOSO ULNAR, LIMITAÇÃO NA EXTENSÃO DO COTOVELO E LIMITAÇÃO NA SUPINAÇÃO.

Resultados terapêuticos: RECEBEU LIMPEZA CIRÚRGICA, SUTURA E IMOBILIZAÇÃO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM DANO FUNCIONAL NO COTOVELO DIREITO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do cotovelo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/02/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Casemiro Dutra de Medeiros Junior

CRM do médico: 6818

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PRESTADOR

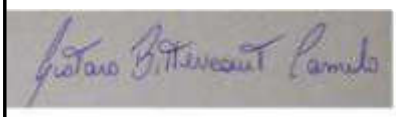
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



DOCUMENTO 1 "T1%"

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TRAIRI

ATESTADO MÉDICO

ATESTO P/ OS DEVIDOS FINS QUE
SRA Fabiane Custódio Furtado
APRESENTA DESVIO DE Coluna Torácica
Colunar c/ DORES intensas
dificultando deambulação

Ass. do Médico - Dr. João Edilson da Silva
Clínico Geral
CREMEC - Ce

Trairi, 13/09/16

INVESTPREV
18 MAIO 2016

Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Fabiana Custódio Furtado,

PORTADOR(A) DO RG Nº 2005015041249 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 14/07/2005 E CPF 044146003-83 /CNPJ ___-___-___, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA a mesma, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

DOCUMENTO 1 *T1%*

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do benefiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2732-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 18.671-6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

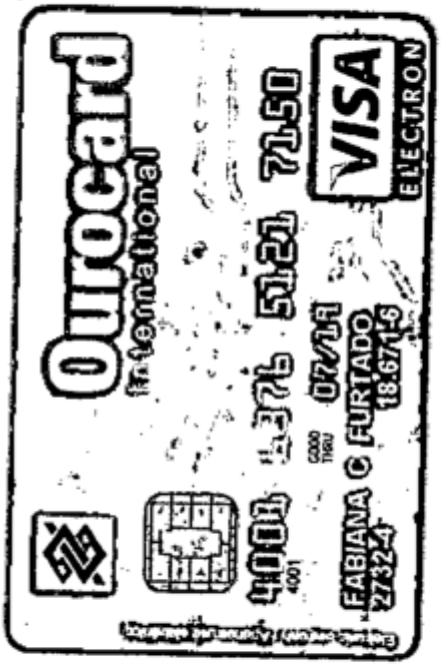
INVESTPREV
01 DEZ. 2015

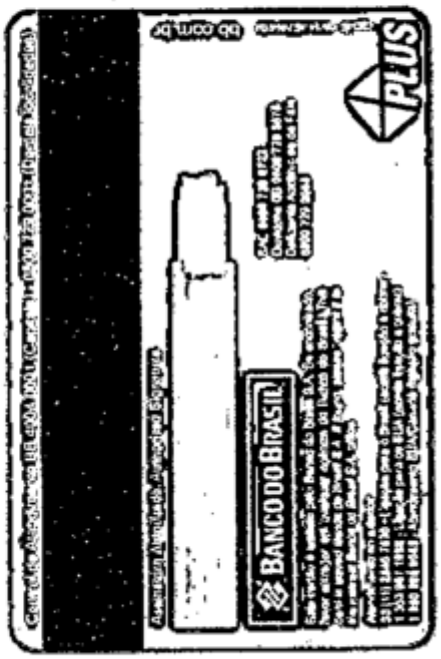
Trairi, 24 de Novembro de 2015 — Fabiana Custódio Furtado

LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela do seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**





DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE — Nº 011826306891

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
PPT 01	00984375694	0000000000	2015

NOME: FABIANA CUSTODIO FURTADO
TRAIRI /CE

CPF/ CNPJ	PLACA
04414600383	DVP 3791/CE

PLACA ANT / UF	CHASSI
/SP	9C2KC08508R108597

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN ES	2008	2008

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/OCV/149CC	PARTIC	AZUL

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
********,**	**/**/****	1ª******** 2ª******** 3ª********

FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS
**********	********,**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
			********

OBSERVAÇÕES: **********

LOCAL	DATA
TRAIRI	23/03/2015

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

CONTRAN

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

CE Nº 011826306891 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	DATA EMISSÃO
2015	25/03/2015

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	04414600383	DVP3791

RENAVAM	MARCA / MODELO
00984375694	HONDA/CG 150 TITAN E

ANO FAB.	CAT.TARIF.	Nº CHASSI
2008	09	9C2KC08508R108597

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
129,04	14,34	143,38

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
4,15	1,11	292,01

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
[X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO	24/03/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

OUT/2104

MOTOR: KC08E58108597 00583

DOCUMENTO 6 "T6%"

Vítima, proprietária do veículo

INVESTPREV
01 DEZ. 2015

DOCUMENTO 1 "T1%"

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MUNICÍPIO APROVADO

UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TRAIRI

ATESTADO MÉDICO

LAUDO MÉDICO

ATESTO P/ OS DEVIDOS FINS QUE FABIANA CUSTODIO FURTADO VÍTIMA ACIDENTE MOTO C/ FERIMENTO POR FUNDO CONTUSO NO COTOVELO DIREITO C/ DOR + DEFORMIDADE OMBRO DIREITO DOR COXA C/ FERIMENTO CORTO CONTUSO ESCORIAÇÕES CORPO

Ass. do Médico - CRM

Trairi, 26/08/16
26 01 16

Secretaria Municipal de Saúde - Av. [illegible] S/N - [illegible] - Trairi - Ce - CEP 62590-000
Fone: [illegible] CNPJ [illegible] - CNES [illegible] - CNPJ 06.[illegible]

29 JAN 2016
SEGURADO

DOCUMENTO 4 *T4%*

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TRAIRI

FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 19/08/2015	Horário: 16:08h	Paciente chegou: ( ) Meios próprios (X) Ambulância

Paciente: Fabiana Custódio Furtado

Nome da Mãe: Maria da Conceição Furtado

Idade:	Sexo:	Data de Nascimento:	Nº do RG	Telefone
28a	F	28/11/1986	2005015041249	99715-0240

Escolaridade	Cartão do SUS:	Profissão:
3º A. Ensino Médio		do Lar

Endereço:	Bairro:
Bom Fim	

Cidade:	Estado:	Recepcionista:
Trairi	Ceará	Patrícia

PA: ___/___ mmHg | T: ___ ºC | Glicemia: ___ mg/dL | P: ___ Kg | Pulso: ___ bpm | SPO_2 ___ %

História Clínica: Paciente vítima acidente de trânsito c/ ferimento cotovelo corpo escoriados Dr ombro direito

Diagnóstico:

Exames Solicitados

1.	2.
3.	4.

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

INVESTPREV
01 DEZ. 2015

DESTINO DO PACIENTE			DATA DA SAÍDA	HORA DA SAÍDA
( ) Alta	( ) Transferência	( ) Óbito		

Motivo do Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável: Paulo Henrique Barbosa de Oliveira

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TRAIRI

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	SINAIS VITAIS
	Ho Voltou 23/1 14		16:20 Mª Aparecida Barroso Técnica em Enfermagem COREN-CE 1055108

DATA	EVOLUÇÃO

Prova do ato declaratório

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TRAIRI

FICHA DE ATENDIMENTO

Data:	Horário:	Paciente chegou: ( ) Meios próprios (X) Ambulância
19/08/2015	16:08h	

Paciente: Fabiana Custódio Furtado

Nome da Mãe: Maria da Conceição Furtado

Idade:	Sexo:	Data de Nascimento:	Nº do RG	Telefone
28a	F	28/11/1986	2005015041249	99715-0240

Escolaridade	Cartão do SUS:	Profissão:
3º A. Ensino Médio		do Lar

Endereço:	Bairro:
Bom Fim	

Cidade:	Estado:	Recepcionista:
Trairi	Ceará	Patrícia

PA: ___/___ mmHg | T: ___ ºC | Glicemia: ___ mg/dl | P: ___ Kg | Pulso: ___ bpm | SPO_2 ___ %

História Clínica: Paciente vítima acidente de trânsito c/ ferimento cotovelo corpo escoriados do ombro direito

DOCUMENTO 3 "T3%"

Diagnóstico:

Exames Solicitados

1.	2.
3.	4.

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

INVESTPREV
01 DEZ. 2015

DESTINO DO PACIENTE			DATA DA SAÍDA	HORA DA SAÍDA
( ) Alta	( ) Transferência	( ) Óbito		

Motivo do Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável: Paulo Henrique Barbosa de Oliveira

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TRAIRI

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	SINAIS VITAIS
	Ho Voltar 32/ 14		16:30 Mª Raimilda Barroso Técnica em Enfermagem COREN-CE: 1055109

TA	EVOLUÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DO CEARA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI

UNIDADE DE POLICIA CIVIL DE TRAIRI-CE
SSPDS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 561 - 1836 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **08/09/2015 08:45:10**
Data / Hora da Ocorrência : **19/08/2015 15:00:00**
Endereço da Ocorrência:

GUALDRAPAS TRAIRI /CE

Ponto de Referência:

DOCUMENTO 1 "T1%"

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FABIANA CUSTODIO FURTADO**
Nascimento : **28/11/1986**
RG: **2005015041249** Órgão Emissor: **SSP** UF: - CPF: **04414600383**
Filiação: **ANTONIO CUSTODIO FURTADO**
MARIA DA CONCEIÇÃO FURTADO

Endereço: **R LAGOINHA DAS FLORES**
CAMPESTRE 62690000
TRAIRI CE BRASIL Telefone:

Histórico

A DECLARANTE COMPARECEU NESTA DELEGACIA NA DATA E HORA ACIMA MENCIONADAS PARA INFORMAR QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO PILOTAVA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN ES, ANO/MODELO 2008/2008, COR AZUL, PLACA DVP-3791, CHASSI 9C2KC08509R108597, DOCUMENTADA NO NOME DE FABIANA CUSTODIO FURTADO; QUE QUANDO A DECLARANTE LEVAVA SEU MARIDO PAULO HENRIQUE, UMA CAÇAMBA BATEU NA RABETA DA MOTOCICLETA E FORAM JOGADOS DA MOTO; QUE A MOTO FICOU EM BAIXO DA CAÇAMBA; QUE ELA SOFREU FERIMENTOS NO BRAÇO DIREITO, NA COXA, NAS MÃOS E O PÉ DIREITO; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU; QUE FOI ATENDIDA NO HOSPITAL DE TRAIRI; QUE TEM COMO TESTEMUNHAS JOSÉ UCHOA BRAGA RG 2008010274843 E MARIA ALVES DA SILVA RG 98010007416; QUE REGISTRA ESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT. E NADA MAIS DISSE.

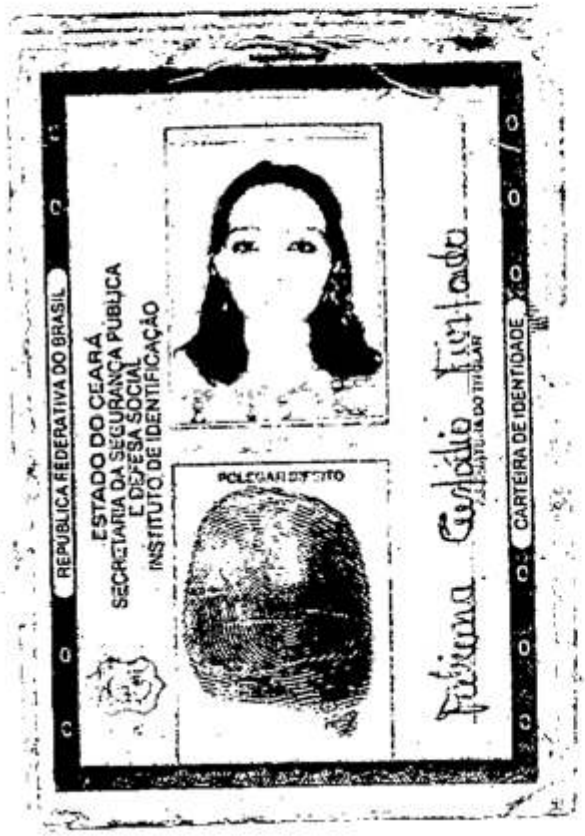
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
"ESCRIVAO AD HOC"
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : x Fabiana Custódio Furtado
VISTO DO DELEGADO(A) : _____
ALEXANDRE PAULO DE BRITO SAUNDERS - MAT.: 404547-1-3

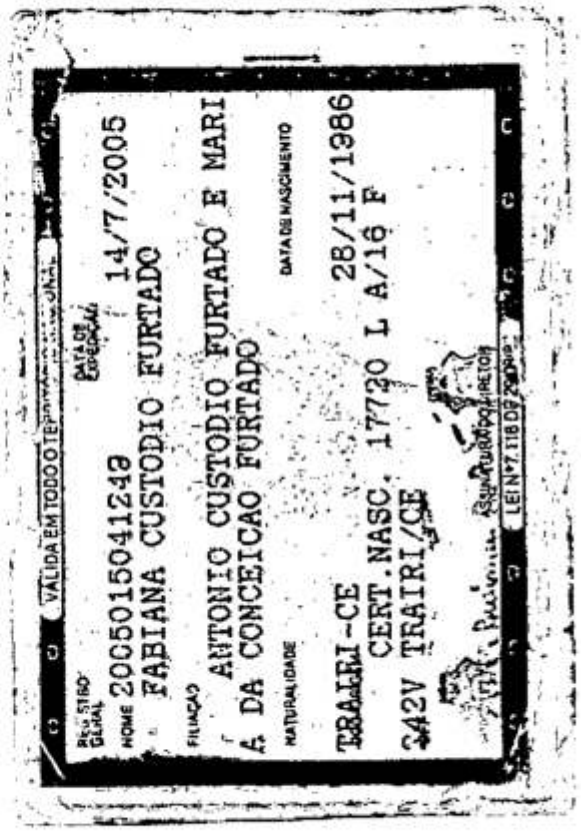
INVESTPREV
01 DEZ. 2015

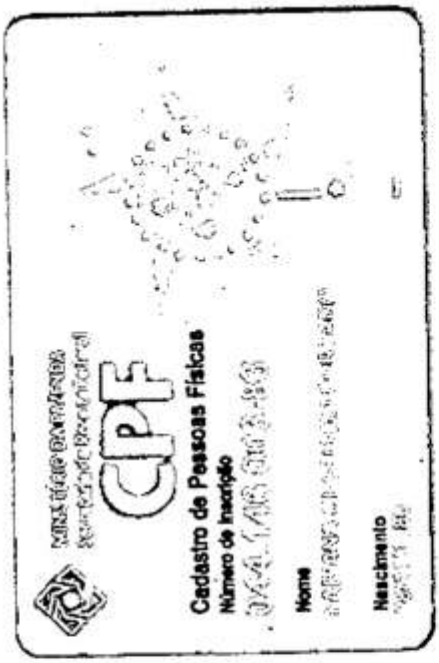
Selo de Autenticidade
TRIBUNAL DE JUSTIÇA ESTADO DO CEARÁ
X2IQ 03
AUTENTICAÇÃO
Nº GD 844.364

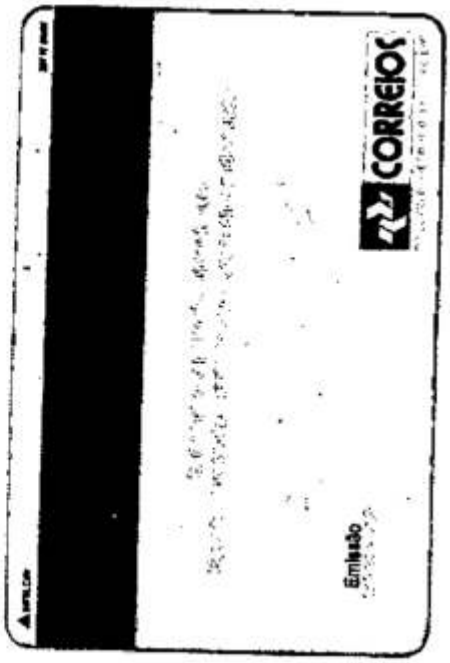
Para os devidos efeitos presente fotocópia confere com o original exibido nestas notas
Trairi-Ce 08 de 09 de 15
testemunho da verdade.
CARTÓRIO TRAIRI-CE FONE (85)
☐ CRISTIANA CAVALCANTE BARROSO - Titular
☐ JOSÉ RICART FROTA DE SOUZA - Substituto
☐ YURI BARROSO CAIADO FRAGA - Substituto
☐ ADEMI SOUTO DE OLIVEIRA - Substituto
Regina Cristiene Ribeiro da Silva
Escrevente Autorizada

DOCUMENTO 5 *T5%*









INVESTPREV

01 DEZ. 2015

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
FABIANA CUSTODIO FURTADO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2005015041249 SSP CE

CPF: 044.146.003-83
DATA NASCIMENTO: 28/11/1986

FILIAÇÃO
ANTONIO CUSTODIO FURTADO
MARIA DA CONCEICAO FURTADO

PERMISSÃO: [redacted]
ACC: [redacted]
CATEGORIA: A

Nº REGISTRO: 05666459210
VALIDADE: 27/12/2016
1ª HABILITAÇÃO: 12/12/2012

OBSERVAÇÕES:
SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: FORTALEZA, CE
DATA EMISSÃO: 13/12/2013

JOOM VASCONCELOS PONTE
ASSINATURA DO EMISSOR

41256003969
CB139260919

DETRAN CE CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

883098215

PROIBIDO PLASTIFICAR

883098215