



JOSÉ AGACIR VIEIRA DE CASTRO - ADVOGADO - OAB/CE Nº. 25.774
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Deocleciano Aragão, nº 112, Centro - Novo Oriente - CE.
CEP. 63.740-000 - Tel.: (88) 999831.393 - E-mail: agacircastro@hotmail.com



PROCURAÇÃO AD JUDICIA e EXTRA JUDICIA

OUTORGANTE:

Nome:		Nacionalidade:	
MARIA MILENA ARAÚJO		BRASILEIRA	
Estado Civil:	Profissão:	Carteira de Identidade:	
CASADA	AGRICULTORA	2007216028	
CPF nº:	Residência:		
049 436 723-70	RUA: TENENTE ANTONIO CORREIA FERREIRA		
Bairro:	Cidade:	Estado/UF:	CEP:
ACUDE ORIENTE	NOVO ORIENTE	CE	63.740.000

OUTORGADO: JOSÉ AGACIR VIEIRA DE CASTRO, brasileiro, casado, advogado inscrita na OAB/CE sob o nº 25.774; com endereço profissional na Rua Deocleciano Aragão, nº. 122, Centro, Novo Oriente/CE, CEP nº 63.740-000; Fone/Fax: (88) 999831393.

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 judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a 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 médicas, em nome do(a) outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Novo Oriente - CE., 27 de Fevereiro de 2010.

Maria Milena Araújo
(outorgante)



JOSÉ AGACIR VIEIRA DE CASTRO – ADVOGADO - OAB/CE Nº. 25.774
 ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Deocleciano Aragão, nº 112, Centro – Novo Oriente -CE.
 CEP. 63.740-000 - Tel.: (88) 999831 393 – E-mail: agacircastro@hotmail.com



DECLARAÇÃO

Declarante: MARIA MILENA ARAÚJO		Nacionalidade: Brasileira
Residência: RUA TENENTE ANTONIO CORREIA FERRRIRA		Profissão: AGRICULTORA
CPF nº: 049436723-70	RG nº: 2007216028	Estado Civil: CASADA
Bairro: ACUDE ORIENTE	Cidade: NOVO ORIENTE	Estado/UF: CE
CEP: 63.740.000	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.

Novo Oriente - 27 de Fevereiro de 2019.

Maria Milena Araújo

Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
MARIA NILENA ARAUJO

DATA DE NASCIMENTO: 30/08/1989
SSP: 049.436.723-70
CE: 30/08/1989

TRABALHO
ANTONIO JOSE DE ARAUJO
ANTENISA VIDAL ARAUJO

PROFISSÃO: ☐ ATC: ☐ CENSO: ☐ A

Nº IDENTIFICAD: 09600782140
VALIDADE: 15/08/2020
1ª VALIDADE: 05/04/2016

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL: FORTALEZA, CE
DATA EMISSÃO: 05/05/2017

ASSINATURA DO TITULAR
11950063019
CE158294681

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1474268391

PROBIÇÃO PLÁSTICA
1474268391



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 544906467

Companhia Energética do Ceará

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

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002Esta é a segunda via de
OUT/2018Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conoscoN° DO CLIENTE
8176676 DV **9**VENCIMENTO
25/10/2018TOTAL A PAGAR (R\$)
60,21Rota 06 038030 01 059030
Nome MARIA MILENA ARAUJO
Endereço PostalMedidor 8699971
Poste 0000 A38WEnd. da Unidade RU TEN ANTONIO COELHO FERREIRA 00285 00285 CS ALTOS
Consumidora ACUDE ORIENTE NOVO ORIENTE 63740000

RG / CPF / CNPJ 049.436.723-70 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☐ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

FP 1068 999 1 69 0 69

DESCRIÇÃO DA CONTA Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação 09/10/2018
Prev. Próxima
Leitura 09/11/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

F63D.C128.9682.8E53.F8F4.797C.7A66.7397

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA

1,58

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

5,57

COB. SALDO FATURA ANTERIOR

33,81

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,84)

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 9,72

Conjunto CRATEUS

Mês AGO/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,55	11,10	22,21	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,20			0,00		

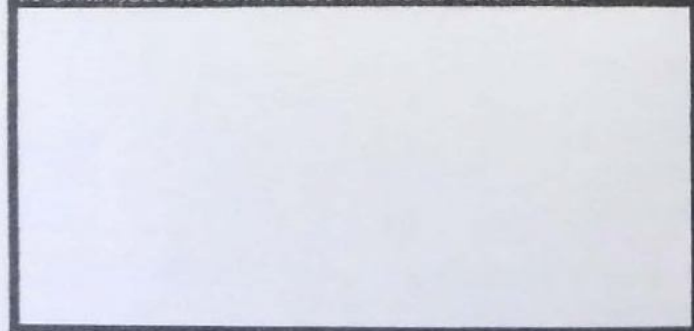
HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%CO₂)
0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 8176676-9 N° da Nota Fiscal: 544906467 Total a Pagar (R\$): 60,21

Data de Emissão: 19/10/2018 Referência: OUT/2018

N° de Controle: 0008176676 00015 4316 2 47

83850000000-8 60210031000-6 00081766760-1 00154316286-7



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

Impresso nº 2018160164

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 511 - 594 / 2018

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **17/10/2018 16:00:06**

Data / Hora da Ocorrência: **27/06/2018 14:35:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA SALUSTIANO COELHO**

Complemento:

Bairro: **AÇUDE ORIENTE II**

Município: **NOVO ORIENTE/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA MILENA ARAUJO**

Nascimento: **30/08/1989** CPF: **049.436.723-70**

CNH: **06600782140** Orgão Emissor: **DETRAN**

UF: **CE**

Filiação: **ARTEMIZA VIDAL ARAUJO**

ANTONIO JOSE DE ARAUJO

Endereço: **RUA TENENTE ANTONIO COELHO FERREIRA, 285**

Bairro: **AÇUDE ORIENTE II**

Município: **NOVO ORIENTE/CE**

CEP: **63.740-000**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99670-0391**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCJ4339** Uf: **CE** Município: **NOVO ORIENTE** Chassi:

9C2JC4110CR410331 Renavam: **391057278** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano

Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor:

VERMELHA Proprietário: **JOSE IVAN MARCELINO DE ARAUJO** Situação:

NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico**1ª) Vítima - Condutora**

A pessoa acima qualificada compareceu ao cartório desta delegacia para noticiar que no dia, hora e local supracitados, sofreu um acidente de motocicleta, quando trafegava na motocicleta Honda/CG 125 Fan KS, placa OCJ4339, cor vermelha, licenciada e registrada no nome de José Ivan Marcelino de Araújo; QUE na Rua Salustiano Coelho, Bairro Açude Oriente II, no cruzamento entre a Rua Rogério Sousa Pereira, dois motociclistas em alta velocidade colidiram na motocicleta da declarante; QUE ambos caíram ao solo; QUE no momento do acidente, com o impacto, o capacete da vítima destravou e esta bateu sua cabeça no chão, causando uma perfuração, vindo a desmaiar no local; QUE foi socorrida por um popular conhecido pelo nome de Raimundinho; QUE este levou a para o Hospital, pois estava sangrando muito; QUE foi examinada pelo médico, sendo realizado curativo; QUE após ser atendida pelo médico, este a transferiu para o Hospital de Crateús-CE; QUE foi realizado exame de raio-X, sendo constatado através do exame, uma fratura no braço esquerdo; QUE por estar lesionado, não foi possível engessar; QUE usou uma tala para imobilizar; QUE após 10 dias, retornou ao Hospital, onde passou 04 dias internada, onde foi realizado

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

Consolidado em: 17/10/2018 16:43:03

x Maria Milena Araujo

Rodrigo Ribeiro de Vasconcelos
LEGADO DE POLÍCIA CIVIL
201231-4-X

Pág. 1 de 2

Impresso em: 17/10/2018 16:43:03

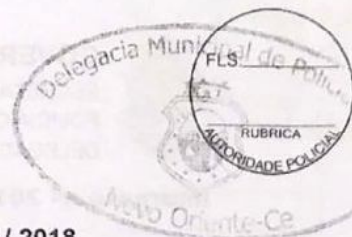


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE



Impresso nº 2018160164

BOLETIM DE Ocorrência Nº 511 - 594 / 2018

cirurgia em seu braço; QUE até a presente data encontra-se com sequelas do acidente;

2ª) Determinou a Autoridade Policial que no presente documento consigne que a motocicleta foi apresentada na Delegacia (ou qualquer outro órgão público) na data dos fatos para realizar perícia, a fim de comprovar que realmente houve acidente, sendo periciado o veículo na data de 02/08/2018, conforme laudo pericial nº 180567-08/2018P Ademais, não foi realizado exame complementar, ocasião, em que a SEGURADORA LÍDER dispensa laudo do IML nos casos em que não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou a região em que reside a vítima. QUE, o boletim de ocorrência foi registrado aproximadamente 03 meses após o acidente.

3ª) Dados do veículo acima descrito.

4ª) Testemunhas

4.1) Rozilania Rodrigues Ferreira, CNH 05557240500, residente à Rua São Domingos, nº 73, Bairro Açude Oriente II, Novo Oriente-CE.

Rozilania Rodrigues Ferreira

4.2) Francisca Ronia Coelho Sousa, CNH 05540944120, residente à Rua São Domingos, nº 262, Bairro Açude Oriente II, Novo Oriente-CE.

X Francisca Ronia Coelho Sousa

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 é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Rafael Belo da Silva
RAFAEL BELO DA SILVA - MAT.: 30120027

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Marcia Milena Araújo

VISTO DO DELEGADO(A) :

Rodrigo Ribeiro de Vasconcelos
RODRIGO RIBEIRO DE VASCONCELOS

Rodrigo Ribeiro de Vasconcelos
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
MAT. Nº 301231-4X

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

Consolidado em: 17/10/2018 16:43:03

Pág. 2 de 2

Impresso em: 17/10/2018 16:43:03



Dr. José Silva Macário

CRM. 19205

Rua Dona Joana, s/nº - CEP. 63.740-000 - Novo Oriente - Ceará.

RELATÓRIO MÉDICO

Atesto para fins do Seguro DPVAT, que **MARIA MILENA ARAÚJO**, portador(a) do RG nº 2007215602-8 SSPDS-CE e CPF nº 049.436.723-70, com relato de ter envolvido-se em acidente de trânsito no dia 27/06/2018, no Município de Novo Oriente - CE, tendo recebido o primeiro atendimento no Hospital e Maternidade Dr. José Maria Fernandes Leitão, no referido Município, e posteriormente transferido para o Hospital de Referência São Lucas, na cidade de Crateús-CE.

- Com diagnóstico de FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO
- Seguindo para tratamento cirúrgico com redução aberta e fixação com placa metálica e 20 sessões de fisioterapia motora.

Com base ao exame clínico, pode-se afirmar que a vítima encontra-se em Alta Definitiva nesta data e apresenta dano anatômico e funcional permanente, evidenciando-se as seguintes limitações físicas irreversíveis.

- Refere dor no cotovelo e punho esquerdos, que piora com o movimento.
- Edema no antebraço esquerdo.
- Limitação do movimento da articulações do cotovelo e punho esquerdos, com dor à flexão e extensão completa, resultando em limitação funcional.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL:

1ª Lesão - Região Corporal (sequela) ANTEBRAÇO ESQUERDO

() 10% residual - () 25% leve - () 50% médio - (X) 75% intensa - () 100% completa

Afirmo que avaliei a vítima nesta data e as respostas acima são verdadeiras.

Novo Oriente-CE, 22 de NOVEMBRO de 2018.

Dr. José Silva Macário
MÉDICO
CRM. 19.205



DEPARTAMENTO
Nova Scotia
Governo Municipal

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE
 CNPJ: 11.389.692/0001-28
SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE
NOVO ORIENTE

HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEITÃO

DATA: **27/06/18**

NOME: **Maria Milena Araujo**
 NOME DA MÃE: **Artemiza Vidal Araujo**
 NOME DO PAI: _____
 DATA DE NASCIMENTO: **30/08/1989** IDADE: **28** CARTÃO SUS: _____
 SEXO: **F** ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____
 ENDEREÇO: **Agude Oriente II** CIDADE: **Novo Oriente**
 PA: **X** MMHG _____ MG/DL _____ TEMPERATURA: _____ °C

1. SINAIS E SINTOMAS: **Pront e bem**

2. DIAGNÓSTICO: **la primeira, segundo a gravidez la 1ª e 2ª (H)**

3. CONDUTA: **dar ao RSE**

ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL _____

 DR. MATEUS MANUEL RODRIGUES CARVALHO
 MEDICO
 CREMECIBRO

Vara Única
 C. Novo Oriente
 FLS. **124**

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: A. M. Dr. José Maria Fernandes Leitão
Distrito Sanitário: _____ Município: Novo Oriente

Nome: Maria Milena Araújo Prontuário: _____
Endereço: R. Tenente Antonio Coelho Ferreira - Acude Oriente I.
Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nasc.: 30.08.1989 Ocupação: _____

Motivo do Encaminhamento?

Pant c/ dor, edema em

Resultado de Exames:

MIE e MSE q's foram feitos
para descartar trombose.

Conduta já Realizada

pressão-Diagnóstico

Assinatura

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.º _____ 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 Consultante - N.º Registro

Função

Data

Hospital São Lucas ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO	RECETA
--	--------

Nome do Paciente:

Maria Milena Araújo
uso Oral

- 1- Cefprozima 100mg — 10x
Tomar 1x de 12h
por 5 dias
- 2- Dipirona 500mg — 02x
Tomar 1x de 6h
se dor
- 3- Cefalexina 500mg — 28x
Tomar 1x de 6h
por 7 dias

- Reforçar dia 24/04
Rx Antidoloroso

Dr. Diego Teixeira Brito
Ortopedia Traumatologia
CRM-CE 19167 / 19168 / 19169

Rua Ubaldino Souto Maior, 1052 - São Vicente - CEP: 63.700-000 - Fone: (88) 3691.2019 / 3691.2202 - Crateús - CE

33/04/18

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins a pedido, que o (a) Sr. (a) Maria
Milena Araújo Ident. ou Registro
Foi atendido (a) Ortopedia Clínica ou Serviço
do Hosp. São Lucas Hospital - Ambulatório
no dia 06/07/18, às _____ horas, necessitando de 60 (sessenta) Por Extensão
dias de repouso, por motivo de doença.
CID S52.2

Assinatura do Paciente ou Responsável

Local e Data

Dr. Diego Teixeira Brito
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 19167 / TENDT 15440

Assinatura do Médico / Odontólogo
(Carimbo contendo Nome Completo e registro CRM/CRO)

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no art. 27 de CLPS, aprovada pelo Decreto Nº 89.312 de 23/01/84, e resolução CFM - 1190/84 e será expedida para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Rua Ubaldino Souto Maior, 1052 - São Vicente - Fone: (88) 3691.2019 / 3691.2202 - Crateús - CE



Hospital São Lucas ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO	ATESTADO MÉDICO
--	-----------------

Atesto para os devidos fins a pedido, que o (a) Sr. (a) Almeida

Almeida Almeida Ident. ou Registro

Foi atendido (a) Sim

do Hospital - Ambulatório

no dia 29.06.17, às 10 horas, necessitando de 60 (sessenta) dias de repouso, por motivo de doença.

CID L70.0

Assinatura do Paciente ou Responsável

Local e Data

Jr. Luiz S. Jorgensen
Traumatologista
CRM: 6945

Assinatura do Médico/ Odontólogo
(Carimbo contendo Nome Completo e registro CRM/CRO)

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no art. 27 de CLPS, aprovada pelo Decreto Nº 89,312 de 23/01/84, e resolução CFM - 1190/84 e será expedida para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Rua Ubaldino Souto Maior, 1052 - São Vicente - Fone: (88) 3691.2019 / 3691.2202 - Crateús - CE



SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO

HOSPITAL SÃO LUCAS

Guia de atendimento - CONSULTÓRIOS

DADOS DO PACIENTE



Impressão: 27/06/2018 16:3

Página 001/0

Procedência: 130444, 2001 Nome do Paciente: MARIA MILENA ARAUJO

CNS: 164078445180005

Guia de Autorização

Documento(s): 164078445180005

Estado Civil: Outro

Sexo: Feminino

Data de Nascimento: 20/08/1989

Local: NOVO ORIENTE/CE

Idade: 28 Anos(s)

Nome: ANTONIO JOSE ARAUJO

Mãe: ARTEMIZA VIDAL DE ARAUJO

Endereço: CAMPO ACUDE ORIENTE II, SN

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 83740-000

Município: NOVO ORIENTE

UF: CE

Telefone: 88 99816270

Responsável: JOSE IVAN MARCELINO DE ARAUJO

CPF do Responsável:

Endereço: CAMPO ACUDE ORIENTE II, SN

Município: NOVO ORIENTE

UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 27/06/2018 Hora: 16:25 Convênio: SUS

Profissional de Atendimento: JAMIL SANCHES JORQUEIRA

CRM/UF: 6945/CE

Tipo Atendimento: CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Funcionário: SEBASTIANA MARQUES BARBOSA

Observação:

Sinais

Desatrola Liberação

As: 05 hs

Tipo de Sonda

() Alta () Internação () Obito

Os Vitals

Altura (cm)

T (°C)

36

P (bpm)

110

R (rpm)

20

PA (mmHg)

140 X 90

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 27/06/2018 16:32

Responsável pela Classificação: MARIA CARINA DANTAS

Relatório:

PACIENTE REFERE DOR EM MMII NO QUADRIL. DOR EM MSE NO BRAÇO ESQUERDO. ESCORIAÇÕES PELO CORPO

SPO2 96

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

*Prto em sumário
no articular E e
prto E em oler
e enciclar
p x articular par
p x prto E e a
prto oler oler
Kela merque*

Dr. Jamil S. Jorquera
Traumato Ortopedia
CRM 6945

JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM 6945

Artemiza Vidal de
Assistido Paciente Responsável
Responsável JOSE IVAN MARCELINO DE
Araújo



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE
 CNPJ: 11.389.692/0001-28
SECRETARIA DE SAÚDE

EDRESA MUNICÍPIO DE
saúde
 NOVO ORIENTE

HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEITÃO

Nº _____
 DATA: 27/06/18

NOME: <u>Maria Milena Araujo</u>			
NOME DA MÃE: <u>Artemiza Vidal Araujo</u>			
NOME DO PAI: _____		IDADE: <u>28</u>	
DATA DE NASCIMENTO: <u>30/08/1989</u>		CARTÃO SUS: _____	
SEXO: <u>F</u>	ESTADO CIVIL: _____	PROFISSÃO: _____	
ENDEREÇO: <u>Agude Oriente II</u>		CIDADE: <u>Novo Oriente</u>	
PA: <u>X</u>	MMHG _____	DX: _____	MG/DL _____
1. SINAIS E SINTOMAS: <u>Pront e febre</u>			
2. DIAGNÓSTICO: <u>de febre, reperto</u>			
3. CONDUTA: <u>ambula de note (PC)</u>			
4. <u>de em PSE</u>			

DR. VICTOR MANUEL RODRIGUES CARVALHO
 MEDICO
 CRESS: 161280

Vara Única
 C. Novo Oriente
 FLS. 20

ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL





SINISTRO 3180501705 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA MILENA ARAUJO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO MARIA MILENA ARAUJO

CPF/CNPJ: 04943672370

Posição em 11-01-2019 15:55:24

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
13/12/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO



Eu, **JOSÉ IVAN MARCELINO DE ARAÚJO**, portador(a) do RG nº 2003005052578-SSP-CE expedido em 06/05/2003 e CPF nº 023.890.413-02, residente e domiciliado(a) na Rua Tenente Antônio Coelho Ferreira, nº 285, Açude Oriente II, nesta cidade de Novo Oriente, Estado do Ceará.

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 MILENA ARAÚJO**, cujo condutor era **MARIA MILENA ARAÚJO**.

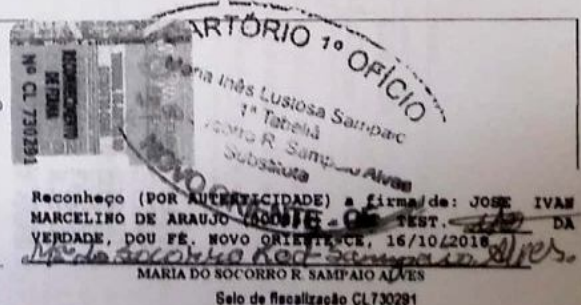
VEÍCULO:	MOTO HONDA CG 125 FAN KS
ANO:	2011
MODELO:	2012
PLACAS:	OCJ4339
CHASSI	9C2JC4110CR410331
DATA DO ACIDENTE:	27/06/18

Novo Oriente-CE, 16 de outubro de 2018.

José Ivan Marcelino de Araújo

Assinatura do Declarante Proprietário

RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA.



Selo de fiscalização CL730291

[EM:2.58][FE:0.17][SE:1.02][FA:0.13][FR:0.13][SS:1.13][TT:4.16]

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)

RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 010310084145

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CRDD VIA COD RENAVAM RNTRE EXERCÍCIO
01 391057278 0000000000 2013

NOME
JOSE IVAN MARCELINO DE ARAUJO
NOVO ORIENTE/CE

CPF/CNPJ PLACA
02389041302 OCJ4339

PLACA ANT/UF CHASSI
*****/CE 9C2JC4110CR410331

ESPECIE TIPO MARCA/MODELO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB 2011 ANO MOD 2012

CAP/POT/CL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/0CV/124CC PARTIC VERMELHA

COTA UNICA VENC COTAS
1ª 2ª 3ª

FAIXA PVA PARCELAMENTO/COTAS
1ª 2ª 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
00/00/0000

OBSERVAÇÕES

LOCAL
NOVO ORIENTE
Igor Rosta

DATA
12/03/2014

CE Nº 010310084145 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO DATA EMISSAO
2013 12/03/2014

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
02389041302 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

VA 01 02389041302 OCJ4339

RENAVAM MARCA/MODELO
391057278 HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB 2011 ANO CHASSI
09 9C2JC4110CR410331

FNS (R\$) DENAT/FAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITACAO
00/00/0000

LOTE/DOSEGURO/DOBILHETE DPVAT
MOTOR: JC41E1CNPJ 98298 608/0001-04

CONTRAN

Vara Única
C. Novo Oriente
FLS. 24



CONCLUSÃO

Aos 08 de 03 de 2019, faço estes
autos Conclusos ao MM. Juiz de Direito
Nº 1 Oriente-CE.

Diretor(a) de Secretaria