



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: <u>LEIVIANE NUNES DE SOUSA</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>CASADO</u>	Profissão: <u>AGRICULTOR</u>	Carteira de Identidade: <u>2007034075-1</u>	
CPF nº: <u>050.556.243-02</u>	Residência: <u>PEDRA PRETA</u>		
Bairro: <u>ZONA RURAL</u>	Cidade: <u>NOVO ORIENTE</u>	Estado/UF: <u>CE</u>	CEP: <u>63.740.000</u>

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 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.

Novo Oriente – CE., 27 de Dezembro de 2019.

Leiviane Nunes de Sousa
(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: <u>LEIVIANE NUNES DE SOUSA</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>PEDRA PRETA</u>		Profissão: <u>AGRICULTOR</u>
CPF nº: <u>050556243-02</u>	RG nº: <u>2007034075-1</u>	Estado Civil: <u>CASADO</u>
Bairro: <u>ZONA RURAL</u>	Cidade: <u>NOVO ORIENTE</u>	Estado/UF: <u>CE</u>
CEP: <u>63.740.000</u>	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.

Leiviane Nunes de Sousa

Declarante

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CPF: 050.556.243-02

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SÃO FRANCISCO TERMO: 1888 FOLHA: 58

DOC. CIVIL

QUITERIANÓPOLIS - CE

NATURALIDADE

MARIA SANDRA DE SOUZA NUNES

FRANCISCO NUNES BEZERRA

PLACÃO

LEIVIANE NUNES DE SOUSA

Nome

REGISTRO GERAL

2007034075-1

DATA DE EXPIÇÃO

26/03/2018

DATA DE NASCIMENTO

06/12/1988

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CARTeira DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

LEIVIANE NUNES DE SOUSA

PROIBIDO PLASTIFICAR

POLEGAR Direito

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
050.556.243-02

Nome
LEIVIANE NUNES DE SOUSA

Nascimento
06/12/1988

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Esta é a segunda via de
AGO/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE	
3455584	06
VENCIMENTO	
TOTAL A PAGAR (R\$)	

Nota Fiscal - Conta da Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **537858550**

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 da Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 33 037041 01 02000 Medidor Poste
Nome CONCEICAO PEREIRA DE SOUSA 23016793 0000 0
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora ST SAO FRANCISCO 01000 DT SAO FRANCISCO QUITERIANOPOLIS
63650000

RG / CPF / CNPJ 009.905.063-39

CGF

Classe 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	7081	7026	1	55	0	55
----	------	------	---	----	---	----

COMPOSIÇÃO DA CONTA

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prov. Próxima Leitura
20/08/2018	19/09/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

4F51.EF0A.47F9.A498.9EEB.B7AA.D473.9BEA

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

-33,11

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA

0,45

COB. SALDO FATURA ANTERIOR

18,93

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,31)

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 4,69

Conjunto PARAMBU

Mês JUN/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,87	21,74	43,49	1,52	1,52	0,00
FIC (un)	7,59	15,19	30,39	1,00	1,00	0,00
DMIC (h)	5,88			1,52		

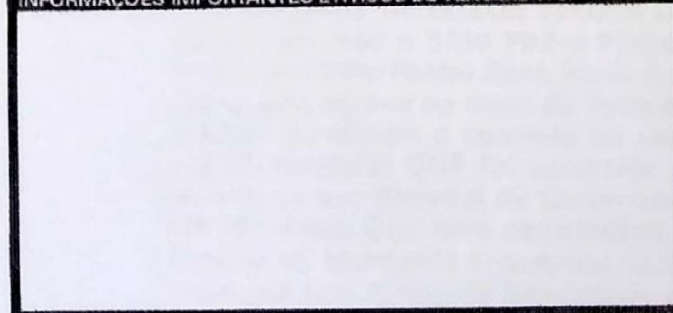
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

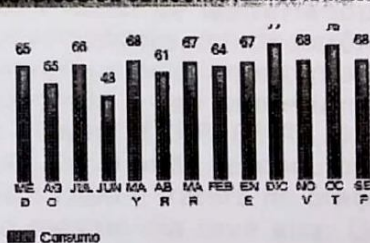
0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Nº do Cliente: **3455584-6** Nº da Nota Fiscal: **537858550** Total a Pagar (R\$): **0,00**
Data de Emissão: **23/08/2018** Referência: **AGO/2018** Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUITERIANOPOLIS

Vara Única
C. Novo Oriente

FLS. 12

FLS.

RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL**BOLETIM DE Ocorrência Nº 538 - 125 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **01/03/2018 10:37:46**Data / Hora da Ocorrência: **15/08/2017 09:31:00**Endereço da Ocorrência: **SITIO PONTAL**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **QUITERIANOPOLIS/CE**

Ponto de Referência:

Noticiante(s)Nome: **LEIVIANO NUNES DE SOUSA**Nascimento: **06/12/1988** CPF: **050.556.243-02**RG: **2007034075-1**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **MARIA SANORA DE SOUSA NUNES**Endereço: **SITIO SÃO FRANCISCO**Bairro: **ZONA RURAL**

CEP:

Município: **QUITERIANOPOLIS/CE**País: **BRASIL**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)1) Placa: **ORT7142** Uf: **CE** Município: **NOVO ORIENTE** Chassi:**9C2KC1670DR475727** Renavam: **533219612** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** AnoFabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**Cor: **VERMELHA** Proprietário: **ELISON VELOSA DE SOUSA** Situação:**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

O noticiante compareceu a esta Delegacia de Polícia e advertido das penas de falso testemunho narra QUE; pilotava uma HONDA/CG 150 FAN ESI, DE COR VERMELHA DE PLACA ORT 7142, ANO E MODELO 2013, MOTO ESTA DE PROPRIEDADE DE ELIZON VELOSA DE SOUSA; QUE pilotava o veículo acima citado sentido o Sítio Pedra Preta Zona Rural de Quiterianópolis; QUE próximo o Sítio Pontal Zona Rural de Quiterianópolis, em decorrência de um porco que estava no meio da estrada de terra o noticiante tentou desviar e acabou perdendo o controle do veículo vindo a cair sobre uma cerca de arame farpado; QUE foi socorrido por FRANCISCO PEREIRA DE SOUSA e levado para o Hospital de Quiterianópolis, local onde recebeu os primeiros atendimento; QUE teve escoriações pelo o copo e fratura no braço direito e fratura no tornozelo esquerdo; QUE no mesmo dia teve alta; QUE no dia seguinte em razão da gravidade dos ferimentos foi transferido para o Hospital de Crateús; QUE foi feito o Raio- X do braço direito e do tornozelo esquerdo; QUE o braço direito e o tornozelo esquerdo foram engessado; QUE com 15 dias retornou o hospital de Crateús para fazer a cirurgia do braço direito e do tornozelo esquerdo; QUE foi colocado pino no braço direito e pino no tornozelo esquerdo; QUE ficou tomando medicação por 60 dias; QUE tem retorno dia 04 de abril de 2018 no hospital de Crateús; QUE indica como testemunha: ANTONIO FRANCISCO NUNES, RESIDENTE NO DISTRITO DE SÃO FRANCISCO ZONA RURAL DE QUITERIANÓPOLIS E

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUITERIANOPOLIS

Pág. 1 de 2

Impresso em: 01/03/2018 12:17:45

> Leiviano nunes de Souza



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUITERIANÓPOLIS

Vara Única
C. Novo Oriente

FLS. 13

FLS.

RUBRICA

AUTORIDADE POLÍCIA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 538 - 125 / 2018

CONCEIÇÃO PEREIRA DE SOUSA RESIDENTE NO DISTRITO DE SÃO FRANCISCO ZONA RURAL DE QUITERIANÓPOLIS; E NADA MAIS DISSE;

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUITERIANÓPOLIS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


JOSEPH STENIFANY RIBEIRO TORQUATO - MAT.: 30108418

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Adriano Nunes de Souza

VISTO DO DELEGADO(A) :

ADRIANO DE QUEIROZ ANDRADE - MAT.: 30116011

EXAME: RAO X
NOME: LEIVIANE NUNES DE SOUSA
DATA DO LAUDO: 17-08-2018
MÉDICO SOLICITANTE: SOLICITAÇÃO PRÓPRIA

LAUDO

ANTEBRAÇO DIREITO

Osteossíntese com placa e parafusos metálicos na porção média do rádio

Textura óssea normal

Partes moles peri-articulares sem alteração

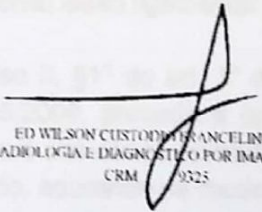
TORNOZELO ESQUERDO

Osteossíntese com parafusos metálicos no maléolo tibial

Textura óssea normal

Espaços articulares preservados

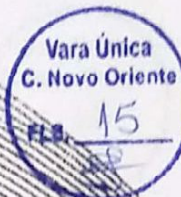
Partes moles peri-articulares sem alteração


ED WILSON CUSTÓDIO FRANCOLINO
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
CRM 19325



Dr. Kleiber
S. Cáceres Morales

CRM 12959



RELATORIO MEDICO

Atesto para fins do seguro DPVAT, que **Leiviano Nunes de Sousa**, RG:2007034075-1/SSP/CE, com relato de ter se envolvido em acidente de trânsito, no dia 15 de agosto de 2017, no município de Quiterianópolis - CE, com necessidade inicial de atendimento no Hospital municipal de Quiterianópolis - CE e posterior encaminhamento para Hospital São Lucas - Crateús - CE.

- Com diagnóstico inicial de fratura do antebraço direito e tornozelo esquerdo.
- Seguindo tratamento cirúrgico com colocação de placas e parafusos.

Com base ao exame clínico pode-se afirmar que o Autor encontra-se em alta definitiva na data de hoje e apresenta dano anatômico ou funcional permanente, evidenciando-se as seguintes limitações físicas irreparáveis:

- Refere dor e dificuldade para a movimentação do membro inferior esquerdo superior direito.
- Apresenta limitação para a flexo extensão total e rotação normal do tornozelo esquerdo por possível lesão ligamentar por torção.

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, procedo a correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1ª Lesão - Região corporal (sequela): Tornozelo esquerdo.

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio (x) 75% intensa () 100% completa.

Atenciosamente,

Dr. Kleiber S. Cáceres Morales
MÉDICO
CRM-CE 12959

Crateús, 09 de julho de 2018.

kleibercm@hotmail.com
Cajão Postal, 09 - CEP: 63.700-970
Crateús - Ceará



Secretaria de
QUITERIANÓPOLIS
FAZENDO MUITO MAIS
Secretaria de Saúde do Município

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Nº 19
Data: 15, 08, 17

1ª IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Leiviano Nunes de Sousa

Pai: _____

Mãe: _____

CNS: 203 4365 6765 0005

Est. Civil: _____ Sexo: M Data do Nas: 06/12/88 Idade: 28

Profissão: _____ RG: _____ CPF: _____

Endereço: Pedra Preta Cidade: _____

2. Sinais e Sintomas: Ainda de nate há = 12 horas Dor 2 e densa em antebraço (D)

3. Diagnóstico: _____

4. Conduta: Solicito Rx no serviço de referência

+ Mariana Santana de Souza Nunes
Ass. do Paciente ou Responsável

Ass. do Médico
Assinatura do Médico



AUTENTICAÇÃO

18 JAN 2010

[Signature]



PREFEITURA DE
QUITERIANÓPOLIS
Cuidando bem do Povo

FICHA DE REFERÊNCIA



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
1 - Preencher esta ficha em 3 vias.
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário orientando-o a retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: Leiviano Nunes de Sousa Prontuário N.º _____

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nasc.: 6 / 12 / 88 Ocupação: _____

Endereço: Pedra Preta Bairro: _____ Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento?

Queda de mão há ± 12h. Dor e edema no antebraço (D). Dor e edema no tornozelo (E).

Resultado de Exames:

Conduta já Realizada

Impressão Diagnóstica

Dr. A. Luz
Assinatura do Encaminhante

Função

15 / 08 / 17

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Avaliação Ortopédica Profissional: _____

Unidade de Referência: RX antebraço (D) e tornozelo (E) Data: 1 / 1 Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N.º _____ Alta: 1 / 1

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

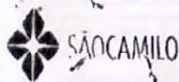
Diagnóstico: Principal _____ CID _____

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 ☐



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Guia de atendimento - CONSULTORIOS



Impressão: 16/08/2017 09:12

Página 1

v2017001

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 126317	Atendimento 0001	Nome do Paciente LEIVIANO NUNES DE SOUSA	CNS 203436567650005	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 20070340751	Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino		
Data de Nascimento 06/12/1988	Local QUITERIANOPOLIS/CE	Idade 28 Ano(s)		
Pai FRANCISCO NUNES BEZERRA	Mãe MARIA SANORA DE SOUSA NUNES			
Endereço CAMPO PEDRA PRETA, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 63650-000	Município QUITERIANOPOLIS	UF CE
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Cônjuge	Telefone 88 97847581	
Responsável MARIA SANORA DE SOUSA NUNES	CPF do Responsável	Endereço CAMPO PEDRA PRETA, SN	Município QUITERIANOPOLIS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 16/08/2017	Hora 09:11	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA	CRM/UF 6945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO		
Indicador de Acidente Trânsito	Funcionário MARTA MOTA VENANCIO DO VALE			
Observação trouxe guia de referencia do dia 15/08/2017				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Salda () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm) 92	R (mpm)	PA (mmHg) 110x80
---------------	-----------	-------------	--------	------------	---------	------------------

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

Spa 94
Paciente com fratura
na articulação do quadril
com olex e fratura por

fratura do fêmur
fratura do fêmur
fratura do fêmur
fratura do fêmur
fratura do fêmur

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Maria Sanora de Sousa Nunes
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA SANORA DE SOUSA

Hospital São Lucas ADMINISTRAÇÃO SÃO CAMILO		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		Vara Única C. Novo Oriente FLS. 19
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CDES	
H. S. L.			24811073	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CDES	
H. S. L.			24811073	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Leiriano Nunes de Sousa			126317	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
			06/12/1988	
9 - SEXO			10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3			maria Janora de Sousa Nunes	
11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
			Pedra Brta, Zona Rural	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
Quilomópols			CE	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
Dor em unho na região da coxa e unhoes				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
F.P.				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
João Paulo				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
		S825		
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Amputação			016180150577	
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
		() CNS (X) CPF	10811933228315	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
Dr. João Paulo			04/09/17	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE
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		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Dr. João Paulo				
46 - DOCUMENTO		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
() CNS () CPF		CREMEC-CE 1502		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
04/09/17		Dr. João Paulo Médico - Auditor CRM 6445		

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SpO₂ = Saturação Periférica; DT = Dreno de Tórax; DS = Dreno de Sucção; SNG = Sonda Nasogástrica; SNE = Sonda Nasoentérica; CVC = Cateter Venoso Central; CH = Cateter para Hemodiálise; TOT = Tubo Orotraqueal; SVD = Sonda Vesical de Demora.



SINISTRO 3180410466 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LEIVIANE NUNES DE SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi

Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO LEIVIANE NUNES DE SOUSA

CPF/CNPJ: 05055624302

Posição em 11-01-2019 15:57:41

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
23/11/2018	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, ELISON VELOSA DE SOUSA

portador do RG: 260914893, data de expedição 24 / 05 / 1993

órgão expedidor SSP / CE, CPF: 750196713031921

com domicílio na cidade de QUITERIA NOVA, no estado de CEARÁ

onde resido na LOCALIDADE PEDRA PRETA - ZONA RURAL

número 511, 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, LEIVIANO NUNES DE SOUSA

cujos condutores eram LEIVIANO NUNES DE SOUSA

VEÍCULO: Moto Honda CG 150 FMV

ANO: 2013

MODELO: 2013

PLACAS: ERT 7142

CHASSI: 9C2K1670DR475727

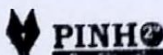
DATA DO ACIDENTE: 15 / 08 / 2017

Novo Oriente - CE 28/02/2018
Local e Data

Elison Veloso de Sousa

Assinatura do Declarante Proprietário
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA



1) Rui Manoel Alexandre de Pinho
2) Nóbilio Coutinho de Pinho
3) Antônio Cláudio Medeiros
4) Cláudio Almeida Loureiro Costa
5) Maria Araújo Teles

Reconheço por autenticidade a firma de ELISON VELOSA DE SOUSA.

Dois fô. Novo Oriente-CE, 28/02/2018. Em testemunho da verdade.



Cartório Pinho
2º Ofício Novo Oriente-CE
Glaucio Azevedo Ferreira Costa
Escritor Substituto



CONCLUSÃO

Aos 08 de 03 de 2019 faço estes
autos Conclusos ao MM. Juiz de Direito
Nevo Oriente-CE.

Diretor(a) de Secretaria