

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2017

Carta nº: 11913955

A/C: RENAN MESQUITA MARQUES

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170583753 ASL-0419847/17  
**Vítima:** RENAN MESQUITA MARQUES  
**Data Acidente:** 03/04/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** CELSO GOMES PINHEIRO

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2017

Carta nº: 11913955

A/C: RENAN MESQUITA MARQUES

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170583753 ASL-0419847/17  
**Vítima:** RENAN MESQUITA MARQUES  
**Data Acidente:** 03/04/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** CELSO GOMES PINHEIRO

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2017

Carta nº: 11927086

A/C: RENAN MESQUITA MARQUES

**Sinistro:** 3170583753 ASL-0419847/17  
**Vítima:** RENAN MESQUITA MARQUES  
**Data Acidente:** 03/04/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** CELSO GOMES PINHEIRO

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2017

Carta nº: 11974589

A/C: RENAN MESQUITA MARQUES

Nº Sinistro: 3170583753  
Vítima: RENAN MESQUITA MARQUES  
Data do Acidente: 03/04/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: CELSO GOMES PINHEIRO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **RENAN MESQUITA MARQUES**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000001469**

Conta: **0000047585-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 4.725,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

|                                         |     |          |
|-----------------------------------------|-----|----------|
| Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = | R\$ | 4.725,00 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2017

Carta nº: 11974589

A/C: RENAN MESQUITA MARQUES

Nº Sinistro: 3170583753  
Vítima: RENAN MESQUITA MARQUES  
Data do Acidente: 03/04/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: CELSO GOMES PINHEIRO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **RENAN MESQUITA MARQUES**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000001469**

Conta: **0000047585-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 4.725,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

|                                         |     |          |
|-----------------------------------------|-----|----------|
| Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = | R\$ | 4.725,00 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**







Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

037.920.453-40

Nome completo da vítima

Renan Mesquita Marques

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                                             |                         |                                            |                                      |                               |  |
|---------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--|
| Nome completo <u>Renan Mesquita Marques</u> |                         | CPF titular da conta <u>037.920.453-40</u> |                                      | Profissão <u>Desempregado</u> |  |
| Endereço <u>Travessa Sucupira</u>           |                         |                                            | Número <u>991</u>                    | Complemento                   |  |
| Bairro <u>Granja Portugal</u>               | Cidade <u>Fortaleza</u> | Estado <u>CE</u>                           | CEP <u>60520-430</u>                 |                               |  |
| Email                                       |                         |                                            | Telefone (DDD) <u>(85) 999890779</u> |                               |  |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

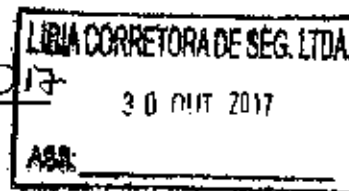
**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                        |  |                                                                                |  |                                                        |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     |  | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00                                      |  | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |  |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 |  | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00                                |  |                                                        |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)<br><input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)<br><input checked="" type="checkbox"/> <b>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)</b> |  |                                                        |  |                                                                                |  |                                                        |  |
| <b>AGÊNCIA</b><br>NRO. <u>1469</u> D/V <u>3</u><br>(Informar dígito se existir)                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                        |  | <b>CONTA</b><br>NRO. <u>47585</u> D/V <u>3</u><br>(Informar dígito se existir) |  |                                                        |  |
| <input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)<br><b>BANCO</b><br>Nome _____ NRO. _____<br><b>AGÊNCIA</b><br>NRO. _____ D/V _____<br>(Informar dígito se existir)                                                                                                                                     |  |                                                        |  | <b>CONTA</b><br>NRO. _____ D/V _____<br>(Informar dígito se existir)           |  |                                                        |  |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Fortaleza, 27 de Outubro de 2017

Local e Data



Renan Mesquita Marques

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 10124 / 2017

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **26/10/2017 15:40:51**

Data / Hora da Ocorrência: **03/04/2017 08:20:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA AV. I, 154**

Complemento:

Bairro: **CONJUNTO CEARA**

Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência: **MARINHEIRO POPAY**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **RENAN MESQUITA MARQUES**

Nascimento: **04/01/1988** CPF:

RG: **205012032699**

Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **ANTONIA MESQUITA MARQUES**

**ANTONIO RODRIGUES MARQUES**

Endereço: **RUA TV. SUCUPIRA, 991**

Bairro: **CONJUNTO CEARA**

Município: **FORTALEZA/CE**

País: **BRASIL**

CEP:  
Telefone: **(85) 8608-5335**

**Noticiante(s)**

Nome: **RENATO MESQUITA MARQUES**

Nascimento: **30/09/1986** CPF:

RG: **03792016311**

Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **ANTOIA MESQUITA MARQUES**

**ANTONIO RODRIGUES MARQUES**

Endereço: **RUA TV. SURUPIRA, 991**

Bairro: **CONJUNTO CEARA**

Município: **FORTALEZA/CE**

País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(85) 8608-5335**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **PNE0377** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:

**9C2KC1680FR701190** Renavam: **1059694309** Tipo do Veículo:

**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano

Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**

Cor: **PRETA** Proprietário: **JOAO RODRIGUES MARQUES** Situação: **NÃO**

**INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

Que o declarante vem noticiar que pilotava a moto acima discriminada, quando entrou entrar na Avenida I, quando um veículo adentrou na pista sem a sinalização adequada, causando uma colisão na moto do declarante; Que o declarante vinha trazendo na garupa a pessoa de nome Renan Mesquita Marques, seu irmão e este sofreu uma fratura no ombro; Que o mesmo foi levado para o hospital pelo seu próprio pai que chegou no local; Que não pegou a placa do carro causador do acidente.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 10124 / 2017**

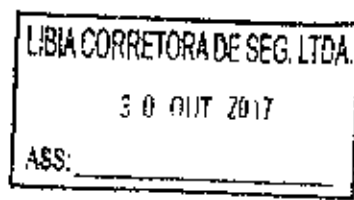
**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

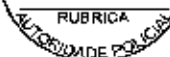
**JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** Renato Mesquita Menezes

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**CLADISTON SOUSA BRAGA - MAT.: 126877-1-0**





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 10124 / 2017

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **26/10/2017 15:40:51**

Data / Hora da Ocorrência: **03/04/2017 08:20:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA AV. I, 154**

Complemento:

Bairro: **CONJUNTO CEARA**

Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência: **MARINHEIRO POPAY**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **RENAN MESQUITA MARQUES**

Nascimento: **04/01/1988** CPF:

RG: **205012032699**

Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **ANTONIA MESQUITA MARQUES**

**ANTONIO RODRIGUES MARQUES**

Endereço: **RUA TV. SUCUPIRA, 991**

Bairro: **CONJUNTO CEARA**

Município: **FORTALEZA/CE**

País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(85) 8608-5335**

**Noticiante(s)**

Nome: **RENATO MESQUITA MARQUES**

Nascimento: **30/09/1986** CPF:

RG: **03792016311**

Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **ANTOIA MESQUITA MARQUES**

**ANTONIO RODRIGUES MARQUES**

Endereço: **RUA TV. SURUPIRA, 991**

Bairro: **CONJUNTO CEARA**

Município: **FORTALEZA/CE**

País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(85) 8608-5335**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **PNE0377** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:

**9C2KC1680FR701190** Renavam: **1059694309** Tipo do Veículo:

**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano

Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**

Cor: **PRETA** Proprietário: **JOAO RODRIGUES MARQUES** Situação: **NÃO**

**INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

Que o declarante vem noticiar que pilotava a moto acima discriminada, quando entrou entrar na Avenida I, quando um veículo adentrou na pista sem a sinalização adequada, causando uma colisão na moto do declarante; Que o declarante vinha trazendo na garupa a pessoa de nome Renan Mesquita Marques, seu irmão e este sofreu uma fratura no ombro; Que o mesmo foi levado para o hospital pelo seu próprio pai que chegou no local; Que não pegou a placa do carro causador do acidente.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA



**BOLETIM DE Ocorrência Nº 201 - 10124 / 2017**

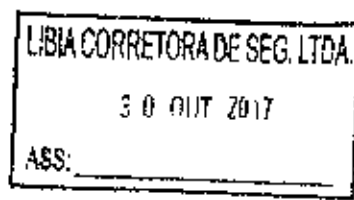
**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** Renato Mesquita Menezes

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**CLADISTON SOUSA BRAGA - MAT.: 126877-1-0**



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Renan Mesquita Marques, portador da carteira de identidade nº 2005012032699 e inscrito no CPF/MF sob o nº 037.920.453-40, residente e domiciliado na Rua Suciupira, 911 - Granja Portugal Cidade Fortaleza, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

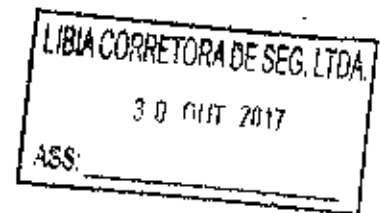
- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ☒ ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Renan Mesquita Marques

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Fortaleza, 27 de Outubro 2017.

Local e data

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Renan Mesquita Marques, portador da carteira de identidade nº 2005012032699 e inscrito no CPF/MF sob o nº 037.920.453-40, residente e domiciliado na Rua Suciupira, 911 - Granja Portugal Cidade Fortaleza, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

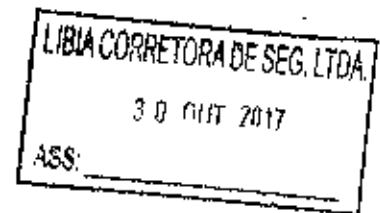
- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ☒ ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Renan Mesquita Marques

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Fortaleza, 27 de Outubro 2017.

Local e data

~~Prova de Ato Declaratório~~ <http://172.30.59.201/sign>  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

**SUS**

**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

NOME DO PACIENTE  
**RENAN MESQUITA MARQUES**

## CADOS PESSOAIS

Nº DE PRODUÇÃO  
283721

N° DOB E  
137668

NOME COMPLETO **ANTONIA MESQUITA MARQUES**  
 ENDEREÇO \_\_\_\_\_  
 CIDADE \_\_\_\_\_

NASCIMENTO 04/01/1988 (29 ANOS)

23

RAZÃO DO  
NÃO INFORMADO

TRAVESSA SUCUPIRA 991 PARQUE GENIBAÚ

NO RESPONSE  
IN

**MUNICIPIO**  
**FORTALEZA**

CF

LOCAL DA OCORRÊNCIA: TRANSPORTE/GRUPO DO ACIDENTE

**OCORRÊNCIA**

**DOR EM OMBRO DIREITO, SIC APÓS QUEDA**

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

**ACTIVE**

## AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA

|               |               |
|---------------|---------------|
| ESCALA DE LOR | ESCALA DE LOR |
| 99 (ADULTO)   | 99 (ADULTO)   |

|                       |                  |      |       |
|-----------------------|------------------|------|-------|
| TEMPERATURA:<br>NI °C | N/Ni<br>ALERGIAS | NI % | PULSO |
|-----------------------|------------------|------|-------|

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO  
**LUCÉLIA BARROSO CARNEIRO**

ÁREA ATENDIMENTO

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO  
03/04/2017 10:19:01

ATENDIMENTO MEDICO

1. Nome carlos D rei Próprio casado

LIBRACORRETORA DE SEG. LTDA.

Trans. Am. Mus. 30 JULY 2011

Dr Antonio Luiz V Gonçalves  
Traumatologia

OTOPEDIA  
Cirurgia do Orelha, Nariz e Garganta  
20309022+

☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☒ TC CRP/IO ☐ RAND-X

( ) OUTROS

[illegible]

As de outubro de 1971

ne do univ. D. 10/10/10

Prof. Dr. Luiz V. Gonçalves  
Ortopedia - Traumatologia

[illegible]

ESTADO DO CORPO: ( ) A MEDIO ( ) EVASAO ( ) TRANSFERENCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS

so por lucelia bampso carneiro em 03/04/2017 as 10:19:05

\_\_\_\_\_, por estas e outras, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 289 do Código

nenan mesquita marques

ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro  
Mat. 763

**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

NOME DO PACIENTE  
**RENAN MESQUITA MARQUES**

DADOS PESSOAIS

NOME DA  
**ANTONIA MESQUITA MARQUES**

NASCIMENTO  
**04/01/1988 (29 ANOS)**

Nº DO PRECATÓRIO  
**283721**

Nº DOE  
**137665**

ENDEREÇO  
**TRAVESSA SUCUPIRA 991 PARQUE GENIBAU**

NOME RESPONSÁVEL  
**NI**

SEXO  
**M**

RACIAIS  
**NÃO INFORMADO**

CÓDIGO  
**987648005**

MUNICÍPIO  
**FORTALEZA**

UF  
**CE**

LOCAL DA OCORRÊNCIA TRANSPORTADO DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

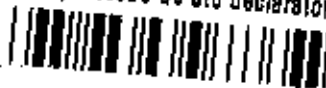
QUEIXA  
**DOR EM OMBRO DIREITO, SIC APÓS QUEDA**

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO

**AValiação TRAUMATOLÓGICA**

Comprovação de ato declaratório



PESSO

**NI KG**

TEMPERATURA

**NI °C**

CLASSIFICAÇÃO

**VERDE**

PRESSÃO ARTERIAL

**NI/NI**

ALERGIAS

**NI**

SINAIS VITAIS

SATUR

**NI%**

ESCALA DE DOR  
**99 (ADULTO)**

PULSO

**NI**

GLICEMIA

**NI**

ATENDIMENTO  
**UMATOLÓGICA**

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO  
**LUCÉLIA BARROSO CARNEIRO**

ÁREA ATENDIMENTO

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO  
**03/04/2017 10:19:01**

ANAMNESE

ATENDIMENTO MÉDICO

*TRATAMENTO OMBRO D. 1001 FORTALEZA UNIV. 13/04/2017*

LIBERADORA DE SEG. LTDA.  
30 OUT 2017  
ASS: \_\_\_\_\_

Dr Antonio Luiz V Gonçalves  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgia do Ombro  
CRM 12444-1/DF

DIAGNÓSTICO  
**TRATAMENTO OMBRO**

TESTES SOLICITADOS  
( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRÂNIO ( ) RAIOS-X

( ) OUTROS

MEDICAMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

*ne do ombro D. 1001 / 13/04/2017*

*ne do ombro D. 1001 / 13/04/2017*

*Prof. Dr. Luiz V. Gonçalves*

Dr Antonio Luiz V Gonçalves  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgia do Ombro  
CRM 12444-1/DF

**13:10**

TIPAGEM

( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IMPL ( ) ANAT. PATOL

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Assinado por Lucélia Barroso Carneiro em 03/04/2017 às 10:19:05

claro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 289 do Código

renan mesquita marques

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA  
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

*EM*

Emanuelle Monteiro  
Mat. 763

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENAN MESQUITA MARQUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01469

CONTA: 000000047585-3

---

Nr. da Autenticação 81D51D83BBD10ED6

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENAN MESQUITA MARQUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01469

CONTA: 000000047585-3

---

Nr. da Autenticação 81D51D83BBD10ED6

Comprovante de residência



**Nº DO CLIENTE**  
**7084146-2**  
 Para efetuar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002  
 Companhia Energética do Ceará  
 Rua Padre Vieira, 150  
 CEP 60135-040 | Fortaleza - CE  
 CNPJ 07.047.223/0001-70 | CGF 00.100.046-3



**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 486852923  
 Rote 17 01240 16 342200 - 8 Data de Emissão 25/07/2017  
 Nome ANTONIA MESQUITA MARQUES  
 End. Postal TR SUCUPIRA 00991  
 GRANJA PORTUGAL - FORTALEZA - 60520730  
 Medidor 7671329 Poste 2084 0000  
 Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00  
 RG/CPF/CNPJ 699270223-87 CGF

**DATAS**  
 Atividade Referência Jul/2017 Data de Apresentação 25/07/2017 Previsão Próxima Leitura 26/08/2017

**ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**  
 Veja a legenda no verso desta conta.  
 Condição de Serviço 100%  
 Média 100%  
 Padrão Individual 100%  
 Aquisição Individual 100%

**PGMS**  
 Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto  
 1202,3025 18,00 216,4145

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**  
 1202,3025 18,00 216,4145

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

| Leil. Atual | Leil. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Const. Incl. | Const. Excl. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------------|----------------|--------|---------------|--------------|--------------|------------------|-------------|
| 23794       | 23761          | 1,00   | 33            | 0,00         | 33           | 0,51201          | 16,90       |
| 25/07/17    | 24/05/17       |        | 31 DIAS       |              |              |                  |             |

**DESCRIÇÃO**

| VALOR CONSUMO DO MES                      | VALOR (R\$) |
|-------------------------------------------|-------------|
| MULTA MORATORIA REF 06/2017               | 1,82        |
| JUROS DO MES                              | 0,77        |
| SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO               | -19,49      |
| ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,55) |             |

**LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.**  
 30 OUT 2017  
 ASS: [assinatura]

**VENCIMENTO** 01/08/2017 **TOTAL PAGAR (R\$)** 0,00

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

|                              |       |
|------------------------------|-------|
| Energia                      | 0,00  |
| Transmissão                  | 0,00  |
| Distribuição                 | 0,00  |
| Encargos Setoriais           | 0,00  |
| Tributos (ICMS, PIS, COFINS) | 0,00  |
| <b>TOTAL</b>                 | 16,90 |

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

| Mês | Consumo (kWh) | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-----|---------------|------------------|-------------|
| Jul | 33            | 0,51201          | 16,90       |
| Jun | 33            | 0,51201          | 16,90       |
| Mai | 33            | 0,51201          | 16,90       |
| Abr | 33            | 0,51201          | 16,90       |
| Mar | 33            | 0,51201          | 16,90       |
| Fev | 33            | 0,51201          | 16,90       |
| Jan | 33            | 0,51201          | 16,90       |
| Dez | 33            | 0,51201          | 16,90       |
| Nov | 33            | 0,51201          | 16,90       |
| Out | 33            | 0,51201          | 16,90       |
| Sep | 33            | 0,51201          | 16,90       |

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**  
 Compensação para emissões pelo consumo de energia elétrica.  
 Emissão kg (CO<sub>2</sub>) 14,26 Compensação kg (CO<sub>2</sub>) 0,00 Compensação Ecológica (NCCO) 0

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

**CONTAS EM ATRASO**

Previsão Aviso:  
 NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA  
 Prezada Cliente, constatamos em nossos controles contábeis em atraso, o pagamento da dívida fiscal na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Art. 172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Consta desta fatura R\$ 0,74 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,76% e COFINS: 3,61% (Art. 1º da Lei 10.009/2000 - Anexo II e Lei nº 10.437/2002 e 10.893/2003).

A bandeira para o mês de julho será amarela, com acréscimo de R\$ 2,00 (dois tributos) a cada 100 (kWh). O fator que determinou para o acréscimo da bandeira amarela foi o aumento do custo de geração de energia elétrica. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br)

**DEBITOS ANTERIORES**

| Mês/Ano      | Valor (R\$) |
|--------------|-------------|
| 06/2017      | 102,79      |
| <b>Total</b> | 102,79      |

Nº do Cliente: 7084146-2 Referência: Jul/2017  
 Data de Emissão: 25/07/2017 Total a Pagar (R\$): 0,00  
 Nº do Nota Fiscal: 486852923 Nº do Controle: 0007084146 00022 39222 86

**PARA CONFERENCIA:** Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.

**Nº DO CLIENTE**  
7084146-2

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438  
de 20 de abril de 2002  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Veloso, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE  
CNPJ 07.047.223/0001-70 | CGF 00.100.046-3

**enel**

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 486852923

Rote 17 01240 16 342200 - 8 Data de Emissão 25/07/2017

Nome ANTONIA MESQUITA MARQUES

End. Postal TR SUCUPIRA 00991

GRANJA PORTUGAL - FORTALEZA - 60520730

Medidor 7671329

Posto 2084 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 699270223-87

CGF

Nome do Responsável

**DATAS**

Ata de Referência Jul/2017  
Data de Apresentação 25/07/2017  
Previsão Próxima Lettura 26/08/2017

**ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta.

Contorno 16/2/2017  
Mês DECI-0,00 FUSO 24,90

**ICMS**

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

1202,3025,1838,7660,6844,8050,4549,8755

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1202,3025,1838,7660,6844,8050,4549,8755

Padrão Individual

| Padrão Individual |       |       | Apuração Individual |       |       |
|-------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
| Mensal            | Trim. | Anual | Mensal              | Trim. | Anual |
| 4,95              | 9,31  | 19,82 | 0,70                | 0,00  | 0,00  |
| 2,17              | 6,05  | 12,70 | 1,00                | 0,00  | 0,00  |
| 2,77              |       |       | 0,70                |       |       |

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

| Let. Atual | Let. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Const. Incl. | Const. Excl. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|------------|---------------|--------|---------------|--------------|--------------|------------------|-------------|
| 23794      | 23761         | 1,00   | 33            | 0,00         | 33           | 0,51201          | 16,90       |
| 25/07/17   | 24/05/17      |        | 31 DIAS       |              |              |                  | 16,90       |

**DESCRIÇÃO**

VALOR CONSUMO DO MÊS

MULTA MORATORIA REF 06/2017

JUROS DO MÊS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MÊS (R\$ 0,55)

**VALOR (R\$)**

16,90

1,82

0,77

-19,49

**LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.**

30 OUT 2017

ASS:

**VENCIMENTO** 01/08/2017

**TOTAL PAGAR (R\$)** 1,00

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

|                              |              |
|------------------------------|--------------|
| Energia                      | 0,02         |
| Transmissão                  | 0,00         |
| Distribuição                 | 0,00         |
| Encargos Setoriais           | 1,89         |
| Tributos (ICMS, PIS, COFINS) | 0,74         |
| <b>TOTAL</b>                 | <b>16,90</b> |

**HISTÓRICO DE CONSUMO** (últimos 12 meses)

| Mês | Consumo (kWh) | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-----|---------------|------------------|-------------|
| Jul | 33            | 0,51201          | 16,90       |
| Jun | 125           | 0,51201          | 64,00       |
| Mai | 111           | 0,51201          | 56,83       |
| Abr | 62            | 0,51201          | 31,76       |
| Mar | 53            | 0,51201          | 27,14       |
| Fev | 50            | 0,51201          | 25,60       |
| Jan | 35            | 0,51201          | 17,92       |
| Dez | 55            | 0,51201          | 28,16       |
| Nov | 30            | 0,51201          | 15,36       |
| Out | 51            | 0,51201          | 26,16       |
| Sep | 37            | 0,51201          | 19,04       |
| Ago | 18            | 0,51201          | 9,22        |

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO<sub>2</sub>) 14,26

Compensado kg (CO<sub>2</sub>) 0,00

Compensação Ecológica (NCCO)

0

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

**CONTAS EM ATRASO**

Previsão Aviso:  
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA  
Prezado Cliente, constatamos em nossos controles contábeis em atraso, sem o detalhamento do débito. O não pagamento da dívida resultou na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a emissão desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Art. 172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

**DEBITOS ANTERIORES**

| Mês/Ano      | Valor (R\$)   |
|--------------|---------------|
| 06/2017      | 102,79        |
| <b>Total</b> | <b>102,79</b> |

Consta desta fatura R\$ 0,74 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS: 0,76% e COFINS: 3,61% (Art. 9, Par. 1º da Lei 10.009 - ANEEL e Lei n. 10.437/02 e 10.893/03)

A bandeira verde a partir de maio de 2017, com acréscimo de R\$ 2,00 (mais tributos) a cada 100 (kWh). O fator que determinou para o acréscimo da bandeira amarela foi o aumento do custo de geração de energia elétrica. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br)

Nº do Cliente: 7084146-2 Referência: Jul/2017  
Data de Emissão: 25/07/2017 Total a Pagar (R\$): 0,00  
Nº do Nota Fiscal: 486852923 Nº do Controle: 0007084146 00022 39222 86

**PARA CONFERÊNCIA:** Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.

Comprovante de residência



**Nº DO CLIENTE**  
7084146-2

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438  
de 20 de abril de 2002  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Veloso, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE  
CNPJ 07.047.223/0001-70 | CGF 00.100.046-3

**enel**

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 486852923

Rote 17 01240 16 342200 - 8 Data de Emissão 25/07/2017

Nome ANTONIA MESQUITA MARQUES

End. Postal TR SUCUPIRA 00991

GRANJA PORTUGAL - FORTALEZA - 60520730

Medidor 7671329

Posto 2084 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 699270223-87

CGF

Nome do Responsável

**DATAS**

Ata de Referência Jul/2017 Data de Apresentação 25/07/2017 Previsão Próxima Lettura 26/08/2017

**ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta.

Contorno 16/1/2017 DUSD 24,90

Método DECR1 = 0,00 F

**ICMS**

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

150,00 12,00 18,00

Padrão Individual

Agrupação Individual

|      | Mensal | Trim. | Anual | Mensal | Trim. | Anual |
|------|--------|-------|-------|--------|-------|-------|
| DIC  | 4,95   | 9,91  | 19,82 | 0,70   | 0,00  | 0,00  |
| FIC  | 2,17   | 6,05  | 12,70 | 1,00   | 0,00  | 0,00  |
| DMIC | 2,77   |       |       | 0,70   |       |       |

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

1202,3025,1830,7660,6844,8050,4549,8755

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

| Let. Atual | Let. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Const. Incl. | Const. Excl. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|------------|---------------|--------|---------------|--------------|--------------|------------------|-------------|
| 23794      | 23761         | 1,00   | 33            | 0,00         | 33           | 0,51201          | 16,90       |
| 25/07/17   | 24/05/17      |        | 31 DIAS       |              | 33           |                  | 16,90       |

**DESCRIÇÃO**

VALOR CONSUMO DO MÊS

**VALOR (R\$)**

MULTA MORATORIA REF 06/2017

15,00

JUROS DO MÊS

1,82

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

0,77

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MÊS (R\$ 0,55)

-19,49

**LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.**  
30 OUT 2017  
ASS: *[assinatura]*

**VENCIMENTO** 01/08/2017

**TOTAL PAGAR (R\$)** 1,00

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

|                              |       |
|------------------------------|-------|
| Energia                      | 0,02  |
| Transmissão                  | 0,00  |
| Distribuição                 | 0,00  |
| Encargos Setoriais           | 1,89  |
| Tributos (ICMS, PIS, COFINS) | 0,74  |
| TOTAL                        | 16,90 |

**HISTÓRICO DE CONSUMO** (últimos 12 meses)

| Mês           | Jul | Jun | Ma  | Abr | Mai | Jun | Jul | Ag | Sep | Out | Nov | Dez |
|---------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|
| Consumo (kWh) | 33  | 125 | 111 | 62  | 53  | 50  | 35  | 55 | 30  | 51  | 37  | 18  |

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO<sub>2</sub>) 14,26 Compensado kg (CO<sub>2</sub>) 0,00

Compensação Ecológica (R\$)

0,00

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

**CONTAS EM ATRASO**

Previsão Aviso:  
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA  
Prezada Cliente, constatamos em nossos controles contábeis em atraso, sem o detalhamento do débito. O não pagamento da dívida básica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a emissão desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Art. 172 c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

**DEBITOS ANTERIORES**

| Mês/ano | Valor (R\$) |
|---------|-------------|
| 06/2017 | 102,79      |
| Total   | 102,79      |

Consta desta fatura R\$ 0,74 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS: 0,76% e COFINS: 3,61% (Art. 9, Par. 1º da Lei nº 10.438/2002 e Lei nº 10.437/2002 e Lei nº 10.833/2003)

A bandeira verde a partir de maio de 2017, com acréscimo de R\$ 2,00 (dois reais) a cada 100 (cem) kWh. O fator que determinou para o acréscimo da bandeira amarela foi o aumento do custo de geração de energia elétrica. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br)

Nº do Cliente: 7084146-2 Referência: Jul/2017  
Data de Emissão: 25/07/2017 Total a Pagar (R\$): 0,00  
Nº do Nota Fiscal: 486852923 Nº do Controle: 0007084146 00022 39222 86

**PARA CONFERÊNCIA:** Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.

Comprovante de residência



**Nº DO CLIENTE**  
7084146-2

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438  
de 20 de abril de 2002  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Veloso, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE  
CNPJ 07.047.223/0001-70 | CGF 00.100.046-3

**enel**

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 486852923

Rote 17 01240 16 342200 - 8 Data de Emissão 25/07/2017

Nome ANTONIA MESQUITA MARQUES

End. Postal TR SUCUPIRA 00991

GRANJA PORTUGAL - FORTALEZA - 60520730

Medidor 7671329

Posto 2084 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 699270223-87

CGF

Nome do Responsável

**DATAS**

Ata de Referência Jul/2017  
Data de Apresentação 25/07/2017  
Previsão Próxima Lettura 26/08/2017

**ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta.

Contorno 16/2/2017 DUSD 24,90

Método DECR1 0,00 F

**ICMS**

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

15070

Padrão Individual

Agrupação Individual

|      | Mensal | Trim. | Anual | Mensal | Trim. | Anual |
|------|--------|-------|-------|--------|-------|-------|
| DIC  | 4,95   | 9,31  | 19,82 | 0,70   | 0,00  | 0,00  |
| FIC  | 2,17   | 6,05  | 12,70 | 1,00   | 0,00  | 0,00  |
| DMIC | 2,77   |       |       | 0,70   |       |       |

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

1202,3025,1830,7660,6844,8050,4549,8755

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

| Let. Atual | Let. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Const. Incl. | Const. Excl. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|------------|---------------|--------|---------------|--------------|--------------|------------------|-------------|
| 23794      | 23761         | 1,00   | 33            | 0,00         | 33           | 0,51201          | 16,90       |
| 25/07/17   | 24/05/17      |        | 31 DIAS       |              |              |                  | 16,90       |

**DESCRIÇÃO**

VALOR CONSUMO DO MES

**VALOR (R\$)**

MULTA MORATORIA REF 06/2017

15,00

JUROS DO MES

1,82

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

0,77

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,55)

-19,49

**LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.**  
30 OUT 2017  
ASS: *[assinatura]*

**VENCIMENTO** 01/08/2017

**TOTAL PAGAR (R\$)** 0,00

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

|                              |       |
|------------------------------|-------|
| Energia                      | 0,02  |
| Transmissão                  | 0,00  |
| Distribuição                 | 0,00  |
| Encargos Setoriais           | 1,89  |
| Tributos (ICMS, PIS, COFINS) | 0,74  |
| <b>TOTAL</b>                 | 16,90 |

**HISTÓRICO DE CONSUMO** (últimos 12 meses)

| Mês | Consumo (kWh) | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-----|---------------|------------------|-------------|
| Jul | 33            | 0,51201          | 16,90       |
| Jun | 125           | 0,51201          | 64,00       |
| Mai | 111           | 0,51201          | 56,88       |
| Abr | 62            | 0,51201          | 31,76       |
| Mar | 53            | 0,51201          | 27,14       |
| Fev | 50            | 0,51201          | 25,60       |
| Jan | 35            | 0,51201          | 17,92       |
| Dez | 55            | 0,51201          | 28,21       |
| Nov | 30            | 0,51201          | 15,36       |
| Out | 51            | 0,51201          | 26,16       |
| Sep | 37            | 0,51201          | 19,00       |
| Ag  | 18            | 0,51201          | 9,22        |

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO<sub>2</sub>) 14,26

Compensado kg (CO<sub>2</sub>) 0,00

Compensação Ecológica (R\$/kg CO<sub>2</sub>)

0,00

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

**CONTAS EM ATRASO**

Previsão Aviso:  
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA  
Prezada Cliente, constatamos em nossos controles contábeis em atraso, sem o detalhamento do débito, o não pagamento da dívida básica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a emissão desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Art. 172 c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

**DEBITOS ANTERIORES**

| Mês/ano      | Valor (R\$) |
|--------------|-------------|
| 06/2017      | 102,79      |
| <b>Total</b> | 102,79      |

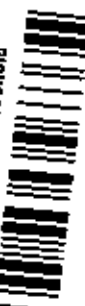
Consta desta fatura R\$ 0,74 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS: 0,76% e COFINS: 3,61% (Art. 9, Par. 1º da Lei 10.033/2000 - Anexo II, Lei nº 10.437/2002 e Lei nº 10.833/2003)

A bandeira amarela para o mês de julho será amarela, com acréscimo de R\$ 2,00 (dois tributos) a cada 100 (kWh). O fator que determinou para o acréscimo da bandeira amarela foi o aumento do custo de geração de energia elétrica. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br)

Nº do Cliente: 7084146-2 Referência: Jul/2017  
Data de Emissão: 25/07/2017 Total a Pagar (R\$): 0,00  
Nº do Nota Fiscal: 486852923 Nº do Controle: 0007084146 00022 39222 86

**PARA CONFERENCIA:** Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.

Comprovante de residência





# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Celso Gomes Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 791649193/15 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Renan Mesquita Marques inscrito (a) no CPF sob o Nº 037920153/40 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Renan Mesquita Marques inscrito (a) no CPF sob o Nº 037920153/40 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

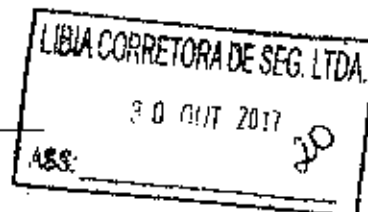
|                                             |                          |                                                  |                                                 |
|---------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Endereço<br><u>Rua Paulo Gomes da Silva</u> |                          | Número<br><u>226</u>                             | Complemento<br>—                                |
| Bairro<br><u>Parque Solidade</u>            | Cidade<br><u>Caucaia</u> | Estado<br><u>Ceará</u>                           | CEP<br><u>61603070</u>                          |
| Email<br>—                                  |                          | Telefone comercial(DDD)<br><u>Celso Pinheiro</u> | Telefone celular(DDD)<br><u>(85) 99989-0779</u> |

(85) 98721-2741

Caucaia 27 de Outubro de 2017

Local e Data

Celso Gomes Pinheiro  
Assinatura do Declarante



**Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral****Contribuinte,**

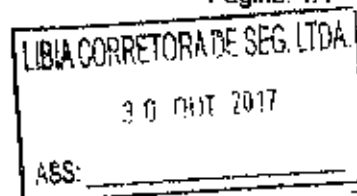
Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

|                                                                                                                                                                                       |                                                         |                                                 |                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------|
|                                                                                                      |                                                         | <b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b>           |                                       |
| <b>CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA</b>                                                                                                                                           |                                                         |                                                 |                                       |
| <b>NÚMERO DE INSCRIÇÃO</b><br>20.905.661/0001-90<br><b>MATRIZ</b>                                                                                                                     | <b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b> |                                                 | <b>DATA DE ABERTURA</b><br>25/08/2014 |
| <b>NOME EMPRESARIAL</b><br>CELSO GOMES PINHEIRO - ME                                                                                                                                  |                                                         |                                                 |                                       |
| <b>TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)</b><br>*****                                                                                                                          |                                                         |                                                 |                                       |
| <b>CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL</b><br>82.19-9-99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente |                                                         |                                                 |                                       |
| <b>CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS</b><br>Não informada                                                                                                      |                                                         |                                                 |                                       |
| <b>CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA</b><br>213-6 - EMPRESÁRIO (INDIVIDUAL)                                                                                                     |                                                         |                                                 |                                       |
| <b>LOGRADOURO</b><br>R PAULO GOMES DA SILVA                                                                                                                                           |                                                         | <b>NÚMERO</b><br>228                            | <b>COMPLEMENTO</b><br>TERREO;         |
| <b>CEP</b><br>61.603-070                                                                                                                                                              | <b>BAIRRO/DISTRITO</b><br>PARQUE SOLEDADE               | <b>MUNICÍPIO</b><br>CAUCAIA                     | <b>UF</b><br>CE                       |
| <b>SITUAÇÃO CADASTRAL</b><br>ATIVA                                                                                                                                                    |                                                         | <b>DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL</b><br>25/08/2014 |                                       |
| <b>MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b><br>*****                                                                                                                                          |                                                         |                                                 |                                       |
| <b>SITUAÇÃO ESPECIAL</b><br>*****                                                                                                                                                     |                                                         | <b>DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL</b><br>*****       |                                       |

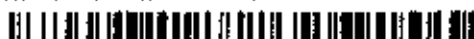
Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.470, de 30 de maio de 2014.

Emitido no dia 26/08/2014 às 11:25:53 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

[Voltar](#)

|                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRO DE EMPRESA - NIRE DA SEDE                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | NIRE DA FILIAL (preencher somente se ato ratificante e filial)  |                                                           |
| NOME DO EMPRESÁRIO (completo sem abreviaturas)<br>CELSO GOMES PINEIRO                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 |                                                           |
| NACIONALIDADE<br>BRASILEIRA                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ESTADO CIVIL<br>CASADO                                          |                                                           |
| SEXO<br>M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>                                                                                                       | REGIME DE BENS (se casado)<br>COMUNHAO PARCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                 |                                                           |
| FILHO DE (pai)<br>MANOEL PINHEIRO DE MELO NETO                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | (mãe)<br>MARIA DO SOCORRO PINHEIRO DE MELO                      |                                                           |
| NASCIDO EM (data de nascimento)<br>25/12/1976                                                                                                                                  | IDENTIDADE (número)<br>2008010112657                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Órgão Emissor<br>SSP                                            | UF<br>CE<br>CPF (número)<br>791.849.193-15                |
| EMANCIPADO POR (forma de emancipação somente no caso de menor)                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 |                                                           |
| DOMICILIADO NA (LOGRADOURO n.º, av. etc.)<br>RUA TRES                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 | NÚMERO<br>184                                             |
| COMPLEMENTO<br>LOTEAMENTO SANTO EMILIO                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | BARRIO / DISTRITO<br>CANINDEZINHO                               | CEP<br>60731496                                           |
| MUNICÍPIO<br>FORTALEZA                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 | UF<br>CE                                                  |
| declara, sob as penas da lei, não estar impedido de exercer atividade empresarial, que não possui outro registro de empresário, e requer à Junta Comercial do Estado do Ceará: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 |                                                           |
| ATO<br>080                                                                                                                                                                     | DESCRIÇÃO DO ATO<br>INSCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | EVENTO                                                          | DESCRIÇÃO DO EVENTO                                       |
| EVENTO                                                                                                                                                                         | DESCRIÇÃO DO EVENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | EVENTO                                                          | DESCRIÇÃO DO EVENTO                                       |
| NOME EMPRESARIAL<br>CELSO GOMES PINHEIRO                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 |                                                           |
| LOGRADOURO (n.º, av. etc.)<br>RUA PAULO GOMES DA SILVA                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 | NÚMERO<br>226                                             |
| COMPLEMENTO<br>TERREO: TERREO;                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | BARRIO / DISTRITO<br>PARQUE SOLEDADE                            | CEP<br>81603070                                           |
| MUNICÍPIO<br>CAUCAIA                                                                                                                                                           | UF<br>CE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PAIS<br>BRASIL                                                  | CORREIO ELETRÔNICO (E-MAIL)<br>dents@contechonline.com.br |
| VALOR DO CAPITAL - R\$<br>10.000,00                                                                                                                                            | VALOR DO CAPITAL (por extenso)<br>DEZ MIL REAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 |                                                           |
| CÓDIGO DE ATIVIDADE<br>ECONÔMICA<br>(CNAE Fiscal)<br>Atividade principal<br>8219999<br>Atividade secundária                                                                    | DESCRIÇÃO DO OBJETO<br>PREPARAÇÃO DE DOCUMENTOS E SERVIÇOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |                                                           |
| <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.<br/><br/>20 OUT 2017<br/><br/>ASS: _____ </div>           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 |                                                           |
| DATA DE INÍCIO DAS ATIVIDADES<br>25/08/2014                                                                                                                                    | NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CNPJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | TRANSFERÊNCIA DE SEDE OU DE FILIAL DE OUTRA UF<br>NIRE anterior | UF                                                        |
| ASSINATURA DA FIRMA PELO EMPRESÁRIO (ou pelo representante legal/autorizado)                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 |                                                           |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> DATA DA ASSINATURA<br/>22/08/2014 </div> <div> ASSINATURA DO EMPRESÁRIO<br/> </div> </div>                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 |                                                           |
| PARA USO EXCLUSIVO DA JUNTA COMERCIAL                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 |                                                           |
| DEFERIDO.<br>PUBLIQUE-SE E ARQUIVE-SE.                                                                                                                                         | AUTENTICAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                 |                                                           |
| <br>JOSÉ KLEBER NASCIMENTO<br>25/08/14                                                                                                                                         | <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <br/> JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SECE<br/> CERTIFICOU O REGISTRO EM: 25/08/2014<br/> SOB Nº: 23103592406<br/> Protocolo: 14/110261-6, DE 22/08/2014 </div> <div style="text-align: right;"> <br/> HAROLDO FERNANDES MOREIRA<br/> SECRETÁRIO-GERAL </div> </div> |                                                                 |                                                           |





# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Celso Gomes Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 791649193/15 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Renan Mesquita Marques inscrito (a) no CPF sob o Nº 037920153/40 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Renan Mesquita Marques inscrito (a) no CPF sob o Nº 037920153/40 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

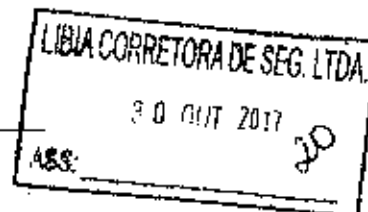
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                                             |                          |                                                  |                                                                           |
|---------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Endereço<br><u>Rua Paulo Gomes da Silva</u> |                          | Número<br><u>226</u>                             | Complemento<br><u>—</u>                                                   |
| Bairro<br><u>Parque Solidade</u>            | Cidade<br><u>Caucaia</u> | Estado<br><u>Ceará</u>                           | CEP<br><u>61603070</u>                                                    |
| Email<br><u>—</u>                           |                          | Telefone comercial(DDD)<br><u>Celso Pinheiro</u> | Telefone celular(DDD)<br><u>(85) 99989-0779</u><br><u>(85) 98721-2741</u> |

Caucaia 27 de Outubro de 2017

Local e Data

Celso Gomes Pinheiro  
Assinatura do Declarante



**Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral****Contribuinte,**

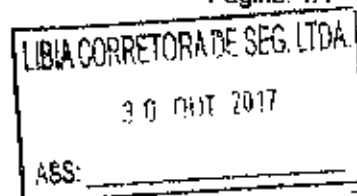
Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

|                                                                                                                                                                                       |                                                         |                                                 |                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------|
|                                                                                                      |                                                         | <b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b>           |                                       |
| <b>CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA</b>                                                                                                                                           |                                                         |                                                 |                                       |
| <b>NÚMERO DE INSCRIÇÃO</b><br>20.905.661/0001-90<br><b>MATRIZ</b>                                                                                                                     | <b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b> |                                                 | <b>DATA DE ABERTURA</b><br>25/08/2014 |
| <b>NOME EMPRESARIAL</b><br>CELSO GOMES PINHEIRO - ME                                                                                                                                  |                                                         |                                                 |                                       |
| <b>TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)</b><br>*****                                                                                                                          |                                                         |                                                 |                                       |
| <b>CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL</b><br>82.19-9-99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente |                                                         |                                                 |                                       |
| <b>CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS</b><br>Não informada                                                                                                      |                                                         |                                                 |                                       |
| <b>CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA</b><br>213-6 - EMPRESÁRIO (INDIVIDUAL)                                                                                                     |                                                         |                                                 |                                       |
| <b>LOGRADOURO</b><br>R PAULO GOMES DA SILVA                                                                                                                                           |                                                         | <b>NÚMERO</b><br>228                            | <b>COMPLEMENTO</b><br>TERREO;         |
| <b>CEP</b><br>61.603-070                                                                                                                                                              | <b>BAIRRO/DISTRITO</b><br>PARQUE SOLEDADE               | <b>MUNICÍPIO</b><br>CAUCAIA                     | <b>UF</b><br>CE                       |
| <b>SITUAÇÃO CADASTRAL</b><br>ATIVA                                                                                                                                                    |                                                         | <b>DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL</b><br>25/08/2014 |                                       |
| <b>MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b><br>*****                                                                                                                                          |                                                         |                                                 |                                       |
| <b>SITUAÇÃO ESPECIAL</b><br>*****                                                                                                                                                     |                                                         | <b>DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL</b><br>*****       |                                       |

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.470, de 30 de maio de 2014.

Emitido no dia 26/08/2014 às 11:25:53 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

[Voltar](#)

|                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                 |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRO DE EMPRESA - NIRE DA SEDE                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                           | NIRE DA FILIAL (preencher somente se ato ratificante e filial)  |                                                           |
| NOME DO EMPRESÁRIO (completo sem abreviaturas)<br>CELSO GOMES PINEIRO                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                 |                                                           |
| NACIONALIDADE<br>BRASILEIRA                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                           | ESTADO CIVIL<br>CASADO                                          |                                                           |
| SEXO<br>M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                              | REGIME DE BENS (se casado)<br>COMUNHAO PARCIAL                                                                                                                                                                                            |                                                                 |                                                           |
| FILHO DE (pai)<br>MANOEL PINHEIRO DE MELO NETO                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                           | (mãe)<br>MARIA DO SOCORRO PINHEIRO DE MELO                      |                                                           |
| NASCIDO EM (data de nascimento)<br>25/12/1976                                                                                                                                                                                                                         | IDENTIDADE (número)<br>2008010112657                                                                                                                                                                                                      | Órgão Emissor<br>SSP                                            | UF<br>CE<br>CPF (número)<br>791.849.193-15                |
| EMANCIPADO POR (forma de emancipação somente no caso de menor)                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                 |                                                           |
| DOMICILIADO NA (LOGRADOURO n.º, av. etc.)<br>RUA TRES                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                 | NÚMERO<br>184                                             |
| COMPLEMENTO<br>LOTEAMENTO SANTO EMILIO                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                           | BARRIO / DISTRITO<br>CANINDEZINHO                               | CEP<br>60731496                                           |
| MUNICÍPIO<br>FORTALEZA                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                 | UF<br>CE                                                  |
| declara, sob as penas da lei, não estar impedido de exercer atividade empresarial, que não possui outro registro de empresário, e requer à Junta Comercial do Estado do Ceará:                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                 |                                                           |
| ATO<br>080                                                                                                                                                                                                                                                            | DESCRIÇÃO DO ATO<br>INSCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                             | EVENTO                                                          | DESCRIÇÃO DO EVENTO                                       |
| EVENTO                                                                                                                                                                                                                                                                | DESCRIÇÃO DO EVENTO                                                                                                                                                                                                                       | EVENTO                                                          | DESCRIÇÃO DO EVENTO                                       |
| NOME EMPRESARIAL<br>CELSO GOMES PINHEIRO                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                 |                                                           |
| LOGRADOURO (n.º, av. etc.)<br>RUA PAULO GOMES DA SILVA                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                 | NÚMERO<br>226                                             |
| COMPLEMENTO<br>TERREO: TERREO;                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                           | BARRIO / DISTRITO<br>PARQUE SOLEDADE                            | CEP<br>81603070                                           |
| MUNICÍPIO<br>CAUCAIA                                                                                                                                                                                                                                                  | UF<br>CE                                                                                                                                                                                                                                  | PAIS<br>BRASIL                                                  | CORREIO ELETRÔNICO (E-MAIL)<br>dents@contechonline.com.br |
| VALOR DO CAPITAL - R\$<br>10.000,00                                                                                                                                                                                                                                   | VALOR DO CAPITAL (por extenso)<br>DEZ MIL REAIS                                                                                                                                                                                           |                                                                 |                                                           |
| CÓDIGO DE ATIVIDADE<br>ECONÔMICA<br>(CNAE Fiscal)<br>Atividade principal<br>8219999<br>Atividade secundária                                                                                                                                                           | DESCRIÇÃO DO OBJETO<br>PREPARAÇÃO DE DOCUMENTOS E SERVIÇOS                                                                                                                                                                                |                                                                 |                                                           |
| <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.</b><br/><br/>             20 OUT 2017<br/><br/>             ASS: _____           </div>                                                       |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                 |                                                           |
| DATA DE INÍCIO DAS ATIVIDADES<br>25/08/2014                                                                                                                                                                                                                           | NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CNPJ                                                                                                                                                                                                               | TRANSFERÊNCIA DE SEDE OU DE FILIAL DE OUTRA UF<br>NIRE anterior | UF                                                        |
| ASSINATURA DA FIRMA PELO EMPRESÁRIO (ou pelo representante legal/autorizado)                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                 |                                                           |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>CELSO GOMES PINEIRO</b><br/>             DATA DA ASSINATURA<br/>22/08/2014           </div> <div> <b>celso gomes pinheiro</b><br/>             ASSINATURA DO EMPRESÁRIO           </div> </div> |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                 |                                                           |
| PARA USO EXCLUSIVO DA JUNTA COMERCIAL                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                 |                                                           |
| DEFERIDO,<br>PUBLIQUE-SE E ARQUIVE-SE.                                                                                                                                                                                                                                | AUTENTICAÇÃO                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |                                                           |
| <br><b>JOSÉ KLEBER G. NASCIMENTO</b><br>25/08/14                                                                                                                                                                                                                      | <br>JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SECE<br>CERTIFICOU O REGISTRO EM: 25/08/2014<br>SOB Nº: 23103592406<br>Protocolo: 14/110261-6, DE 22/08/2014<br><b>CELSON GOMES PINEIRO</b><br><br>HAROLDO FERNANDES MOREIRA<br>SECRETÁRIO-GERAL |                                                                 |                                                           |





PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

# REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

|                                                                                                                                         |                       |                                                                  |                                   |                                                                                                                       |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| NOME DO PACIENTE<br><b>RENAN MESQUITA MARQUES</b>                                                                                       |                       |                                                                  |                                   | DADOS PESSOAIS                                                                                                        |                                     |
| NOME DO PAI<br><b>ANTONIA MESQUITA MARQUES</b>                                                                                          |                       | NASCIMENTO<br><b>04/01/1988 (29 ANOS)</b>                        | Nº DO PRECATÓRIO<br><b>283721</b> | Nº DO BE<br><b>137685</b>                                                                                             |                                     |
| ENDEREÇO<br><b>TRAVESSA SUCUPIRA 991 PARQUE GENIBAU</b>                                                                                 |                       | NOME RESPONSÁVEL<br><b>NI</b>                                    | SEXO<br><b>M</b>                  | RACÃO COR<br><b>NÃO INFORMADO</b>                                                                                     |                                     |
| CÓDIGO<br><b>311110008 MAC</b>                                                                                                          |                       | MUNICÍPIO<br><b>FORTALEZA</b>                                    | UF<br><b>CE</b>                   | CEP<br><b>NI</b>                                                                                                      |                                     |
| LOCAL DO OCORRÊNCIA/TRANSPORTE DO ACIDENTE                                                                                              |                       |                                                                  |                                   | OCORRÊNCIA                                                                                                            |                                     |
| QUEIXA<br><b>DOR EM OMBRO DIREITO, SIG APÓS QUEDA</b>                                                                                   |                       |                                                                  |                                   | CLASSIFICAÇÃO DE RISCO                                                                                                |                                     |
| SINTOMAS<br><b>NI</b>                                                                                                                   |                       |                                                                  |                                   | MOTIVO<br><b>AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA</b>                                                                             |                                     |
| PESO<br><b>NI KG</b>                                                                                                                    |                       | PRESSÃO ARTERIAL<br><b>NI/NI</b>                                 | SINAIS VITAIS                     |                                                                                                                       | USCADA DE DOR<br><b>00 (ADULTO)</b> |
| TEMPERATURA<br><b>NI °C</b>                                                                                                             | ALERGIAS<br><b>NI</b> | SAT O2<br><b>NI%</b>                                             | FLEBOS<br><b>NI</b>               | GULCEMA<br><b>NI</b>                                                                                                  |                                     |
| CLASSIFICAÇÃO<br><b>VERDE</b>                                                                                                           |                       | RESPONSÁVEL PELO CLASSIFICADO<br><b>LUCÉLIA BARROSO CARNEIRO</b> |                                   | DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO<br><b>03/04/2017 10:19:01</b>                                                            |                                     |
| ATENDIMENTO MÉDICO                                                                                                                      |                       |                                                                  |                                   |                                                                                                                       |                                     |
| ANAMNESE<br><b>TRATADA QUEIXA D DOR EM OMBRO DIREITO 1/5 PONTOS USU BASTÃO</b>                                                          |                       |                                                                  |                                   |                                                                                                                       |                                     |
| T. aus. em US D                                                                                                                         |                       |                                                                  |                                   |                                                                                                                       |                                     |
| Dr. Antonio Luiz V. Gonçalves<br>Ortopedia - Traumatologia<br>Cirurgia do Quadril<br>CRM 12444 / R. 0014047 20309022+                   |                       |                                                                  |                                   |                                                                                                                       |                                     |
| DIAGNÓSTICO<br><b>TRATADA OMBRO</b>                                                                                                     |                       |                                                                  |                                   |                                                                                                                       |                                     |
| SINTOMAS<br><b>( ) NC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRÂNIO ( ) RAIO-X ( ) OUTROS</b>                                                   |                       |                                                                  |                                   |                                                                                                                       |                                     |
| MÉDICAMENTO                                                                                                                             |                       | PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                |                                   | OBSERVAÇÕES                                                                                                           |                                     |
| ne do ombro D de 10 dias 1/5 pontos                                                                                                     |                       | APRAZAMENTO                                                      |                                   | Documentação médico - hospital                                                                                        |                                     |
| ne do ombro D de 10 dias 1/5 pontos                                                                                                     |                       | 13:40                                                            |                                   | Dr. Antonio Luiz V. Gonçalves<br>Ortopedia - Traumatologia<br>Cirurgia do Quadril<br>CRM 12444 / R. 0014047 20309022+ |                                     |
| PROFESSOR CLAUDE                                                                                                                        |                       | TIPO DE ALTA/SIDA                                                |                                   |                                                                                                                       |                                     |
| TASACOR<br><b>( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS</b> |                       |                                                                  |                                   |                                                                                                                       |                                     |
| DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IMPL ( ) ANAT. PATOL                                                                                  |                       |                                                                  |                                   |                                                                                                                       |                                     |
| DATA E HORA DO ATENDIMENTO                                                                                                              |                       |                                                                  |                                   |                                                                                                                       |                                     |
| Carimbo e Assinatura do Médico Especialista                                                                                             |                       |                                                                  |                                   |                                                                                                                       |                                     |

renan mesquita marques

HOSPITAL DISTRITAL M<sup>te</sup> JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA  
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro  
Mat. 763



SUS  
Sistema Único de Saúde  
CCI - Central de Controle de Internação  
PRONTO-SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO - HOSPITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA  
AV. Getúlio de Faria nº 1371 - Fátima - CEP 68.070-000  
Fortaleza - Ceará  
Telefone: (85) 3731-7322

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

137665

N.º de AIH:

UNIDADE HOSPITALAR  
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC/CNPJ  
07.835.044 / 0002-61

NOME DO PACIENTE

JOHAN MESSIAS MANGUEIRA

ENDEREÇO DO PACIENTE

IMPOB SUPINE 991

BAIRRO

Emilau

MUNICÍPIO

Fort

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

04-01-88

SEXO

1. ☐ MASC

2. ☐ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ OUTRO DEP.

NOME DA MÃE

Antonia Mesquita Marques

CPF MÉDICO SOLICITANTE

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

040802033-4

DATA DA EMISSÃO

03/04/17

Dr Antonio Luiz V. Gont  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgia de Quadril  
CRM 12447 - 14047

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Travma de quadril esquerdo com fratura

União 1/3 por via corretora de seg. Ltda.

30 OUT-2017

ASS:

HOSPITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA  
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Emanuelle Monteiro  
Mat. 763

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura União + Fratura Patológica

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento Cirúrgico

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA  
3. ☐ CLÍNICA MÉDICA  
5. ☐ PSIQUIÁTRICA  
8. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA  
4. ☐ TISIOPEUMOL  
6. ☐ PEDIÁTRICA

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

Dr Antonio Luiz V. Gont  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgia de Quadril  
CRM 12447 - 14047

DATA

03/04/17

HORA

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE  
SAME

Nome:

Renan Merquita Marques

Prontuário

Enferm.

Leito

Data Internação

Diagnóstico

283721

03/04/17

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA

EVOLUÇÃO

03/04

PACIENTE VITIMA TRATADO SUPRA (D) APRESENTANDO TRAUMA  
CAUSADO EM BRUNO

10.11. SOUZA INTERVINDO CIRURGICO

Dr Antonio L. Gonçalves  
Ortopedia Traumatologia  
Clínica do Quadril  
CRM 12414 1203 1402Grazielle Mara  
Enfermeira  
CRMEN - CE 467.113

21/04

PACIENTE ASSINA O TERMO DE RESPONSABILIDADE E DILIGÊNCIA

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 OUT 2017

ASS:

DISTRITO Nº JOSÉ BARROSO DE LIMA  
ALISTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

Mat 763

**PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM**  
**SAME - Serviço de Atendimento Médico Emergencial**

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir registrada pela informação.

# HOME

LEADS - N2000074 MM DAND

**IBADE**

**ENF:**

**LEATO:**

**Nº. PRONTUÁRIO**

[illegible]

# THE NEW YORK STATE BAR ASSOCIATION

**오리엔탈리즘**

1997

2. 211110000 5000 00 6/83  
3. 211110000 0100 00 12/1004  
4. 8800 + CCGC

24 500  
24 06 12  
22 1

Exhibit 1

Dr. Antonio Luiz V. Gonçalves  
Otopediá - Otorrinolaringologia  
Otorrinolaringologia  
CRM 122.115/15071

[illegible]

LEIA CORRRETORA DE SEC. LTDA  
10 JUL 2011  
ASS: \_\_\_\_\_

10-14 DISTINTA M<sup>rs</sup> JOSE BARROSO DE CORTES  
FACIO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

### Emergency Meeting

五





GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA  
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR  
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 27047

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 OUT 2017

NOME:

Renato Mesquita Mesquita

ASS:

DATA DE NASCIMENTO:

04-01-88

IDADE:

29

COR:

SEXO:

M

ESTADO CIVIL:

NATURALIDADE:

Fortaleza

Nº IDENTIDADE:

2005012032699

Nº CPF

CERT. NASCIMENTO Nº

PAIS:

Antônio Rodrigues Mesquita / Antônia Mesquita Mesquita

ENDEREÇO DO PACIENTE:

Rua Pita

Nº

85

BAIRRO:

Imbuina

MUNICÍPIO:

Caucaia

FONE: 87153883

NOME DO RESPONSÁVEL:

FONE:

ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:

DATA DE ADMISSÃO:

09/09/17

HORA DE EMISSÃO:

9:30h

FUNCIONÁRIO:

MÉDICO ASSISTENTE:

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente virou de cama em cama há 06 dias, procurou este hospital em 04/04/17, sendo encaminhado para internação hoje pelo Dr. Mário Jorge (não recebeu a internação no dia).

EXAME FÍSICO:

MSD em língua de sapato (?) - acurácia matricial em língua.

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

Fração de trabalho maior (P) e 1º estágio.

EXAMES COMPLEMENTARES:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Fração de trabalho maior (P) e 1º estágio.

Dr. Renato Gomes Lima  
Ortodontista  
CRM 10887



**GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
**COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR**  
**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
30 OUT 2017  
ASS: \_\_\_\_\_

|                                                                                                      |                            |                |                |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------|----------------|---------|
| Nome:                                                                                                | Roman Marquês Marques      |                |                | Nº Reg. |
| Data da Cirurgia                                                                                     | 11/04/17                   | Enf.           | Leito          |         |
| Cirurgião                                                                                            | Dr. Alexandre              | 1º Auxiliar    | Dr. Marcos     |         |
| 2º Auxiliar                                                                                          |                            | 3º Auxiliar    | Instrumentador |         |
| Anestesista                                                                                          | Dr. Alexandre              | Tipo Anestesia |                |         |
| Diagnóstico Pré-Operatório                                                                           | Fratura na cabeça do úmero |                |                |         |
| Tipo de Operação                                                                                     | Osteossíntese              |                |                |         |
| Diagnóstico Pós-Operatório                                                                           |                            |                |                |         |
| Relatório Imediato do Patologista                                                                    |                            |                |                |         |
| Exame Radiológico no Ato                                                                             |                            |                |                |         |
| Acidente durante a Operação                                                                          |                            |                |                |         |
| DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO                                                                                |                            |                |                |         |
| Via de Acesso - Tático e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura<br>Material Empregado - Aspecto - Visceras |                            |                |                |         |
| - O paciente chegou sob anestesia                                                                    |                            |                |                |         |
| - Anestesia do ombro D e MSD                                                                         |                            |                |                |         |
| - Abordagem dos ossos                                                                                |                            |                |                |         |
| - Incisão antero-lateral do úmero                                                                    |                            |                |                |         |
| - Incisão muscular por placas                                                                        |                            |                |                |         |
| - Redução da fratura na cabeça do úmero                                                              |                            |                |                |         |
| - Fixação com placa e parafusos                                                                      |                            |                |                |         |
| - Curativo com curativos                                                                             |                            |                |                |         |



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA  
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

# FOLHA DE EVOLUÇÃO

Nome:

Leonar Pessqueira Marques

Nº PRONTUÁRIO

27047

DATA

ANOTAÇÕES

GRUPA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 OUT 2017

488

ASSINATURA  
CARIMBO

03/04/17

# Internação

17

# Paciente com fratura do quadril esquerdo (2) e do fêmur (1) (fratura proximal).

# Col. Torácica: 1/4 de consolidação do 7º, 8º e 9º espaços entre as costelas, na última terça-feira, sempre esteve bem, sem febre.

Intervenção por fratura da coluna torácica 10-11 e 11-12, com colocação de parafusos e placas.

Dr. Horacio Gomes / Ortopedia / Traumatologia / CRM 10882

Dr. Bruno B. Botelho / Ortopedia e Traumatologia / CRM 9229 / EOT 11433

10/04/17 Paciente submetido à cirurgia no ombro

12/04/17

Alta hospitalar

Dr. Paulo Rocha / Ortopedia - Acupuntura / CREMEC 5674

Dr. Josefa Fernandes / Traumatologia - Ortopedia

Dr. Josefa Fernandes / Traumatologia - Ortopedia / CRM 10882 / EOT 6788

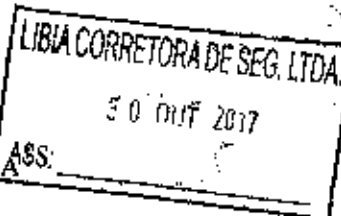
12/04/17

Paciente consciente, orientado, bem, sem febre. Renovação Curativo, conforme prescrição médica.

Endereço: Rua Acadêmica

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA  
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

HOSPITAL MUNICIPAL ABELARDO GADELHA DA ROCHA



RESUMO DE ALTA

NOME DO PACIENTE: RODRIGO MOUTA - MOUTA

IDADE: \_\_\_\_\_ ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

DATA DE ADMISSÃO: 09/04/17 DATA DA ALTA: 12/04

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DO TUBERÓSIDO DO OMBRO

EVOLUÇÃO MÉDICA: paciente submetido a tratamento cirúrgico traumatológico no(a) \_\_\_\_\_

No dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2017. Evoluiu satisfatoriamente sem intercorrências, onde teve alta no dia de hoje.

- Cirurgia 11/04/17  
- Dia 31/05/17 às 12h  
- Dia 05/07/17 às 12h

DIAGNÓSTICO FINAL: 0 melhor

ORIENTAÇÃO MULTIPROFISSIONAL

VIDE RECEITUÁRIO RECEBIDO. NÃO PIZAR QUANDO FOR FRATURAS DA COXA, JOELHO, PERNA, TORNOZELO E PÉ. USAR TIPOIA QUANDO FOR FRATURAS DE CLAVÍCULA, OMBRO, BRAÇO, COTOVELO, ANTEBRAÇO E PUNHO. CURATIVO DE 2/2 DIAS. USAR MEDICAÇÃO, RETORNAR IMEDIATAMENTE CASO FEBRE E DOR EXUBERANTE.

O PACIENTE DEVERÁ RETORNAR PARA SEGUIMENTO:

( ) US PROXIMA A SUA CASA

( X ) AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO DE TRAUMATOLOGIA

→ Dr. Josafá no dia 26/04 / 2017. Às 11:00 HORAS  
Dr. Bruno no dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2017. Às 07:00 HORAS

DATA: 12/04 / 2017.

Dr. Paulo Rocha  
Ortopedia - Acupuntura  
CREMEC 6674

ASSINATURA E CARIMBO PROFISSIONAL DA ALTA

RUA NAPOLEÃO BONAPARTE VIANA, PARQUE SOLEDADE- FONE 3342.8113.  
EMAIL: [HOSPMCAUCAIA@IG.COM.BR](mailto:HOSPMCAUCAIA@IG.COM.BR) CEP: 61.600-000- CNPJ 07.616.163/0001-06- CAUCAIA-CE



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

|                                                                                                                                                  |                                           |                                                            |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| NOME DO PACIENTE<br><b>RENAN MESQUITA MARQUES</b>                                                                                                |                                           | DADOS PESSOAIS                                             |                                              |
| NOME DO PAI<br><b>ANTONIA MESQUITA MARQUES</b>                                                                                                   | NASCIMENTO<br><b>04/01/1988 (29 ANOS)</b> | Nº DO PRECATÓRIO<br><b>283721</b>                          | Nº DO BE<br><b>137685</b>                    |
| ENDEREÇO<br><b>TRAVESSA SUCUPIRA 991 PARQUE GENIBAU</b>                                                                                          | NOME RESPONSÁVEL<br><b>NI</b>             | SEXO<br><b>M</b>                                           | RACÃO COR<br><b>NÃO INFORMADO</b>            |
| CÓDIGO<br><b>31111111</b>                                                                                                                        | MUNICÍPIO<br><b>FORTALEZA</b>             | UF<br><b>CE</b>                                            |                                              |
| LOCAL DO OCORRÊNCIA/TRANSPORTE DO ACIDENTE                                                                                                       |                                           | OCORRÊNCIA<br><b>NI</b>                                    |                                              |
| QUEIXA<br><b>DOR EM OMBRO DIREITO, SIG APÓS QUEDA</b>                                                                                            |                                           | CLASSIFICAÇÃO DE RISCO<br><b>AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA</b>  |                                              |
| SEXO<br><b>NI</b>                                                                                                                                | PESO<br><b>NI</b>                         | TEMPERATURA<br><b>NI</b>                                   | CLASSIFICAÇÃO DE RISCO<br><b>00 (ADULTO)</b> |
| CLASSIFICAÇÃO<br><b>VERDE</b>                                                                                                                    | ALERGIAS<br><b>NI</b>                     | SINUS VITAIS<br><b>NI</b>                                  | FLUXO<br><b>NI</b>                           |
| RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO<br><b>LUCÉLIA BARROSO CARNEIRO</b>                                                                                |                                           | DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO<br><b>03/04/2017 10:19:01</b> |                                              |
| ANAMNESE<br><b>TRATAMENTO ORTÓDICO DE DENTURA UNILATERAL 1/5 PROTEÇÃO USE BASTÃO</b>                                                             |                                           |                                                            |                                              |
| ATENDIMENTO MÉDICO<br><b>Dr. Antonio Luiz V. Gonçalves</b><br><b>Ortopedia - Traumatologia</b><br><b>Cirurgia do Quadril</b><br><b>CRM 12444</b> |                                           |                                                            |                                              |
| DIAGNÓSTICO<br><b>TRATAMENTO UNILATERAL</b>                                                                                                      |                                           |                                                            |                                              |
| SINAIS E SINTOMAS<br><b>( ) NC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CÉREBRO ( ) RAIO-X ( ) OUTROS</b>                                                  |                                           |                                                            |                                              |
| MÉDICAMENTO                                                                                                                                      |                                           | PRESCRIÇÃO MÉDICA                                          |                                              |
| APRAZAMENTO                                                                                                                                      |                                           | OBSERVAÇÕES                                                |                                              |
| Documentação médico - hospital                                                                                                                   |                                           |                                                            |                                              |
| Dr. Antonio Luiz V. Gonçalves                                                                                                                    |                                           | 13:40                                                      |                                              |
| Ortopedia - Traumatologia                                                                                                                        |                                           |                                                            |                                              |
| Cirurgia do Quadril                                                                                                                              |                                           |                                                            |                                              |
| CRM 12444                                                                                                                                        |                                           |                                                            |                                              |
| TIPO DE ALTA/SIDA                                                                                                                                |                                           |                                                            |                                              |
| DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO                                                                          |                                           | ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS                  |                                              |
| DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IMPL ( ) ANAT. PATOL                                                                                           |                                           |                                                            |                                              |
| DATA E HORA DO ATENDIMENTO                                                                                                                       |                                           | CARTÃO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA                 |                                              |
| Atestado por Lucélia Barroso Carneiro em 03/04/2017 às 10:19:05                                                                                  |                                           |                                                            |                                              |
| Atestado por Lucélia Barroso Carneiro em 03/04/2017 às 10:19:05                                                                                  |                                           |                                                            |                                              |

renan mesquita marques

HOSPITAL DISTRITAL M<sup>te</sup> JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA  
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro  
Mat. 763



SUS  
Sistema Único de Saúde  
CCI - Central de Controle de Internação  
PRONTO-SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO - HOSPITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA  
AV. Getúlio de Faria nº 1371 - Fátima - CEP 68.070-000  
Fortaleza - Ceará  
Telefone: (85) 3731-7322

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

137665

N.º de AIH:

CGC/CNPJ

07.835.044 / 0002-61

UNIDADE HOSPITALAR  
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

NOME DO PACIENTE

JOHAN MESSIAS MANGUEIRA

ENDEREÇO DO PACIENTE

IMPERIO SUPERINE 991

BAIRRO

Emilau

MUNICÍPIO

Fort

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

04.01.88

SEXO

1. ☐ MASC

2. ☐ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ OUTRO DEP.

NOME DA MÃE

Antonia Mesquita Marques

CPF MÉDICO SOLICITANTE

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

040802033-4

DATA DA EMISSÃO

03/04/17

Dr Antonio Luiz V. Goulart  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgião de Quadril  
CRM 12444 - R. 14047

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Travma no membro superior direito

União 1/3 Prax. - UNIA-SORRETORA DE SEG. LTDA.

30 OUT-2017

ASS:

HOSPITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA  
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Emanuelle Monteiro  
Mat. 763

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura União + Fratura Rádio-ulnar

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento Cirúrgico

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA  
3. ☐ CLÍNICA MÉDICA  
5. ☐ PSIQUIÁTRICA  
8. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA  
4. ☐ TISIOPEUMOL  
6. ☐ PEDIÁTRICA

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

Dr Antonio Luiz V. Goulart  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgião de Quadril  
CRM 12444 - R. 14047

DATA

03/04/17

HORA

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE  
SAME

Nome:

Renan Merquita Marques

Prontuário

Enferm.

Leito

Data Internação

Diagnóstico

283721

03/04/17

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA

EVOLUÇÃO

03/04

PACIENTE VITIMA TRATADO SUPRA (D) APRESENTANDO TRAUMA  
CAUSADO EM BRUNO

10.11 SOUZA INTERVINDO CIRURGICO

Dr Antonio L. L. Gonçalves  
Ortopedia Traumatologia  
Clínica do Quadril  
CRM 12414 1203 1402Grazielle Mara  
Enfermeira  
CRMEN - CE 467 113

21/04

PACIENTE ASSINA O TERMO DE RESPONSABILIDADE E DILIGÊNCIA

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 OUT 2017

ASS:

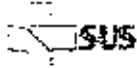
DISTRITO Nº JOSÉ BARROSO DE LIMA  
ALISTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

Mat 763



207

|                                                                                                                 |  |                            |  |                                                                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <b>Sistema Único de Saúde</b> |  | <b>Ministério da Saúde</b> |  | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR-A.I.H.</b>    |  |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>                                                                |  |                            |  | <b>2 - CNES</b>                                                                 |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                                                                         |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE                                                                          |  |                            |  | <b>4 - CNES</b>                                                                 |  |
| <b>Identificação do Paciente</b>                                                                                |  |                            |  | <b>5 - Nº DO PRONTUÁRIO</b>                                                     |  |
| 6 - NOME DO PACIENTE                                                                                            |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO     |  | 9 - SEXO                                                                        |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                                              |  | 04/02/88                   |  | Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> |  |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL                                                                                 |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO   |  | 12 - UF                                                                         |  |
| 13 - ENDEREÇO (AVENIDA, Nº, BAIRRO)                                                                             |  | 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO   |  | 15 - CEP                                                                        |  |
| 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                                                                    |  | 230370                     |  | 61600090                                                                        |  |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>                                                                              |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                                                      |  |                            |  |                                                                                 |  |
| Fratura do osso da mão e do dedo do polegar                                                                     |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO                                                                      |  |                            |  |                                                                                 |  |
| Necessidade de tratamento cirúrgico                                                                             |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)                             |  |                            |  |                                                                                 |  |
| Raios-X + ex. físico + avaliação                                                                                |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL                                                                                        |  |                            |  |                                                                                 |  |
| Fratura do osso da mão e do polegar                                                                             |  |                            |  |                                                                                 |  |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>                                                                                  |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                                       |  |                            |  |                                                                                 |  |
| Tc cirurgia para a fratura do osso da mão e do polegar                                                          |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 22 - CID 10 PRINCIPAL                                                                                           |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 23 - CID 10 SECUNDÁRIO                                                                                          |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                                                                   |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                                                                     |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 26 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE                                                                |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 27 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                        |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 28 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                          |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 29 - Nº DO BILHETE                                                                                              |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 30 - SÉRIE                                                                                                      |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 31 - CNPJ DA SEGURADORA                                                                                         |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 32 - CNPJ EMPRESA                                                                                               |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 33 - CNIE DA EMPRESA                                                                                            |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 34 - CBOR                                                                                                       |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 35 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA                                                                                  |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 36 - EMPREGADO                                                                                                  |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 37 - EMPREGADOR                                                                                                 |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 38 - AUTÔNOMO                                                                                                   |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 39 - DESEMPREGADO                                                                                               |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 40 - APOSENTADO                                                                                                 |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 41 - NÃO SEGURADO                                                                                               |  |                            |  |                                                                                 |  |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                                              |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                           |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 43 - COD. ORGÃO EMISSOR                                                                                         |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                                 |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 45 - DOCUMENTO                                                                                                  |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                         |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                        |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                          |  |                            |  |                                                                                 |  |
| 231710094948-2                                                                                                  |  |                            |  |                                                                                 |  |



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA  
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR  
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 27047

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 OUT 2017

NOME:

Renato Mesquita Mesquita

ASS:

DATA DE NASCIMENTO:

04-01-88

IDADE:

29

COR:

SEXO:

M

ESTAD. CIVIL:

NATURALIDADE:

Fortaleza

Nº IDENTIDADE:

2005012032699

Nº CPF

CERT. NASCIMENTO Nº

PAIS:

Antônio Rodrigues Mesquita / Antônia Mesquita Mesquita

ENDEREÇO DO PACIENTE:

Rua Pita

Nº

85

BAIRRO:

Teunima

MUNICÍPIO:

Caucaia

FONE: 87153883

NOME DO RESPONSÁVEL:

FONE:

ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:

DATA DE ADMISSÃO:

09/09/17

HORA DE EMISSÃO:

9:30h

FUNCIONÁRIO:

MÉDICO ASSISTENTE:

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente virou de cama em cama há 06 dias, procurou este hospital em 04/04/17, sendo encaminhado para internação hoje pelo Dr. Mário Jorge (não recebeu a internação no dia).

EXAME FÍSICO:

MSD em língua de sapateiro (?) - acúfeno matutino em zigue-zague.

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

Fraqueza do tendão m. 1º e 2º.

EXAMES COMPLEMENTARES:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Fraqueza do tendão m. 1º e 2º.

Dr. Rafael Gomes Lima  
Ortodontologia  
CRM 10887



**GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
**COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR**  
**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
30 OUT 2017  
ASS: \_\_\_\_\_

|                                                                                                       |                            |                |                |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------|----------------|---------|
| Nome:                                                                                                 | Roman Marquês Marques      |                |                | Nº Reg. |
| Data da Cirurgia                                                                                      | 11/04/17                   | Enf.           | Leito          |         |
| Cirurgião                                                                                             | Dr. Prázer                 | 1º Auxiliar    | Dr. Marcos     |         |
| 2º Auxiliar                                                                                           |                            | 3º Auxiliar    | Instrumentador |         |
| Anestesista                                                                                           | Dr. Alexandre              | Tipo Anestesia |                |         |
| Diagnóstico Pré-Operatório                                                                            | Fratura na cabeça do úmero |                |                |         |
| Tipo de Operação                                                                                      | Osteossíntese              |                |                |         |
| Diagnóstico Pós-Operatório                                                                            |                            |                |                |         |
| Relatório Imediato do Patologista                                                                     |                            |                |                |         |
| Exame Radiológico no Ato                                                                              |                            |                |                |         |
| Acidente durante a Operação                                                                           |                            |                |                |         |
| DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO                                                                                 |                            |                |                |         |
| Via de Acesso - Tático e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura<br>Material Empregado - Aspecto - Visceras  |                            |                |                |         |
| - O paciente chegou sob anestesia                                                                     |                            |                |                |         |
| - Anestesia do úmero D e MSD                                                                          |                            |                |                |         |
| - Abertura dos vasos                                                                                  |                            |                |                |         |
| - Incisão antero-lateral do úmero                                                                     |                            |                |                |         |
| - Incisão antero-lateral por placas                                                                   |                            |                |                |         |
| - Redução da fratura na cabeça do úmero D, que foi fixada com 2 parafusos e acompanhamento com 2 arns |                            |                |                |         |
| - Feridas não suturadas                                                                               |                            |                |                |         |



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA  
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

# FOLHA DE EVOLUÇÃO

Nome:

Leonar Pessqueira Marques

Nº PRONTUÁRIO

27047

DATA

ANOTAÇÕES

GRUPA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 OUT 2017

488

ASSINATURA  
CARIMBO

03/04/17

# Internação

17

# Paciente com fratura do quadril esquerdo (2) e do fêmur (1) (fratura proximal).

# Col. Torácica: 1/4 de consolidação do 7º, 8º e 9º espaços entre as costelas, na última terça-feira, quando esteve aqui, no Hospital.

Intervenção por fratura da coluna torácica 10-11 e 11-12, com fixação por parafusos e placas.

Dr. Horácio Gomes / Ortopedia / Traumatologia / CRM 10886

Dr. Bruno B. Botelho / Ortopedia e Traumatologia / CRM 9229 / EOT 11433

10/04/17

Paciente submetido à cirurgia no ombro

12/04/17

Alta Hospitalar

Dr. Paulo Rocha / Ortopedia - Acupuntura / CREMEC 5674

Dr. José Fernando / Traumatologia - Ortopedia

Dr. José Fernando / Traumatologia - Ortopedia / CRM 10886 / EOT 6788

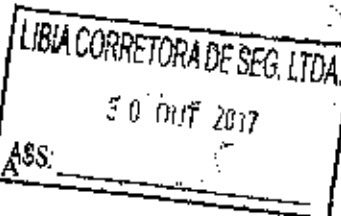
12/04/17

Paciente consciente, orientado, verbaliza bem. Ressonância Ceratival, conforme prescrição médica.

Edilene Jato / Acadêmica

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA  
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

HOSPITAL MUNICIPAL ABELARDO GADELHA DA ROCHA



RESUMO DE ALTA

NOME DO PACIENTE: RODRIGO MOUTA - MOUTA

IDADE: \_\_\_\_\_ ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

DATA DE ADMISSÃO: 09/04/17 DATA DA ALTA: 12/04

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DO TUBERÓSTO MÓVIL DO ULNAR

EVOLUÇÃO MÉDICA: paciente submetido a tratamento cirúrgico traumatológico no(a) \_\_\_\_\_

No dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2017. Evoluiu satisfatoriamente sem intercorrências, onde teve alta no dia de hoje.

- Cirurgia 11/04/17  
- Dia 31/05/17 às 12h  
- Dia 05/07/17 às 12h

DIAGNÓSTICO FINAL: 0 Músculo

ORIENTAÇÃO MULTIPROFISSIONAL

VIDE RECEITUÁRIO RECEBIDO. NÃO PIZAR QUANDO FOR FRATURAS DA COXA, JOELHO, PERNA, TORNOZELO E PÉ. USAR TIPOIA QUANDO FOR FRATURAS DE CLAVÍCULA, OMBRO, BRAÇO, COTOVELO, ANTEBRAÇO E PUNHO. CURATIVO DE 2/2 DIAS. USAR MEDICAÇÃO, RETORNAR IMEDIATAMENTE CASO FEBRE E DOR EXUBERANTE.

O PACIENTE DEVERÁ RETORNAR PARA SEGUIMENTO:

( ) US PROXIMA A SUA CASA

( X ) AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO DE TRAUMATOLOGIA

→ Dr. Josafá no dia 26/04 / 2017. Às 11:00 HORAS  
Dr. Bruno no dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2017. Às 07:00 HORAS

DATA: 12/04 / 2017.

 Dr. Paulo Rocha  
Ortopedia - Acupuntura  
CREMEC 6674

ASSINATURA E CARIMBO PROFISSIONAL DA ALTA

RUA NAPOLEÃO BONAPARTE VIANA, PARQUE SOLEDADE- FONE 3342.8113.  
EMAIL: [HOSPMCAUCAIA@IG.COM.BR](mailto:HOSPMCAUCAIA@IG.COM.BR) CEP: 61.600-000- CNPJ 07.616.163/0001-06- CAUCAIA-CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



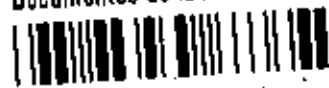
POLEGAR DIREITO

RENAN M<sup>OS</sup> MESQUITA MARQUES

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de Identificação



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
30 OUT 2017  
ASS: \_\_\_\_\_

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL - EXCETO EM

RENAN MESQUITA MARQUES

ANTONIO RODRIGUES MARQUES E ANTONIA MESQUITA MARQUES

DATA DE NASCIMENTO: 4/1/1988

IDENTIDADE: 2005012032699

DATA DE EMISSÃO: 27/11/2005

LOCAL: FORTALEZA - CE

CPF: 037.920.153-40

ASSINATURA DO TITULAR

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de Inscrição

**037.920.153-40**

Nome: **RENAN MESQUITA MARQUES**

Nascimento: **04/01/1988**



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **037.920.153-40**

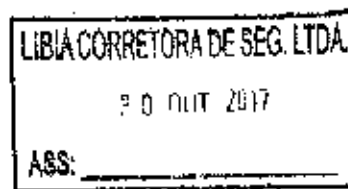
Nome: **RENAN MESQUITA MARQUES**

Data de Nascimento: **04/01/1988**

Situação Cadastral: **REGULAR**

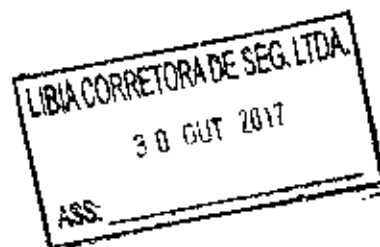
Data da Inscrição: **12/09/2006**

Digito Verificador: **00**



Comprovante emitido às: **12:34:45** do dia **27/10/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **04F4.1D14.824A.88A4**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"  
(/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



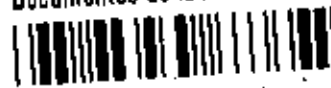
POLEGAR DIREITO

RENAN M<sup>OS</sup> MESQUITA MARQUES

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de Identificação



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
30 OUT 2017  
ASS: \_\_\_\_\_

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL - EXCEÇÃO

RENAN MESQUITA MARQUES

ANTONIO RODRIGUES MARQUES E ANTONIA MESQUITA MARQUES

DATA DE NASCIMENTO: 4/1/1988

LOCAL DE NASCIMENTO: FORTALEZA - CE

CERT. NASC. 103841/A-090 E

121 ANTO. BEZERRA, FORTALEZA - CE

NATURALIDADE: FORTALEZA - CE

CPF: 037.920.153-40

103841/A-090 E

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de Inscrição

**037.920.153-40**

Nome: **RENAN MESQUITA MARQUES**

Nascimento: **04/01/1988**



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **037.920.153-40**

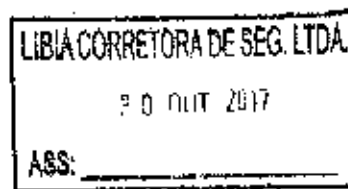
Nome: **RENAN MESQUITA MARQUES**

Data de Nascimento: **04/01/1988**

Situação Cadastral: **REGULAR**

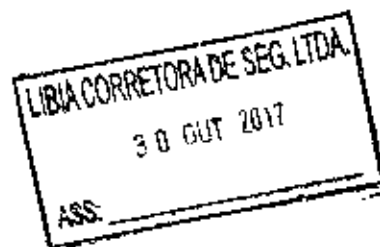
Data da Inscrição: **12/09/2006**

Digito Verificador: **00**



Comprovante emitido às: **12:34:45** do dia **27/10/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **04F4.1D14.824A.88A4**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"  
(/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013129342019

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA  
CÓD. RENAVAM 01 01059694309 RALTRC. EXERCÍCIO 2016  
PPT 01 01059694309 000000000000

NOME  
JOAO RODRIGUES MARQUES  
FORTALEZA  
PNE0377/DE

PLACA ANTYUR  
42436133387  
PNE0377/DE

CHASSI  
9C2K1680FR701190

COMBUSTÍVEL  
PAS/MOTOCICLO/NAD/APL/G 6ASDL/ALCO

MARCA/MODELO  
HONDA/CB150 FAN 2SD1 1  
ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CATEGORIA  
2P/OCV/149CC  
PARTIC PRETA

COTA ÚNICA  
1  
VENC. COTAS  
1  
P  
1  
V  
1  
A  
1

PARCELAMENTO / COTAS  
1  
2  
3

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)  
PRÊMIO TOTAL (R\$)  
DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL  
FORTALEZA  
DATA 04/10/2016

DETRAN

CONT99N

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013129342019. BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2016 04/10/2016

VIA  
01 42436133387 PLACA PNE0377

RENAVAM  
01059694309 MARCA / MODELO HONDA/CB150 FAN 2SD1

ANO FAB. 2015 CAT. UNIC. 09 Nº CHASSI 9C2K1680FR701190

PRÊMIO TARIFÁRIO  
R\$ 129,04

RENTATAM (R\$) 414,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,19 ID (R\$) 2,11 XULA SEI RNTATAM (R\$) 292,01

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 03/10/2016

SEQUESTRADORA LIDER - DPVAT

MOTOR: KC168BF701190

DATA 04/10/2016

DUT

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
30 OUT 2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013129342019

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA  
CÓD. RENAVAM 01 01059694309 RALTRC. EXERCÍCIO 2016  
PPT 01 01059694309 000000000000

NOME  
JOAO RODRIGUES MARQUES  
FORTALEZA  
PNE0377/DE

PLACA ANTYUR  
42436133387  
PNE0377/DE

CHASSI  
9C2K1680FR701190

COMBUSTÍVEL  
PAS/MOTOCICLO/NAD/APL/G 6ASDL/ALCO

MARCA/MODELO  
HONDA/CB150 FAN 2SD1 1  
ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CATEGORIA  
2P/OCV/149CC  
PARTIC PRETA

COTA ÚNICA  
1  
VENC. COTAS  
1  
P  
1  
V  
1  
A  
1

PARCELAMENTO / COTAS  
1  
2  
3

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)  
PRÊMIO TOTAL (R\$)  
DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL  
FORTALEZA  
DATA 04/10/2016

DETRAN

CONT99N

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013129342019. BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2016 04/10/2016

VIA  
01 42436133387 PLACA PNE0377

RENAVAM  
01059694309 MARCA / MODELO HONDA/CB150 FAN 2SD1

ANO FAB. 2015 CAT. UNIC. 09 Nº CHASSI 9C2K1680FR701190

PRÊMIO TARIFÁRIO  
R\$ 129,04

RENTATAM (R\$) 414,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,19 ID (R\$) 2,11 XULA SEI RNTATAM (R\$) 292,01

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 03/10/2016

SEQUESTRADORA LIDER - DPVAT

MOTOR: KC168BF701190

DATA 04/10/2016

DUT

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
30 OUT 2017



ATO 315

Estatuto ou contrato social



## ENQUADRAMENTO DE MICROEMPRESA (ME)

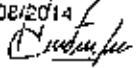
Ilmo. Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Ceará

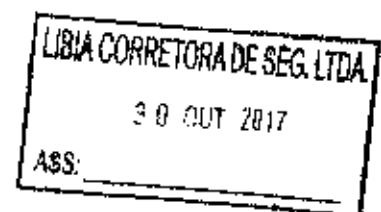
O Empresário, CELSO GOMES PINHEIRO estabelecido na (o) RUA PAULO GOMES DA SILVA, 226, TERREO: TERREO:, bairro PARQUE SOLEDADE, CAUCAIA, CE CEP: 61.603-070, requer a Vossa Senhoria o arquivamento do presente instrumento e declara, sob as penas da Lei, que se enquadra na condição de MICROEMPRESA, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 14/12/2006, e que não se enquadra em qualquer das hipóteses de exclusão relacionadas no § 4º do art. 3º da mencionada lei.

CAUCAIA - CE, 22 DE AGOSTO DE 2014.

*Celso Gomes Pinheiro*

CELSO GOMES PINHEIRO

|                                                                                                                                      |                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
|                                                   | JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SEDE       |
|                                                                                                                                      | CERTIFICO O REGISTRO EM: 25/08/2014             |
|                                                                                                                                      | SOB Nº: 20141102624                             |
|                                                                                                                                      | Protocolo: 14/110262-4, DE 22/08/2014           |
|                                                                                                                                      | Empresa: 23 1 0359240 6<br>CELSD GOMES PINHEIRO |
| <br>HAROLDO FERNANDES MOREIRA<br>SECRETÁRIO-GERAL |                                                 |



ATO 315

Estatuto ou contrato social



## ENQUADRAMENTO DE MICROEMPRESA (ME)

Ilmo. Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Ceará

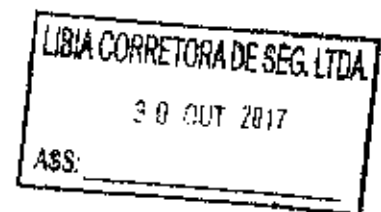
O Empresário, CELSO GOMES PINHEIRO estabelecido na (o) RUA PAULO GOMES DA SILVA, 226, TERREO: TERREO:, bairro PARQUE SOLEDADE, CAUCAIA, CE CEP: 61.603-070, requer a Vossa Senhoria o arquivamento do presente instrumento e declara, sob as penas da Lei, que se enquadra na condição de MICROEMPRESA, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 14/12/2006, e que não se enquadra em qualquer das hipóteses de exclusão relacionadas no § 4º do art. 3º da mencionada lei.

CAUCAIA - CE, 22 DE AGOSTO DE 2014.

*Celso Gomes Pinheiro*

CELSO GOMES PINEHRO

|                           |                                           |
|---------------------------|-------------------------------------------|
|                           | JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SEDE |
|                           | CERTIFICO O REGISTRO EM: 25/08/2014       |
|                           | SOB Nº: 20141102624                       |
|                           | Protocolo: 14/110262-4, DE 22/08/2014     |
| Empresa: 23 1 0359240 6   |                                           |
| CELSD GOMES PINHEIRO      |                                           |
|                           |                                           |
| HAROLDO FERNANDES MOREIRA |                                           |
| SECRETÁRIO-GERAL          |                                           |



Outros



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABITACAO

Nome: **CELSO GOMES FERREIRO**

Doc. Habitação / Observação nº: **2009010112657** **SETE** **CE**

CPF: **791.649.193-15** Data Nascimento: **25/12/1976**

Função: **MANOEL FERREIRO DE MELO NETO**  
**MARIA DO SOCORRO FERREIRO DE MELO**

Residência: **AD** **AD** **AD**

Nº Registro: **01924076637** Vigência: **06/12/2018** 1ª Inscrição: **04/06/1997**

SEM OBSERVAÇÃO:

*Celso Gomes Ferreiro*

ADMINISTRADOR DO PORTUÁRIO

LOCAL: **FORTALEZA, CE** Data Emissão: **23/12/2013**

*10-10-2013* **28922055681**  
**CEL59143769**

ASSINATURA DO GESTOR

**DET. RAD. CE (CEARA)**

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
**883208334**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**883208334**

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
30 OUT 2017  
ASS: \_\_\_\_\_

Nº DO CLIENTE

7152332-4

Para emitir esta fatura, utilize o nº de  
emprego, que consta em contrato e contrato.

Fora da rede de distribuição de energia elétrica  
fora da rede de distribuição de energia elétrica  
de 25 de abril de 2002  
Companhia Energética de Ceará  
Rua Padre Valdeir, 150  
CEP 60135-040 Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.231/0001-70 | CGF 05.105.849-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 495195630

Rota 20 22000 08 044200 - 7 Data de Emissão 29/09/2017

Nome CELSO GOMES PINHEIRO

End. Postal RU PAULO GOMES DA SILVA 00226  
PARQUE SOLEDADE - CAUCAIA - 61603070

Medidor 2577879

Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFÁSICO

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 791649193-15

CGF

Nome do Responsável

DADOS

| Mês de Referência | Data de Apresentação | Próxima Leitura |
|-------------------|----------------------|-----------------|
| Set/2017          | 29/09/2017           | 30/10/2017      |

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjuntivo CAUCAIA  
Mês Jul/2017 BLS 7,48

ICMS

| Base de Cálculo (R\$) | Alíquota | Valor do Imposto |
|-----------------------|----------|------------------|
| ISENTO                |          |                  |

| Mês | Pacote Individual |       |       | Agrupamento Individual |       |       |
|-----|-------------------|-------|-------|------------------------|-------|-------|
|     | Mensal            | Trim. | Anual | Mensal                 | Trim. | Anual |
| DIC | 5,43              | 10,86 | 21,70 | 0,28                   | 0,80  | 0,00  |
| FEV | 5,95              | 6,72  | 13,45 | 1,00                   | 0,00  | 0,00  |
| MAI | 3,13              |       |       | 0,28                   |       |       |

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8050.421A.1050.1405.4008.1050.1050.1050

INFORMAÇÕES SOBRE O FATORAMENTO DO CONSUMO

| Leit. Atual | Leit. Anterior | Consumo (kWh) | Consumo Incl. (kWh) | Consumo Excl. (kWh) | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------------|----------------|---------------|---------------------|---------------------|------------------|-------------|
| 1987        | 1954           | 1,00          | 1,00                | 0,00                | 17,35            | 17,35       |
| 29/09/17    | 29/08/17       | 31,0159       | 31,0159             | 0,00                | 17,35            | 17,35       |

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MÊS

17,35

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

-17,35

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MÊS (R\$ 0,73)

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 OUT 2017

ASS:

VENCIMENTO 05/11/2017

TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| Emissão                       | 8,11  |
| Transmissão                   | 0,00  |
| Distribuição                  | 5,28  |
| Encargos Setoriais            | 1,79  |
| Tributos (ICMS PIS-COFINS)... | 1,00  |
| TOTM                          | 17,35 |

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

| Set  | Out  | Nov  | Dez  | Jan  | Fev  | Mar  | Abr  | Mai  | Jun  | Jul  | Ago  |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

| Emissão kg (CO <sub>2</sub> ) | Compensado kg (CO <sub>2</sub> ) | Consciência Ecológica (%CO <sub>2</sub> ) |
|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|
| 14,26                         | 0,00                             | 0%                                        |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

**Prezado Cliente:**  
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA  
Prezado Cliente, constatamos em nossos controles contábeis em atraso, seu e detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia por 15 dias após a entrega desta, conforme previsto no Res. ANEL 414/10, Arts. 172 e/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIORES

| Mês     | Valor |
|---------|-------|
| 02/2017 | 36,00 |
| Total   | 36,00 |

Consta desta fatura R\$ 1,00 referente a PIS e COFINS Alíquotas: PIS:1,00% e COFINS:14,50%  
(Art. 9º Res. 130/2003 - ANEL e Lei nº 10.637/02 e 10.639/02)

Nº do Cliente: 7152332-4 Referência: Set/2017  
Data de Emissão: 29/09/2017 Total a Pagar (R\$): 0,00  
Nº da Nota Fiscal: 495195630 Nº de Controle: 0007152332 00023 39242 04

PARA CONFERÊNCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Rodrigues Marques,

RG nº 96002636705, data de expedição 05/07/96

Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 424.361.333-87, com

domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de

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

Rua Passo Fundo, nº 3518,

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

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

vítima Renan Mesquita Marques cujo o condutor era

Renato Mesquita Marques.

Veículo: Moto

Modelo: Honda CG 150 Fan ESDI

Ano: 2015/2015

Placa: PNÉ 0377 JCE

Chassi: 9CZ KL2680FE7 70190

Data do Acidente: 03.04.2017

Local e Data: Fortaleza, 13/10/2017

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 OUT 2017

ASS: \_\_\_\_\_

JAIME ARARIPE  
SERVIÇO REGISTRAL

Assinatura do Declarante

CARTÓRIO  
XIMENES

\* Renato Mesquita Marques

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

JAIME ARARIPE  
Serviço Registral

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará  
Del. Jaime de Almeida Araripe Júnior - Titular | Del. Guilherme Augusto de Almeida Araripe - Substituto  
Av. Major Ildi, 4965 - CEP 60335-001 - Fortaleza - Ceará (085) 3235-3301 - cartorio@secrel.com.br

Reconheço por AUTENTICA a(s) assinatura(s) de:  
JOÃO RODRIGUES MARQUES  
em 03 de outubro de 2017 (10-15-53). Em testemunho da verdade,  
Fortaleza, 13 de outubro de 2017. Renato Mesquita Marques



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3ª TABELIONATO  
TABELIA: ANA KARINA LIMA LYNHARES LOROLA - CNPJ: 01.730.897/0001-42  
Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.060-120 - Fortaleza / CE  
Tel: (85) 3521.7501 E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br  
Válido somente com o selo de autenticidade

Reconheço por AUTENTICIDADE a assinatura  
Indicada de RENATO MESQUITA MARQUES. Dou Fé.  
Caucaia-CE, 26 de outubro de 2017.

Em Teste da Verdade.

Lucas Andrade Silva - Escrevente Autorizado

Lucas Andrade Silva  
CPF: 06.229.822-03  
Escrevente Autorizado



Outros



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABITACAO

Nome: **CELSO GOMES FERREIRO**

Doc. Habitação / Observação nº: **2009010112657** **SETE** **CE**

CPF: **791.649.193-15** Data Nascimento: **25/12/1976**

Função: **MANOEL FERREIRO DE MELO NETO**  
**MARIA DO SOCORRO FERREIRO DE MELO**

Residência: **AD** **AD** **AD**

Nº Registro: **01924076637** Vigência: **06/12/2018** 1ª Inscrição: **04/06/1997**

SEM OBSERVAÇÃO:

*celso gomes ferreiro*

ADMINISTRADOR DO PORTAL

LOCAL: **FORTALEZA, CE** Data Emissão: **23/12/2013**

*10-10-2013* **28922055681**  
**CEL59143769**

ASSINATURA DO GESTOR

**DETAN-CE (CEARA)**

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
**883208334**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**883208334**

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
30 OUT 2017  
ASS: \_\_\_\_\_

Nº DO CLIENTE

7152332-4

Para emitir esta fatura, utilize o nº de  
emprego, que consta em contrato e contrato.

foi criada pela Lei nº 10.438  
de 28 de abril de 2002  
Companhia Energética de Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.231/0001-70 | CGF 05.105.849-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 495195630

Rota 20 22000 08 044200 - 7 Data de Emissão 29/09/2017

Nome CELSO GOMES PINHEIRO

End. Postal RU PAULO GOMES DA SILVA 00226

PARQUE SOLEDADE - CAUCAIA - 61603070

Medidor 2577879

Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFÁSICO

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 791649193-15

CGF

Nome do Responsável

DADOS

| Mês de Referência | Data de Apresentação | Próxima Leitura |
|-------------------|----------------------|-----------------|
| Set/2017          | 29/09/2017           | 30/10/2017      |

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjuntivo CAUCAIA  
Mês Jul/2017 BSI: 7,48

ICMS

| Base de Cálculo (R\$) | Alíquota | Valor do Imposto |
|-----------------------|----------|------------------|
| ISEITO                |          |                  |

| Mês | Pacote Individual |       |       | Agrupamento Individual |       |       |
|-----|-------------------|-------|-------|------------------------|-------|-------|
|     | Mensal            | Trim. | Anual | Mensal                 | Trim. | Anual |
| DIC | 5,43              | 10,86 | 21,70 | 0,28                   | 0,80  | 0,00  |
| JAN | 5,43              | 6,72  | 13,45 | 1,00                   | 0,00  | 0,00  |
| FEV | 3,13              |       |       | 0,28                   |       |       |

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8550.421A.105C.1435.4008.10561.0698.0023

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

| Leit. Atual | Leit. Anterior | Consumo (kWh) | Consumo Incl. | Consumo Excl. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------------|----------------|---------------|---------------|---------------|------------------|-------------|
| 1987        | 1954           | 1,00          | 33            | 0,00          | 0,00             | 17,35       |
| 29/09/17    | 29/08/17       | 31,0158       | 33            |               |                  | 17,35       |

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MÊS

17,35

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

-17,35

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MÊS (R\$ 0,73)

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 OUT 2017

ASS:

VENCIMENTO 05/11/2017

TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| Emissão                       | 8,11  |
| Transmissão                   | 0,00  |
| Distribuição                  | 5,28  |
| Encargos Setoriais            | 1,79  |
| Tributos (ICMS PIS-COFINS)... | 1,00  |
| TOTL                          | 17,35 |

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

| Set  | Out  | Nov  | Dez  | Jan  | Fev  | Mar  | Abr  | Mai  | Jun  | Jul  | Ago  |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO<sub>2</sub>)

14,26

Compensado kg (CO<sub>2</sub>)

0,00

Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>)

0%

100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

**Prezado Cliente:**  
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA  
Prezado Cliente, constatamos em nossos controles contábeis em atraso. Sendo o detalhamento do Débito, o não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia por 15 dias após a entrega desta, conforme previsto no Res. ANEL 414/10, Arts. 172 e/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIORES

| Mês     | Valor |
|---------|-------|
| 02/2017 | 36,00 |
| Total   | 36,00 |

Consta desta fatura R\$ 1,00 referente a PIS e COFINS Alíquotas: PIS:1,00% e COFINS:14,50%  
(Art. 9º Res. 130/2003 - ANEL e Lei nº 11.607/02 e 10.033/00)

Nº do Cliente: 7152332-4

Referência:

Set/2017

Data de Emissão:

29/09/2017

Total a Pagar (R\$):

0,00

Nº da Nota Fiscal:

495195630

Nº de Controle:

0007152332 00023 39242 04

PARA CONFERÊNCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Rodrigues Marques,

RG nº 96002636705, data de expedição 05/07/96

Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 424.361.333-87, com

domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de

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

Rua Passo Fundo, nº 3518,

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

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

vítima Renan Mesquita Marques cujo o condutor era

Renato Mesquita Marques.

Veículo: Moto

Modelo: Honda CG 150 Fan ESDI

Ano: 2015/2015

Placa: PNÉ 0377 JCE

Chassi: 9CZ KL2680FE7 70190

Data do Acidente: 03.04.2017

Local e Data: Fortaleza, 13/10/2017

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 OUT 2017

ASS: \_\_\_\_\_

JAIME ARARIPE  
SERVIÇO REGISTRAL

Assinatura do Declarante

CARTÓRIO  
XIMENES

\* Renato Mesquita Marques

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

JAIME ARARIPE  
Serviço Registral

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará  
Del. Jaime de Almeida Araripe Júnior - Titular | Del. Guilherme Augusto de Almeida Araripe - Substituto  
Av. Major Ildi, 4965 - CEP 60335-001 - Fortaleza - Ceará | (85) 3235-3301 - cartorio@secrel.com.br

Reconheço por AUTENTICA a(s) assinatura(s) de:

JOÃO RODRIGUES MARQUES em

Fortaleza, em outubro de 2017 (10-15-53). Em testemunho da verdade  
SANTA MARIA MATOS RODRIGUES OLIVEIRA (Escritor)



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3ª TABELIONATO  
TABELIA: ANA KARINA LIMA LYNHARES LOROLA - CNPJ: 01.730.897/0001-42  
Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.060-120 - Fortaleza / CE  
Tel: (85) 3521.7501 E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br  
Válido somente com o selo de autenticidade

Reconheço por AUTENTICIDADE a assinatura  
Indicada de RENATO MESQUITA MARQUES Dou Fé.  
Caucaia-CE, 26 de outubro de 2017.

Em Teste da Verdade.

Lucas Andrade Silva - Escrivão Autorizado

Lucas Andrade Silva  
CPF: 06.229.822-03  
Escrivão Autorizado

CH178.632

Confira os dados do ato em:  
www.cartorioximenes.com.br

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170583753 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENAN MESQUITA MARQUES **Data do acidente:** 03/04/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/11/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** LESÃO DO OMBRO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

## 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 |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** MARIA TEREZA R DE A AMORIM

**CRM do médico:** 52.31475-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170583753 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENAN MESQUITA MARQUES **Data do acidente:** 03/04/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/11/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** LESÃO DO OMBRO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

## 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 |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** MARIA TEREZA R DE A AMORIM

**CRM do médico:** 52.31475-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170583753 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENAN MESQUITA MARQUES **Data do acidente:** 03/04/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do úmero proximal direito

**Descrição do exame médico pericial:** Assimetria escapular. Cicatriz cirúrgica no ombro direito. Atrofia muscular do membro superior direito. Limitação grave dos movimentos de elevação lateral e rotação do ombro direito

**Resultados terapêuticos:** A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com redução e fixação metálica. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em agosto de 2017, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

**Sequelas permanentes:** Debilidade funcional moderada do membro superior direito causada pela assimetria escapular, atrofia muscular, diminuição da força muscular do membro superior direito e bloqueio articular do ombro direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 09/11/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do membro superior, direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador

**Médico examinador:** Andre Leal

**CRM do médico:** 16566

**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 funcional completa de um dos membros superiores | 70 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 35%       | R\$ 4.725,00          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 35 %      | R\$ 4.725,00          |

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

**CRM do médico:** 41076

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170583753 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENAN MESQUITA MARQUES **Data do acidente:** 03/04/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do úmero proximal direito

**Descrição do exame médico pericial:** Assimetria escapular. Cicatriz cirúrgica no ombro direito. Atrofia muscular do membro superior direito. Limitação grave dos movimentos de elevação lateral e rotação do ombro direito

**Resultados terapêuticos:** A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com redução e fixação metálica. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em agosto de 2017, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

**Sequelas permanentes:** Debilidade funcional moderada do membro superior direito causada pela assimetria escapular, atrofia muscular, diminuição da força muscular do membro superior direito e bloqueio articular do ombro direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 09/11/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do membro superior, direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador

**Médico examinador:** Andre Leal

**CRM do médico:** 16566

**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 funcional completa de um dos membros superiores | 70 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 35%       | R\$ 4.725,00          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 35 %      | R\$ 4.725,00          |

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

**CRM do médico:** 41076

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



# **PROCURAÇÃO PARTICULAR**

## **OUTORGANTE (Beneficiário)**

Nome: RENAN MESQUITA MARQUES  
 Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO  
 Profissão: DESEMPREGADO  
 Identidade: 2005012032699 CPF: 03792015340  
 Endereço: TR. SUCUPIRA  
 Bairro: GRANSA PORTUGAL  
 Cidade: FORTALEZA CEP: 60520730

## **OUTORGADO (Procurador)**

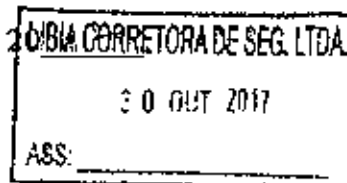
Celso Pinheiro ME, CNPJ nº 20.905.851/0001-90, com endereço profissional Rua Paulo Gomes, 226, Bairro: Parque Soledade: Cidade: Caucaia- Ceará, CEP: 61603-070.

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, RENAN MESQUITA MARQUES.

Local e data:

CAUCAIA, 26 de OUTUBRO de 2017



Renan mesquita marques  
 Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO

Cartório de Registro Civil das Pessoas Naturais

Cartório de Registro Civil das Pessoas Naturais

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO  
TABELIA: ANA KARINA LIMA LINHARES LOPES - OBPJ: 01730.8070001-42  
Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucaia - CE  
Tel: (85) 3521.7501 E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br  
Válido quando usado com o selo de autenticidade

Reconheço por **AUTENTICIDADE** a assinatura  
indicada de **RENAN MESQUITA MARQUES** Dou Fé.  
**Caucaia-CE, 26 de outubro de 2017.**  
Em Teste da Verdade  
Lucas Andrade Silva - Escrevente Autorizado

Cartório de Registro Civil das Pessoas Naturais  
3º Tabelionato



**LUNA CORRETORA DE SEG. LTDA**  
30 OUT 2017  
Ass



# **PROCURAÇÃO PARTICULAR**

## **OUTORGANTE (Beneficiário)**

Nome: RENAN MESQUITA MARQUES  
 Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO  
 Profissão: DESEMPREGADO  
 Identidade: 2005012032699 CPF: 03792015340  
 Endereço: TR. SUCUPIRA  
 Bairro: GRANSA PORTUGAL  
 Cidade: FORTALEZA CEP: 60520730

## **OUTORGADO (Procurador)**

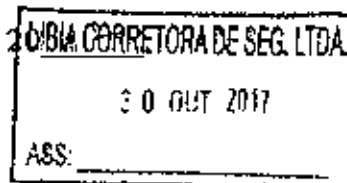
Celso Pinheiro ME, CNPJ nº 20.905.851/0001-90, com endereço profissional Rua Paulo Gomes, 226, Bairro: Parque Soledade: Cidade: Caucaia- Ceará, CEP: 61603-070.

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, RENAN MESQUITA MARQUES.

Local e data:

CAUCAIA, 26 de OUTUBRO de 2017



Renan mesquita marques  
 Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO

Cartório de Registro Civil das Pessoas Naturais

Cartório de Registro Civil das Pessoas Naturais

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO  
TABELIA: ANA KARINA LIMA LINHARES LOPES - OBPJ: 01730.8070001-42  
Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucaia/CE  
Tel: (85) 3521.7501 E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br  
Válido quando usado com o selo de autenticidade

Reconheço por **AUTENTICIDADE** a assinatura  
indicada de **RENAN MESQUITA MARQUES** Dou Fé.  
**Caucaia-CE, 26 de outubro de 2017.**  
Em Teste da Verdade  
Lucas Andrade Silva - Escrevente Autorizado

Cartório de Registro Civil das Pessoas Naturais  
3º Tabelionato



**LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA**  
30 OUT 2017  
Ass



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: RENAN MESQUITA MARQUES  
 Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO  
 Profissão: DESEMPREGADO  
 Identidade: 2005012032699 CPF: 03792015340  
 Endereço: TR. SUCUPIRA  
 Bairro: GRANSA PORTUGAL  
 Cidade: FORTALEZA CEP: 60520730

### OUTORGADO (Procurador)

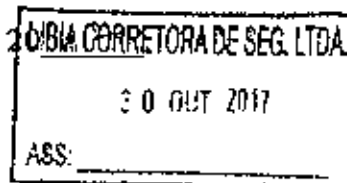
Celso Pinheiro ME, CNPJ nº 20.905.851/0001-90, com endereço profissional Rua Paulo Gomes, 226, Bairro: Parque Soledade: Cidade: Caucaia- Ceará, CEP: 61603-070.

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, RENAN MESQUITA MARQUES.

Local e data:

CAUCAIA, 26 de OUTUBRO de 2017



Renan mesquita marques  
 Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO

Cartório de Registro Civil das Pessoas Naturais

Cartório de Registro Civil das Pessoas Naturais

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO  
TABELIA: ANA KARINA LIMA LINHARES LOPES - OBPJ: 01730.8070001-42  
Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucaia/CE  
Tel: (85) 3521.7501 E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br  
Válido quando usado com o selo de autenticidade

Reconheço por **AUTENTICIDADE** a assinatura  
indicada de **RENAN MESQUITA MARQUES** Dou Fé.  
**Caucaia-CE, 26 de outubro de 2017.**  
Em Teste da Verdade  
Lucas Andrade Silva - Escrevente Autorizado

Cartório de Registro Civil das Pessoas Naturais  
3º Tabelionato



**LUIZA CORRETORA DE SEG. LTDA**  
30 OUT 2017  
Ass

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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Nome do(a) Examinado(a):** RENAN MESQUITA MARQUES

**Endereço do(a) Examinado(a):** TV SUCUPIRA, 991 - 991 - Fortaleza/CE -  
CEP 60750-590

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 2005012032699 - SSP-CE. -  
29/11/2005

**Data e Local do Exame :** 09/11/2017 RUA CEL. ALVES TEIXEIRA, 1280 -  
FORTALEZA/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)**

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL DIREITO.

Exame Físico: ASSIMETRIA ESCAPULAR, CICATRIZ CIRÚRGICA NO OMBRO DIREITO, ATROFIA MUSCULAR DO MSD, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSD E LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO LATERAL E ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

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

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

**II. Descreva a evolução do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações**

ATENDIDO NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, TRANSFERIDO PARA CAUCAIA, ONDE FOI INTERNADO E SUMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA. O PACIENTE FEZ 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA EM AGOSTO DE 2017, SEM COMPLICAÇÃO.

**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.**

DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MSD, PELA ASSIMETRIA ESCAPULAR, ATROFIA MUSCULAR E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSD E BLOQUEIO ARTICULAR DO OMBRO DIREITO.

**IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º 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 (\*).**

Vide motivo do impedimento no  
campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta  
avaliação médica deve ser repetida  
em \_\_\_\_\_ dias

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

( ) “Exame não permite conclusão”

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

Região Corporal

MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% 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.**



Andre de Oliveira Leal  
CRM 16566

---

ANDRE DE OLIVEIRA LEAL CRM : 16566 / UF :CE

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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Nome do(a) Examinado(a):** RENAN MESQUITA MARQUES

**Endereço do(a) Examinado(a):** TV SUCUPIRA, 991 - 991 - Fortaleza/CE -  
CEP 60750-590

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 2005012032699 - SSP-CE. -  
29/11/2005

**Data e Local do Exame :** 09/11/2017 RUA CEL. ALVES TEIXEIRA, 1280 -  
FORTALEZA/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)**

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL DIREITO.

Exame Físico: ASSIMETRIA ESCAPULAR, CICATRIZ CIRÚRGICA NO OMBRO DIREITO, ATROFIA MUSCULAR DO MSD, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSD E LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO LATERAL E ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

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

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

**II. Descreva a evolução do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações**

ATENDIDO NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, TRANSFERIDO PARA CAUCAIA, ONDE FOI INTERNADO E SUMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA. O PACIENTE FEZ 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA EM AGOSTO DE 2017, SEM COMPLICAÇÃO.

**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.**

DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MSD, PELA ASSIMETRIA ESCAPULAR, ATROFIA MUSCULAR E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSD E BLOQUEIO ARTICULAR DO OMBRO DIREITO.

**IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º 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 (\*).**

Vide motivo do impedimento no  
campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta  
avaliação médica deve ser repetida  
em \_\_\_\_\_ dias

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

( ) “Exame não permite conclusão”

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

Região Corporal

MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% 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.**



Andre de Oliveira Leal  
CRM 16566

---

ANDRE DE OLIVEIRA LEAL CRM : 16566 / UF :CE