

27 MAI 2019

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Efic  
CNPJ:21.487.738/0001-06

## RECEBEMOS





RECEBELOS

01 May 2019

Maria Gacineide F. Nobre  
Correbra de Seguros Eng.  
CNPJ 21.487.729/0001-02



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2007009071235
DATA DE EXPEDIÇÃO 24/06/2015	
NOME	
LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA	
FILIAÇÃO	
RAUL NETO DE OLIVEIRA	
CLAUDENI HOLANDA MAGALHÃES	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
LIMOEIRO DO NORTE - CE	01/07/1993
DOC. ORIGEM	
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 3.212 FOLHA: 105V	
LIVRO: A-09 ALTO SANTO - CE	
CPF 044.329.533-65	
2 VTA	ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	
P.: 156	

RECEBEMOS

11 JUL 2009

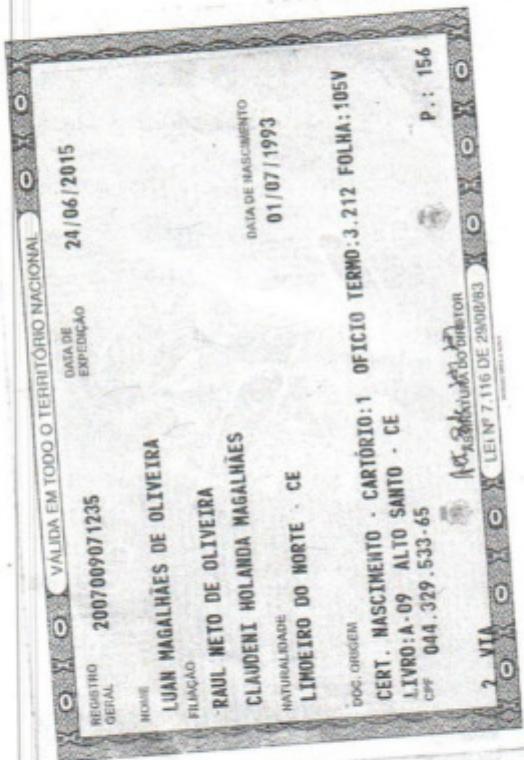
Maria Gacimunda F. Nobre  
Comunidade dos Sacraos Eyell  
CHP J21.487.736-001-06



RECEBEMOS

16 SET 2019

2019 Capitão F. Nogueira  
entregue à Dr. Camargo E.  
18/02/2019 / #46712



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - CE N° 012852684510

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM R.NTR C EXERCÍCIO  
NORM01 988692015 0000000000 2018

SIMIAO FERNANDES DE MAGALHÃES

LIMOEIRO DO NORTE/CE

CPF / CNPJ  
53437055372

PLACA  
HYP1607

PLACA ANT./UF  
\*\*\*\*\*/CE

CHASSI  
9C2KD03308R075994

ESPECIE TIPO  
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL  
GASOLINA

MARCA / MODELO  
HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. ANO MOD.  
2009 2009

QAP/POT/CIL  
2P/0CV/149CC

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
PRETA

COTA UNICA  
I  
P  
V  
A

VENC. COTA UNICA  
\*\*\*\*\*  
FAIXA I P.V.A.  
\*\*\*

VENC. / GOTAS  
1\*\*\*\*\*  
2\*\*\*\*\*  
3\*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

180,65

IOF (R\$)

0,70

PRÊMIO TOTAL (R\$)

185,30

DATA DE PAGAMENTO

09/11/2018

OBSERVAÇÕES

LIMOEIRO DO NORTE

Igor Ponte  
Agente de Atendimento



09/11/2018

EXPEDITOR

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

CE N° 012852684510 BILHETE DE SEGURO D

..2018

53437055372

HYP1607

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

[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

012852684510

30415630338

EXERCÍCIO DATA EMIS.  
2018 09/11/21

VIA CPF / CNPJ PLACA  
01 53437055372 HYP1607

RENAVAM MARCA / MODELO  
988692015 HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. QUITANTE CHASSI  
2009 09 9C2KD03308R075994

PRÊMIO TARIFÁRIO

81.29 FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO  
9.03 90.33

4. CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,70 IOF (R\$) 185,30 CUSTO DO SEGURO

PAGAMENTO PROPRIETÁRIO  
X COTA ÚNICA PARCELADO  
09/11/2018

LOTE/DOC. 10275760 Lacre: DPVAT-08-540.608/0001-04  
MOTOR: KD03E38075994  
[www.Segurodovalider.com.br](http://www.Segurodovalider.com.br)



RECEBEMOS

27 MAI 2019

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DENTON

DETAN - CE		Nº 012852684510		
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO				
VIA	000-REG/AN/VIN	ANTR.C.	EXPEDIC.	
NORM/01	1986692015	0000000000	2018	
SIMIRO FERNANDES DE MAGALHAES				
*****				
*****				
LIMOEIRO DO NORTE / CE				
CPF / CNPJ		PLACA		
53437055372		HYP1607		
PLACA ANTO / UF	CHASSIS			
CE	9G2KD03308RG075994			
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL		
FAS / MOTOCICLETA/NOVO APLIC.		GASOLINA		
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA / HXR150 Bros		2000	2010	
CAP / POT (CC)		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P / 0CV / 149CC		PARTIC	PRETA	
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA		
I	*****	*****	1*****	
P	*****	*****	*****	
V	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2*****	
A	*****	*****	3*****	
PREÇO TARIFFADO (R\$)		ICP (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
180,65		0,70	185,80	09/11/2018
OBSERVAÇÕES				
*****				
*****				
*****				
LIMOEIRO DO NORTE				09/11/2018
Igor Pontes SINDICATO DA POLÍTICA				

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

## RECEBEMOS

01 JUL 2019

Maria Cecília F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.736/0001-06



*Dados da Reclamação*

Protocolo:  
2384344/2019

Via:  
Internet

Reclamada:  
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS  
DO SEGURO DPVAT S.A.

Situação:  
Encaminhamento automático

*Dados do reclamante*

Beneficiário:  
ROBERTO MOURA FRANKLIN

UF:  
CEARÁ

CPF/CNPJ:  
381.003.803-25

Procurador:  
LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ:  
044.329.533-65

*Formas de contato*

E-mail:  
luanmagalhaesdeoliveira@yahoo.com.br

Celular:  
(88) 99735-9404

Endereço:  
Rua Rosa Francisca, 297, apartamento

Bairro:  
CENTRO

CEP:  
62.970-000

Cidade:  
ALTO SANTO

*Dados da denúncia*

Assunto:  
Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Negativa de indenização

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

Venho por meio desta registrar denuncia contra a seguradora líder, responsável pelo repasse das indenizações do seguro DPVAT, ocorre que esta seguradora se nega a realizar pericia medica para avaliar as sequelas de meu cliente atestando que o mesmo não teve lesão alguma oriunda de seu acidente ocorrido em 10/01/2019, o sinistro em que a vitima é beneficiario é 3190345430, hoje meu cliente se queixa de conviver com sequelas irreversíveis em seu membro inferior direito. Informo lhes também que foram enviados junto ao processo toda documentação possível e necessária para a comprovação das sequelas, informando tratamento realizado e definindo as sequelas, e tendo em vista que após alta medica hospitalar extinguisse os retornos médicos gratuitos, e a unica forma de produzir novas documentações medicas seriam através de consultas particulares e que isso acarretaria gastos hoje inconvenientes para meu cliente, porem esta seguradora continua descumprindo a TAC acordada em 2012 onde a mesma se compromete a realizar pericia medica em todas as vitimas de invalidez permanente para avaliar o grau da lesão ou a falta da mesma, certo de seu pronto atendimento e de que farão algo para que esta negativa injusta e sem avaliação pericial seja desfeita vós agradeço desde já.

O SAC da empresa foi acionado?

Sim

**RECEBEMOS**

01 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eirel  
CNPJ:21.487.736/0001-06

*Documentos*

**Tipo****Número**

Aviso de Sinistro

3190345430

**Encaminhamentos**

RECEBEMOS

01 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre  
Coronara da Sagrada Família  
CNPJ:21.487.736/0001-06

*Dados da Reclamação*

**Protocolo:**  
2393364/2019

**Situação:**  
Encaminhamento automático

**Via:**  
Internet

**Reclamada:**  
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT S.A.

**Data:**  
10/09/2019 23:36:18

*Dados do reclamante*

**Segurado:**  
ROBERTO MOURA FRANKLIN

**UF:**  
CEARÁ

**CPF/CNPJ:**  
381.003.803-25

**CPF/CNPJ:**  
044.329.533-65

**Procurador:**  
LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA

*Formas de contato*

**E-mail:**  
luanmagalhaesdeoliveira@yahoo.com.br

**Celular:**  
(88) 99735-9404

**Bairro:**  
CENTRO

**Endereço:**  
Rua Rosa Francisca, 297, apartamento

**Cidade:**  
ALTO SANTO

**CEP:**  
62.970-000

*Dados da denúncia*

**Assunto:**  
Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Negativa de indenização

*Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:*

Venho por meio desta registrar denuncia contra a seguradora líder, responsável pelo repasse das indenizações do seguro DPVAT, ocorre que esta seguradora se nega a realizar pericia medica para avaliar as sequelas de meu cliente atestando que o mesmo não teve lesão alguma oriunda de seu acidente ocorrido em 10/01/2019, o sinistro em que a vitima é beneficiaria é 3190404097, hoje meu cliente se queixa de conviver com sequelas irreversíveis em seu membro afetado. Informo lhes também que foram enviados junto ao processo toda documentação possível e necessária para a comprovação das sequelas, informando tratamento realizado e definindo as sequelas, e tendo em vista que após alta medica hospitalar extinguisse os retornos médicos gratuitos, e a unica forma de produzir novas documentações medicas seriam através de consultas particulares e que isso acarretaria gastos hoje inconvenientes para meu cliente, porem esta seguradora continua descumprindo a TAC acordada em 2012 onde a mesma se compromete a realizar pericia medica em todas as vitimas de invalidez permanente para avaliar o grau da lesão ou a falta da mesma, certo de seu pronto atendimento e de que farão algo para que esta negativa injusta e sem avaliação pericial seja desfeita vós agradeço desde já.

**O SAC da empresa foi acionado?**

Sim

*Documentos*

RECEBEMOS

<b>Tipo</b>	<b>Número</b>	
Aviso de Sinistro	3190404097	16-S-219

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190533620      **Cidade:** Iracema      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROBERTO MOURA FRANKLIN      **Data do acidente:** 10/01/2019      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da fíbula distal direita.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 15°, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

**Resultados terapêuticos:** Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura da fíbula distal direita, conforme documentos de pronto atendimento datados em 10/01/2019. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, cirúrgico com fixação metálica de placa e parafusos, e 20 sessões de fisioterapia para a fratura da fíbula distal direita. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do tornozelo direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial e incompleta do tornozelo direito, em grau intenso, devido à redução da mobilidade e força.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 28/09/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190533620      **Cidade:** Iracema      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROBERTO MOURA FRANKLIN      **Data do acidente:** 10/01/2019      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da fíbula distal direita.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 15°, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

**Resultados terapêuticos:** Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura da fíbula distal direita, conforme documentos de pronto atendimento datados em 10/01/2019. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, cirúrgico com fixação metálica de placa e parafusos, e 20 sessões de fisioterapia para a fratura da fíbula distal direita. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do tornozelo direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial e incompleta do tornozelo direito, em grau intenso, devido à redução da mobilidade e força.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 28/09/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190533620      **Cidade:** Iracema      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROBERTO MOURA FRANKLIN      **Data do acidente:** 10/01/2019      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da fíbula distal direita.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 15°, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

**Resultados terapêuticos:** Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura da fíbula distal direita, conforme documentos de pronto atendimento datados em 10/01/2019. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, cirúrgico com fixação metálica de placa e parafusos, e 20 sessões de fisioterapia para a fratura da fíbula distal direita. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do tornozelo direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial e incompleta do tornozelo direito, em grau intenso, devido à redução da mobilidade e força.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 28/09/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190533620      **Cidade:** Iracema      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROBERTO MOURA FRANKLIN      **Data do acidente:** 10/01/2019      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 23/09/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA (P. 4).  
P. 1,2,3,4,9,11.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** X

@ - P. 1 - APRESENTADO NOVO RELATÓRIO EMITIDO PELO DR. JOSE JULIO F. NETO - CRM 3290 INDICANDO DÉFICIT.  
- SINISTROS 3190/345430 E 3190/404097, RELATIVOS A ESTE EVENTO, NEGADOS EM AMD COMO SEM SEQUELA.  
- VÍTIMA COM 52 ANOS.  
- LAUDO E EXAME DE IMAGEM - P. 6,10.  
- SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190533620      **Cidade:** Iracema      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROBERTO MOURA FRANKLIN      **Data do acidente:** 10/01/2019      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 19/09/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA (P. 4).  
P. 1,2,3,4,9,11.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** X

@ - P. 1 - APRESENTADO NOVO RELATÓRIO EMITIDO PELO DR. JOSE JULIO F. NETO - CRM 3290 INDICANDO DÉFICIT.  
- SINISTROS 3190/345430 E 3190/404097, RELATIVOS A ESTE EVENTO, NEGADOS EM AMD COMO SEM SEQUELA.  
- VÍTIMA COM 52 ANOS.  
- LAUDO E EXAME DE IMAGEM - P. 6,10.  
- SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: ROBERTO MOURA DE FRANKLIN, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO  
Profissão: AUTONOMO, portador(a) do RG 20071920389, órgão expedidor SSP-CE  
e do CPF: 383.003.803-25, residente no(a) RUA CLIMERIO ROQUES DA MACEDO  
nº 356, bairro: CENTRO, município: IRACEMA / CE

### OUTORGADO:

Nome: LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO  
Profissão: DESEMPREGADO, portador(a) do RG 2007009071235, órgão expedidor SSP-CE  
e do CPF: 044.329.533-65, residente no(a) SITIO MORRINHOS  
nº S/N, bairro: ALTO SANTO, município: ALTO SANTO / CE

**PODERES:** pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto à esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima ROBERTO MOURA FRANKLIN, CPF 383.003.803-25 data do acidente: 10/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ.



Assinatura do outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)



### CARTÓRIO 2º OFÍCIO

Reconhecido a firma por AUTENTICIDADE

Roberto Moura de

Franklin

Alto Santo - CE, 25 de 05 de 2019.

Fone: (88) 3422-2043

Juliette Guerra Medeiros

Escrevente Autorizada

Alto Santo CE

### DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: \_\_\_\_\_, brasileiro(a), estado civil: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_, portador(a) do RG \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_  
e do CPF: \_\_\_\_\_, residente no(a) \_\_\_\_\_  
nº \_\_\_\_\_, bairro: \_\_\_\_\_, município: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura de quem assina A ROGO

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**RECEBEMOS**

Assinatura

### TESTEMUNHAS

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

27 MAI 2019

Assinatura

Maria Cedneida F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.738/0001-06

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: ROBERTO MOURA FRANKLIN, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO  
Profissão: ALTO SANTO, portador(a) do RG 203719203-29, órgão expedidor SSP-CE  
e do CPF: 383.003.803-25, residente no(a) RUA CLIMERIO ROCHA DE MACEDO  
nº 356, bairro: CENTRO, município: IRACEMA / CE

### OUTORGADO:

Nome: LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO  
Profissão: DESEMPREGADO, portador(a) do RG 2007009071235, órgão expedidor SSP-CE  
e do CPF: 044.329.533-65, residente no(a) SITIO MORRINHOS  
nº S/N, bairro: ALTO SANTO, município: ALTO SANTO / CE

**PODERES:** pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assiná-lo o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima ROBERTO MOURA FRANKLIN  
CPF 383.003.803-25 data do acidente: 10/01/2019 Cobertura: INVALIDE

Local e data: ALTO SANTO-CE 25 JUNHO 2019



Assinatura do outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)



VALIDO SOMENTE COM  
SELO DE AUTENTICIDADE

### CARTÓRIO 2º OFÍCIO

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE

Roberto Moura Franklin

Alto Santo - CE, 25 de 06 de 2019

Fone: (88) 342-2113

Juliette Guerra Medeiros

Escrevente Autorizada

Alto Santo CE

### DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SENHOR):

Nome: \_\_\_\_\_, brasileiro(a), estado civil: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_, portador(a) do RG \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_  
e do CPF: \_\_\_\_\_, residente no(a) \_\_\_\_\_  
nº \_\_\_\_\_, bairro: \_\_\_\_\_, município: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

### TESTEMUNHAS

2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

RECEBIDO

Assinatura de quem assina A ROGO

01 JUL 2019

Maria Gacineida F. Nobre  
Correia de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.738/0001-06

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: ROBERTO MOURA FRANKLIN, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO  
Profissão: AUTONOMO, portador(a) do RG 201259203-89, órgão expedidor SSP-CE  
e do CPF: 381.003.803-25, residente no(a) RUA CLIMERIO ROQUE DE MACEDO  
nº 356, bairro: CENTRO, município: IRACEMA / CE

### OUTORGADO:

Nome: LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO  
Profissão: DESEMPREGADO, portador(a) do RG 2007009071235, órgão expedidor SSP-CE  
e do CPF: 044.329.533-65, residente no(a) SITIO MORRINHOS  
nº S/N, bairro: ALTO SANTO, município: ALTO SANTO / CE

**PODERES:** pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima ROBERTO MOURA FRANKLIN CPF 381.003.803-25 data do acidente: 10/01/19 Cobertura: INVALIDEZ

Local e data: ALTO SANTO - CE 26 JULHO 2019

Assinatura do outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital



### CARTÓRIO 2º OFÍCIO

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE

Roberto Moura Franklin

Alto Santo - CE, 26 de 07 de 2019

Fone: (88) 342-2113

Juliette Guerra Medeiros

Escrevente Autorizada

Alto Santo CE

### DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: \_\_\_\_\_, brasileiro(a), estado civil: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_, portador(a) do RG \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_  
e do CPF: \_\_\_\_\_, residente no(a) \_\_\_\_\_  
nº \_\_\_\_\_, bairro: \_\_\_\_\_, município: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**RECEBEMOS**

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura de quem assina A ROGO

### TESTEMUNHAS

1º Nome: \_\_\_\_\_ 16 SET 2019  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

### TESTEMUNHAS

2º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320002/19

**Vítima:** ROBERTO MOURA FRANKLIN

**CPF:** 381.003.803-25

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/01/2019

ROBERTO MOURA  
FRANKLIN

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA : 044.329.533-65

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### ROBERTO MOURA FRANKLIN : 381.003.803-25

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/09/2019  
Nome: LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA  
CPF: 044.329.533-65

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2019  
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE  
CPF: 890.278.843-15

LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219672/19

**Vítima:** ROBERTO MOURA FRANKLIN

**CPF:** 381.003.803-25

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/01/2019

ROBERTO MOURA  
FRANKLIN

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA : 044.329.533-65

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### ROBERTO MOURA FRANKLIN : 381.003.803-25

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/07/2019  
Nome: LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA  
CPF: 044.329.533-65

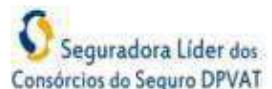
### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/07/2019  
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE  
CPF: 890.278.843-15

LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177212/19

**Vítima:** ROBERTO MOURA FRANKLIN

**CPF:** 381.003.803-25

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/01/2019

ROBERTO MOURA  
FRANKLIN

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA : 044.329.533-65

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### ROBERTO MOURA FRANKLIN : 381.003.803-25

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.  
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/05/2019  
Nome: LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA  
CPF: 044.329.533-65

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/05/2019  
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE  
CPF: 890.278.843-15

LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E  
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

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

Número do Sinistro: **3190533620**

Nome do(a) Examinado(a): **ROBERTO MOURA FRANKLIN**

Endereço do(a) Examinado(a): **R CLIMERIO RoQUE DE MACEDO, 356, , 62.980-000, CENTRO, Iracema/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP CE / 20171920389**

Data e local do acidente: **10/01/2019 - Iracema/CE**

Data e local do exame: **28/09/2019 - Fortaleza/CE**

Coordenadas Geográficas:

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**Fratura da fíbula distal direita.**

**II.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento medicamentoso, cirúrgico com fixação metálica de placa e parafusos, e 20 sessões de fisioterapia para a fratura da fíbula distal direita. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no tornozelo direito, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

**III.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 15°, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

**IV.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

**Sim**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

**Sim**

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

**Perda parcial e incompleta do tornozelo direito, devido à redução da mobilidade e força.**

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

**VII.** Segundo 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 (\*)

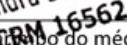
( ) "Vítima em tratamento"

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

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Tornozelo Direito - Intenso - 75%

**VIII.** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

  
Alessandra Duraes Altair  
  
Assinatura e cômputo do médio

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190533620**

**Vítima: ROBERTO MOURA FRANKLIN**

**Data do Acidente: 10/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ROBERTO MOURA FRANKLIN**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190533620**

**Vítima: ROBERTO MOURA FRANKLIN**

**Data do Acidente: 10/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ROBERTO MOURA FRANKLIN**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190533620**

**Vítima: ROBERTO MOURA FRANKLIN**

**Data do Acidente: 10/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ROBERTO MOURA FRANKLIN**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190533620**      **Vítima: ROBERTO MOURA FRANKLIN**

**Data do Acidente: 10/01/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ROBERTO MOURA FRANKLIN**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

**Recebedor: ROBERTO MOURA FRANKLIN**

**Valor: R\$ 2.531,25**

**Banco: 001**

**Agência: 000001074-X**

**Conta: 000010022762-7**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

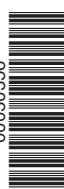
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	383.003.803-25	ROBERTO MOURA FRANKLIN	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: ROBERTO MOURA FRANKLIN		CPF: 383.003.803-25	
Profissão: AUTONOMO	Endereço: RUA CLAUDIO ROGUE DE MACEDO	Número: 356	Complemento: CASA
Bairro: CENTRO	Cidade: IRACEMA	Estado: CEARA	CEP: 62980-000
E-mail:	Tel.(DDD): 88-99735-9404		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

## DADOS CADASTRAIS

### RENDIMENTO MENSAL:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1074**  CONTA: **22762** **5**  
 (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização ao Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## MORTE

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos:  
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **IRACEMA/CE, 37 MAI 2019**  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ **RECEBEMOS**

Assinatura: **27 MAI 2019**  
 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Maria Gecineide F. Nobre  
 Corretora de Seguros Fins  
 CNPJ 21.487.736/0001-12

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima:  381.003.803-25 4 - Nome completo da vítima:  ROBERTO MOURA FRANKLIN

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: <input type="text"/> ROBERTO MOURA FRANKLIN	6 - CPF: <input type="text"/> 381.003.803-25		
7 - Profissão: <input checked="" type="checkbox"/> AUTONOMO	8 - Endereço: <input type="text"/> RUA CLIMERIO ROQUE DE MACEDO	9 - Número: <input type="text"/> 356	10 - Complemento: <input type="text"/> CASA
11 - Bairro: <input type="text"/> CENTRO	12 - Cidade: <input type="text"/> IRACEMA	13 - Estado: <input type="text"/> CEARA	14 - CEP: <input type="text"/> 62980-000
15 - E-mail: <input type="text"/> luanmaqalhaesdeoliveira@yahoo.com.br		16 - Tel.(DDD): <input type="text"/> (88)99735-9404	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  1074 X CONTA:  22762 5  
(Informar o dígito se existir)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
(Informar o dígito se existir)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:  X CONTA:  5  
(Informar o dígito se existir)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	---	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	--	---

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nascituro (vai nascer)?	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?
--	---	--	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem aprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,  IRACEMA - CE

05 SETEMBRO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*Em nome de Roberto Franklin*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



## GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE IRACEMA

Impresso nº 2019187790

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 485 - 115 / 2019



17 MAIO 2019

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **21/03/2019 09:14:53**

Data / Hora da Ocorrência: **10/01/2019 16:30:00**

Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 138**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **IRACEMA/CE**

Ponto de Referência: **EM FRENTE AO CLUBE DOIS IRMÃOS**

### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ROBERTO MOURA FRANKLIN**

**RECEBEMOS**

Nascimento: **14/07/1967** CPF: **381.003.803-25**

UF: **CE** MAI 2019

RG: **20171920389** Orgão Emissor: **SSPDS**

Filiação: **MARIA OSITA DE MOURA FRANKLIN**

Maria Gacchade F. Nobre  
Corretora de Seguros Ltda.  
CNPJ:21.487.739/0001-11

**RAIMUNDO FRANKLIN DE MOURA**

CEP:

Endereço: **RUA CLIMERIO ROQUE , 356**

Telefone: **(88) 99344-5929**

Bairro: **BEIRA RIO**

Município: **IRACEMA/CE**

País: **BRASIL**

### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYP1607** Uf: **CE** Município: **LIMOEIRO DO NORTE** Chassi:

**9C2KD03308R075994** Renavam: **988692015** Tipo do Veículo:

**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano

Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor:

**Preta** Proprietário: **SIMIAO FERNANDES DE MAGALHAES** Situação:

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

### Histórico

Declara que na data acima indicada, conduzia o veículo MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS , COR PRETA , ANO 2008 , DE PLACA HYP1607 , pela CE 138 quando perdeu o equilíbrio em uma curva e caiu; Que procurou atendimento médico no hospital Municipal de Iracema/CE onde foi diagnosticado com uma fratura da fíbula do pé direito; Que foi transferido para o Hospital de Maracanau/CE onde foi operado , permaneceu internado por dois dias e recebeu alta médica e atualmente continua o tratamento a base de fisioterapia; Que FEZ TODO O TRATAMENTO NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE E ATÉ O MOMENTO GASTOU APROXIMADAMENTE R\$250,00 (DUZENTOS E CINQUENTA REAIS) COM MEDICAMENTOS; Que CLODOALDO CAMPOS DE OLIVEIRA , residente em rua CELSO GOMES , SN , CENTRO , IRACEMA/CE e JOSÉ RUTIANO BRAZ DE SOUZA , residente em rua RAIMUNDO LEANDRO , 395 , BEIRA RIO , IRACEMA/CE , testemunharam o acidente.Nada mais disse.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE IRACEMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DELEGACIA MUNICIPAL DE IRACEMA

Consolidado em: 21/03/2019 09:31:45

Pág. 1 de 2

Impresso em: 21/03/2019 09:31:45

Rutiano

CLODOALDO



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE IRACEMA



Impresso nº 2019187790

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 485 - 115 / 2019

PAULO MARCELO GUERRA DA COSTA - MAT.: 198268-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X Roberto Moura Franklin

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUCIANO BARRETO COUTINHO BENEVIDES - MAT.: 133843-1-2

*X José Robiano Bráz de Souza*

*X QODO ALDO CAMPOS E OLIVEIRA*

RECEBEMOS

27 MAI 2019

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.738/0001-06

**03 CARTÓRIO 2º OFÍCIO**  
**AUTENTICAÇÃO**

Presente fotocópia, confere  
com o original. Dou fé.

Alto Santo - CE

17 MAIO 2019

*[Signature]*

Juliette Guerra Medeiros  
Escrevente Autorizada  
Alto Santo - CE

Fone: (88) 3429-2113

VALIDO POR 01 ANO  
SELLO DE AUTENTICAÇÃO  
Nº HY 322652



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE IRACEMA

Impresso nº 2019187790

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 485 - 115 / 2019

TURMIAL DA JUSTIÇA DO  
ESTADO DO CEARÁ  
AUTENTICAÇÃO  
CARTÓRIO 2º TÍTULO  
AUTENTICAÇÃO  
A presente fotografia, confere  
com o original. Dou fé.  
Alto Santo -CE

17 MAIO 2019

Fone: (88) 99344-5929

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **21/03/2019 09:14:53**

Data / Hora da Ocorrência: **10/01/2019 16:30:00**

Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 138**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **IRACEMA/CE**

Ponto de Referência: **EM FRENTE AO CLUBE DOIS IRMÃOS**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ROBERTO MOURA FRANKLIN**

Nascimento: **14/07/1967** CPF: **381.003.803-25**

RG: **20171920389** Orgão Emissor: **SSPDS**

UF: **CE**

Filiação: **MARIA OSITA DE MOURA FRANKLIN**

**RAIMUNDO FRANKLIN DE MOURA**

Endereço: **RUA CLIMERIO ROQUE , 356**

Bairro: **BEIRA RIO**

Município: **IRACEMA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99344-5929**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HYP1607** Uf: **CE** Município: **LIMOERIO DO NORTE** Chassi:

**9C2KD03308R075994** Renavam: **988692015** Tipo do Veículo:

**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano:

Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor:

**PRETA** Proprietário: **SIMIAO FERNANDES DE MAGALHAES** Situação:

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

**Histórico**

Declara que na data acima indicada, conduzia o veículo MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS , COR PRETA , ANO 2008 , DE PLACA HYP1607 , pela CE 138 quando perdeu o equilíbrio em uma curva e caiu;Que procurou atendimento médico no hospital Municipal de Iracema/CE onde foi diagnosticado com uma fratura da fíbula do pé direito;Que foi transferido para o Hospital de Maracanau/CE onde foi operado , permaneceu internado por dois dias e recebeu alta médica e atualmente continua o tratamento a base de fisioterapia;Que FEZ TODO O TRATAMENTO NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE E ATÉ O MOMENTO GASTOU APROXIMADAMENTE R\$250,00 (DUZENTOS E CINQUENTA REAIS) COM MEDICAMENTOS;Que CLODOALDO CAMPOS DE OLIVEIRA , residente em rua CELSO GOMES , SN , CENTRO , IRACEMA/CE e JOSÉ RUTIANO BRAZ DE SOUZA , residente em rua RAIMUNDO LEANDRO , 395 , BEIRA RIO , IRACEMA/CE , testemunharam o acidente.Nada mais disse.//

**RECEBEMOS**

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE IRACEMA**

01 JUN 2019

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** *[Assinatura]*

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.937.736/0001-06

DELEGACIA MUNICIPAL DE IRACEMA

Consolidado em: 21/03/2019 09:31:45

Impresso em: 21/03/2019 09:31:45

*Rutiano*

*[Assinatura]*

*CLODOALDO*



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



Impresso nº 2019187790

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 485 - 115 / 2019

PAULO MARCELO GUERRA DA COSTA - MAT.: 198268-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X Roberto Moreira Fructuoso

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUCIANO BARRETO COUTINHO BENEVIDES - MAT.: 133843-1-2

X Jano Luciano Bezerra 1234567890

X LODOALDO CAMPOS DE OLIVEIRA

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ	03 ARTÓRIO 2º OFÍCIO
AUTENTICAÇÃO	AUTENTICAÇÃO
Nº HY 322652	Apresento fotocópia, confere com o original. Dou fé. Alto Santo - CE
VALIDO PARA CONSULTA	17 MAIO 2019
SELO DE AUTENTICAÇÃO	Fone: (88) 3429-2113
Juliette Guerra Medeiros	
Escrivente Autorizada	
Alto Santo - CE	

RECEBEMOS

01 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre  
 Corretora de Seguros Eireli  
 CNPJ 21.487.736/0001-06



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE IRACEMA

Impresso nº 2019187790

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 485 - 115 / 2019

CARTÃO DE FÔRIO

A presente fotocópia, confere com o original. Dou fé.  
Alto Santo -CE

17 MAIO 2019

Juliette Guerra Medeiros  
Escrivente Autorizada

RECEBIMENTO  
Alto Santo CE

16 SET 2019

CONFIRMADA PELO AUTORIZADO  
CHP J.21.04.1.2019

UF: CE

CEP:  
Telefone: (88) 99344-5929

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: ROBERTO MOURA FRANKLIN  
Nascimento: 14/07/1967 CPF: 381.003.803-25  
RG: 20171920389 Orgão Emissor: SSPDS  
Filiação: MARIA OSITA DE MOURA FRANKLIN  
RAIMUNDO FRANKLIN DE MOURA  
Endereço: RUA CLIMERIO ROQUE , 356  
Bairro: BEIRA RIO  
Município: IRACEMA/CE  
País: BRASIL

*Dados do(s) Veículo(s)*

1) Placa: HYP1607 Uf: CE Município: LIMOEIRO DO NORTE Chassi:  
9C2KD03308R075994 Renavam: 988692015 Tipo do Veículo:  
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES Ano  
Fabricação: 2008 Ano Modelo: 2008 Combustível: GASOLINA Cor:  
PRETA Proprietário: SIMIAO FERNANDES DE MAGALHAES Situação:  
NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

*Histórico*

Declara que na data acima indicada, conduzia o veículo MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS , COR PRETA , ANO 2008 , DE PLACA HYP1607 , pela CE 138 quando perdeu o equilíbrio em uma curva e caiu; Que procurou atendimento médico no hospital Municipal de Iracema/CE onde foi diagnosticado com uma fratura da fíbula do pé direito; Que foi transferido para o Hospital de Maracanau/CE onde foi operado , permaneceu internado por dois dias e recebeu alta médica e atualmente continua o tratamento a base de fisioterapia; Que FEZ TODO O TRATAMENTO NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE E ATÉ O MOMENTO GASTOU APROXIMADAMENTE R\$250,00 (DUZENTOS E CINQUENTA REAIS) COM MEDICAMENTOS; Que CLODOALDO CAMPOS DE OLIVEIRA , residente em rua CELSO GOMES , SN , CENTRO , IRACEMA/CE e JOSÉ RUTIANO BRAZ DE SOUZA , residente em rua RAIMUNDO LEANDRO , 395 , BEIRA RIO , IRACEMA/CE , testemunharam o acidente.Nada mais disse.//////////

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE IRACEMA**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

DELEGACIA MUNICIPAL DE IRACEMA

Consolidado em: 21/03/2019 09:31:45

Rutiano

*Rutiano*

Pág. 1 de 2

Impresso em: 21/03/2019 09:31:45

*CLODOALDO*

Fone: (88) 2442-2000



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE IRACEMA



Impresso nº 2019187790

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 485 - 115 / 2019

PAULO MARCELO GUERRA DA COSTA - MAT.: 198268-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *X Roberto Moura Franklin*

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUCIANO BARRETO COUTINHO BENEVIDES - MAT.: 133843-1-2

*X José Roberto Braga de Sáusº*

*X CODOAL DOCAM POSOEOLIVEIRA*

03 ARTÓRIO 2º OFÍCIO  
AUTENTICAÇÃO  
A presente fotocópia, confere  
com o original. Dou fé.  
Alto Santo - CE  
17 MAIO 2019  
*[Signature]*  
Juliette Guerra Medeiros  
Excrevante Autorizada  
Alto Santo - CE

VALIDO DE 07/05/2019  
SELLO DE AUTENTICAÇÃO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ  
NP MY 322652

Fone: (88) 3429-2113

RECEBEMOS

16 SET 2019

Maria Cecília F. Nogueira  
Comendador Chico Júnior E...  
CNPJ: 21.487.734/0001-11

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	383.003.803-25	ROBERTO MOURA FRANKLIN		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: ROBERTO MOURA FRANKLIN		CPF: 383.003.803-25		
Profissão: AUTONOMO	Endereço: RUA CLIMARIO ROGUE DE MACEDO	Número: 356	Complemento: CASA	
Bairro: CENTRO	Cidade: IRACEMA	Estado: CEARA	CEP: 62980-000	Tel.(DDD): 88-99735-9404
E-mail:				

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO:

- RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA**

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1074 X CONTA: 22762 5  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos:  
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, IRACEMA/CE, 17 MAI 2019  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ RECEBEMOS

Assinatura 27 MAI 2019

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ Maria Cecília F. Nobre  
 Corretora de Seguros Fiel  
 Agência 21.487.796/0001-04

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
381.003.803-25 ROBERTO MOURA FRANKLIN

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: ROBERTO MOURA FRANKLIN 6 - CPF: 381.003.803-25

7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: RUA CLIMERIO ROQUE DE MACEDO 9 - Número: 356 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: IRACEMA 13 - Estado: CEARA 14 - CEP: 62980-000

15 - E-mail: luanmaqalhaesdeoliveira@yahoo.com.br 16 - Tel.(DDD): (88)99735-9404

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1074 X CONTA: 22762 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (valnascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 \_\_\_\_\_ 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

01 JUL 2019 40 - Local e Data: IRACEMA - CE 18 JUNHO 2019

Maria Gacineide F. Nobre 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) CNPJ 21.487.738/0001-12 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura do Advogado (se houver)

45 - Assinatura do Testemunha (se houver)

46 - Assinatura do Advogado (se houver)

47 - Assinatura do Testemunha (se houver)

48 - Assinatura do Advogado (se houver)

49 - Assinatura do Testemunha (se houver)

50 - Assinatura do Advogado (se houver)

51 - Assinatura do Testemunha (se houver)

52 - Assinatura do Advogado (se houver)

53 - Assinatura do Testemunha (se houver)

54 - Assinatura do Advogado (se houver)

55 - Assinatura do Testemunha (se houver)

56 - Assinatura do Advogado (se houver)

57 - Assinatura do Testemunha (se houver)

58 - Assinatura do Advogado (se houver)

59 - Assinatura do Testemunha (se houver)

60 - Assinatura do Advogado (se houver)

61 - Assinatura do Testemunha (se houver)

62 - Assinatura do Advogado (se houver)

63 - Assinatura do Testemunha (se houver)

64 - Assinatura do Advogado (se houver)

65 - Assinatura do Testemunha (se houver)

66 - Assinatura do Advogado (se houver)

67 - Assinatura do Testemunha (se houver)

68 - Assinatura do Advogado (se houver)

69 - Assinatura do Testemunha (se houver)

70 - Assinatura do Advogado (se houver)

71 - Assinatura do Testemunha (se houver)

72 - Assinatura do Advogado (se houver)

73 - Assinatura do Testemunha (se houver)

74 - Assinatura do Advogado (se houver)

75 - Assinatura do Testemunha (se houver)

76 - Assinatura do Advogado (se houver)

77 - Assinatura do Testemunha (se houver)

78 - Assinatura do Advogado (se houver)

79 - Assinatura do Testemunha (se houver)

80 - Assinatura do Advogado (se houver)

81 - Assinatura do Testemunha (se houver)

82 - Assinatura do Advogado (se houver)

83 - Assinatura do Testemunha (se houver)

84 - Assinatura do Advogado (se houver)

85 - Assinatura do Testemunha (se houver)

86 - Assinatura do Advogado (se houver)

87 - Assinatura do Testemunha (se houver)

88 - Assinatura do Advogado (se houver)

89 - Assinatura do Testemunha (se houver)

90 - Assinatura do Advogado (se houver)

91 - Assinatura do Testemunha (se houver)

92 - Assinatura do Advogado (se houver)

93 - Assinatura do Testemunha (se houver)

94 - Assinatura do Advogado (se houver)

95 - Assinatura do Testemunha (se houver)

96 - Assinatura do Advogado (se houver)

97 - Assinatura do Testemunha (se houver)

98 - Assinatura do Advogado (se houver)

99 - Assinatura do Testemunha (se houver)

100 - Assinatura do Advogado (se houver)

101 - Assinatura do Testemunha (se houver)

102 - Assinatura do Advogado (se houver)

103 - Assinatura do Testemunha (se houver)

104 - Assinatura do Advogado (se houver)

105 - Assinatura do Testemunha (se houver)

106 - Assinatura do Advogado (se houver)

107 - Assinatura do Testemunha (se houver)

108 - Assinatura do Advogado (se houver)

109 - Assinatura do Testemunha (se houver)

110 - Assinatura do Advogado (se houver)

111 - Assinatura do Testemunha (se houver)

112 - Assinatura do Advogado (se houver)

113 - Assinatura do Testemunha (se houver)

114 - Assinatura do Advogado (se houver)

115 - Assinatura do Testemunha (se houver)

116 - Assinatura do Advogado (se houver)

117 - Assinatura do Testemunha (se houver)

118 - Assinatura do Advogado (se houver)

119 - Assinatura do Testemunha (se houver)

120 - Assinatura do Advogado (se houver)

121 - Assinatura do Testemunha (se houver)

122 - Assinatura do Advogado (se houver)

123 - Assinatura do Testemunha (se houver)

124 - Assinatura do Advogado (se houver)

125 - Assinatura do Testemunha (se houver)

126 - Assinatura do Advogado (se houver)

127 - Assinatura do Testemunha (se houver)

128 - Assinatura do Advogado (se houver)

129 - Assinatura do Testemunha (se houver)

130 - Assinatura do Advogado (se houver)

131 - Assinatura do Testemunha (se houver)

132 - Assinatura do Advogado (se houver)

133 - Assinatura do Testemunha (se houver)

134 - Assinatura do Advogado (se houver)

135 - Assinatura do Testemunha (se houver)

136 - Assinatura do Advogado (se houver)

137 - Assinatura do Testemunha (se houver)

138 - Assinatura do Advogado (se houver)

139 - Assinatura do Testemunha (se houver)

140 - Assinatura do Advogado (se houver)

141 - Assinatura do Testemunha (se houver)

142 - Assinatura do Advogado (se houver)

143 - Assinatura do Testemunha (se houver)

144 - Assinatura do Advogado (se houver)

145 - Assinatura do Testemunha (se houver)

146 - Assinatura do Advogado (se houver)

147 - Assinatura do Testemunha (se houver)

148 - Assinatura do Advogado (se houver)

149 - Assinatura do Testemunha (se houver)

150 - Assinatura do Advogado (se houver)

151 - Assinatura do Testemunha (se houver)

152 - Assinatura do Advogado (se houver)

153 - Assinatura do Testemunha (se houver)

154 - Assinatura do Advogado (se houver)

155 - Assinatura do Testemunha (se houver)

156 - Assinatura do Advogado (se houver)

157 - Assinatura do Testemunha (se houver)

158 - Assinatura do Advogado (se houver)

159 - Assinatura do Testemunha (se houver)

160 - Assinatura do Advogado (se houver)

161 - Assinatura do Testemunha (se houver)

162 - Assinatura do Advogado (se houver)

163 - Assinatura do Testemunha (se houver)

164 - Assinatura do Advogado (se houver)

165 - Assinatura do Testemunha (se houver)

166 - Assinatura do Advogado (se houver)

167 - Assinatura do Testemunha (se houver)

168 - Assinatura do Advogado (se houver)

169 - Assinatura do Testemunha (se houver)

170 - Assinatura do Advogado (se houver)

171 - Assinatura do Testemunha (se houver)

172 - Assinatura do Advogado (se houver)

173 - Assinatura do Testemunha (se houver)

174 - Assinatura do Advogado (se houver)

175 - Assinatura do Testemunha (se houver)

176 - Assinatura do Advogado (se houver)

177 - Assinatura do Testemunha (se houver)

178 - Assinatura do Advogado (se houver)

179 - Assinatura do Testemunha (se houver)

180 - Assinatura do Advogado (se houver)

181 - Assinatura do Testemunha (se houver)

182 - Assinatura do Advogado (se houver)

183 - Assinatura do Testemunha (se houver)

184 - Assinatura do Advogado (se houver)

185 - Assinatura do Testemunha (se houver)

186 - Assinatura do Advogado (se houver)

187 - Assinatura do Testemunha (se houver)

188 - Assinatura do Advogado (se houver)

189 - Assinatura do Testemunha (se houver)

190 - Assinatura do Advogado (se houver)

191 - Assinatura do Testemunha (se houver)

192 - Assinatura do Advogado (se houver)

193 - Assinatura do Testemunha (se houver)

194 - Assinatura do Advogado (se houver)

195 - Assinatura do Testemunha (se houver)

196 - Assinatura do Advogado (se houver)

197 - Assinatura do Testemunha (se houver)

198 - Assinatura do Advogado (se houver)

199 - Assinatura do Testemunha (se houver)

200 - Assinatura do Advogado (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima:  381.003.803-25 4 - Nome completo da vítima:  ROBERTO MOURA FRANKLIN

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: <input type="text"/> ROBERTO MOURA FRANKLIN	6 - CPF: <input type="text"/> 381.003.803-25		
7 - Profissão: <input checked="" type="checkbox"/> AUTONOMO	8 - Endereço: <input type="text"/> RUA CLIMERIO ROQUE DE MACEDO	9 - Número: <input type="text"/> 356	10 - Complemento: <input type="text"/> CASA
11 - Bairro: <input type="text"/> CENTRO	12 - Cidade: <input type="text"/> IRACEMA	13 - Estado: <input type="text"/> CEARA	14 - CEP: <input type="text"/> 62980-000
15 - E-mail: <input type="text"/> luanmaqalhaesdeoliveira@yahoo.com.br		16 - Tel.(DDD): <input type="text"/> (88)99735-9404	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  1074 X CONTA:  22762 5  
(Informar o dígito se existir)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
(Informar o dígito se existir)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:  X CONTA:  5  
(Informar o dígito se existir)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: <input type="text"/> RECEBEMOS
--	--

25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Vôo	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: <input type="text"/>
--	--	--

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nascituro (vai nascer)?	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?
--	---	--	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem aprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:  IRACEMA - CE

05 SETEMBRO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Luan Maqalhaes de Oliveira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO DE EMERGÊNCIA**

Sinais Vitais				
Hora	P.A.	Tempo	Peso	Estat.
1650	160x100	36.84		

SAME  
HMMRM

CAD:	Data:	10/03/19	Registro:		
Paciente:	Roberto Moura Franklin				
Nome da Materia:	Osita de Moura Franklin				
Idade	Sexo	Data Nascimento	RG	Fone	Fone Contato
51	M	14/07/67			
Endereço:	R. CEP:				
Bairro:	Cidade: Bracene		Estado: CE		

Item	Procedimento	Item	CID'S	Tipo de Atendimento
01		01		Clinica Médica
02		02		Clinica Pediátrica
03		03		
04		04		
05		05		

#### História Clínica:

~~na 2008) Fizemos o acidente com rotacellet (placa de  
- mês de agosto com consórcio do P. C. RECEBEMOS~~

### Diagnósticos:

*Prostomii com rotogesiccia  
e cintas di no' pente*

27 MAI 2019

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eneil  
CNPJ 21.487.722/0001-08

**EXAMES SOLICITADOS**

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável

**ARTUR PERCIES I. Leite**  
Médico  
Clínico Geral  
CRMPE 49.813

2)		Artur Péricles T. Leite Médico Clínico Geral CREMEC 19.813
3)		
4)		

DESTINO DO PACIENTE			DATA	HORA
( ) Alta	( ) Transferência	( ) Óbito	/ /	
Motivo:				



FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO DE EMERGÊNCIA

Sinais Vitais

Hora	P.A.	Tempo	Peso	Estat.
16:50	160x120	36.24		

**SAME**  
**HMMRM**

CAD:	Data:	101/03/19	Registro:
Paciente: Roberto Mauá Franklin			
Nome da Mãe: Maria Costa de Mauá Franklin			
idade	Sexo	Data Nascimento	RG
51	M	14/07/67	
Endereço: R		CEP:	
Bairro:		Cidade: Bacaima	Estado: CE

Item	Procedimento	Item	CID'S	Tipo de Atendimento
01		01		Clinica Médica
02		02		Clinica Pediátrica
03		03		
04		04		
05		05		

História Clínica:

SAIU ONTEM DE CASA COM PROBLEMA DE ALIMENTAÇÃO  
ESTAVA COM DOR DE CABEÇA E VOMITOS CONSEGUINDO BEBER

Diagnóstico:

PROBLEMA DE CABEÇA E VOMITOS  
CONSEGUINDO BEBER

**RECEBEMOS**

EXAMES SOLICITADOS

16 SET 2019

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável

Artur Hércules I. Leite  
Médico  
Clínico Geral  
CRM/CE 10.813  
CRMEP 10.813  
CRMJ 21.487 / CRMF 11.111

DATA	PREScriÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
16/09/19	1000 mg de Paracetamol	10:00 AM		
	1000 mg de Paracetamol	10:00 AM		
	1000 mg de Paracetamol	10:00 AM		
	1000 mg de Paracetamol	10:00 AM		
	1000 mg de Paracetamol	10:00 AM		

DESTINO DO PACIENTE

DATA

HORA

( ) Alta

( ) Transferência

( ) Óbito

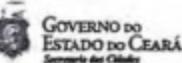
1 - 1

Motivo:

000387

Nº de Inscrição:

51157020



## DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA OSITA DE MOURA FRANKLIN

End. Leitura: RU CLIMERIO ROQUE DE MACEDO, 356, CENTRO

Cidade: IRACEMA

CEP: 62.980-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 096 Setor: 004 Quadra: 152 Lote: 0337 Comp: 0000  
Subsetor: Subquadra:

UN-BBU - IRACEMA

## ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A07F241055	371	380	9	13

## DATAS

Leitura Atual: 11/03/2019 | Emissão: 12/03/2019 | Lacre Água: A07F241055  
Leitura Anterior: 08/02/2019 | Próxima Leitura: 10/4/2019 | Lacre Esgoto:

## QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 03/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	15	15	5	15	15
Analysadas	17	17	17	17	17
Em conformidade	17	13	3	17	17

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE, ÁGUA TRATADA E SAÚDE.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

Descrição dos serviços	Valor (R\$)	Histórico de Volume		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	24,40	03/2018	16	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,36	04/2018	14	0
MULTA DE 2%	0,90	05/2018	11	0
		06/2018	12	0
		07/2018	15	0
		08/2018	18	0
		09/2018	11	0
		10/2018	16	0
		11/2018	16	0
		12/2018	15	0
		01/2019	15	0
		02/2019	8	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,24	Valor do Serviço	39,96
COFINS	1,22	Subsídio(-)	14,30
		Total de Serviço	25,66

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
03/2019	02/04/2019	25,66

## ONDE PAGAR SUA FATURA

Banco do Brasil, BB, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Itaú, Bradesco, Outros, Posto Bill, A Cagece disponibiliza o formulário de débito em conta da sua Conta, Ativa, Ibope, Multibanco, Caixa, entre outros.

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na Ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br)



Entidades Reguladoras Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 283 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.

RECEBEMOS  
27 MAI 2019  
Maria Gacineida F. Nobre  
Corretora de Seguros Eirel  
CNPJ:21.487.739/0001-12

Rota: 32 25011 17 163500 - 6 Data de Emissão: 16/04/2019  
Nome: LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA  
End. Postal: ST MORRINHOS 00000  
ALTO SANTO - ALTO SANTO - 62970000  
Medidor: 24515724 Poste: 0000 0000  
Classe: B2 - 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO  
RG / CPF / CNPJ: 044329533-65 CGF

#### **INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Ler. Atual	Ler. Anterior	Consumo	Consumo (kWh)	Consumo Inc.	Consumo Filt.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
PP	1770	1770	1,00	0,00	0,00	0,00477	10,90

16/04/19	18/05/19	22/05/19	30/05/19	10,63
DESCRÍÇÃO				VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES				10,63
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO				-43,47
COB. SALDO FATURA ANTERIOR				32,59

VENCIMENTO 16/05/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Previsão	.....	3	4
Investimento	.....	0	0
Distribuição	.....	2	4
Provisão de Serviços	.....	4	4
Impostos e Contribuições	.....	0	0
Total	.....	4	4

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO <sub>2</sub> (kg/kWh)		
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		
Emitido kg (CO <sub>2</sub> )	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )	Consciência Ecológica (% CO <sub>2</sub> )
11.71	0.00	

CONTAS EM ATRASO		DEBITOS ANTERIORES
ANUO DE DEBITO VENCIDO:		
Informarão quaisquer débitos vencidos em convênios legais ate esta		
data, no valor de R\$ 57,28. Seu fornecimento de energia poderá ser		
suspensa em até 30 dias contados a partir da fatura vencida e não		
paga.		
	33-400	Valor R
	07/2014	16,79
	21/2014	2,69
	14/2014	19,49

**Paturage TANZANIA,**  
Consta desta factura RS 0,50 referente a e 7.8 + COFINS-Alimentos: R\$0,66, e COFINS:R\$1,10

Bandeira verde em abr/19, sem acreditar no resultado envia e se recusado para o consumidor. Informações: [anael@uol.br](mailto:anael@uol.br)

## **RECEBEMOS**

Nº do Cliente: 6954323 Referência: Abr/2019  
Data de Emissão: 16/04/2019 Total a Pagar (R\$): 0,00  
Nº da Nota Fiscal: 570200783 Total a Pagar (R\$): 0,00

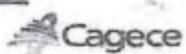
**PARA CONFERENCIA:** Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal\* sem qualquer incidência de multas ou encargos.

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eirel  
CNPJ:21.487.736/0001-06

000327

Nº de Inscrição:

51157020



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Saneamento Básico

**DADOS DO CLIENTE**

Nome: MARIA OSITA DE MOURA FRANKLIN  
End. Leitura: RU CLIMERIO ROQUE DE MACEDO, 356, CENTRO

Cidade: IRACEMA CEP: 62.980-000

End. Entrega:

Cidade:

Local: 006 Setor: 004 Quadra: 152 Lote: 0337 Comp: 0000  
Subsetor: Subquadra:

UN-BRI - IRACEMA

**ECONOMIAS**

Residencial: 001	Comercio: 000	Industrial: 000	Público: 000
------------------	---------------	-----------------	--------------

**INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO**

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Mádia Semestral(m³)
AGUA	A07F241055	371	380	9	13

**DATAS**

Leitura Atual: 11/03/2019 Emissão: 12/03/2019 Lacre Água: A07F241055  
Leitura Anterior: 08/02/2019 (Próxima Leitura: 10/4/2019) Lacre Esgoto:

**QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 03/2019**

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	15	15	5	15	15
Analíticas	17	17	17	17	17
Em conformidade	17	13	3	17	17

**MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE, ÁGUA TRATADA E SAÚDE.  
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
			Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA		24,40	03/2018	16	0
JUROS DE 0,033% AO DIA		0,26	04/2018	14	0
MULTA DE 2%		0,90	05/2018	11	0
			06/2018	12	0
			07/2018	15	0
			08/2018	18	0
			09/2018	11	0
			10/2018	16	0
			11/2018	18	0
			12/2018	15	0
			01/2019	15	0
			02/2019	8	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,24	Valor do Serviço	39,96
COFINS	1,22	Subsídio(-)	14,30
		Total de Serviço	25,66

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
03/2019	02/04/2019	25,66



É obrigatório o usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme regras das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195; Endereço: Rua Inácio da Costa, 171, no bairro Centro, Fortaleza - Ceará, CEP: 60130-000; ou na Ouvidoria Cagece: 3191-1168, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria: endereço: 185, Sítio Arce; www.arce.ce.gov.br.

Educação Reguladoras Portaria: ACPOR - Agência de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Divulga Localizada: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Desregulados do Estado do Ceará: 0800 275 0195.

Imp\_FAT\_CLIENTE\_201903\_77.FIC\_IRACEMA

RECEBEMOS

01 JUL 2019

Maria Gacineida F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ.21.487.738/0001-06

6954323

Pode aplicar seu atendimento, utilizando o nome  
sempre que entrar em contato conosco.

Lei nº 10.833/2004 de 10/04/2004  
Lei nº 10.436/2002 de 20/02/2002  
Companhia Energética do Ceará  
Av. Padre Vitorino, 702  
CEP 60135-040 - Fortaleza - CE  
CNPJ 07047451/0001-70 | CGF 02 108 848-0

## CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 570390783

Rota - 32 25011 17 163500 - 0 Data de Emissão 16/04/2019  
Nome LUIAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA  
End. Postal R. ST. MORRINHOS 06000  
ALTO SANTO - ALTO SANTO - 62970000  
Medidor 24515724 Posto 0000 0000  
Classe BZ - 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO  
RG / CPF / CNPJ 044329533-65 CGF

Nome do Responsável

## DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Prox. Leitura	Veja a legenda no verso desta fatura.
Abr/2019	16/04/2019	16/05/2019	DATA DE PAGAMENTO
			Mês

## ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Período Individual			Aquisição Individual		
			Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
120,00		0,00	DIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
			FIC	7,59	15,18	0,00	0,00	0,00
			DMIC	5,00				

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual  Let. Anterior  Consl.  Consumo (kWh)  Cons. Ind.  Cons. Fct.  Tarifa (R\$/kWh)  Valor (R\$)

FF	1770	1770	1,00	0,00	0,00	0,00
----	------	------	------	------	------	------

16/04/19 - 16/05/19	0,00	0,00	0,00
<b>DESCRIÇÃO</b>			
VALOR CONSUMO DO MES			10,88
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO			-43,47
COB. SALDO "FATURA ANTERIOR"			32,59

VENCIMENTO 16/05/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Consumo	11,71
Impostos	0,00
Outros impostos	0,00
Impostos federais	0,00
Impostos estaduais	0,00
Total	11,71

## HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)

M	J	F	M	A	Ma	J	A	S	Out	N	D

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

Compensa suas emissões de CO<sub>2</sub> geradas pelo consumo da energia elétrica.  
Emissão kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) ConscIndice Ecológico (% CO<sub>2</sub>)

11,71	0,00	
-------	------	--

## CONTAS EM ATRASO

DATA DE PAGAMENTO	DEBITO PAGAMENTO
16/04/2019	10,88
16/05/2019	10,88
16/06/2019	10,88
16/07/2019	10,88
16/08/2019	10,88
16/09/2019	10,88
16/10/2019	10,88
16/11/2019	10,88
16/12/2019	10,88

## PAGAMENTO DA FATURA:

Contra conta fatura de 0,00 reais e 0,00 R\$0,00, 0,00 R\$0,00 e 0,00 R\$0,00

Parcela que é devida, se atrasada, o valor da fatura é ser repassado para o consumidor/terceiro sócio ou cliente a razão de 100%.

RECEBEMOS

01 JUL 2019

Nº do Cliente: 6954323 Referência: Abr/2019  
Data de Emissão: 16/04/2019 Total a Pagar (R\$): 0,00

Maria Cecília F. Nobre  
Comunicação da Saquarema Eletro  
CNPJ:21.457.736/0001-07

Nº da Matrícula:  
51157020



**Cagece** GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Desenvolvendo o Ceará

**DADOS DO CLIENTE**

Nome: MARIA OSITA DE MOURA FRANKLIN  
End. Leitura: RU CLIMERIO ROQUE DE MACEDO, 356, CENTRO  
Cidade: IRACEMA  
End. Entrega:  
Cidade:  
Local: 096 Selor: 004 Quadra: 152 Lote: 0337 Comp: 0000  
Bairro: Subsolar: Subsolar:

UNIRBI - IRACEMA

**ECONOMIAS**

Residencial: 001	Comercial: 000	Industrial: 000	Público: 000
------------------	----------------	-----------------	--------------

**INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO**

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A07F241055	571	380	9	13

**DADAS**

Leitura Atual: 11/03/2019 Emissão: 12/03/2019 Lacre Água: A07F241055

Leitura Anterior: 08/02/2019 Próximas Leituras: 10/4/2019 Lacre Esgoto:

08/2019

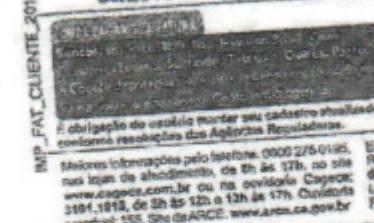
Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cer	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	15	15	5	15	15
Analisadas	17	17	17	17	17
Em conformidade	17	13	3	17	17

**MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**  
AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE, ÁGUA TRATADA E SAÚDE.  
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APlicativo DA ARCE.

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	24,40	03/2018	16	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,36	04/2018	14	0
MULTA DE 2%	0,90	05/2018	11	0
		06/2018	12	0
		07/2018	15	0
		08/2018	15	0
		09/2018	11	0
		10/2018	15	0
		11/2018	15	0
		12/2018	15	0
		01/2019	15	0
		02/2019	8	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		Sessão	Valor (R\$)
Descrição	Valor (R\$)		
Desconto	0,24	Detrimento	39,96
PIS	1,22	Valor do Serviço	14,30
COFINS		Sobrédito(=)	25,66
		Total de Serviço	

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
05/2019	02/06/2019	25,66



MP\_FAT\_CLIENTE\_201903\_77.FIC\_IRACEMA  
Sistema de Recolhimento de Faturamento de Serviços de Águas e Esgotos do Ceará  
CAGECE - Centro de Gestão e Controle do Ceará - Fortaleza - CE  
www.cagece.com.br

O obrigado ao usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece,  
conforme resoluções das Autorizações Reguladoras.  
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0161  
nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site  
www.cagece.com.br ou na ocorrência Cagece  
3191-1912, de 8h às 12h e 13h às 17h. Consulta  
especial: 155, Site da ARCE: www.arcce.ca.gov.br

Entidades Reguladoras Federais: ACPoS - Autoridade de  
Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos  
de Saneamento Ambiental: 0800 233-1912 / Deputado  
Local/Estado: ARCE - Agência Reguladora de Serviços de Águas e Esgotos do Estado do Ceará: 0800 275 0161  
Público Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 0161



16 SET 2019

07/07/2019 10:21:28 / \* \* \* \* \*

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei Nr. 10.430  
de 26 de Março de 2002

Companhia Energética do Ceará  
Av. Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.281/0001-70 | CGF 06.106.848-3



6954323

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima  
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 570390783

Rota 32 25011 17 163500 - 0 Data de Emissão 16/04/2019  
Nome LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA  
End. Postal ST MORRINHOS 06000  
ALTO SANTO - ALTO SANTO - 62970000  
Medidor 24515724 Poste 0000 0000  
Classe B2 - 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL HONOFASICO  
RG / CPF / CNPJ 044329533-65 CGF  
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Prox. Leitura	INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Abr/2019	16/04/2019	16/05/2019	Veja a legenda no verso desta conta.		

BEST 5,00

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
ISENTO			DIC	16,55	21,17	42,34	0,00	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FIC 7,59 15,19 30,39 0,00 0,00 0,00

DMIC 5,69 0,39

5000,70 1.550,00 6.550,70 1.954,00 3.000,70 10,88

16/04/19 18/03/19 29/04/19 30/04/19 10,88

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES 10,88

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -43,47

COB. SALDO FAUTURA ANTERIOR 32,59

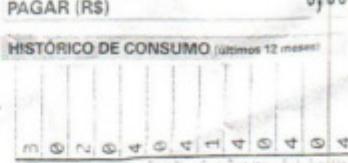
DESCRIÇÃO

VENCIMENTO 16/05/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 16,55 Itransmissão 0,00 Istr. Pública 0,00 Enel 0,00 IPI/IBAMA 0,00 Tributos (IPI/IS/ICMS/CFINS) 0,00 TOTAL 16,55

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



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

Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica (% CO<sub>2</sub>)

11,71 0,00 100

CONTAS EM ATRASO

ATUALIZADO VENCIMENTO: 15/05/2019  
Informamos existem débitos vencidos da sua fatura de 16/04/2019.  
Data, no valor de R\$ 0,00. Seu faturamento de energia pode ser  
suspenso em até 30 dias corridos a partir da fatura vencida e não  
paga.

DEBITOS ANTERIORES

15/04/2019 16,79  
07/03/2019 16,79  
02/02/2019 21,09  
01/01/2019 19,43

RECEBEMOS

16 SET 2019

16/10/2019 Comunidade F. N. de...  
Caridade da Comunidade E...  
CNPJ 21.287/0001-11

PERÍODO INÍCIO REFERÊNCIA: 16/04/2019 FIM: 16/04/2019  
Conselho Gestão Fazenda 0,00 referente à Fazenda ANEL 0,00 e ANEL 0,00

Reserve-se o direito de cobrar o valor da energia a ser reembolsado para o  
consumidor (tarifa regular) ANEL 0,00.

Nº do Cliente: 6954323 Referência: Abr/2019  
Data de Emissão: 16/04/2019 Total a Pagar (R\$): 0,00



## 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 seguros, previdência privada, 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.329.533-65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ROBERTO MOURA FRANKLIN inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.003.803/25, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROBERTO MOURA FRANKLIN, inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.003.803/25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: DESEMPREGADO Renda: SEM RENDA e apresento os documentos comprobatórios:

RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDENCIA E COMPROVANTE SITUAÇÃO CADASTRAL DO CPF

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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	<u>SITIO MORRINHOS</u>			Número S/N	Complemento
Bairro	<u>ALTO SANTO</u>	Cidade	<u>ALTO SANTO</u>	Estado	<u>CE</u> CEP <u>62970-000</u>
Email	<u>LUANMAGALHAESDEOLIVEIRA@YAHOO.COM.BR</u>			Telefone comercial (DDD) <u>(85)999320656</u>	Telefone celular (DDD) <u>(88)997359404</u>

ALTO SANTO/CE, 17 de Mai de 2019  
Local e Data

RECEBEMOS

Luan Magalhães de Oliveira  
Assinatura do Declarante

27 MAI 2019

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eirel  
CNPJ:21.457.739/0001-16



## 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.ASP?GT;PG=1&CODIGO=29536>

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 de profissão e da fazenda 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 CGA<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – CGA, 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.529.533-05, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ROBERTO MOURA FRANKLIN inscrito (a) no CPF sob o Nº 381.003.803 / 25, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROBERTO MOURA FRANKLIN inscrito (a) no CPF sob o Nº 381.003.803 / 25, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: DESEMPREGADO Renda: SEM RENDA, e apresento os documentos comprobatórios:

RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E COMPROVANTE SITUAÇÃO CADASTRAL DO CPF

Recuso informar

Doutra ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, encanando 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	SITIO MORRINHOS		Número B/N	Complemento CASA	
Bairro	ALTO SANTO	Cidade	ALTO SANTO	Estado	CEP
Email	LUANMAGALHAESDEOLIVEIRA@YAHOO.COM.BR		Telefone comercial(DDD) (88)899329566	Telefone celular (DDD) (88)897359404	

ALTO SANTO/CE, 18 de JUNHO de 2019  
Local e Data

RECEBEMOS

01 JUN 2019

Luan Magalhães de Oliveira  
Assinatura do Declarante

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ.21.487.736/0001-06



## 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 LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.329.533-65  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) de Beneficiário ROBERTO MOURA FRANKLIN inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.003.803 / 25, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROBERTO MOURA FRANKLIN inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.003.803 / 25, 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 Lider-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	SITIO MORRINHOS		Número S/N	Complemento
Bairro	ALTO SANTO	Cidade	Estado	CEP
Email	LUANMAGALHAESDEOLIVEIRA@YAHOO.COM.BR	Telefone comercial(DDD) (85)999320656	Telefone celular (DDD) (88)997359404	

RECEBEMOS

ALTO SANTO/CE 10 de SETEMBRO de 2019  
Local e Data

16 SET 2019

Assinatura do Declarante  
Luau Magalhães de Oliveira  
Assinatura do Declarante  
Assinatura do Declarante  
Assinatura do Declarante

# DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Simão Fernandes de Magalhães,

RG nº 2003 019 030 963, data de expedição 12/03/2003,

Órgão SJP - CE, portador do CPF nº 534.370.553-72,

com domicílio na cidade de IRACEMA, no Estado de

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

AVENIDA MARIA NILDE DE QUEIROZ, nº 647,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

ROBERTO MOURA FRANKLIN, cujo o condutor era

ROBERTO MOURA FRANKLIN.

Veículo: MOTO HONDA Modelo: NXR 150 Bros ES Ano: 2008/2008

Placa: MYR-1607 Chassi: 9E2KD033080 75994

Data do Acidente: 10/01/2019

RECEBEMOS

Local e Data: ALTO SANTO - CE 17 maio 2019

27 MAI 2019

Simão Fernandes de Magalhães

Assinatura do Declarante

Maria Cecília F. Nobre  
Corretora de Seguros Eirel  
CNPJ:21.487.738/0001-12

Assinatura do Condutor

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



Juliette Guerra Medeiros  
Escrevente Autorizada  
Alto Santo - CE



Juliette Guerra Medeiros  
Escrevente Autorizada  
Alto Santo - CE

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Simão Fernandes de Melo

RG nº 2003 039 030 363

data de expedição 12/03/2003

Órgão SSP - CE

portador do CPF nº 534.370.593-72

com domicílio na cidade de IRACEMA

no Estado de

Ceará

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

AVENIDA MARIA NILDE DE AVELAR, nº 647

complemento CASA

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

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

ROBERTO NOVAES FRANKLIN

cujo o condutor era

ROBERTO NOVAES FRANKLIN

Veículo: MOTO MONTESA Modelo: NXR 150 Bros ES Ano: 2008/2008

Placa: MYR-5607 Chassi: 9E2KD033080 72394

Data do Acidente: 10/01/2019

**RECEBEMOS**

Local e Data: ALTO SANTO - CE 17 maio 2019

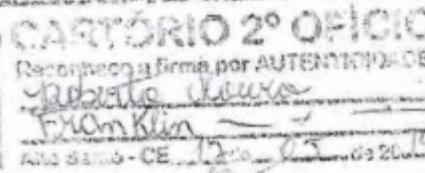
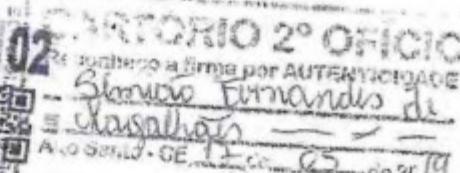
01/01/2019

Simão Fernandes de Melo

Assinatura do Declarante

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eirel  
CNPJ 21.487.736.0001-72

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



*Juliette Guerra Medeiros*  
Escrevente Autorizada  
Alto Santo - CE

*Juliette Guerra Medeiros*  
Escrevente Autorizada  
Alto Santo - CE

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Símão Fernandes de Magalhães

RG nº 2003019030363, data de expedição 12/03/2003,

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 534.370.553-72,

com domicílio na cidade de IRACEMA, no Estado de

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

Avenida Maria Nilce de Queiroz, nº 647,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

ROBERTO MOURA FRANKLIN, cujo o condutor era

ROBERTO MOURA FRANKLIN

Veículo: MOTO MONDA Modelo: NXR 150 Bros ES Ano: 2008/2008

Placa: MYP-1607 Chassi: 9E2AKD00330R0075334

Data do Acidente: 10/01/2019

RECEBEMOS



Local e Data: ALTO SANTO - CE 17 maio 2019

15 SET 2019



Símão Fernandes de Magalhães

Assinatura do Declarante

2019 Corrimento F. Nogueira  
Cronograma de Comunicação E-  
CPF: J21.487.174-611

Assinatura do Condutor

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

**CARTÓRIO 2º OFÍCIO**  
Reconheço a firma por AUTENTICIDADE  
Símão Fernandes de Magalhães  
Alto Santo - CE, 17 de 05 de 2019

Fone: (88) 342-2113  
Site: www.cetec.ce.gov.br  
Email: c2o@ctec.ce.gov.br  
Nº CN 916365

**Juliette Guerra Medeiros**  
Escrevente Autorizada  
Alto Santo - CE

**CARTÓRIO 2º OFÍCIO**  
Reconheço a firma por AUTENTICIDADE  
Roberto Franklin  
Alto Santo - CE, 17 de 05 de 2019

Fone: (88) 342-2113  
Site: www.cetec.ce.gov.br  
Email: c2o@ctec.ce.gov.br  
Nº CN 916365

**Juliette Guerra Medeiros**  
Escrevente Autorizada  
Alto Santo - CE

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO DE EMERGÊNCIA

Sinais Vitais				
Hora	P.A.	Tempo	Peso	Estat.
16:30	166x10036.24			

**SAME**  
**HMMRM**

CAD:	Data:	101 031 19	Registro:	
Paciente:	Roberto Moura Franklin			
Nome da Mãe:	Maria Osita de Moura Franklin			
idade	Sexo	Data Nascimento	RG	Fone
51	M	14/07/67		
Endereço:	CEP:			
Bairro:	Cidade: Braemei		Estado: CE	

Item	Procedimento	Item	CID'S	Tipo de Atendimento
01		01		Clínica Médica
02		02		Clínica Pediátrica
03		03		
04		04		
05		05		Maria Gracilide F. Nobre Corretores de Seguros Eireli CNPJ 12.147.706/0001-06

História Clínica:

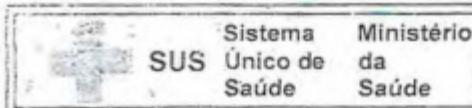
PA CERTE VEITAM DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA ALEATORI  
REITORIO, CRESCE SANTO LUIS, CONVOCOU PEPE PIMENTO

Diagnóstico:

PA CERTEU COM MOTOCICLETA  
CONVOCOU PEPE PIMENTO

EXAMES SOLICITADOS				
Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável				
Artur Pericles J. Lente				
Médico				
Clínico Geral				
CREMECE 49.813				
2)				
3)				
4)				
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
10/01/19	D PERNOITA 1400P + 2100			
	D DE MANHÃ 1420W 1AM + NOITE			
	Chlorotan 75m D.1A.			
	Mcaltopina 25mg VO			
	(5) pt 0,5 DPE PIMENTO. + tornozeleira.			

DESTINO DO PACIENTE		DATA	HORA
<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Transferência	/ /	
Motivo:			



Sistema  
Único de  
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Nome do Estabelecimento Solicitante:  
**Associação Beneficente Médica Pajuçara**

CÓDIGO  
2372150

Nome do Estabelecimento Executante:  
**Associação Beneficente Médica Pajuçara**

CNES  
2372150

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome do Paciente  
**ROBERTO MOURA FRANKLIN**

Carão Gestante

Nome Social

Nº Prontuário  
22816

Cartão Nacional de Saúde (CNS):  
888003883390374

Data de Nasimento  
14/07/1967

Sexo  
Masc  Fem

Raca / Cor  
PARDA

Etnia

Nome da Mãe  
**MARIA OSITA DE MOURA FRANKLIN**

DDD 88  
Telefone de Contato  
93445929

Nome do Responsável

DDD Telefone de Contato

Município de Nascimento UF  
BRASILEIRA Endereço Residencial (Rua, Av, Complemento)  
CLIMERIO ROQUE

Nº 356 Rua  
BEIRA RIO

Município de Residência  
IRACEMA

Código IBGE do Município  
2306009

UF CEP  
CE 62980000

Ponto de Referência

Documento

CPF

RG

R.Civil

PIS/PASEP

Impressão

RG 20171920389

**DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE**

Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante

Nº Cons. Classe

CPF

Ass. e Carimbo do Diretor Clínico

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

Principais Sintomas ou queixas

*Internado para tratamento de hérnia*

Condicões que Justificam a Internação

*Internado para cirurgia*

**Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)**

Diagnóstico inicial	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causes Associadas	Nº Núf. Compulsão
<i>Fábris de hérnia</i>				

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

Descrição do Procedimento Solicitado

Código do Procedimento Sist.

0408050497

*Intervenção cirúrgica*

Urgente  Letivo

TRAUMATOLOGIA

Equipamentos Requeridos para Internação

0408050144

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

Nome do Profissional Solicitante  
**FREDERICO THALES DE VASCONCELOS**

Documento

CPF

CNS

Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente  
78556660363

Nº do Conselho de Classe  
11332

Data da Solicitação  
21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Profiss. Solicitante/Nº do Conselho de Classe

Data Desejada para Intern.  
21/01/2019

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

AC DE TRÂNSITO  
 ACID TRAB/HÍPICO  
 AC TRAB/TRAJETO

CNPJ da Seguradora

Número do Bilhete

Série

CNPJ da Empresa

CNAE da Empresa

CBOR

Vínculo com a Previdência  Empregado

Empregador

Autônomo

Desempregado

Aposentado

ID / ...

Nome do Profissional Autorizador

Documento

CPI

Nº do CNS/CPF Profiss. Autorizador

CNS

*COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO  
CONFERE COM ORIGINAL  
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MEDICAL DE PAJUÇARA  
CNPJ:08.587.611/0001-06  
MARACANAÚ-CE*

**RECEBEMOS**

Data da Autorização

Código do Órgão Emissor

M230765001

Nº Registro Cons. de Classe

Ass. do Autorizador/Carimbo

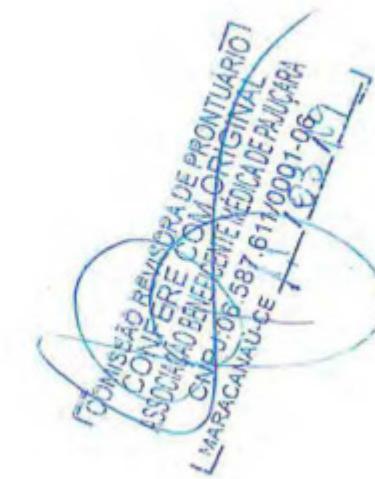
Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06

27 MAI 2019

## RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

1/ Desidratação  
 anêmica.  
 2/ Anemia - 1º hipop.  
 3/ Diagnóstico  
 4/ Incisão da  
 e abertura da -  
 5/ Ressecção e fixação 2  
 6/ Fim - Piscada  
 7/ Rins  
 8/ Reabilitação  
 9/ Curto  
 21/01/19

## ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)



## RECEBEMOS

27 MAI 2019

Maria Cecília F. Nobre  
 Gerente de Seguros Eireli  
 CNPJ 21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

27 MAI 2019

Maria Cecília F. Nobre  
Centro de Seguros ESEL  
CNPJ 21.407.733/0001-0

Paciente: ROBERTO MOURA FRANKLIN  
Localizar: AREMP  
CONV. SUS  
DATA: 27/01/2019  
PESO: 26,02

NOME DO PACIENTE	ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
DATA E HORA	EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO		
21/01/19	  CD-VIA		
	<p>COMISSÃO REVISORIA DE PRONTUÁRIO      CONFIRME COM O ORIGINAL      ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA PESSOAL      CNPJ 05.587.611/0001-06      MARACANAÚ-CE</p>		
	<b>RECEBEMOS</b> 27 MAI 2019 Maria Cecília F. Nobre Geradora de Seguros Eireli CNPJ 21.487.735/0001-06		

Retornar dia 21/01 + em jejum  
07:00hs.



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Roberto Moreira Furtado

Re Uso oral

○ Fluncox 50mg — or —  
er

Pausar or ep 12/11/11

16/01/13

Dr. Rogério Nascimento  
Ortopedista e Traumatologista  
Cirurgia do Joelho  
CRM: 11696 TROT 15198

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará - Fones: (85) 3215.3064  
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51

RECEBEMOS

27 MAI 2019

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.736/0001-06

ABEMPL

FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Robert manu franklin

Ahah

Ahah per e go to  
aim- i am going to em  
per operating I have  
I don't like Pch  
and I am comp. I like  
go to , bac ADM i per  
guinea. Pch i  
and co. mba - or back

Frederica Thales de Vasconcelos  
Ortopedista e Traumatologista

Rua José Otávio, 363 - Pajuçara  
Ceará - Fortaleza - CEP: 60150-370  
(85) 3237-5011 / (85) 98112-26002 / (85) 9893-65-52

08/04/19

RECEBEMOS

27 MAI 2019

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.738/0001-06



Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará  
Fones: (85) 3215.3064  
CNPJ 06.578.611/0001-06

**INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL**  
**SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA**

**ATESTADO MÉDICO**

ATESTO que o Segurado Roberto Mancini  
Franklin portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_  
série \_\_\_\_\_ necessita de 90 (Nove)

Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

5824

Hospital e Ambulatório	Localidade e data
<i>Franck Thales da Vassouras</i> Ortopedia e Traumatologia CRM: 11.332	
Ass. do Médico - CRM nº	
<u>21/01/19</u>	

**NOTA:** Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho

**RECEBEMOS**

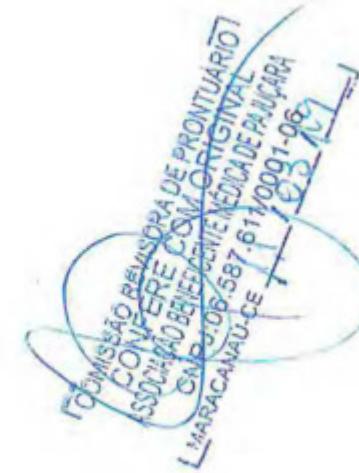
27 MAI 2019

Maria Gacineida F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.738/0001-06

## RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

1/ Dren. h. Dren. gr  
 anestesia.  
 2/ Anest. 1<sup>o</sup> Laring.  
 3/ Dren. 1<sup>o</sup> csg  
 4/ Incis. no dente  
 e abertura de  
 s/ bolha e tor. sc  
 5/ Dren.  
 6/ Fren. ligaç.  
 7/ R. cintil.  
 8/ R. h.  
 9/ M. t.  
 21/01/19

## ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)



## RECEBEMOS

27 MAI 2019

Maria Gecineide F. Nobre  
 Controladora de Seguros Eireli  
 CNPJ:21.487.738/0001-06

Data

Assinatura e Carimbo do Anestesista

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia a um maior consumo de material e medicamento.

Cirurgião	1º Auxiliar
Assinatura e Carimbo do Cirurgião	Assinatura e Carimbo
2º Auxiliar	3º Auxiliar
Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo

RECEBEMOS

27 MAI 2019

Maria Gómez de F. Nogueira  
Corretora de Seguros Est.  
CNPJ 21.457.738/0001

Paciente ROBERTO MOURA FRANKLIN  
HOSPITAL ABEMAP

1120

CONV. SUS

22610  
DATA 21/01

**RECEBEMOS**

27 MAI 2019

Maria Cecília F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.457.739/0001-06

6.47.11

Paciente: ROBERTO MOURA FRANKLIN

113.8 %

SONO-LUS

22810

16.47.11

Técnico:

83.8 %

DATA: 21/01/2019

COMISSÃO REVISORIA DE PRONTUÁRIO  
CONFERE COM ORIGINAL  
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA PEDIATRICA  
CNPJ:06.561.161/0001-90  
MARACANAÚ-CE

RECEBEMOS

71 MM 2019

Carolina Góes  
Hácia Góes  
Góes  
Góes

**FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO DE EMERGÊNCIA**

Sinais Vitais				
Hora	P.A.	Tempo	Peso	Estat.
16:30	160x100	36.94		

**SAME**  
**HMMRM**

CAD:	Data:	101.03.19	Registro:
Paciente:	Roberto Misura Franklin		
Nome da Mãe:	Maria Isita de Misura Franklin		
idade	Sexo	Data Nascimento	RG
51	M	14/07/67	
Enderogo:	CEP:		
Bairro:	Cidade:	Bacuma	Estado: Ceará

Item	Procedimento	Item	CID'S	Tipo de Atendimento
01		01		Clinica Médica
02		02		Clinica Pediátrica
03		03		
04		04		
05		05		

**História Clínica:**

Paço de 2000 VITIO DE AVALIAÇÃO COM ROTINA CLÍNICA ALÉGIAS  
PÁTOMATO CEGALHO GRES CONVÉS PÓS OPERATIVO

**Diagnóstico:**

PAZ PARENTE CEGALHO GRES CONVÉS PÓS OPERATIVO

EXAMES SOLICITADOS				
				Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável
				Artur Méricles J. Leite
				Médico
2)				Clinico Geral
3)				CREMEE-CR 012
4)				
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
10/01/19	1) REPERATOR 1400g + 1000g			
	2) OSELOP 100g 1am + 100g 1pm			
	Alvolan 75mg 2-4h			
	WELASTOPNA 25mg VO			
	3) pt 015 pós operatório. I down fall 60.			

DESTINO DO PACIENTE		DATA	HORA
<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Transferência	( ) Óbito	1 / 1
Motivo:			

**RECEBEMOS**

Assinatura do Paciente ou Responsável

01 JUL 2019

Maria Gacineida F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.457.738/0001-06

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento de Saúde  
Associação Beneficente Médica Pajuçara

Nº LIG 2372150

Nome do Estabelecimento de Saúde  
Associação Beneficente Médica Pajuçara

CNES 2372150

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente  
ROBERTO MOURA FRANKLIN

Classe Gestante

Nome Social

Nº Telefônico  
22816

Endereço do Paciente  
89800388390374

Data de Nascimento  
14/07/1967

Sexo  
Mas.

Razão / Cor  
PARDA

Fone

Nome da Mãe  
MARIA OSITA DE MOURA FRANKLIN

DDD 88  
Telefone da Cuidado  
93445929

Nome do Responsável

DDD 000  
Telefone da Cuidado

Município de Residência

UF  
BRASILEIRA

Endereço Residencial (RUA, AV, COMENDADOR)

CLIMERIO ROQUE

Nº 356

Bairro

BEIRA RIO

Município de Residência  
IRACEMA

Código IBGE do Município  
2305009

UF

CE

CEP 62960000

Placa do Residencial

Documento

RG 20171920389

CPF A RG R.Civil

PIS/PASEP

INSS

Nome do Diretor Clínico ou Executivo

DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Nº Cons. Classe

CPF

Ass. e Carimbo em Baixo

Justificativa da Internação

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Detornou-se suspeito de  
tentativa de homicídio  
nem de li vírus*

Condições de Admissão na Internação

Principais Requerimentos ou Novas Diagnósticas (Requisitos de Exames Recomendados)

Diagnósticos Iniciais

CD 10 Principal

CD 10 Secundário

CD 10 Causas Asociadas

Nº Número Cons.

Descrição do Procedimento solicitado

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimentos Recomendados para Internação

0408050497

Nome do Profissional Recomendado

FREDERICO THALES DE VASCONCELOS

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

*Frederico Thales de Vasconcelos*

Identidade

CRM

CNS

Nº Documento (CRM-CPF) do Profissional Solicitante/Residente

11332

Vida no Serviço

Assinatura e Contato do Prof. Residente N° do Conselho de Classe

0408050497

21/01/2019

Data de Submissão

21/01/2019

Nome do Profissional Autorizador

Frederico Thales de Vasconcelos

Assinatura e Contato do Prof. Autorizador

CRM

CNS

Nº do CNS/CPF Prof. Autorizado

Identidade

CRM

CNS

Nº do CNS/CPF Prof. Autorizado

Vida no Serviço

Assinatura e Contato do Prof. Autorizado

CRM

CNS

Nº do CNS/CPF Prof. Autorizado

Identidade

CRM

CNS

Nº do CNS/CPF Prof. Autorizado

*COMISSÃO REUNIDA DE FORTALEZA  
CONFERE COM ORIGINAL  
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE SAÚDE PAJUÇARA  
CNPJ:06.587.611/0001-56  
MARACANAÚ-CE  
Leylley Resende Souza - Cia. Liderança*

RECEBEMOS

01 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.708/0001-06

## **RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)**

11/ Bushy Den of  
ants.

21 Army - " L. sp.

31 Biperidens " L. sp.

41 Mantis as nymph  
abund on plants

51 Polydes + forges 2  
pines.

61 Green Pipe

71 Red Ant

81 Red - or R.

91 ant -

21/04/19

Cirurgião	1º Auxiliar
Assinatura e Carimbo do Cirurgião	Assinatura e Carimbo
2º Auxiliar	3º Auxiliar
Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo

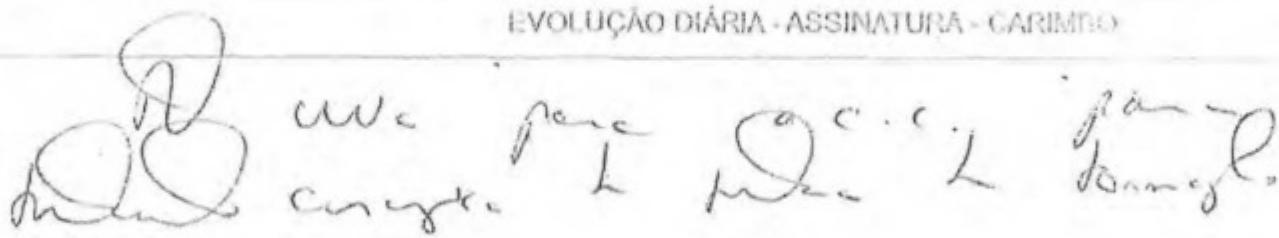
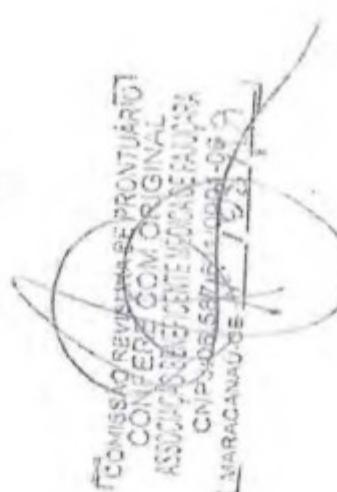
## **ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)**



**RECEBEMOS**

04 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre  
Contadora de Seguros Ekel  
CNPJ 21.487.796/0001-52

NOOME DO PACIENTE	ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTO-ARQUIVO
DATA E HORA	EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO		
21/01/11 9	  CD-VIA		
			
	RECEBEMOS 01 JUN 2011 Maria Gecineide F. Nobre Corretores de Seguros Elet. CNPJ:21.487.770/0001-16		

613%

Testim:

22810

DATA: 31/01/2010

Paciente: ROBERTO MOURA FRANKLIN

247-11

## RECEBEMOS

01 JUL 2019

Maria Gacineida F. Nobre  
Corretora de Seguros Eira  
CNPJ 21.487.738/0001-04

Retornar dia 21/01 f um jefem  
07:00hs.



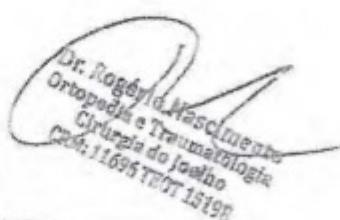
FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Roberto Meirelles

R + VSO. sal

○ Flancox Saony — si  
Tenor er ep 12/12

16/01/19



Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará - Fones: (85) 3215.3064  
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51

RECEBEMOS

11 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.736/0001-06



Rua Jollo Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará  
Fones: (85) 3215.3064  
CNPJ 06.578.611/0001-06

**INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL**  
**SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA**

**ATESTADO MÉDICO**

ATESTO que o Segurado Roberto Viana  
Francklin portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_  
série \_\_\_\_\_ necessita de 90 (Nove),

Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

5824

Hospital e Ambulatório

Localidade e data



Ass. do Médico - CRM nº

2410117

**NOTA:** Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho

ABEVIEF

Robert Morris Franklin

April 2

Dear Sirs  
I have the honor to inform you that I am  
desirous of becoming a member of your  
Institution, and would be pleased to  
have my name added to the list of  
members. I enclose herewith a sum  
of \$100.00, which I trust will be  
sufficient to cover my dues for  
the year. I hope to be able to  
contribute more frequently in  
the future, but at present I  
am unable to do so. I would  
be grateful if you could let me  
know when I can expect to receive  
my membership card. Thank you  
very much for your attention to  
this matter.

Very truly yours,  
Robert Morris Franklin

OB 102 | 19

**RECEBEMOS**

01 JUL 2019

Waldemar Góes  
Corregedor de Segurança  
CNPJ 21.487.739/0001-16

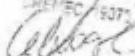
ROBERTO MOURA FRANKEI  
DIRETOR GERAL DE EMPRESAS

CONV. 2019

ATESTADO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SENHOR ROBERTO MOURA FRANKLIN, MASCULINO, 51 ANOS, FOI VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISCO EM JANEIRO /2019 CONFORME CONSTAM NOS REGISTROS HOSPITALARES. APRESENTOU FRATURA DE TORNOZELO ( FÍBULA) DIREITO, A QUAL NECESSITOU DE CORREÇÃO CIRURGICA E ACOMPANHAMENTO DO ORTOPEDISTA. NO MOMENTO JÁ RETORNOU ÀS ATIVIDADES LABORAIS, PORÉM QUEIXA DE DOR E EDEMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO APÓS ESFORÇOS FÍSICOS MODERADOS/INTENSOS.

CID 10: S824 + Y850

Dra. Gabriela Carvalho  
MÉDICA  
CRM-CE 19072  


Iracema - CE, 12 de junho de 2019.

GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS  
MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
CRM-CE 19072

Atestado médico

Roberto Moena Franckliel

RECEITUÁRIO

Paciente para ser devidamente seu, o paciente se via citado, vítima de acidente de trânsito em 10.02.19, tendo sofrido fratura de clavícula e entorse no tornozelo direito, submetendo a TCC cirúrgico e implantação de placa e pinos, o paciente é portador de sequelas permanentes e deficiências no membro afetado, apresentando desordem de força e atrofia muscular em MSO, dificuldade de desembalar, bloqueio ativo de movimento no tornozelo direito e edema importante permanente para funcional média (50%) de MSO, e para extensa (75%) da função do tornozelo direito, o mesmo encontrando-se de alta médica desde a RECEBEMOS  
de fisioterapia desde o dia 20.06.19.

Cid: 582.4

582

593.0  
593.4

José Júlio Fernandes Neto  
Médico  
CRM: 3290

Atendeu na Capital 16 SET 2018

Pela Clínica Geralista Dr.  
Sérgio E. C. P. J. 21.08.2018

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO DE EMERGÊNCIA

Sinais Vitais

Hora	P.A.	Tempo	Peso	Estat.
16:30	160x10036.84			

**SAME**  
**HMMRM**

CAD:

Data: 10/03/19

Registro:

Paciente: Roberto Misura Franklin

Nome da Mãe: Maria Rosita de Misura Franklin

idade

Sexo

Data Nascimento

RG

Fone

Fone Contato

51

M

14/07/67

Endereço: R

CEP:

Bairro:

Cidade: Brahma

Estado: CE

Item	Procedimento	Item	CID'S	Tipo de Atendimento
01		01		Clinica Médica
02		02		Clinica Pediátrica
03		03		
04		04		
05		05		

História Clínica:

PA CRESCEU VÉTEIS OS ACONTECIMENTOS COM ROTOCOLICOS, A CEGUEIRA  
PAUTARONDE, CADA DIA COZES, COMO SE FOI PELE PERTURBADA

RECEBEMOS

Diagnóstico:

PA CRESCEU CADA DIA MAIOR  
COM A CONSISTÊNCIA DO PÉ PENETRANTE

PA CRESCEU CADA DIA MAIOR

COM A CONSISTÊNCIA DO PÉ PENETRANTE

OPP.J.21.467/18...

EXAMES SOLICITADOS

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável

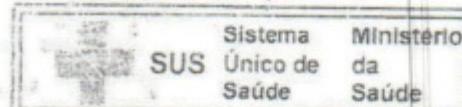
Artur Pericles J. L. Leite  
Médico  
Clínico Geral  
CRM/CE 49.813

2)	
3)	
4)	

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
10/03/19	DOPERONATE 10mg + 2ml			
	250ML 10% 1AM + 1PM			
	250ML 10% I.P.			
	250ML 10% VO			
	(5) RT 0,5 PG DOPERONATE 10% 2ml			

DESTINO DO PACIENTE	DATA	HORA
( ) Alta	( ) Transferência	( ) Óbito
Motivo:		

Assinatura do Paciente ou Responsável



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento Solicitante  
Associação Beneficente Médica Pajuçara

LICENÇA  
2372150

Nome do Estabelecimento Executante  
Associação Beneficente Médica Pajuçara

CNES  
2372150

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente  
ROBERTO MOURA FRANKLIN

Curtação Gestante

Nome Social

Nº Prontuário  
22816

Cartão Nacional de Saúde (CNS)  
898003883390374

Data de Nascimento  
14/07/1967

Sexo  
Masculino

Race / Cor  
PARDA

Fma

Nome da Mãe  
MARIA OSITA DE MOURA FRANKLIN

DDD  
86

Telefone de Contato  
93445929

Nome do Responsável

DDD

Telefone de Contato

Município de Nascimento

UF

Nacionalidade  
BRASILEIRA

Endereço Residencial (Rua, Av, Complemento)  
CLIMERIO ROQUE

Nº  
356

Bairro  
BEIRA RIO

Município de Residência  
IRACEMA

Código IBGE do Município  
2308009

Ponto de Referência

Documento

CPF  
RG  
RG 20171820389

Documentos  
Assinatura e Carimbo

Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante

Nº Cons. Classe

CPF

Ass. e Carimbo do Diretor Clínico

Principais Sintomas

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Condições que Justificam a Internação

*Internado suspeito de linhagem*

*Neurose de ansiedade*

Principais Resultados da Previous Diagnósticos (Resultados de Exames Realizados)

Diagnóstico inicial  
*Fábris de sangue*

CID 10 Principal

CID 10 Secundário

CID 10 Causas Associadas

Nº Recibo. Consulta

Descrição do Procedimento Solicitado

Código do Procedimento Consulta  
0408050497

Classe do Caderno de Internação  
 urgente  novo  
TRAUMATOLOGIA

Equipamentos Requeridos para Internação

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante  
FREDERICO THALES DE VASCONCELOS

Documento

CPF

CNS

Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

78556660363

Nº de Assinatura no Classificado  
11332

Data da Solicitação

Assinatura e Carimbo do Prof. Solicitante/Nº do Conselho de Classe

Data Declarada para Internação  
21/01/2019

21/01/2019

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

AC DE TRÂNSITO  
 ACID TRAMÍTICO  
 AC TRAB/TRAJETO

CNPJ da Seguradora

Número do Bittete

Série

CNPJ da Empresa

CNAE da Empresa

CRON

Vínculo com a Previdência  Empregado

Empregado

Aposentado

Desempregado

Aposentado

**RECEBEMOS**

Nome do Profissional Autorizador

Documento  
 CPI  CNS

Nº do CNS/CPF Prof. Autorizado

Data da Autorização

Código de Órgão Emissor

IM230765001

Nº Registro Cons. de Classe

Ass. do Autorizador/Carimbo

F.º  
COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO  
CONFERE COM ORIGINAL  
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA  
CNPJ 06.567.611/0001-96  
MARACANAÚ-CE

(Lápis/Caneta Reservada para Usar Lápis/Caneta)

*Maria Fernanda F. Nonato  
Carreiro e Jair Souza Neto E.  
CNPJ 21.447.744-001-00*

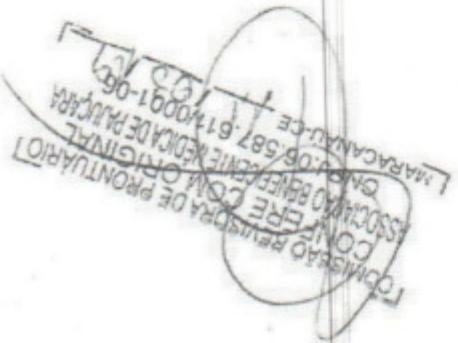
16 SET 2019

## RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

## ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

1) Desidratação  
anêmico - 2) Anemia  
3) Diagnóstico  
4) Incisão  
aberta - 0 - 6 cm -  
5) Sutura - 1 fio - 5 cm - 2

6) Fim - 7) 8) 9)  
10) 11) 12)



Data

Assinatura e Carimbo do Anestesista

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia a um maior consumo de material e medicamento.

21/01/99

1º Auxiliar  
Assinatura e Carimbo  
6 SET 1999

RECEBEMOS  
Assinatura e Carimbo  
3º Auxiliar  
19

Assinatura e Carimbo

Cirurgião

Assinatura e Carimbo do Cirurgião

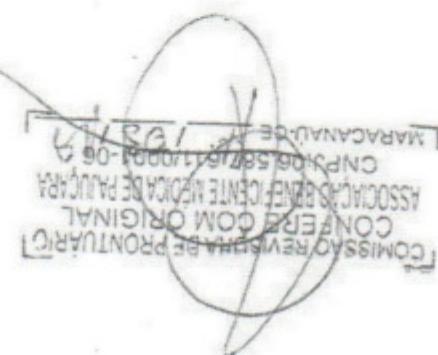
2º Auxiliar

Assinatura e Carimbo



Convênio:SIM/SUS - INAMPS

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanau/Ceará.  
Fone/Fax: (85) 3215.3120 - Fone: (85) 3215.3133.

NOME DO PACIENTE	DATA E HORA	EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO	ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
<i>Edna</i>	21/01/19	<i>Edna</i>	<i>EDNA</i>	<i>EDNA</i>	<i>EDNA</i>
        <p>ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PRONTUÁRIO CONFERIR COM ORIGINAL CNPJ 06.567.611/0001-06 LARACANAÚDE 11325-000</p>					
<b>RECEBEMOS</b> <b>16 SET 2019</b> <i>Rua Cecília F. Nogueira, 21. Centro de São Paulo - SP - CEP: 01211-007</i>					

83,8%

64711  
Técnico:

22810  
DATA: 21/01/2019

113,8%  
Paciente: ROBERTO MOURA FRANKLIN  
com: CIC

RECEBEMOS

16 SET 2019

Maria das Graças F. Nogueira  
Graça da Conceição F.  
CNPJ 21.488.700-0001-01

64711

Retornar dia 21/01 f em jepem



07:00hs.

FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Ribeiro Meire Fumieken

P + vso sol

○ Flancox Seong — ei  
er

Tenor ei ep 12/12

16/01/13

Dr. Rogério Machado  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM: 11696 TECUT 15196

RECEBEMOS

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará - Fones: (85) 3215.3064  
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51

16 SFT 2019

Ex-Dir. Capitania F. Nazaré  
Gabinete de Comunicação  
CNPJ: 21.497.304-0001-00



Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará  
Fones: (85) 3215.3064  
CNPJ 06.578.611/0001-06

**INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL**  
**SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA**

**ATESTADO MÉDICO**

ATESTO que o Segurado Roberto Maia  
Franklin portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_  
série \_\_\_\_\_ necessita de 90 (Neunze),

Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

5824

Hospital e Ambulatório	Localidade e data
<i>Fábio Thales de Vasconcelos</i> Ortopedia e Traumatologia CRM: 11.332	

Ass. do Médico - CRM nº

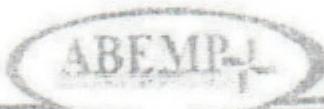
21/01/19

**NOTA:** Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho

**RECEBEMOS**

16 SET 2019

2019 Capimconde F. Neiva  
Caminhada São Joaquim 200  
CNPJ:21.487/0001-14

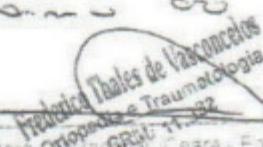


FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTROPÍCAS DO CEARÁ

Robert Mauro franklin

Abril

Abre seu e peço  
ain- acompanhado em  
pr operação L. Jana  
L. Domingos. Dr. Pedro Pach  
eulio com complicações  
fazer, da ADM e um  
guia. Pach é de  
após o n.º ou trate



Rua João Carneiro, 303 - Papicu - Fortaleza - Ceará - Fones: (85) 3215-3254  
(85) 3238-6111/000 - CNES: 22002-005893-45-51

08/04/19

RECEBEMOS

16 SET 2019

Carolina F. Nogueira  
Cremec/CE 000000000000  
CRF/CE 21.487 / 000000000000



ECE

18.5.01

2003  
C2003-10-0001  
CP-221-51

Paciente: ROBERTO MOURA FRANKLIN  
HOSPITAL AREMP

CONV. SUS

DIA: 20/05/03

ATESTADO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SENHOR ROBERTO MOURA FRANKLIN, MASCULINO, 51 ANOS, FOI VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISCO EM JANEIRO /2019 CONFORME CONSTAM NOS REGISTROS HOSPITALARES. APRESENTOU FRATURA DE TORNOZELO ( FÍBULA) DIREITO, A QUAL NECESSITOU DE CORREÇÃO CIRURGICA E ACOMPANHAMENTO DO ORTOPEDISTA. NO MOMENTO JÁ RETORNOU ÀS ATIVIDADES LABORAIS, PORÉM QUEIXA DE DOR E EDEMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO APÓS ESFORÇOS FÍSICOS MODERADOS/INTENSOS.

CID 10: S824 + Y850

Dra. Gabriela Carvalho  
MÉDICO  
CRM-CE 19072  
*Gabrielle*

GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS  
MÉDICO DA ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMILIA  
CRM-CE 19072

Iracema - CE, 12 de junho de 2019.

RECEBEMOS

16 SET 2019

Assinatura F. Nachter  
Assinatura E. C.  
Assinatura P. F. Faria

Atestado médico

Roberto Moena Franckliel

RECEITUÁRIO

Paciente para ser devidamente seu, o paciente se via citado, vítima de acidente de trânsito em 10.02.19, tendo sofrido fratura de clavícula e entorse no tornozelo direito, submetendo a TCC cirúrgico e implantação de placa e pinos, o paciente é portador de sequelas permanentes e deficiências no membro afetado, apresentando desordem de força e atrofia muscular em MSO, dificuldade de desembalar, bloqueio ativo de movimento no tornozelo direito e edema importante permanente para funcional média (50%) de MSO, e para extensa (75%) da função do tornozelo direito, o mesmo encontrando-se de alta médica desde a RECEBEMOS  
de fisioterapia desde o dia 20.06.19.

Cid: 582.4

582

593.0  
593.4

José Júlio Fernandes Neto  
Médico  
CRM: 3290

Atendeu na Capital 16 SET 2018

Pela Clínica Geralista Dr.  
Sérgio E. C. P. J. 21.08.2018

## **FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO DE EMERGÊNCIA**

Sinais Vitais				
Hora	P.A.	Tempo	Peso	Estat.
16:30	160x100	36.84		

SAME  
HMMRM

CAD:	Data:	10/03/19	Registro:	
Paciente:	Roberto Moura Franklin			
Nome da Mãe:	Márcia Rosita de Moura Franklin			
idade	Sexo	Data Nascimento	RG	Fone
51	M	14/07/67		
Endereço:	CEP:			
Bairro:	Cidade:		Estado:	

Item	Procedimento	Item	CID'S	Tipo de Atendimento
01		01		Clinica Médica
02		02		Clinica Pediátrica
03		03		
04		04		
05		05		

## História Clínica:

As cintas de fita das garras com rotuladora, adesivadas  
nas mordidas, em Santo André, com setas feitas para identificação

**Diagnóstico:**

*Platynus caninus* (L.)  
O concreto do Rio Perito

*Pearl City, Hawaii*  
Catered by the Company  
Sept 21, 1921.

**EXAMES SOLICITADOS**

**Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável**  
Artur Péricles J. Leite  
Médico  
Clínico Geral  
CREMEC 49.813

2)	Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável Artur Péricles I. Leite Médico Clínico Geral CREMECE 48.813			
3)				
4)				
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
10/01/19	D) DIFERENÇA 14 AM + 20 PM			
	D) CLASSE 14:20/21 14 AM + 20 PM			
	D) VOLTA RÉ 75 m I.R.			
	D) CAFÉ 25 m 40			
	D) RT 015 PG DIFERENÇA + 20 PM			

DESTINO DO PACIENTE		DATA	HORA
<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Óbito	/ /
Motivo:			

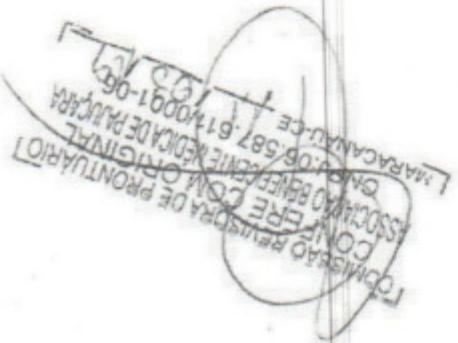


## RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

## ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

1) Desidratação  
anêmico - 2) Anemia  
3) Diagnóstico  
4) Incisão  
aberta - 0 - 6 cm -  
5) Sutura - 1 fio - 5 cm - 2

6) Fim - 7) 8) 9)  
10) 11) 12)



Data

Assinatura e Carimbo do Anestesista

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia a um maior consumo de material e medicamento.

21/01/19

1º Auxiliar  
Assinatura e Carimbo  
6 SET 19

Assinatura e Carimbo  
RECEBEMOS  
Cirurgião Dr. F. Neri  
Assistente Dr. G. M. P. C.  
CPM 21.444

Assinatura e Carimbo

2º Auxiliar

Assinatura e Carimbo



NOME DO PACIENTE		EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO			PRONTUÁRIO
DATA E HORA		ENF. OU APTO.	LEITO		
21/01/19					

RECEBEMOS  
16 SET 2019

Maria Gericinoride F. Nogueira  
Coronel da Ch. Comunica E.  
CNPJ 21.447.734-011-0

83,8%

64711  
Técnico:

22810  
DATA: 21/01/2019

113,8%  
Paciente: ROBERTO MOURA FRANKLIN  
com: CIC

RECEBEMOS

16 SET 2019

Maria das Graças F. Nogueira  
Graça da Conceição F.  
CNPJ 21.488.700-0001-01

64711

Retornar dia 21/01 f em jepem



07:00hs.

FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Ribeiro Meire Fumieken

P + vso sol

○ Flancox Seong — ei  
er

Tenor ei ep 12/12

16/01/13

Dr. Rogério Machado  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM: 11696 TECUT 15196

RECEBEMOS

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará - Fones: (85) 3215.3064  
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51

16 SFT 2019

Ex-Dir. Capitania F. Nazaré  
Gabinete de Comunicação  
CNPJ: 21.497.304-81-00



Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará  
Fones: (85) 3215.3064  
CNPJ 06.578.611/0001-06

**INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL**  
**SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA**

**ATESTADO MÉDICO**

ATESTO que o Segurado Roberto Maia  
Franklin portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_  
série \_\_\_\_\_ necessita de 90 (Neunze),

Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

5824

Hospital e Ambulatório	Localidade e data
<i>Fábio Thales de Vasconcelos</i> Ortopedia e Traumatologia CRM: 11.332	

Ass. do Médico - CRM nº

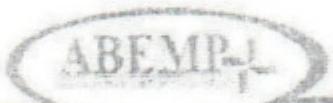
21/01/19

**NOTA:** Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho

RECEBEMOS

16 SET 2019

2019 Capimconde F. Neves  
Caminhada São Joaquim  
CNPJ:21.487/0001-14

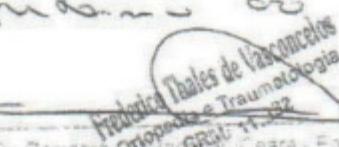


FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTROPÍCAS DO CEARÁ

Robert Mauro franklin

Abril

Abre seu e peço  
ain- acompanhado em  
pr operação L. Jana  
L. Domingos. Dr. Pedro Pach  
eulio com complicações  
fazer, da ADM e um  
guia. Pach é de  
após o n.º ou trate



Rua João Carneiro, 303 - Papicu - Fortaleza - Ceará - Fones: (85) 3215-3254  
(85) 3238-6111/000 - CNES: 22002-005893-45-51

08/04/19

RECEBEMOS

16 SET 2019

Carolina Ferreira  
Criança de 01 mês  
CPF: 121.487.100-01



ECE

185

2000  
C2000  
C2100

Paciente: ROBERTO MOURA FRANKLIN  
HOSPITAL AREMP

CONV. SUS

DIA: 20/01/2000

ATESTADO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SENHOR ROBERTO MOURA FRANKLIN, MASCULINO, 51 ANOS, FOI VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISCO EM JANEIRO /2019 CONFORME CONSTAM NOS REGISTROS HOSPITALARES. APRESENTOU FRATURA DE TORNOZELO ( FÍBULA) DIREITO, A QUAL NECESSITOU DE CORREÇÃO CIRURGICA E ACOMPANHAMENTO DO ORTOPEDISTA. NO MOMENTO JÁ RETORNOU ÀS ATIVIDADES LABORAIS, PORÉM QUEIXA DE DOR E EDEMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO APÓS ESFORÇOS FÍSICOS MODERADOS/INTENSOS.

CID 10: S824 + Y850

Dra. Gabriela Carvalho  
MÉDICO  
CRM-CE 19072  
*Gabrielle*

GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS  
MÉDICO DA ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMILIA  
CRM-CE 19072

Iracema - CE, 12 de junho de 2019.

RECEBEMOS

16 SET 2019

.../.../.../.../.../.../...



RECEBEMOS

27 MAI 2019

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06