

 **Poder Judiciário**
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair) [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

! Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01307578-0** em **03/07/2020 09:34:53**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0233440-60.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01307578-0
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 03/07/2020 09:34:53

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2731431_CONTESTACAO_01 - 1-13.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2731431_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL PEREIRA NUNES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00751

CONTA: 00000045618-2

Nr. da Autenticação 33A4443AAEAF3E91

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:

822.457.463-68

Nome completo da vítima:

Rafael Pereira Nunes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BEI / FIGARIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Rafael Pereira Nunes

Profissão:

Autônomo

Endereço:

Rua Robert Braga Lais

Bairro:

Pq. Santa Fé

Cidade:

Maranguape

Estado:

CE

E-mail:

SSimplifica

CPF: 822.457.463-68

Número: 895

Complemento:

CEP: 68.384-13

TEL (DDD): (85) 9.8422.3357

NEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECLUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0751

CONTA: 45618

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

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

ção/reembolso do Seguro DPVAT o 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 o meu pedido 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 permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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.

CLASSE DE INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a)

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nasceu (vai nascer)? Sim Não 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 responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

CLASSE DE MORTE

Óbito da vítima:

Informar o nome completo:

Assinatura:

Local e Data: Fortaleza, 28 de junho de 2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1^a | Nome:

CPF:

2^a | Nome:

CPF:

Assinatura:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RODO, 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 DAS PESSOAS.

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:

822.457.463-68

Nome completo da vítima:

Rafael Pereira Nunes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BEI / FIGARIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Rafael Pereira Nunes

Profissão:

Autônomo

Endereço:

Rua Robert Braga Lais

Bairro:

Pq. Santa Fé

Cidade:

Maranguape

Estado:

CE

E-mail:

SSimplifica

CPF: 822.457.463-68

Número: 895

Complemento:

CEP: 68.384-13

TEL (DDD): (85) 9.8422.3357

NEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECLUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0751

CONTA: 45618

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

ção/reembolso do Seguro DPVAT o 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 o pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidade permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

ns de requerimento de indenização

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

0 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação existente e quantificação das lesões significativa 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:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a)

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nasceu (vai nascer)? Sim Não 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 que responderão o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

os que se apresentarem e provarem restar o valor recebido, além da

Assinatura:

Nome:

CPF:

Local e Data:

Fortaleza, 28 de junho de 2019

TESTEMUNHAS

1^a | Nome:

CPF:

2^a | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RODO, 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 DAS PESSOAS.



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190402966 Vítima: RAFAEL PEREIRA NUNES

Data do Acidente: 24/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAEL PEREIRA NUNES

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 2.025,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: RAFAEL PEREIRA NUNES

Valor: R\$ 2.025,00

Banco: 104

Agência: 000000751

Conta: 0000045618-2

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.

Atenciosamente,

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 02 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190402966

Vítima: RAFAEL PEREIRA NUNES

Data do Acidente: 24/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL PEREIRA NUNES

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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL PEREIRA NUNES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00751

CONTA: 000000045618-2

Nr. da Autenticação 33A4443AAEAF3E91

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218898/19

Vítima: RAFAEL PEREIRA NUNES

CPF: 822.457.463-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/03/2019

Titular do CPF: RAFAEL PEREIRA NUNES

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RAFAEL PEREIRA NUNES : 822.457.463-68

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 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: 28/06/2019
Nome: RAFAEL PEREIRA NUNES
CPF: 822.457.463-68

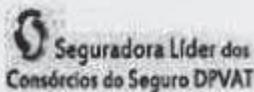
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

RAFAEL PEREIRA NUNES

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218898/19

Vítima: RAFAEL PEREIRA NUNES

CPF: 822.457.463-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/03/2019

Titular do CPF: RAFAEL PEREIRA NUNES

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RAFAEL PEREIRA NUNES : 822.457.463-68

- 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 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: 28/06/2019
Nome: RAFAEL PEREIRA NUNES
CPF: 822.457.463-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

RAFAEL PEREIRA NUNES

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190402966 **Cidade:** Maranguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL PEREIRA NUNES **Data do acidente:** 24/03/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO DO 2º DEDO E OSTEOSÍNTSE COM FIOS DE K. NO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO. PG. 10.
ALTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO COMPLETO DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA PERDA ANATÔMICA COMPLETA DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MODERADO DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00

127000268 08



SUS

Sistema Único de Saúde

CCI - Central de Controle de Internação

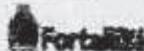
MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROTEÇÃO DA POPULAÇÃO
Av. Getúlio Vargas nº 2227 - Prédio 2 - CEP: 6020-040
Fortaleza - CE
Telefone (85) 3236-7240

NOTA DE ADMISSÃO E DOCUMENTAÇÃO DE EMISSÃO DE ATENDIMENTO - SUS - PMS
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

Nº de AIH:

2319102102394



UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CFC / CNPJ

07.835.044 / 0002-61

NOME DO PACIENTE

Roberto Ribeiro Nunes

ENDERECO DO PACIENTE

RUA: ROBERTO BRAQUEIRAS Nº 855

Bairro:

PARQUE SANTA Fé

Município

MARANHÃO

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

04/03/1980

SEXO

1.□ MASC 3.□ FEM

CONDIÇÃO

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

Nº DA RUA:

MARIA PEREIRA NUNES

CPF MÉDICO SOLICITANTE

CPF E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINATURA DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT. | PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO
29/03/19D. GESTOR
CREME/CRM/CRF

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Turmo no PE (+) + sputos flocos
do 2º pododectílio e fraca expectora do
3º pododectílio

28 JUN 2019

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Notável dor crônica

PP. D. MUNIC.

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

exame clínico + Radiografia

AGNOSTICO INICIAL

Ex tapete dos ossos do pé

TIPO DE CLÍNICA

- CIRÚRGICA
- CLÍNICA MÉDICA
- PSQUIÁTRICA
- OUTROS

- OBSTÉTRICA
- TISIOPELIMOL
- PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Poplarz id's + ampolas

J

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

D. GESTOR
CREME/CRM/CRFDATA
29/03/19

HORA

Name:

Rafael Pereira Alves

Rafael Pereira Alves

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

DATA EVOLUÇÃO
7.0. pós op emprégio ginecologico
2º pop E fx as 3º pop 5
f.u cl húmo = cito loco
nº65 fator

ACD: Aguarde milhares os primeiros
mês
março 1973
Dr. Igor de Lucena
Unidade de Clínica e Consultório
Centro de Dermatologia
CEP 1560-100 Rio de Janeiro
RJ 152

3/03/19 Radul, 39mm HD 4° Po Lc 2-POPE + fut 3 Po
E. lemniscata on cedar, evergreen, a cliff. 30m.
in shrub

Romanitz W. de Spakova
COPENHAGEN

29 $\frac{1}{3}$ meet wife.

Altice

19/03/19. R.P.A., 39a, masculino. S/PD de computação traumática da 2^a de 2^o PDD (E). Evolução corrente, orientado, empolgado com o ambiente. Agente dieto por VO. Eliminações imponentes (A). Sem queixas. Segue de alta hospitalar.

~~re Danister~~

Nome: Ronaldo Peninha Alves

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			24/03/2019	Fractura do pé (E)

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

DATA	EVOLUÇÃO
24/03/19	<p><u>Grossulag</u></p> <p>Paciente vítima de acidente de roda-direção c/ fratura no pé (E), evoluindo com função motora do pé e 3º pododecto + dor ligeira funicular de folsomia distal do 2º podod.</p> <p>Onicunha mantida, glossose.</p> <p>ex: intern + no ce.</p>

28 JUN 2019

Dr. Geraldo
CRM: 13.913

24/03/19 ÀS 23:30 h paciente deu entrada no CC e foi submetido ao procedimento MTE.

Okam

25/03/2019 ÀS 00:00 h paciente, R. P. N. 39 a. P.º de Angustosa com lesão por E luxo anterior bloquio feita. Escolio para cinto orientado, verbalizando em ar amarelo, bem queixas algíricas na manobra. Cxj em si funcionando e bem bons resultados curativos. Eliminação fisiológicas desse tipo no período de mês. PFT: Cl, FG: bpm, SpO2: 98%. Satisfação da equipe.

25/03/2019 ÀS 00:10 h paciente encaminhado para o T.I. h 11'45'.

24/03/19. Turmalina

23:30

Realizou turmalina cirurgia + Regulação do coto de proptese do 2º pododecto + sutura - os fragmentos no 3º pododecto c/ fio k. Procedimento na intacorrugem.

Dr. Geraldo
CRM: 13.913

Dr. Geraldo

DATA	EVOLUÇÃO
23/03	00:30. ADM. NESTA MUDANÇA PROVENIENTE DO C.C., APÓS SUBMETER A PROCEDIMENTO EIRURGICO: DECLE ROMINHO, EM HABITACAO, CURATIVO, LIMPO. NEGA ALERGIAS, ITAD. DM. SEGURO SOB OBSERVACAO
25	Reute oper.
3	D. S.
25/3/19	16h, paciente com ITD de pô de amputação do 2º PDD, com estadios geral regular, consciente, orientado. Verbalizações aceita dito. Orientada. Ulimnacões, isologias presentes. Segue sem maiores quebras e ao engado da enfermagem. Enfermagem Enfermagem
26	Reute oper.
3	M. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia Traumatologia CUNH Tudo
26/03/19	Renovado curativo no pé, com sutura, sangramento e com fissões. Banda com ST a 0,91. AT
27/03/19	Renovado o curativo no pé, com frida superficial em pododictilo E (4%), com sutura e fissões. Aplicado AGF em frida superficial. ATB
27/03/19	R.P.N. 39a, masculino. Pô de amputação itásmica de 2º PDD (E). Trabalho consciente, orientado, responde. Aceita dito por VO. Fissões ungueais. Segue aos cuidados da equipe. ATB

卷之三

ESTRUTURA DA VIDA

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ALMA-DO Torna a tornare nel grande cinema di Sagrada con la storia del mago e della sua scuola di illusionisti.

~~Dr. RICCI - Chirurgia e Traumatologia
S. Maria di Gallo - 80050 Crotone~~

Portaleza

MUNICÍPIO DE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
EDMIRIO FERREIRA DE FREITAS

PREScriÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida obrigatoriamente da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

Isabela S.

NOME:

Isabela S.

DATA:

16/06/2015

PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA

HORÁRIO DE APLICAÇÃO

DOS MEDICAMENTOS

DATA:

DIETA GERAL

ENF.:

20

LEITO:

114

Nº PRONTUÁRIO:

321

RUBRICA

(Encontrada)

OBSERVAÇÃO

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

DATA:

16/06/2015

ENF.:

18

LEITO:

06

Nº PRONTUÁRIO:

321

RUBRICA

(Encontrada)

OBSERVAÇÃO

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

DATA:

16/06/2015

ENF.:

18

LEITO:

12

Nº PRONTUÁRIO:

321

RUBRICA

(Encontrada)

OBSERVAÇÃO

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

DATA:

16/06/2015

ENF.:

18

LEITO:

12

Nº PRONTUÁRIO:

321

RUBRICA

(Encontrada)

OBSERVAÇÃO

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

DATA:

16/06/2015

ENF.:

18

LEITO:

12

Nº PRONTUÁRIO:

321

RUBRICA

(Encontrada)

OBSERVAÇÃO

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

DATA:

16/06/2015

ENF.:

18

LEITO:

12

Nº PRONTUÁRIO:

321

RUBRICA

(Encontrada)

OBSERVAÇÃO

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

DATA:

16/06/2015

ENF.:

18

LEITO:

12

Nº PRONTUÁRIO:

321

RUBRICA

(Encontrada)

OBSERVAÇÃO

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

DATA:

16/06/2015

ENF.:

18

LEITO:

12

Nº PRONTUÁRIO:

321

RUBRICA

(Encontrada)

OBSERVAÇÃO

1

2

3

4

5

6

Fortaleza

PREFECTURA MUNICIPAL DE FORTALEZA—SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DR. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PROVINCIAL DO PARANAMARIA
Av. General Osório, 1000 — Fortaleza - CEP 60130-000
Teléfone (85) 3222-3000 — Fax: 3222-3022

FOLHA DE ANESTESIA

Prontuário N°:

Nome:
Enfermista:

Rafael Cunha Neto

Data:	Leito:	Pres. Arterial:	P脉:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
Tipo Sanguíneo:	Hemácias:	Hemoglobina:	Hematóptico:	Glicemia:	Urínia:	Outras:	
	Urina:						
Ap. Respiratório:					Aasma:	Bronquite:	
Ap. Circulatório:					Eletrocardiograma:		
Ap. Digestivo:					Ap. Urológico:		
Estado Mental:	Dentes:	Peacogo:	Alergias:				
Diagnóstico Pré-operatório:	Alucinóxos:	Corticoides:	Hipotensora:				
Anestesias Anteriores:					Efetivo Físico:	Riso:	
Med. Anestésicas:					INDUÇÃO		
Apêndice:					Data: _____		
Analgesia:					Laringoscópio: _____		
Intubação:					Máscara: _____		
				Dose: _____			
				Modo: _____			
				Vias: _____			
				INDUÇÃO			
				SUSTENTAÇÃO			
				<p>O Blynur 10ml 10% lidocaina 10ml 10% etomidato 10ml O alflobutin 3</p>			
				<p>28 JUL 2019</p>			
				<p>Atendente: Dr. Thiago P. Mineiro Data: 28/07/2019</p>			
				<p>DISPENSAR</p>			
				<p>Recomendação: _____ Data: _____ Prazo: _____ Município: _____ Vistoria: _____ Clínica: _____ Outras: _____ Prazo de validade: _____</p>			
				<p>CONSIDERAÇÕES</p>			

27 55 Aplicadas às: Efeito:

Dr. Thiago P. Mineiro
 Médico Anestesiista
 CRM/MEC 11660



PROFISSIONAL DE FONTOARIA - PROFESSOR JOSÉ MARCOS DA SILVA
DOUTOR MEC. DILSON JOSÉ MARQUES DA SILVA
PROFESSOR DE PARAPENTE
DE: Odont. Dr. José - CEP 01300-000 - São Paulo
Télefone: 2500-2500 - Celular: 2500-2500

FOLHA DE ANESTESIA

MEDICAMENTO	UNID	QUANT	MEDICAMENTO	UNID	QUANT
ADRENALINA	AMPOLA		PROPÓPOLIS 10ml	AMPOLA	
ÁGUA DISTILADA	AMPOLA		PROPÓPOLIS 20ml	AMPOLA	
AMFACINA	AMPOLA		PROTAMINA	AMPOLA	
AMPICILINA 1g	AMPOLA		RANTIDINA	AMPOLA	
ALINOFUNA	AMPOLA		SUVOREFLURANO	ML	
ATROPINA 0,35MG	AMPOLA		SUCROSIMCOLINA	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% C/ADRENALINA	FRASCO		TIOPENTAL	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% C/ADRENALINA	FRASCO				
BUPIVACAÍNA 0,5% PESADA	AMPOLA				
BICARBONATO DE SÓDIO	AMPOLA				
BROMOPRIDA 10MG	AMPOLA				
CEFALOTTINA 500MG	FRASCO				
IZOLINA 50MG	FRASCO				
CETRÍAXONA 1G	FRASCO				
CETOPROFENO 100MG	FRASCO		SOROS		
CETAMINA	ML		SORO FÍSIOLOGICO 0,9% 250ML	FRASCO	
CISATRACURIO	AMPOLA		SORO GLUCOSADO 5% 80ML	FRASCO	
CLINDAMICINA	AMPOLA		SORO GLUCOSADO 5% 80ML	FRASCO	
CLÓRETO DE POTASSIO 10%	AMPOLA		SORO GLUCOSADO 5% 80ML	FRASCO	
DEXAMETASONA	AMPOLA		SORO RINGER LACTADO 80ML	FRASCO	
DEGLANOSÍDEO	AMPOLA		SOL. MANITOL 20% 250ML	FRASCO	
DIAZEPAM 10MG	AMPOLA		PRUTORE	FRASCO	
DIPRONA	AMPOLA				
CIPRONA - ESCOPOLAMINA	AMPOLA				
DOBUTAMINA	AMPOLA		SISTEMA HEMODINÂMICO		
DOPAMINA	AMPOLA		PLASMA		
ETILEPRINA 10MG	AMPOLA		SANGUE TOTAL		
ETOMIDATO	AMPOLA		CONCENTRADO DE HEMACIAS		
FE. RL.	AMPOLA		ALBUMINA		
FUROSEMIDA	AMPOLA				
PENTAMICINA	AMPOLA		MATERIALS DE CASTÁVIES		
IPARINA	AMPOLA		CATETER VENÔMO	UNIDADE	
HIDROCORTISONA 100MG	FRASCO		EXTENSOR	UNIDADE	
HIDROCORTISONA 500MG	FRASCO		EQUIPO DE SORO	UNIDADE	
PSILON	AMPOLA		SORDA ASPIRAÇÃO	UNIDADE	
SOFLURANO	ML		SORDA TRAQUEAL	UNIDADE	
SÓRDIL	AMPOLA		SORDA NASOGASTRICA	UNIDADE	
DOCAINA 2% CIADRENALINA	FRASCO		SCALP	UNIDADE	
DOCAINA 2% C/ADRENALINA	FRASCO		ABULIA FÍSICA	UNIDADE	
DOCAINA GEL	FRASCO		ABULIA FÍSICA	UNIDADE	
EPERDIDA 100MG	AMPOLA		AGULHA FÍSICA	UNIDADE	
ETOCLOPROMIDA	AMPOLA		TOXAQUINA 3 VIAS	UNIDADE	
ETRONIDAZOL 500MG	FRASCO				
DAZOLAN 5MG	AMPOLA				

**REGISTRO DE
EMERGÊNCIA**

Prontuário N.º:

 Paciente: Rafael Pires da Silva

 Data da Operação: 24/03/19

Enfermaria: _____ Leito: _____

Operador: _____

1º Auxiliar: Dr. George Weller F. "M" CRM 16.678

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____

 Tipo de Anestesia: Bloco env. tórax cervical + sedativo

 Diagnóstico Pré-operatório: Suprafase fráximica do 2º Produtor + lesão à
parte volar 3º prod.

 Tipo de Operação: Resectam. de colo da suprafase do 2º produtor (E) +
desbridamento, sutura e orfotomia do 3º produtor (F)

 Diagnóstico Pós-operatório: a mesa

Fórmula Imediata Patologista: _____

Exame Radiológico no ato: _____

Acidente durante a operação: _____

 Cirurgia: Contaminada Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Técnica e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

- Pct em DDA nos anteriores
- SAC - levantam abundante cr. SFA
- Resectam de colo da suprafase do 2º produtor
- Sutura do 3º produtor + orfotomia c/ 1 fio E 1.5 mm.
- curatio loci.

 Dr. George Weller F.
 CRM 16.678

 Dr. Rafael Patrocínio
 Ortopedia e Traumatologia
 Clínica da Omofia e Coloproctologia
 CRM 11447 TEOT 13375

 28 JUN 2010
 REGISTRO DE OPERAÇÃO

X/1000000



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE FROTINHA DE PARANGABA

Avenida dos Prazeres nº 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000
Telefone: (85) 3411 7322

1714

RECEITA

referência

esf

1 dia no pre 60?

1 dia 12110

not evrto p:

a. rapel patelina 1114 7300

voltar 5º dia

autômico

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4600

29

5

DATA: 1 / 1

CRM - Médico (a)

28 JUN 2003



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PROTÓTIPO DE PARANGABA
Av. Osório de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 60.738-000 - Fortaleza - CE
Telefone: (85) 3131-7321 - Fax: 3131-7313

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Nome completo: Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira
Endereço: Av. General Osório de Paiva, 1127 Bairro: Parangaba
Fone: 85 - 3131.7321 / 3131.7322 Cidade: Fortaleza UF: Ceará
CNPJ.: 07.835.044/0002-61

Paciente:

Endereço:

Bairro:

Prescrição:

Fone:

29/03/2019

Dr. Roberto Mendes Rodrigues

Ortopedia - Traumatologia

CRM 4600

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo:

Identificação:

Órgão emissor:

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: _____ / _____ / _____

1ª Via da Farmácia - 2ª Via do Paciente





PREFEITURA MUNICIPAL DE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSP. DISTR. MARIA JOSÉ BARREIRO DE OLIVEIRA
FROTINHA DE PARANGABA
AV. Osório de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000
Fortaleza-Ceará Telefone: (85) 3131-7322

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD.: _____

Atesto que o (a) Sr. (a) Reinaldo Ferreira
hum

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia ____ / ____ / ____ às ____ : ____ hs.

Tendo como causa de socorro _____
doença

Necessita de 30 dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) _____

Observações: criquetes na costela +
estudo p/

Fortaleza-Ce, 24 de 03 de 2019



Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4600

CRM - Médico (a)

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 60.501 de 14/03/67, e será expedido para justificativa de 01 (um) a 15 (quinze) dias de afastamento.





GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



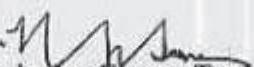
CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou o atendimento pré-hospitalar ao **Sr. RAFAEL PEREIRA NUNES**, RG n.º 96015014775, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 822.457.463-68, no dia 24/03/2019, às 20h10, no município de Maranguape-CE, na Rua José Menezes n.º 07, Bairro Penedo, próximo a Churrascaria Mandacarú, vítima de acidente com motocicleta, sendo removido para o **Hospital Municipal Dr. Argeu Gurgel Braga Herbster** e em seguida para o **Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira**. E para constar eu,



Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 23 de abril de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



1389415

Autorizada pela Lei nº 10.429
do 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Av. Praia Vermelha, 150
CE 6022-200 Fortaleza CE

0201 00472540000

554862319

Não é possível emitir boleto
sem número de documento.

0201 00472540000

554862319

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

28 JUN 2019

1389415

Autorizada pela Lei nº 10.429
do 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Av. Praia Vermelha, 150
CE 6022-200 Fortaleza CE

0201 00472540000

554862319

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8



Estado do Ceará
Secretaria de Segurança e Defesa Social - SSPDS
Polícia Civil do Estado do Ceará
Delegacia Geral de Polícia Civil
Departamento de Polícia da Capital - DPC
Trigésimo Segundo Distrito Policial

C E R T I D Ó O

Antônio Paula da Silva, Escrivão de
Polícia Civil, lotado na Trigésima Segunda
Delegacia Distrital, no uso de suas
atribuições legais, etc...

CERTIFICA que nesta data, compareceu em Cartório o Sr. RAFAEL PEREIRA NUNES, portador do RG 96015014775 SSPDC/CE e CPF 852.457.463-68, residente na Rua Robert Braquehais, nº 845, Parque Santa Fé, Maranguape/CE., onde vem informar que: foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido por volta das 21h do dia 24/03/2019, na ROD CE MARANGUAPE, próximo ao Distrito de Penedo, quando pilotava a moto marca HONDA/CG 125 FAN KS, COR VERMELHA, ANO/MOD. 2011/2012, de PLACA OIQ-5485/CE, CHASSI 9C2JC4110CR477076, RENAVAM 473198088, LICENCIADA EM NOME DE: RAFAEL PEREIRA NUNES, ao tentar desviar de um buraco existente na via, um carro de placas não identificadas, bateu de raspão na sua moto, vindo a cair ao solo, sendo socorrido pelo SAMU para o Frotinha de Parangaba, onde teve fratura exposta no pé e teve que amputar um dos dedos. REFERIDO É VERDADE. DOU FÉ.///

Cartório do 32º Distrito Policial, em 24 de Junho de 2019.

Antônio Paulo da Silva
Escrivão de Polícia
Mat. 97.122

DECLARANTE: Rafael Pereira Nunes

Rua LO 2 com rua NS 01, S/Nº, Bom Jardim - Fortaleza, Ceará
Fone: (85) 3101.6105, Fax. (85) 3101.6104
Endereço eletrônico: 32dp@policiacivil.ce.gov.br

