



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

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 **WEB1.20.01332171-4** em **16/07/2020 11:37:13**.
- 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 : 0235983-36.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01332171-4
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 16/07/2020 11:37:13

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* : 2735114_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2735114_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-14.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

CARTeira DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

Francisco Sérgio Ferreira de Sousa

Polegar Direito




VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008949882 - 2 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/10/2014

NOME FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA

FILIAÇÃO FRANCISCO CELSO DE SOUSA

MARIA VALNEI FERREIRA DE SOUSA

NATURALIDADE ACARAU - CE DATA DE NASCIMENTO 25/01/1998

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:21093 FOLHA:235/LIVRO:A 19 ITAREMA - CE

P.: 128

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 075.743.673-02

Nome FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA

Nascimento 25/01/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

RECEBEMOS

24 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eres
CPF: 21.447.744-11



GOVERNO MUNICIPAL DE ITAREMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1. Preencher esta ficha em 03 (três) vias.
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 02 (duas) vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ ACS: _____

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: Francisco Sergio Ferreira de Souza Prontuário Nº: _____

Sexo: M () F () Data de Nascimento: ____/____/____ Profissão: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CNS: _____ Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente vítima de acidente de moto há 6 meses, necessita de acompanhamento com

Resultado de Exames: ortopedista. Toda cirurgia deve ser a

qualidade de trabalho.

Consulta já realizada: _____

Impressão Diagnóstico: _____

Assinatura do Profissional e Nº do Registro _____

Função _____

Data 07/03/19

Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Ortopedia Profissional: Ortopedista

Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado do(s) Exame(s): _____

Diagnóstico Principal _____

Secundário 1 _____

Secundário 2 _____

Proposta de conduta para seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro _____

Função _____

Data _____

Hora _____

*) Utilizar também como resumo da alta

RECEBEMOS
24 JUL 2019

Maria Goreteide F. Nobre
Coordenadora de Saúde da Família
CNPJ 07.21.447.7.0001/01

CID: _____

CID: _____

CID: _____

15/08/18

6:00hs



GOVERNO MUNICIPAL DE ITAREMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME: Fernando Sergio Feneira Sousa

ENDEREÇO: Gravata

MEDICAÇÃO E POSOLOGIA: Soluto

Neuroglicose Completo

Data: 14/8/18

Dra. Lissete Barthelemy Perez
MÉDICA
RMS 2301013
Programa Mais Médicos para o Brasil

Assinatura do Médico / CRM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAREMA

CNPJ: 11.660.998/001-77

Praça Nossa Senhora de Fátima, 48 - Itarema - CE - CEP: 62.590-000

Fone: (88) 3667-1851

RECEBEMOS

24 JUL 2018

Isisvia Gerônimo F. Nobre
Coordenadora de Segurança Eixo
CNPJ: 21.487.748/0001-00

Marina Garcia de F. Nobre
Secretaria de Saúde
CNPJ 12.148.717-0000000

24 JUL 2019

RECEBEMOS



GOVERNO MUNICIPAL DE ITAREMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME: Francisco Sérgio Feneida Sousa

ENDEREÇO: Quinta

MEDICAÇÃO E POSOLOGIA: Uso oral

Cefprozax 500mg - ZCP
1cp/12/12h x 10 dias

Data: 14/8/18

Dra. Lissete Barthelemy Perez
MÉDICA
RMS 2301013
Programa Mais Médicos para o Brasil

Assinatura do Médico / CRM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAREMA
CNPJ: 11.660.998/001-77
Praça Nossa Senhora de Fátima, 48 - Itarema - CE - CEP: 62.590-000
Fone: (88) 3667-1851

SUS: 162 1854 4193 0018

Notificação de Receita

UF **CE** NÚMERO **85-704505_3** **B**

Data **14/8/19**



Paciente: **FRANCISCO SIO**
Pinheiro Soares
Endereço: **Quarte**

LIBSPT MEDICINA
RMS-236111
Programa Mais Médicos para o Brasil
Programa Mais Médicos do Emitente

Medicação ou Substância
Almazolam
Quantidade e Forma Farmacêutica
30 CP
Dose por Unidade Posológica
1 CP/noite
Posologia
0.5mg

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	
End:	2008949882-2
Telefone:	
Identidade:	Órgão Emissor:

CARIMBO DO FORNECEDOR	
11	
Data	Nome

FASTPRINT GRÁFICA E PAPELARIA LTDA - Rua São Paulo, 433 - Centro - CEP 60050-100 - Telêrax: (85) 3212-9959 - Fortaleza - CE - CNPJ: 04.812.283/0001-02 - CGF: 06.808.267-0 - e-mail: fastprint@fastprint.com.br
Aut. AF 029/17 - de 13.11.2017 - 50 Bloco 50x1 vias - numerador: 85-702.011_3 a 85-703.000_3 (3.000 numerar)

RECEBEMOS

24 JUL 2019

Itirania Garcia de F. Nobre
Coordenadora de Saúde da Família
CNPJ: 21.487.738/0001-00

No presente momento a situação
concluída, apresentando
diminuição das áreas de in-
cêndio do território di-

recto.
Encontramos em processo
de realocação, principalmente
necessidade de aforamento
de novas actividades habituais
por parte do (GO).

CTD-AC: 582

RECEBEMOS

21 JUL 2008

Maria Carmo de F. Nova
Correios de S. Paulo E. R.
(11) 321 417 1000

ATESTADO MÉDICO

PACIENTE: FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO É ACOMPANHADO NO AMBULATORIO DEVIDO A FRATURA DO TORNOZELO DIREITO HÁ APROXIMADAMENTE 1MESES. REALIZADO OSTEOSINTESE

ATUALMENTE, PACIENTE EVOLUI COM DOR RESIDUAL, FERIDA OPERATORIA SEM SINAIS DE INFECÇÃO. FAZ USO DE MULETAS PARA AUXILIO NA DEAMBULAÇÃO.

NECESSITA DE 90 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS

CID: S82; S92

X

Fortaleza, 12 de SETEMBRO de 2018.

RECEBEMOS

24 JUL 2019

Marcelo Gomes F. Nobre
Coordenador de Serviços Externos
CPF: 21.097.740-00



Fortaleza

PACIENTE

FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA
FISIOTERAPIA MOTORA 30 SESSÕES

JUSTIFICATIVA: fratura de TORNOZELO DIREITO E TALUS DIREITO

OBJETIVO:

PROPRIOCEPÇÃO

GANHO DE FORÇA

TREINO DE MARCHA, CARGA PARCIAL PROGRESSIVA

Ganho de adm

RECEBEMOS

24 JUL 2019

Maria Germaine F. Nobre
Coordenadora de Segurança Erol
CPF 021.497.709.001-04

FORTALEZA, 31 de Outubro de 2018;



Santa Casa de Misericórdia de Sobral

FUNDAÇÃO CONFEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS DO BRASIL
Rua Antônio Dias, 100 - Fone: (88) 3577.1930 - Fax: (88) 3513.1908
Cidade: Fátima - Fone: (88) 3577.1930 - E-mail: stacasasobralnet.com.br
CNPJ: 07.818.310/0001-06 - CEF: 06.122.262/6
Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-500

PRONTO-SOCORRO RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do paciente: [illegible]

HISTÓRIA: *paciente com queixa de dor abdominal e náusea, vomitando conteúdo alimentar.*

EXAME FÍSICO: *paciente com dor abdominal e distensão abdominal.*

EXAMES REALIZADOS: *Exames de urina e sangue.*

RECEBEMOS

21 JUL 2019

Dr. Gervásio F. Nobre
Cirurgião de Sobral
CRM 21.297.736/0001-05

DIAGNÓSTICO: *Distensão abdominal de origem mecânica com dor abdominal.*

CONDIÇÃO: *paciente com dor abdominal e distensão abdominal.*

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: *paciente com dor abdominal e distensão abdominal.*

HOSPITAL REFERENCIADO: *---*

SOBRAL: *---*

MÉDICO: *---*



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

Resumo de alta

NOME: FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA

LEITO:

DATA DE INTERNACAO: 07/ 08/2018

DATA DA ALTA: 10/08/2018

BE/PRONT: 5574898

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

IDADE: 20

DIAGNOSTICOS: Fratura do astrágalo (OPERADA) + Fratura do perônio
[fibula] (OPERADA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Dr. Angelo Luz
Cirurgia do Joelho
CRM 6256

Ass.: _____

Retornar dia: ____/____/____

Hora: _____ para Dr. _____

Data : 10/08/18

Dr. Luis Edson

RECEBEMOS
21 JUL 2018

Carla Caroline F. Nobre
Coordenadora de Serviços Especializados
CRM 121.447.7.00001-04

ATESTADO MÉDICO

NOME: FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE SUPRACITADO ESTAVA EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA DO IUF DEVIDO À FRATURA DE MALEOLO MEDIA E TALUS À DIREITA.

PACIENTE COM FRATURA CONSOLIDADA, EVOLUI COM DORES RESIDUAIS E LIMITAÇÃO MODERADA DA ADM EM TORNOZELO, PRINCIPALMENTE DORSIFLEXÃO. DEMABULA SEM AUXILIO DE MULETAS.

PACIENTE DE ALTA AMBULATORIAL.

CID: S82 (AUTORIZADO)

Fortaleza, 10 DE JULHO DE 2019.


Assinatura e Carimbo Médico

RECEBEMOS

21 JUL 2019
Mário Carneiro F. Nobre
Governador de São Carlos Elton
CNPJ 21.497.738/0001-05



**GOVERNO MUNICIPAL DE ITAREMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

ATESTADO MÉDICO

ATESTO, que o Sr. (a) Fco Sergio
Ferreira de Souza.

portador da Carteira de Identidade nº 2008949882

necessita de (15) dias de afastamento do trabalho, a partir desta,

por motivo de preenmonia e
otite externa

Quicero

Hospital ou Ambulatório

27/7/18

Localidade e Data

Assinatura do Médico / CRM

Nota:

Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 RGPS, aprovado pelo decreto nº 60.501, de 14.03.67 e será expedido para justificativa de 1(um) a 15 (quinze) dias de afastamento do trabalho.

RECEBEMOS
24 JUL 2019

Maria Carminda F. Nobre
Secretaria de Saúde
CRM 121.497.13-0/2019-05



**Prefeitura de
Fortaleza**

Serviço de Atendimento ao Cidadão

Instituto Dr. José Frutu

Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA

LEITO:

DATA DE INTERNACAO: 07/08/2018

DATA DA ALTA: 10/08/2018

BE/PRONT: 5574898

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

IDADE: 20

DIAGNOSTICOS: Fratura do astrágalo (OPERADA) + Fratura do perônio [fibula] (OPERADA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Dr. Ângelo Luz
Cirurgia do Joelho
CRM 6256

Ass: _____

Retornar dia: ____/____/____

Hora: ____ para

Dr. _____

Data: 10/08/18

Dispensa do trabalho por :

30x (Trabalho) de

RECEBEMOS

24 JUL 2018

Maria Goreteide F. Nobre
Coordenadora de Serviços Espec
CRM 121.437.734/2014-05

ATESTADO MÉDICO

Nome: FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA
NECESSITA DE 01(UM) DIA DE AFASTAMENTO DE SUAS
ATIVIDADES LABORAIS.

CID S99

Fortaleza, 31 de outubro de 2018.

RECEBEMOS

21 JUL 2019
Maria Carminda F. Nobre
Secretaria de Saúde
CPF 521.497.740-001-06

ATTESTADO MÉDICO

PACIENTE: FRANCISCA

SERGIO FERREIRA DE SOUSA

ATESTADO PARA OS
ACOMPANHADO NO AM
DIREITO HÁ APROXIMAD

ATUALMENTE, PA
OPERATORIA SEM SINA
AUXÍLIO NA DEAMBULAC

NECESSITA DE 90
LABORAIS

CID: S82; S92

OS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO É
ORIO DEVIDO A FRATURA DO TORNOZELO
DE 1 MESES. REALIZADO OSTEOSINTESE

E EVOLUI COM DOR RESIDUAL, FERIDA
INFECÇÃO. FAZ USO DE MULETAS PARA

DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES

X

Fortaleza, 12 de SETEMBRO de 2018.

RECEBEMOS
21 JUL 2019

Dr. Maria Carmoide F. Nobre
Rua da Assembleia de São José, 105
Cidade de São José, 105



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA

LEITO:

DATA DE INTERNACAO: 07/08/2018

DATA DA ALTA: 10/08/2018

BE/PRONT: 5574898

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

IDADE: 20

DIAGNOSTICOS: Fratura do astrágalo (OPERADA) + Fratura do perônio [fibula] (OPERADA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Dr. Ângelo Luz
Cirurgia do Joelho
CRM 6256

Ass: _____

Retornar dia: ____/____/____

Hora: ____ para

Dr. _____

Data : 10/08/18

Dispensa do trabalho por :

30 (Trinta) dias

RECEITUÁRIO

NOME:

Jco Sérgio Ferreira de Souza

ENDEREÇO:

Oriente

MEDICAÇÃO E POSOLOGIA:

ATESTADO:

Após para os devidos fins que o paciente supracitado encontra-se em acompanhamento permanente na UBS - Baixo e ambulatório do IJF, motivo: fratura do braço e talus direito, sendo submetido cirurgicamente em agosto 2018.

Data: 12/12/18

⇒

Assinatura do Médico CRM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAREMA

CNPJ: 11.660.998/0001-77

Praça Nossa Senhora de Fátima, 48 - Itarema - CE - CEP: 62.590-000

Fone: (88) 3667-1851

No presente momento a fratura está consolidada, apresentando diminuição do arco de movimento do tornozelo direito.

Encontra-se em processo de reabilitação fisioterapêutica.

Necessita de afastamento de suas atividades laborais por cerca de 60 dias.

CID-10: S82

RECEBEMOS

21 JUL 2018

Marina Geremede F. Nobre
Coordenadora de Serviços Especializados
CRM 21.451.749-1



IJF - INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

AUTORIZAÇÃO

Antonio Marcos de Sousa
ST PM
MF: 02747115. PMCE

Autorizo a entrada para a unidade: _____ Leito: 1116
Paciente: Fº SERGIO F. DE SOUSA
Acompanhante: Mª VALDIVIA DE SOUSA

TV Marca: _____ Cor: _____ Cm: _____ Registro: _____
Ventilador Marca: MALLOREY Cor: BRANCO Cm: 30
Outro: _____

- 1- Cito como norma, que o uso de TV será permitido até as 21 horas.
- 2- Só poderá ser autorizado uma Televisão para cada enfermaria.
- 3- Qualquer aparelho ou outro instrumento, só será permitido a saída mediante conferência. Rigorosa da autorização com o aparelho.
- 4- Na saída esta autorização ficará na portaria.

Antonio Marcos de Sousa
ST PM
MF: 02747115. PMCE

Fortaleza, dia 09 do mês: AGOSTO de 2018



IJF - INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

AUTORIZAÇÃO

RECEBEMOS

24 JUL 2019

Maria Garciaide F. Nobre
Corretora de Seguros Ene
CPF: 21.487.734-11

Autorizo a entrada para a unidade: _____ Leito: _____
Paciente: Fº Sérgio Ferreira de Sousa
Acompanhante: Mª Valdivia Ferreira Sousa

TV Marca: _____ Cor: _____ Cm: _____ Registro: _____
Ventilador Marca: _____ Cor: _____ Cm: _____
Outro: (1) Uma par de Molletes

- 1- Cito como norma, que o uso de TV será permitido até as 21 horas.
- 2- Só poderá ser autorizado uma Televisão para cada enfermaria.
- 3- Qualquer aparelho ou outro instrumento, só será permitido a saída mediante conferência. Rigorosa da autorização com o aparelho.
- 4- Na saída esta autorização ficará na portaria.

Fº Alexandre

Fortaleza, dia 10 do mês: AGOSTO de 2018

Paciente : FRANCISCO SERGIO FERREIRA SOUSA
Solicitante : SEM SOLICITAÇÃO MÉDICA
Convênio : PARTICULAR
Idade : 20 anos

Protocolo: 0012688
Unidade : MATRIZ
Cadastro: 15/08/2018
Emissão : 15/08/2018

HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta: 15/08/2018 às 07:17:30

Material: Sangue Total

Método : D-CELL 60 DIAGON COM REVISÃO DE LÂMINA

ERITROGRAMA

Valores de Referência

ERITRÓCITOS.....	4,29	milhões/mm ³		4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA.....	13,7	g/dL		13,5 a 17,5 g/dL
HEMATOCRITO.....	38,1	%		41 a 53 %
V.C.M.....	88,8	fL		80 a 100 fL
H.C.M.....	31,9	pg		26 a 34 pg
C.H.C.M.....	36,0	g/dL		31 a 37 g/dL
R.D.W CV.....	12,6	%		10 - 15 %
R.D.W SD.....	37,7	fL		37 - 54 fL

Hemácias normocíticas e normocrômicas.

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....	11.600	mm ³		5.000 a 10.000 /mm ³
NEUTRÓFILOS BASTONETES..	01	116		1 a 4 % - 45 a 440 /mm ³
NEUTRÓFILOS SEGMENTADOS..	61	7.076		45 a 65% - 2.025 a 7.150 /mm ³
BASÓFILOS.....	00	0		0 a 2 % - 0 a 220 /mm ³
EOSINÓFILOS.....	05	580		1 a 6% - 45 a 660 /mm ³
LINFÓCITOS	31	3.596		20 a 40 % - 900 a 4.400 /mm ³
LINFÓCITOS ATÍPICOS.....	00	0		0% a 0% - 0 a 0 /mm ³
MONÓCITOS.....	02	232		1 a 13% - 45 a 1.430 /mm ³

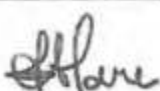
Ausência de granulações tóxicas nos neutrófilos.

Leucocitose

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS.....	363.000			140.000 a 400.000/mm ³
VPM.....	8,6			7 a 12 fL

OBSERVAÇÕES: Plaquetas morfologicamente normais.


 Dr. Ednaldo Ferreira Alexandre
 Biomédico - CRBM 2-1447

RECEBEMOS

24 JUL 2018

Isaura Gerônimo F. Nobre
 Coordenadora de Serviços
 CRM 12.107.7-0/2011-02



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

1110



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



Fortaleza

RECEITUÁRIO

Paciente:

Francisco Sampaio Feneu

BE / Prontuário:

USO ORAL

Flumoxil 500mg

Lp 12/12h

Novulyna 100g

Lp 6/6h

Dr. Ângelo Luz
Cirurgia do Joelho
CRM 6256

Data:

10/06/18

Ass./Carimbo do Médico

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO		1ª Via - FARMÁCIA
Instituto Dr. José Frota		2ª Via - PACIENTE
CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80		
Rua Senador Pompeu, 1757		
Bairro: Centro	Fone: 3255.5000	
Fortaleza - CE	CEP: 60025-001	
Paciente: Francisco Sampaio Feneu de Sousa		
Endereço: Rua Perdigão 60mpu		
Prescrição: Ceftriaxona 500mg Lp 12/12h por 10 dias		
Data: 10/06/18		Carimbo e Assinatura do Médico
IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Nome:		Nome: Francisco Sampaio
Nº Ident.:	UF:	Nº: 23.062.300-0001-80
Endereço:		Fornecedor: Disponível
Nº:	Bairro:	UF: 10/06/18
Cidade:	UF:	Carimbo e Assinatura
CEP:	Tel.:	Data: 10/06/18

AT.000-207 Versão 1 - 01/ DEZ/10 - Via Única - Formato A5 (148x210).



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

ATESTADO MÉDICO

NOME: FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATORIO DO IJF POR FRATURA DO TORNOZELO E TALUS DIREITO TRATADO CIRURGICAMENTE EM AGOSTO/18.

NO MOMENTO FRATURA CONSOLIDADA. APRESENTA DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO. PACIENTE NEGA QUEIXAS ALGICAS.

ENCONTRA-SE EM REABILITAÇÃO FISIOTERAPICA.

CID-10: S82

FORTALEZA, 26/12/2018


Marcel Rolim Queiroz
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM/MEC 117421

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 KRAUHO RICARDO DE SAUSO LIMA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 877-362.923-53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FRANCISCO SERGIO FELCEIRO DE SAUSO inscrito (a) no CPF sob o Nº 075.793.673-02

do sinistro de DPVAT cobertura IMUNIDADE da Vítima FRANCISCO SERGIO FELCEIRO DE SAUSO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 075.793.673-02, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: AGENTE DE EXEMINIS Renda: RECURSA e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua Hugo Victor

Número: 584 Complemento: A

Bairro: Anto Bezerra

Cidade: Fortaleza

Estado: CE CEP: 60360-820

E-mail:

Tel. (DDD): (85) 981941452

Local e Data: Fortaleza CE 18/07/19

KRAUHO RICARDO DE SAUSO LIMA

Assinatura do Declarante

RECEBEMOS

22 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Coordenadora de Seguros Eirel
CNPJ: 21.447.730/0001-02

AUT
254

enel

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº 579678373

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 05.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei Nº 10.438 de
26 de abril de 2002

16824

22674

C

DADOS DO CLIENTE

Rota 20 01240 52 092200 - 7 Medidor 5135086 Poste 1479 E28W
Nome FRANCISCO EDUAR DE LIMA
Endereço Postal RU PDE PERDIGAO SAMPAIO 01444 - AURIM NUNES -
FORTALEZA CEP 60110-000

JUN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

455755
15/07/2019
238,25

End. da Unidade Consumidora RU PDE PERDIGAO SAMPAIO 01444 - FORTALEZA

RG / CPF / CNPJ 00000001388280

CGF

Classe RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 51677 Leitura Anterior 51423 Consumo (kWh) 254 Perda Ramal 0 Cons. Incl. 0 Cons. Fix. 254

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade	27/06/19	29/06/19	29/06/19
		Leitura	Valor (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	254	0,75394	194,04
MULTA MORATORIA REF 06/2019			3,82
JUROS DO MES Ref. 06/2019			0,32
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL			28,07
			1,00

DATAS DE LEITURA

Data da Emissão/ Apresentação 08/07/2019 Prev. Próxima Leitura 30/07/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

03F2-2457-DAFF-8555-8D5E-C283-CC1A-D485

ICMS

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

194,04 27,00% 52,39

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	74,81
Transmissão	6,93
Distribuição	43,06
Encargos Setoriais	9,07
Tributos [ICMS PIS/COFINS]	90,37
Total	194,04

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto PICO ABR/2019
Mês DICR1 = 0,00 P
Padrão Individual Apuração Individual
Mensal Trm. Anual Mensal Trm. Anual
DIC (h) 4,83 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
PIC (wh) 3,11 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
DMIC (h) 2,63 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado, Ap

192-630639978-3

11/JUL/2019

HORA DE 18:34:27

LIT. 05/07/2019 /
LOCALIDADE: FORTALEZA
AD. VINCULADA: 0031

TERM 027266

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
COMPANHIA ENERGÉTICA DO CEARÁ

VALOR DO PAGAMENTO: 238,25

836100000022 382500310000
000045575503 053840812407

192-630639978-3

19 VIA

RECEBEMOS

24 JUL 2019

Sílvia Carneide F. Nobre
Diretora de Seguros Elétricos
CPF: 21.097.73.0001-06

6696636

Para seguir aos procedimentos, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
fora criada pela Lei Nº 10.438
de 26 de abril de 2002

Compensação Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.106.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 570196117

Rota 10 01240 26 146210 - 8 Data de Emissão 15/04/2019

Nome KACIANO RICARDO DE SOUZA LIMA

End. Postal RU HUGO VICTOR 00584 CS ALTOS

ANTONIO BEZERRA - FORTALEZA - 60360820

Medidor 3511690

Posto 0000 C06W

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 877362923-53

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Abr/2019	15/04/2019	15/05/2019

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto FIC 2019 ESD 24,89

Mês DICRI = 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
76,81	27,00%	20,52

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	4,83	9,67	19,34	0,00	0,00	0,00
FIC	3,11	6,22	12,45	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,69			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

TIEE.D179.C035.APR2.77RE.5F6C.C8E2.ABC4

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
6546	6441	1,00	105	0,00	100	72,297	76,81
15/04/19	16/03/19		30 0146		185		

DESCRIÇÃO

	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	76,81
MULTA MORATORIA REF 03/2019	1,26
JUROS DO MES	0,99
CORRECAO MONETARIA DO MES	1,69
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	9,50

VENCIMENTO 23/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 89,45

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	25,27
Transmissão	3,82
Distribuição	16,11
Encargos Setoriais	4,32
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	24,29
TOTAL	76,81

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

94	105	89	104	102	135	169	64	84	83	84	105	114
Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ag	Set

CONSUMO CONSCIENTE: EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Compensação Ecológica (% CO ₂)
40,99	0,00	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contábeis em atraso. Segue o detalhamento do débito, o não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias após a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 e/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIORES

Mês/Ano	Valor R\$
03/2019	69,26
Total	69,26

Consta desta fatura R\$ 3,77 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,68% e COFINS: 4,18%

Bandeira verde em abril, sem acréscimo no valor da energia a ser repassado para o consumidor. Informações: www.aneel.gov.br

RECEBEMOS

21 JUL 2019

Maria Gacinda F. Nobre
Corretora de Seguros Ene
CNPJ: 21.437.734/0001-02

RECEBEMOS

22/07/2019

Maria Gacinda F. Nobre
Corretora de Seguros Ene
CNPJ: 21.437.734/0001-02

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 4 - Nome completo da vítima:

075-743-673-02

Francisco Sergio Feneiro de Sousa

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Francisco Sergio Feneiro de Sousa

075-743-673-02

Recuso

Rua D. S. pendigão Sampaio

3444

Artur Nunes

Fontaleza

CE

60110-000

85-98794-1452

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:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil - 001

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 3881 4 CONTA: 21.300 4

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.

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) ☐ Divorçado ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fontaleza 23-07-19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAREMA



Impresso nº 2018123156

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 468 - 1097 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **02/10/2018 10:35:12**
Data / Hora da Ocorrência: **26/07/2018 18:13:00**
Endereço da Ocorrência: **LARGO LOC. CAJAZEIRAS**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL**
Ponto de Referência:

Município: **ITAREMA/CE****RECEBEMOS****Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO SÉRGIO FERREIRA DE SOUSA**
Nascimento: **25/01/1998** CPF: **075.743.673-02**
RG: **2008949882-2** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA VALNEI FERREIRA DE SOUSA**
FRANCISCO CELSO DE SOUSA
Endereço: **LARGO LOC. ORIENTE**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **ITAREMA/CE**
País: **BRASIL**

24 JUL 2019
Márcia Gacineide F. Nobre
Corregedor de Partes Ex.
CNPJ 21.431.715/0001-10

CEP: **62.590-000**Telefone: **(88) 99743-2690****Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **NUP4848** Uf: **CE** Município: **ITAREMA** Chassi:
9C2KC1670CR453138 Renavam: **419920978** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Advertido sobre as penalidades de prestar falsas declarações, após o noticiante informou que na data/hora supracitada encontrava-se como garupeiro da motocicleta de placa NUP-4848/CE e tinha como condutor a pessoa de JOSAFÁ DOS SANTOS CARNEIRO, habilitado (CNH: 04172529030 - categoria AD); Que trafegavam na Rodovia da localidade de Cajazeiras - zona rural de Itarema/CE, quando ao passarem por uma curva bastante fechada, colidiram frontalmente com um automóvel (não identificado); Que em decorrência ao impacto ambos foram ao solo; Que o declarante sofreu fratura no tornozelo do pé direito e escoriações leves; Que o condutor sofreu leves escoriações pelo corpo; Que o declarante não foi socorrido por nenhum órgão público (SAMU, CORPO DE BOMBEIROS OU ANJOS DO ASFALTO, POR NÃO EXISTIR REFERIDOS ÓRGÃOS NESTA URBE); Que foi socorrido pelo próprio condutor e levado ao Hospital local, onde posteriormente foi transferido para Santa Casa de Misericórdia na Cidade de Sobral/CE. Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAREMA



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



Impresso nº 2018123156

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 4 8 - 1097 / 2018

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SICDCLEY SENA DA ROCHA - MAT.: 301200-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

FRANCISCA SÉRGIO FERREIRA DE SOUSA

VISTO DO DELEGADO(A) :

IGOR MOTA SAMPAIO - MAT.: 30120345

RECEBEMOS

24 JUL 2019

Maria Gertrudes F. Nobre
Corretora de Seguros Eret
CNPJ: 21.487.736/0001-00



TERMO DE DECLARAÇÃO DE JOSAFÁ DOS SANTOS CARNEIRO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 468 - 1097 / 2018

Aos 2 dia(s) do mês de Outubro de 2018, nesta cidade de Itarema, Estado do Ceará, onde pela(s) 10:41 hora(s) presente se achava o(a) Bel(a). **IGOR MOTA SAMPAIO**, Delegado(a), comigo **SICDCLEY SENA DA ROCHA**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **JOSAFÁ DOS SANTOS CARNEIRO**, nacionalidade Brasil, casado(a), ensino médio, motorista, filho(a) de **FRANCISCO CARNEIRO FILHO** e **RITA DE CASSIA DOS SANTOS**, nascido(a) em 15/08/1983, natural de Acarau/CE, CPF: 022.082.483-50, RG: 2003014154388 SSP, residente à Sitio Oriente, Zona Rural - Itarema/CE, telefone (85) 9628-0361. Inquirido(a) pela Autoridade, DISSE: QUE, É HABILITADO (CNH:04172529030); Que conduzia a motocicleta de placa NUP-4848/CE e tinha como garupeiro FRANCISCO SÉRGIO FERREIRA DE SOUSA; Que trafegavam na Rodovia da localidade de Cajazeiras - zona rural de Itarema/CE, quando ao passarem por uma curva bastante fechada, colidiram frontalmente com um automóvel (não identificado); Que em decorrência ao impacto ambos foram ao solo; Que o garupeiro sofreu fratura no tornozelo do pé direito e escoriações leves; Que o depoente sofreu leves escoriações pelo corpo; Que a vítima não foi socorrido por nenhum órgão público (SAMU, CORPO DE BOMBEIROS OU ANJOS DO ASFALTO, POR NÃO EXISTIR REFERIDOS ÓRGÃOS NESTA URBE); Que foi socorrido pelo próprio depoente e levado ao Hospital local, onde posteriormente foi transferido para Santa Casa de Misericórdia na Cidade de Sobral/CE. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **SICDCLEY SENA DA ROCHA**, Escrivã(o) que o digitei.

DELEGADO(A) : _____

DECLARANTE : JOSAFÁ DOS SANTOS CARNEIRO

ESCRIVÃ(O) : _____

RECEBEMOS

24 JUL 2018
Márcia Germaine F. Nobre
Carteira de Segurança
CHP J.21.897.7

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190444001

Vítima: FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 26/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francisco Sérgio Ferreira de Sousa, brasileiro(a), estado civil: Solteiro
Profissão: recluso, portador(a) do RG 2008949882-2, órgão expedidor F 235.413-01
e do CPF: 075.743.673-02 residente no(a) Rua Pde - perdigão Sampaio
nº 1444, bairro: Antônio Bezerra, município: Fontaleza I. CE

OUTORGADO:

Nome: Francisco Roberto de Senzo Lima, brasileiro(a), estado civil: Casado
Profissão: PGT. DE EXEMPLO, portador(a) do RG _____, órgão expedidor SSPCE
e do CPF: 877.362.923.33, residente no(a) Rua Hugo Cortez
nº 889A, bairro: Antônio Bezerra, município: Fontaleza I. 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 FRANCISCO SÉRGIO FERREIRA DE SOUSA
CPF 075.743.673-02 data do acidente: 26/07/2018 Cobertura: Imunidade

Local e data: Fontaleza 17-07-19

FRANCISCO SÉRGIO FERREIRA DE SOUSA

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital



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: _____ I. _____

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

RECEBEMOS

24 JUL 2019

Maria Gacinde F. Nogueira
Corretora de Seguros Ex-
CNPJ.21.497.700/0001-00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0250293/19

Vítima: FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA

CPF: 075.743.673-02

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 26/07/2018

Titular do CPF: FRANCISCO SERGIO
FERREIRA DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

KACIANO RICARDO DE SOUZA LIMA : 877.362.923-53

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

FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOUSA : 075.743.673-02

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: 24/07/2019
Nome: KACIANO RICARDO DE SOUZA LIMA
CPF: 877.362.923-53

KACIANO RICARDO DE SOUZA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1494189080

PROIBIDO PLASTIFICAR
1494189080

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
RACIANO RICARDO DE SOUZA LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR (UF)
056555 MT/PS CE

CPF
877.362.923-53

DATA NASCIMENTO
15/11/1975

RELACÃO
JOÃO RAIMUNDO DE LIMA
ANGELITA DE SOUZA LIMA

PERMISSÃO
ACC CAT/HA
AB

Nº REGISTRO
04694560433

VALIDADE
05/07/2022

1ª HABILITAÇÃO
10/07/2009

OBSERVAÇÕES
A :
EAR:

ASSINATURA DO PORTADOR
Ricardo Ricardo de Souza Lima

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
27/07/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
For V. de P. de
44058606618
CE160251036

CEARÁ

RECEBEMOS

24 JUL 2019

Maria Goreteide F. Nobre
Carteira de Seguros Erel
02/07/21.227.1.0001.05

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013867956102
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT VIA CDD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
01 00419920978 0000000000 2017

NOME

FRANCISCO SERGIO FERREIRA DE SOU

ITAREMA /CE

CPF / CNPJ

07574367302

PLACA

NUP4848/CE

PLACA ANT / UF

/CE

CHASSI

9C2KC1670CR453138

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL

GASOL/ALCO

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB.

2011

ANO MOD.

2012

CAP / POT / CIL

2P/0CV/149CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENO. COTA ÚNICA

//**

VENO / COTAS

1ª *****

FADIA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IDF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL

ITAREMA

DATA

06/11/2017

Igor Ponte
Supervisor

DETRAN-CE

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

CE Nº 013867956102 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2017

DATA EMISSÃO

06/11/2017

VIA

01

CPF / CNPJ

07574367302

PLACA

NUP4848

RENAVAM

00419920978

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB.

2011

COT. ÚNICA

09

Nº CHASSI

9C2KC1670CR453138

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRM (R\$)

81,29

DETRAN (R\$)

9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$)

90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4,15

IDF (R\$)

0,7

QUILA DO FIO DO SEGURO (R\$)

185,5

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE OUTAÇÃO

03/11/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.245.008/0001-04

MOTOR: KC16E7C453138

00177

EMOS

21 JUL 2018

Isaia Caroline F. Nobre
Coordenadora de Seguros Elétricos
CNPJ 021.897.716/0001-06