



**Escritório Fortaleza**

R. Joaquim Felício, nº201, Sala 06, Shopping Cavalcante Plaza Center
 Bairro Messejana, Fortaleza - Ceará, CEP: 60.840-115
 Fone: (0xx85) 3215-1116
 E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

Escritório Iguatu

Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, Nº 9
 Bairro Prado, Iguatu - Ceará, CEP: 63.502-110
 Fone: (0xx88) 3581-1280
 E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

CICERO JEFFERSON SOUZA LOURENÇO, brasileira, solteiro, estudante, portador do RG número 2015208028-1, SSP-CE, inscrito no CPF sob o nº 082.682.413-73, neste ato assistido por sua genitora **ESPEDITA NOGUEIRA DE SOUZA**, brasileira, portadora do RG número 2016063849-0, SSP-CE, inscrita no CPF sob o nº 956.266.623-91 ambos residentes e domiciliados no Sítio Mauricia, S/N, Canabrava, Cariús – Ceará, CEP: 63.530-000, declaro perante a Justiça do Estado Ceará que sou pobre nos termos da Lei 1.060/50, não podendo dispor de recursos para arcar com as despesas que por ventura possam decorrer deste processo sem comprometer minha digna sobrevivência, responsabilizando-me civil e penalmente por esta declaração, nos termos da lei 7.115/83

Para que surta seus legais e jurídicos efeitos, ao final, firmo a presente.

Fortaleza/CE, 13 de Dezembro de 2016.

Cicero Jefferson Souza Lourenço

Espedita Nogueira de Souza

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

CICERO JEFFERSON SOUZA LOURENÇO, brasileiro, solteiro, estudante, portador do RG número 2015208028-1, SSP-CE, inscrito no CPF sob o nº 082.882.413-73, neste ato assistido por sua genitora ESPEDITA NOGUEIRA DE SOUZA, brasileira, portadora do RG número 2016083848-0, SSP-CE, inscrita no CPF sob o nº 956.266.623-91 ambos residentes e domiciliados no Sítio Mandaia, SN, Canabrava, Catuá - Ceará, CEP: 63.530-000, declaro perante a Justiça do Estado do Ceará que sou pobre nos termos do art. 1.694 do CC, não podendo dispor de recursos para arcar com as despesas que porventura possam decorrer deste processo sem comprometer minha digna sobrevivência, responsabilizando-me civil e penalmente por esta declaração, nos termos da lei 7.112/83.

Para que surta seus legais e jurídicos efeitos, ao final, firmo a presente.
Fortaleza/CE, 13 de Dezembro de 2016.

Cícero Jefferson Souza Lourenço
Assinado digitalmente

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2015208028 - 1 DATA DE EMISSÃO 22/12/2015

NOME CÍCERO JEFFERSON SOUZA LOURENÇO

FILIAÇÃO CÍCERO CORREIA LOURENÇO

ESPEDITA NOGUEIRA DE SOUZA

NATURALIDADE CARIÚS - CE DATA DE NASCIMENTO 23/09/1999

DOC. ORIGINAL CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TENHO: 6659 FOLHA: 143 LIVRO: A-36 CARIÚS - CE CPF: 082.682.413-73

1 VIA Assinado digitalmente por EURJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/01/2017 às 00:00, sob o número 01005636420178060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0100563-64.2017.8.06.0001 e código 27D9D66.

ASSINADO DIGITALMENTE POR EURJANE AUGUSTO FERREIRA

LEI Nº 7.116 DE 20/04/83

P.: 135

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA DEFESA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PROIBIDA A REPRODUÇÃO E A DISTRIBUIÇÃO DE CÓPIAS DESTA CARTEIRA DE IDENTIDADE

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Assinado digitalmente por EURJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/01/2017 às 00:00, sob o número 01005636420178060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0100563-64.2017.8.06.0001 e código 27D9D66.

Polegar Direito



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **082.682.413-73**

Nome da Pessoa Física: **CICERO JEFFERSON SOUZA LOURENCO**

Data de Nascimento: **23/09/1999**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **16/12/2015**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:30:23** do dia **29/11/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **C420.4EAD.7AC0.A2DA**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CICERO JEFFERSON SOUZA LOURENÇO, RG nº 2015208028-1 data de expedição 22/12/2015, Órgão SSP/CE, CPF nº 082.682.413-73 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Sítio Mauricia
Número	s/n
Apto / Complemento	
Bairro	Canabrava
Cidade	Cariús
Estado	Ceará
CEP	63.530-000
Telefone de Contato	(88) 3581-1280 / 3581-1699
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Iguatu/CE, 27 de janeiro de 2016.

Assinatura do Declarante: Cicero Jefferson Souza Lourenço

Expedita Nogueira de Souza

793263-4

Ins. INSS: pelo Lei nº 10.438,
de 26 de abril de 2002.

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 62135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.843-3

ccelce

fls. 15

COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA DO CEARÁ - SANEAMENTO - SANECEL

Rota 37 12045 10 039000 - 3 Data de Emissão 21/11/2015

Nome JOAO EVANTUIL FERNANDES LUNA

End. Postal ST MAURICIA 00000
CANABRAVA - CARIUS - 63530000

Medidor 2686590

Poste 0000 0000

Classe 04-RURAL TRIFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 020766243-68

CGF

Nome do Responsável

Vista a legenda no verso desta conta.
Conjunta IGUATU
Mês Set/2015 EUSD 51,32

Nov/2015 21/11/2015 21/12/2015
Mês Set/2015 EUSD 51,32

Padrão Individual Apuração Individual

Base de Cálculo (RS) Aliquota Valor do Imposto

ISENTO

RESERVA DA ADICIONAL FISCAL

0000.245E.31+0.857F.9590.7996.BE7B.9252

CONSUMO DO MÊS

Consumo (kWh) Const. Incl. Const. Excl. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

36641 36209 1,00 433 0,00 433 0,36645 153,90

21/11/15 22/10/15 30 DIAS 433 153,90

VALOR CONSUMO DO MÊS 153,90

MULTA MORATORIA REF 08/2015 2,86

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 20,51)

TOTAL A PAGAR (R\$) 156,76

VENCIMENTO 05/01/2016

TOTAL A PAGAR (R\$) 156,76

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 99,68

TRANSMISSÃO 2,00

DISTRIBUIÇÃO 39,88

ENCARGOS SETORIAIS 5,55

TRIBUTOS (ICMS PIS-COFINS) 7,74

TOTAL 153,90

HISTÓRICO DE CONSUMO

393 433 394 378 391 349 391 330 397 395 408 435 423

Med Nov Out Set Ago Jul Jun Ma Abr Mar Fev Jan Dez

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

Consumo (kWh) Const. Incl. Const. Excl. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

187,14 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

Consciência Ecológica (1% CO₂)

187,14 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

Informações importantes e avisos de vencimento

Estamos expandindo o canal WhatsApp e por isso temos novos números

para contato por celular. Para consultar os números acesse

nossa site - www.ccelce.com.br

A CCELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Conta desta fatura R\$ 7,74 referente a PIS e COFINS.

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2014, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitações anteriores.

Nº do Cliente: 793263-4 Referência: Nov/2015

Data de Emissão: 21/11/2015 Total a Pagar (R\$): 156,76

Nº da Nota Fiscal: 409778658 Nº de Controle: 0000793263 00495 39772 48

8384000001-4 56760031000-3 00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

00007932630-7 04953977266-9

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA 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



ASSINATURA DO TITULAR
Francisca Nogueira de Souza

POLEGAR DIREITO



CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2016063849 - 0 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/02/2016

NOME ESPEDITA NOGUEIRA DE SOUZA
FILIAÇÃO DIONÍZIO GOMES DE SOUZA
NATURALIDADE FRANCISCA NOGUEIRA DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO 10/05/1976

DOC. ORDEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 E 2 OFÍCIO TERMO: 676 FOLHA: 77
LIVRO: 8-11 CARIÚS - CE
CPF: 956.266.623-91

RG: ANT: 2847711-94
P.: 135

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

Nº do Sinistro	Seguro Obrigatório Dpvat - Protocolo de Recepção de Documentos INVALIDEZ PERMANENTE	 Fenaseg Central Dpvat 0800-221204 www.dpvatseguro.com.br
Nº do Protocolo		

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Data do Acidente 01/11/15	Vítima RICKO JEFFERSON SOUZA LOURENÇO
CPF 052 682.415-73	Seguradora LIGAR 705 CONSORCIOS DPVAT

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome RICKO JEFFERSON SOUZA LOURENÇO	☒ Vítima ☐ Representante Legal
Endereço para Correspondência SÍTIO MAURICIA	
nº S/N Complemento	Bairro CANADARAUA
Cidade CARUI	UF CE CEP 62.570-000 Telefone para contato 88 7581.1280

Preencha com ☒ para documentação entregue
 Preencha com ☐ para documentação faltante

TIPO DE DOCUMENTO**DOCUMENTOS BÁSICOS**

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial
- ☒ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima
- ☒ CPF da vítima
- ☒ Comprovante de residência da vítima
- ☒ Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo)

Em caso de vítima com até 16 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal.

DOCUMENTOS DA VÍTIMA

- ☒ Laudo do Instituto Médico Legal - IML, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima
- ☐ Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localidade do evento
- ☐ Termo de Curatela, no caso de alienação mental
- ☐ Alvará Judicial (se for o caso)

REPRESENTANTE LEGAL - se houver

- ☐ Procuração
- ☒ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador
- ☒ CPF
- ☐ Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos e desde que eles estejam em conformidade com a legislação vigente, quando iniciará o prazo para pagamento da indenização, que é de até 30 dias.
- Se outros documentos forem solicitados, o prazo de 30 dias - previsto para pagamento - será interrompido.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data ____ / ____ / ____

Nome _____

Identidade _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

☐ Documentação recebida sem conferência

Data ____ / ____ / ____

Nome _____

Identidade _____



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, CICERO JEFFERSON SOUZA LOURENÇO, PORTADOR (A) DA RG Nº 2015208028-1 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 22/12/2015 E CPF 082.682.413-73 /CNPJ _____, PROFISSÃO Estudante E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA CICERO JEFFERSON SOUZA LOURENÇO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº DO BANCO _____ Nº DA AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº DA CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONOMICA FEDERAL)

Nº DO BANCO 001 Nº DA AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4050-9 Nº DA CONTA (com dígito, se existir) 12.766-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

IGUATU/CE, 02/09/2016

LOCAL E DATA

Cicero Jefferson Souza Lourenço
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

01/09/2016 - BANCO DO BRASIL - 15.05,54
012271106 0701

OUVIDORIA BB 0800 729 5678
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
POUPANCA PARA POUPANCA

CLIENTE: VERIDIANA ALCANTARA LAVOR

=====

AGENCIA: 0122-8	CONTA: 31.019-0	VAR: 51
-----------------	-----------------	---------

INFORMACOES DO DEBITO:
TOTAL DEBITADO NA VARIACAO: 51 0,10

=====

VALOR TOTAL	0,10
-------------	------

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEFFERSON SOUZA LOURENCO

AGENCIA: 4050-9 CONTA: 12.766-3

VARIACAO DA POUPANCA 51

NR. DOCUMENTO 224.050.510.012.766

=====

NR. AUTENTICACAO	6.E73.558.308.E91.077
------------------	-----------------------

Creditos a partir de 04/05/2012 estao
disciplinados pela MP. 567/2012.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU



BOLETIM DE Ocorrência Nº 479 - 3009 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **29/06/2016 15:15:29**
 Data / Hora da Ocorrência: **01/11/2015 21:21:00**
 Endereço da Ocorrência: **SITIO QUIXOÁ DOS LOPES**
 Complemento:
 Bairro:
 Ponto de Referência: **Município: IGUATU/CE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CICERO JEFERSON SOUZA LOURENÇO**
 Nascimento: **23/09/1999** CPF:
 RG : Orgão Emissor: UF:
 Filiação: **ESPEDITA NOGUEIRA DE SOUZA**
CICERO CORREIA LORENÇO
 Endereço: **SITIO MAURICIA**
 Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
 Município: **CARIUS/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99742-6407**

Histórico

BO PARA EXPEDIÇÃO DE GUIA DE EXAME DE CORPO DE DELITO, AFIRMA A VITIMA QUE CAIU DE MOTO.

Compareceu a esta delegacia o DECLARANTE, nesta data e informado das penalidades de falsa comunicação de crime e contravenção penal, Art 340, informou que no local e horário supracitado, trafegava na moto: HONDA/ CG, 150,FAN, ESDI, ANO FAB/ MOD: 2014/2014, COR: VERMELHA, PLACA:NQQ-4225/CE, CHASSI: 9C2KC16BOER54556,RENAVAM: 1008188511, estando a moto no nome: ANTONIO CARMO LEDO.Que trafegava de garupeiro, quando a moto: HONDA/NXR, 150 BROS.ES, PLACA: NQQ-4245/CE; Que houve a colisão frontal entre as duas motos; Que foi socorrido pelo seu pai até o Hospital Regional Iguatu e sendo atendido pelo DR. FRANCISCO DO CARMO, que logo em seguida foi transferido para o Hospital municipal de Cariri, segundo o laudo do médico teve, traumatismo craniano sendo feito uma cirurgia, quebrou o fêmur e fratura exposta na perna esquerda;Que veio registrar o fato para dar entrada no seguro DPVAT. Vale salientar que as informações prestadas são de inteira responsabilidade de DECLARANTE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ROBÉRIO GOMES DO SANTOS - MAT.: 300074-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

JERFFISON PEREIRA DA SILVA - MAT.: 198810-1-6

DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

Pág. 1 de 2

Impresso em: 30/06/2016 11:00:42

x Espedita noqueira de souza



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Secretaria da Segurança Pública
e Defesa Social

Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE

Coordenadoria de Medicina Legal - COMEL

Núcleo de Perícias Odontológicas de Iguatu

Registro N. **637297 / 2016**

Digitacao: 22/08/2016 (JAQUELINE.SILVA)
Livro: 37 Pagina:101

Enviar para **DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU**

EXAME SEGURO DPVAT

Em 13 de julho de 2016, nesta cidade de Iguatu, e nas dependências do Núcleo de Perícias Odontológicas de Iguatu, por Dr. Renato Evando Moreira Filho foi designado o perito:

IVELINE DE LIMA FELIX

CREMEC Nº: 14729

Para proceder a exame de corpo de delito (SEGURO DPVAT) em

CICERO JEFERSON SOUZA LOURENCO

a fim de ser atendida a requisição de nº 876 / 2016, emitida pelo (a) **DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU** descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 09:49 hs de 13/07/2016 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

HISTÓRICO: Periciado comparece para exame e relata que sofreu acidente de trânsito no dia 01/11/2015. Traz consigo cópia da ficha de referência do Hospital Regional do Iguatu com a seguinte justificativa de atendimento: "TCE grave, fratura exposta". Traz consigo cópia do prontuário de atendimento médico realizado no dia 02/11/2015 à 01h12min, no Hospital Regional do Cariri, no município de Juazeiro do Norte/CE, sendo assistido pelo médico Dr. Antônio Ednardo de Souza, CRM/CE 10.360, com a seguinte justificativa de atendimento: "Paciente vítima de acidente de moto com trauma em crânio em região frontal esquerda e lesão sangrante com exposição óssea em MIE". Traz consigo cópia do relatório cirúrgico realizado no dia 02/11/2015, no Hospital Regional do Cariri, no município de Juazeiro do Norte/CE, sendo assistido pelo médico Dr. Iuri Araújo Honcy, com a seguinte descrição cirúrgica: "Tratamento cirúrgico de hematoma extradural; reconstrução craniana". Traz consigo cópia do laudo de Tomografia Computadorizada do crânio realizada no dia 04/11/2015, assinado pelo médico Radiologista Dr. José Célio Couto Vasconcelos, CRM/CE 13.064, com a seguinte impressão diagnóstica: "Craniectomia frontal esquerda com reposição óssea. Cateter frontal esquerdo bem posicionado. Resolução do hematoma epidural frontal esquerdo. Redução do desvio das estruturas da linha média. Hemorragia subaracnoidea frontal esquerda residual. Pneumoencéfalo associado a procedimento cirúrgico prévio. Fraturas craniofaciais". Traz consigo cópia do laudo de Tomografia Computadorizada da face realizada no dia 04/11/2015, assinado pelo médico Radiologista Dr. José Célio Couto Vasconcelos, CRM/CE 13.064, com a seguinte impressão diagnóstica: "Fratura-luxação do côndilo mandibular esquerdo. Mastoidites hipopneumatizadas e escleróticas com acúmulo de material em seu interior". Traz consigo cópia de relatório de internação hospitalar no dia 16/11/2015, no Hospital Regional do Cariri, no município de Juazeiro do Norte/CE, sendo assistido pelo médico Dr. Francisco Bruno Celião Cabral, Ortopedista e Traumatologista, TEOT 13.212, com a seguinte justificativa de atendimento: "Hemorragia epidural. Fratura do crânio e dos ossos da face. Fratura do fêmur". Traz consigo cópia de relatório de cirurgia do dia 23/11/2015, no Hospital Regional do Cariri, no município de Juazeiro do Norte/CE, sendo assistido pelo médico Dr. Samir Samaan Filho, Ortopedista e Traumatologista, com a seguinte justificativa de atendimento: "Tratamento cirúrgico de fratura intercondileana". Traz consigo cópia de Ressonância magnética do encéfalo, realizada no dia 24/11/2015, emitido pelo médico Radiologista Dr. Haroldo Lucena Miranda Filho, CRM/CE 10.485, com a seguinte impressão diagnóstica: "Craniectomia frontal esquerda com reposição óssea. Fraturas craniofaciais que deverão ser melhor avaliadas com estudo tomográfico. Não foram identificadas contusões encefálicas agudas ou coleções extra-axiais. Hipófise de topografia, morfologia e dimensões normais ao estudo sem contraste". Traz consigo cópia de Ressonância magnética da hipófise, realizada no dia 05/01/2016, emitido pela médica Radiologista Dra. Débora Vianna dos Santos, CRM/CE 12.464, com a seguinte impressão diagnóstica: "Neurohipófise não individualizada no presente estudo. Adenohipófise bem configurada, de volume, contornos e intensidade de sinais normais, impregnando-se uniformemente pela substância contrastante. Haste hipofisária centrada e de espessura normal. Quiasma óptico de morfologia, espessura e intensidade de sinal habituais. Seios cavernosos e cisterna supra-selar sem alterações". Traz consigo cópia de atestado médico emitido no dia 17/05/2016 pelo médico Endocrinologista Dr. Rogério S. Couras de Carvalho, CRM/CE 7.489 com o seguinte: "Atesto para os devidos, que o paciente Cícero Jeferson Souza Lourenço, 16 anos e portador de diabetes insipidus central (pós-traumatismo craniano). O acompanhamento clínico é realizado periodicamente, onde se é solicitado vários exames, para avaliação da eficácia terapêutica. O tratamento medicamentoso é feito com o uso de DDAVP, 0,2mg 02x ao dia. O acompanhamento e o tratamento



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Segurança Pública
e Defesa Social

Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE

Coordenadoria de Medicina Legal - COMEL
Núcleo de Perícias Odontológicas de Igatu

Continuação do laudo N. 637297 / 2016 Livro 37 Pagina 101 Data 13/07/2016

medicamentoso devem ser realizados por um período de tempo indeterminado. O paciente apresenta severas limitações físicas, de cunho ortopédico, para exercer quaisquer atividades laborais". AO EXAME: apresenta (lesão 1) cicatriz cirúrgica extensa em terço distal e face anterior da coxa esquerda; (lesão 2) cicatriz cirúrgica extensa em joelho esquerdo; (lesão 3) cicatriz cirúrgica extensa em terço distal e face lateral da coxa esquerda; (lesão 4) atrofia muscular do membro inferior esquerdo; (lesão 5) bloqueio articular do joelho esquerdo; (lesão 6) cicatriz e afundamento craniano frontal à esquerda; (lesão 7) cicatriz cirúrgica em crista ilíaca esquerda, compatível com retirada cirúrgica de enxerto ósseo.

RESPOSTA AOS QUESITOS

PRIMEIRO - Houve lesão de origem externa, com possível nexo causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?

Sim;

SEGUNDO: Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

PERDA FUNCIONAL COMPLETA DE UM DOS MEMBROS INFERIORES.

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

IVELINE DE LIMA FELIX
CREMEC Nº. 14729

SELO DE AUTENTICIDADE
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

AA062124

Hospital Regional do Piauí Dr. Manoel Batista de Oliveira Atendimento ao Paciente	FICHA DE REFERÊNCIA	 SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
--	----------------------------	--

Lucio Jefferson Lima da Silva

Unidade de Origem: _____	Município: _____
Distrito Sanitário: _____	

Sexo: M () F ()	Idade: _____	Ocupação: _____	Bairro: _____
Endereço: _____			

Motivo do Encaminhamento:	<i>fratura exposta</i>		
Resultado de Exame:	<i>exame físico</i>		
Condução já Realizada:	<i>medicação, repouso</i>		
Assinatura do Encaminhante (registro):	Função:	Data:	Hora:
<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>11/11</i>	<i>21:21</i>

AGENDAMENTO			
Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial () Hospitalar () Auxílio Diagnóstico ()			
Procedimento: _____		Profissional: _____	
Unidade de Referência: _____	Data: ____/____/____	Hora: ____:____	

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA			
Nome do Paciente: _____			
Unidade de Referência: _____			
Município: _____	Prontuário Nº: _____	Alta: ____/____/____	

Resumo Clínico/Cirúrgico			
Resumo dos Exames			
Diagnóstico: Principal			
Secundário 1		CID	
Secundário 2		CID	
Condução Realizada			
Proposta de Condução para Seguimento			
O problema justifica a referência? Sim () Não ()			
O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim () Não ()			
			Data: ____/____/____
Assinatura do Consultante - Nº registro		Função	



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: CIGERO JEFFERSON SOUZA LOURENCO Prontuário: 125045 Admissão: 02/11/2015
Data Nas.: 23/09/1999 Idade: 16 ano(s) 1 mes(es) e 9 dia(s) Telefone: 88 97426407
Mãe: ESPEDITA NOGUEIRA DE SOUZA
Sexo: Masculino RG: Município: CARIUS
CEP: Bairro: ZONA RURAL
Endereço: SÍTIO MAURICIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: ANA QUITERIA GONCALVES AQUINO Horário: 01:12
Queixa: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM CRANIO EM REGIÃO FRONTAL ESQUERDA
E LESÃO SANGRANTE COM EXPOSIÇÃO OSSEA EM MIE
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: Mecanismo de trauma significativo
Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: ANTONIO EDNARDO DE SOUZA CRM: 10360 Nº 296127 P.A.:
Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Eixo: REANIMACAO
Hipótese Diagnóstica: ACIDENTE DE TRANSPORTE NAO ESPECIFICADO
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
TRANSFERIDO DA CIDADE DE IGUATU COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO COM TCE E FRATURA EXPOSTA DE JOELHO ESQUERDO. AO EXAME: VIA AÉREA PÉRVIA, EUPNEICO, MVU SRA, HIPOCORADO, FC=135, PA=90X60, GLASGOW=11, ABDOME PLANO, FLÁCIDO. MIE COM TALA GESSADA E COM SINAIS DE SANGRAMENTO FERIDA CONTUSA EM LÁBIO INFERIOR.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
02/11/2015 01:12:00	TRAUMA MAIOR	Mecanismo de trauma significativo	LARANJA	ANA QUITERIA GONCALVES AQUINO

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX BACIA AP (0204060095)	02/11/201 02:23	Não	Pendente
RX TORAX (LEITO) (0204030170) => REX	02/11/201 02:23	Não	Pendente
RX PERNA E AP/P (0204030168)	02/11/201 02:23	Não	Pendente
RX COLUMA CERVICAL AP/LATERAL (0204020034)	02/11/201 02:23	Não	Pendente
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	02/11/201 02:31	Não	Pendente
RX FEMUR E AP/P (0204030117)	02/11/201 02:23	Não	Pendente

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX JOELHO E AP/P (0204060125)	02/11/201 02:23	Não	Pendente
US ABDOMINAL TOTAL (0206020046)	02/11/201 02:23	Não	Pendente
HEMOGRAMA COMPLETO - REX (0202020310)	02/11/201 02:34	Não	Pendente

PRESCRIÇÃO

Médico: ANTONIO EDNARDO DE SOUZA

CRM: 10360

02/11/15 02:24

Prescrição	Horário:
SSVV E CCGG	On
MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E OXIMETRIA DE PULSO	On
PROVIDENCIAR EXAMES	
RESERVAR 03 CONCENTRADOS DE HEMÁCEAS	
AValiação DO TRAUMATOLOGISTA	
S RINGER LACTATO 2000ML EV 56GTS/MIN	1P 2F 3F 4F
DIETA ZERO	On

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

ENCAMINHAMENTO - CONDUta FINAL

☐ Alta Conduta
 ☐ Observação
 ☐ Referência para:
 ☐ Óbito



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: CICERO JEFFERSON SOUZA LOURENÇO	Prontuário: 125045
Endereço: SÍTIO MAURÍCIA	Idade: 16 ano(s) 2 mes(es) e 3 dia(s)
Bairro: ZONA RURAL	UF: CEARÁ Sexo: Masculino
CEP: 63530-000	Cidade: CARIUS

Localização		
Clinica: TRAUMATO-	Enfermaria: 02	Leito: 408
Internação 16/11/2015	19:02 Alta: * Não Informado *	* Não Informado

Relatório	Cancelada
Tipo de Saída: Alta	Não

Resumo Clínico

PACIENTE ADMITIDO PARA TRATAMENTO CIRURGICO. DEPRADO SEM INTERCORRENCIAS, RECEBE ALTA MELHORADO

Exames Realizados

RX DE FEMUR ESQ

Terapêutica Utilizada

OS OSSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS

Diagnóstico

S064 - HEMORRAGIA EPIDURAL

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S064	HEMORRAGIA EPIDURAL
Não	S02	FRATURA DO CRANIO E DOS OSSOS DA FACE
Não	S72	FRATURA DO FEMUR

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 26/11/2015

Observações Complementares

RETORNAR AO AMBULATORIO DA ORTOPEDIA DE DR.SAMIR EM 15 DIAS(AGENDAR NO NAC)

NÃO REALIZAR CARGA EM MIE

INICIAR FISIOTERAPIA

Responsável

Médico: FRANCISCO BRUNO CELIAO CABRAL

Data: 26/11/2015

Francisco Bruno Celião
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 16.420 - CRM-CE 12245
TEOT 73 212

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

Relatório de Cirurgia

Paciente: CICERO JEFFERSON SOUZA LOURENÇO

Prontuário: 125045

Clínica: CENTRO CIRURGICO

Enfermaria: Sala Cirurgica

Leito: 03G

Cirurgião: IURI ARAUJO HONCY

Anestesiologia: ** Não Informado **

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Enfermeiro:

Instrumentador:

Circulante:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0403010276	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL	S
0403010144	RECONSTRUCAO CRANIANA / CRANIO-FACIAL	N

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0403010276	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL	S
0403010144	RECONSTRUCAO CRANIANA / CRANIO-FACIAL	N

Diagnóstico pré-operatório:

** Não Informado **

Relatório Imediato do Patologista:

** Não Informado **

Exame Radiológico:

** Não Informado **

Acidentes e Incidentes:

** Não Informado **

Contagem Compressas e Instrumental:

** Não Informado **

Anestesia | Ocorrências Principais:

** Não Informado **

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

** Não Informado **

Grau de Contaminação: Potencialmente Contaminada

Tipo de Anestesia: Geral

Dr. Iuri Araujo Honcy
Cirurgião / Especialista em Cirurgia
CRM - 10.000.000-10/2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/01/2017 às 00:00, sob o número 01005636420178060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0100563-64.2017.8.06.0001 e código 27D9D67.

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VÍSCERAS

ANESTESIA GERAL
PCTE EM DECÚBITO DORSAL
ANTISSEPSIA + CAMPOS CIRÚRGICOS
INCISÃO PTERIONAL ESQUERDA
DISSECÇÃO POR PLANOS
CRANIOTOMIA FRONTAL ESQUERDA
DRENAGEM DE HEMATOMA EXTRADURAL
ANCORAMENTO DE DURA-MÁTER COM PROLENE 4.0
RECONSTRUÇÃO CRANIANA COM 03 PLACAS E 07 PARAFUSOS DE TITÂNIO
COLOCAÇÃO DE DRENO DE PORTO VAC 3.2
FECHAMENTO POR PLANOS COM NYLON 3.0
CURATIVO

Dr. João Augusto Monteiro
Assinatura Anestesiologista

02.11.15

Assinatura Anestesiologista | CREMEC

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 03041-102 - Juazeiro do Norte - CE

Relatório de Cirurgia

Paciente: CICERO JEFFERSON SOUZA LOURENÇO Prontuário: 125045

Clínica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: Sala Cirurgica Leito: 03A

Cirurgião: SAMIR SAMAN FILHO Anestesiologia: ** Não Informado **

1º Auxiliar: 2º Auxiliar:

Enfermeiro: Instrumentador: Circulante:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050586	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA / DOS CONDILOS DO	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050586	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA / DOS CONDILOS DO	S

Exame diagnóstico pré-operatório:

** Não Informado **

Relatório Imediato do Patologista:

** Não Informado **

Exame Radiológico:

** Não Informado **

Acidentes e Incidentes:

** Não Informado **

Contagem Compressas e Instrumental:

** Não Informado **

Anestesia | Ocorrências Principais:

** Não Informado **

Registrar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

** Não Informado **

Grau de Contaminação: Contaminada

Tipo de Anestesia: Geral

- 1- PTE EM DDH, SOB A. GERAL
- 2- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA E CAMPOS ESTEREIS
- 3- AMPLIADO FCC EM "Z"
- 4- DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA ATE VISUALIZAÇÃO FOCO FRATURA - PRESENÇA DE EPIFISIOLISE TIPO IV DE SALTER HARRIS EM FEMUR DISTAL, COM PRESENÇA DE GRANDE COMINUIÇÃO E PERDA OSSEA (REGIAO METAFISARIA MEDIAL)
- 5- LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
- 6- REDUÇÃO CRUENTA + FIO K (SINTESE PERDIDA) E PARAFUSO CANULADO COM ARRUELA NUM 75 EM EPIFISE
- 7- 3 PARAFUSOS (1 CORTICAL E 2 ESPONJOSOS C/ ARRUELA) DE ANTERIOR PARA POSTERIOR EM REGIAO METAFISARIA
- 8- PLACA DCP (PEQ FRAGMENTOS) 9 FUROS + 8 PARAFUSOS REGIAO METADIAFISARIA
- 9- ESCOPIA: SATISFATORIA (PERDA OSSEA MEDIAL, CONFORME ACIME DESCRITO)
- 10- LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
- 11- SUTURA POR PLANOS + CURATIVO ESTERIL
- 12- TALA JOELHEIRA
- 13- A/C ANESTESISTA

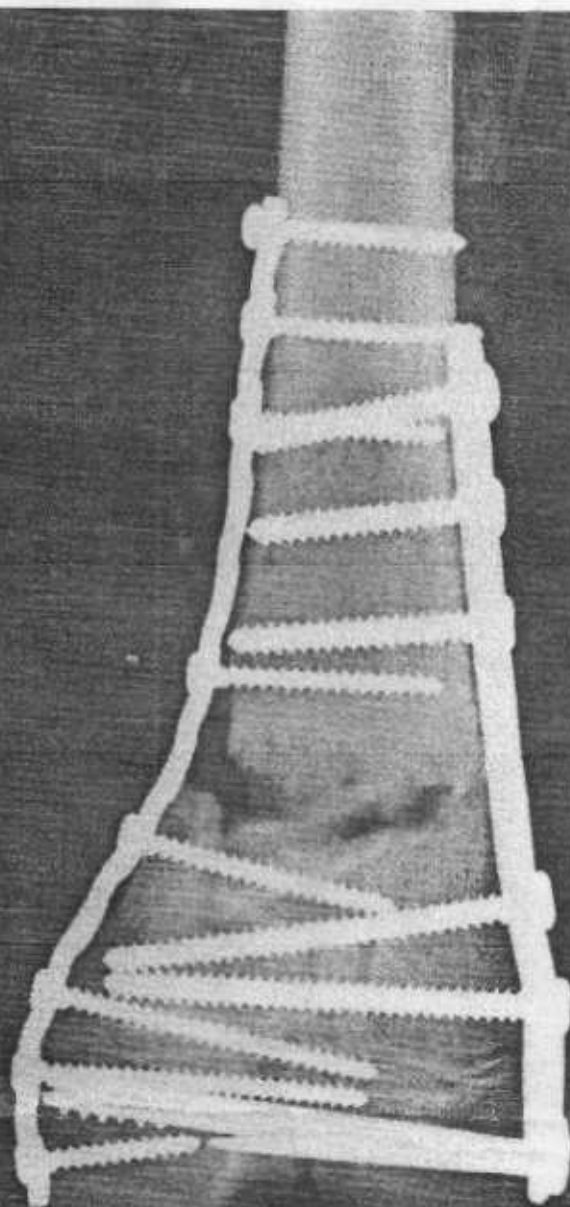
Data

02/11/15

Assinatura Anestesiologista | CREMEC

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.

NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



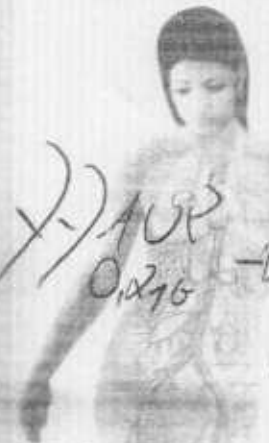
Dr. Rogério S. Couras de Carvalho

Clínica Médica - Endocrinologia / Metabologia

CRM - 7489

Identificação:

Picco / Souza

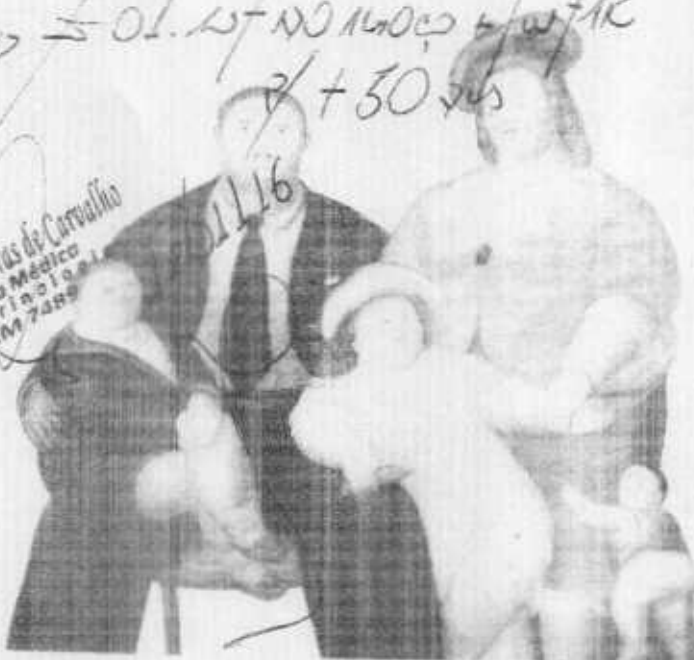


*X-1000
0,216 -> 501.0700h
+ 1/2 comprimido 15.00h
+ 01.15 22.00h.*

CRIPARINA 200 -> 501.2200h.

*UO/ROX 1500 -> 501.15-15.15.00h + 01.15
2 + 50.24h*

*Rogério S. Couras de Carvalho
Clínica Médica
Endocrinologia
CRM 7489*



Excesso de Peso

Diabetes Mellitus

Distúrbios do
Colesterol e / ou
Triglicerídeos

Doenças da Tireóide

Osteopenia
Osteoporose

Distúrbios do
Crescimento

Distúrbios do
Desenvolvimento
Puberal



HOSPITAL
SÃO CAMILO

Rua Santos Dumont, 510 - Iguatu-CE

Telefone Fixo: 088. 3582-7800 / 088. 9582-7844

Atendente: 088. 9643-1942 / Cel.: 088. 9986-2524



Dr. Rogério S. Couras de Carvalho

Clínica Médica - Endocrinologia / Metabologia

CRM - 7489

Identificação:

Alcir Geronzi de Souza Lourenço

*Exato 2/ os exames fins, o paciente
surgiu com a fração de glicose
105 mg/dl, por test.
Assim sendo, necessitando de ajustes, com
tabela corrigidora, e/ou monitoramento*

Excesso de Peso

Diabetes Mellitus

Distúrbios do
Colesterol e / ou
Triglicerídeos

Doenças da Tireóide

Osteopenia
Osteoporose

Distúrbios do
Crescimento

Distúrbios do
Desenvolvimento
Puberal

*12/02/10. C1747.794.
E.232*



Rua Santos Dumont, 510 - Igatu-CE
Telefone Fixo: 088. 3582-7800 / 088. 3582-7811
Atendente: 088. 9643-1942 / Cel.: 088. 9986-2524



PPS - 7/21/2017
 20 NRS 41 OUTROS
 TIRAMOS D. OSUBS f/p 1 !!

Dr. Iuri Araujo Honcy

NEUROCIRURGIÃO / CIRURGIÃO DE COLUNA

R

Laudo Médico

Paciente ♂ 16a, (Clem Jefferson
Souza Lourenço, submetido
em 02/11/15 à Craniotomia
para Prevenção do Hematoma
Extradural decorrente de
TCE Grau por acidente de
moto, evoluindo com quadro
de Débito Inípidus
central e necessitando



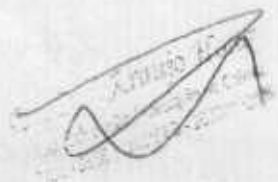
R. Santos Dumont, 510 - Centro - Fone: (88) 3582-7800
Cep. 63.500-000 - Iguatu - Ce.

HOSPITAL
SÃO CAMILO

do uso contínuo,
exclusivo da medicação
DDAVP (Desmopressina),
sob risco de piora do
quadro neurológico com
a medicação não se
fornecida.

CID 10: E23.2, 506

13/01/16



ATESTADO MÉDICO:

Atesto para os devidos, que o paciente Cícero Jeferson Souza Lourenço, 16 anos e portador de diabetes insipidus central {Pós-traumatismo craniano}. O acompanhamento clínico é realizado periodicamente, onde se é solicitado vários exames, para avaliação da eficácia terapêutica.

O tratamento medicamentoso é feito com o uso do DDAVP, 0.2mg 02x ao dia. O acompanhamento e o tratamento medicamentoso devem ser realizados por período de tempo indeterminado. O paciente apresenta severas limitações físicas, de cunho ortopédico, para exercer quaisquer atividades laborais.

Atenciosamente.
Iguatu, 17 de Maio de 2016.

ROGÉRIO S. COURAS DE CARVALHO.
CRM: 7489.
ENDOCRINOLOGISTA.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETINAN - CE Nº 010822460189
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

BATI 01 1008188511 0000000000 2014

ANTONIO DO CARMO LEO
 CARIUS/CE

29420056800 ORY8108

*****/CE 9CZKC1680ER545567

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. CASOL/ALCO

HONDA/CG150 FAN ESDI 2014 2014

2P/OCV/149CC PARTIC VERMELHA

286.75 1.11 292.01 00/00/0000

CARIUS

28/05/2014

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A TERCEIROS
 SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A TERCEIROS

CE Nº 010822460189 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2014

29420056800 ESTE E O BILHETE DO SEGURO DPVAT
 AOS INTERESSADOS, LIDA ORY8108
 ALCOMERCIO GERAL DE COMESTIVEIS

9CZKC1680ER545567

01 29420056800 ORY8108

1008188511 HONDA/CG150 FAN ESDI

2014 09 9CZKC1680ER545567

PRÊMIO TARIÁRIO

129.04 14.34 143.38

4.15 1.11 292.01

00/00/0000

PROPRIETARIO

LOTE/DOC 1127955/47 LICENÇA 9993751

MOTOR: KC1680ER545567

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, **ANTONIO DO CARMO LEDO** RG nº 37410480-3, data de expedição 22/11/11, Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 294.200.568-80, com domicílio na cidade de CARIÚS, no Estado de CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) SÍTIO CANA BRAVA nº 514, complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima **CICERO JEFFERSON SOUZA LOURENÇO**, cujo o condutor era RAFAEL AQUINO BATISTA.

Veículo: HONDA CG 150 FAN

Ano: 2014

Modelo: 2014

Placa: ORY 8108

Chassi: 9C2KC1680ER545567

Data do acidente: 01/11/2015

Local e Data: CARIÚS/CE 11-02-2016

X Antonio do Carmo Ledo

Assinatura do Declarante

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

DECLARAÇÃO DE VERDADE E REGISTROS DE CARIÚS - CEARA	
Registro feito por: _____ Data de emissão: _____ Assinatura: <u>Antonio do Carmo Ledo</u>	☐ SEMELHANÇA ☒ AUTENTICIDADE
11 FEV 2016 M. Moura de Oliveira - Escrevente	
VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE	

CARTÓRIO ALEXANDER MOTA
 Samara Rosal Alencar
 ESCRIVENTE AUXILIAR

SINISTRO 3160571590 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA CICERO JEFFERSON SOUZA LOURENCO****COBERTURA Invalidez****SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO****BENEFICIÁRIO CICERO JEFFERSON SOUZA LOURENCO****CPF/CNPJ: 08268241373****Posição em 27-09-2016 08:40:21**

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
 Comprovação de ato declaratório	Vitima	Pendente	



CARTÓRIO ALVES DA SILVA - 1º Ofício

VANDA ALVES DA SILVA

AMANDA ALVES DA SILVA WANDERLAY

TITULAR

SUBSTITUTA

RUA FLORIANO PEIXOTO, Nº 510 - IGUATU - CEARÁ - CEP: 63.500-000

FONE: (085) 3881.3339 - E-MAIL: cartorioalvesdasilva@hotmail.com

FONE: (085) 3881.3339 - E-MAIL: cartorioalvesdasilva@hotmail.com

R. Floriano Peixoto, nº 510 - Centro - Iguatu - Ceará - CEP: 63.500-000 - Telefone: (085) 3881.3339 - Email: cartorioalvesdasilva@hotmail.com
 NASCIMENTO, CASAMENTO, PROCURAÇÃO, RECONHECIMENTO DE FIRMA, AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA, ESCRITURA, PROTESTO, REGISTRO DE TÍTULO E DOCUMENTO, REGISTRO DE PESSOA JURÍDICA, XEROX E PLASTIFICAÇÃO

Serviço de Registro Civil e Notas 1º Ofício Certidão de Óbito

NOME:

RAFAEL AQUINO BATISTA

MATRÍCULA:

018077 01 55 2015 4 00020 095 0013846 31

SEXO Masculino	COR Ignorada	ESTADO CIVIL E IDADE Solteiro, 21 anos	
NATURALIDADE Iguatu - CE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CPF 044.231.103-69, RG 2007753704-6 SSP/CE		ELEITOR Sim
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA Filho de ANTONOR BATISTA DA SILVA e de MARIA ELIETE SILVA DE AQUINO. Residência do falecido: SÍTIO MAURICIA, Cariús - CE			
DATA E HORA DE FALECIMENTO Um de novembro de dois mil e quinze, às 20h00min.		DIA 01	MÊS 11
ANO 2015			
LOCAL DE FALECIMENTO SÍTIO QUIXOÁ-IGUATU-CE			
CAUSA DA MORTE HEMORRAGIA CRANIANA E ABDOMINAL, LESÃO NO CEREBRO E NO FÍGADO, TRAUMATISMO CRANIANO E ABDOMINAL, (ACIDENTE DE TRÂNSITO)			
SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO CEMITERIO DE VILA BARRO ALTO-IGUATU-CE		DECLARANTE ANTONOR BATISTA DA SILVA, RG.2880693-94, AGRICULTOR, casado, residente SÍTIO MAURICIA-CARIÚS-CE	
NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATISTOU(ARAM) O ÓBITO DR. OLAVO JOSÉ DE ARAUJO COUTO, CRM 10408			
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Ato registrado no livro C-20, às folhas 95 sob o nº 13846. Data do registro: 4 de novembro de 2015. Data do óbito: 1 de novembro de 2015. Profissão do falecido: AGRICULTOR. Data de nascimento do falecido: 13 de abril de 1994. Era eleitor. Solteiro. Não deixou bens, era reservista, era eleitor, não deixou filhos. Não constam averbações à margem do termo.			

Nome do Ofício
Serviço de Registro Civil e Notas 1º Ofício

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Iguatu, 4 de novembro de 2015.

Oficial Registrador
Vanda Alves da Silva

Município/UF
Iguatu

Endereço
Rua Floriano Peixoto, nº 510

Autentico a presente cópia
reprográfica que me foi apre-
sentada em cartório.

Dou fé, 24 NOV 2015

Sheila M. Moura de Oliveira
Escrevente

VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE.

