

**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 **WEB1.20.01563386-1** em **17/11/2020 15:22:31**.
- 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 : 0216058-30.2015.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01563386-1
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Acidente de Trânsito
Data/Hora : 17/11/2020 15:22:31

Partes

Solicitante : Maritima Seguros S/A

Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

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

Petição* : 2766485_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2766485_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-22.pdf

Downloads

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

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2014

Carta nº: 5500482

A/C: FRANCISCO EDNALDO GOMES DE MATOS

Sinistro: 2014915638
Vitima: FRANCISCO EDNALDO GOMES DE MATOS
Data Acidente: 18/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2014

Carta nº: 5564879

A/C: FRANCISCO EDNALDO GOMES DE MATOS

Sinistro: 2014915638
Vítima: FRANCISCO EDNALDO GOMES DE MATOS
Data Acidente: 18/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2015

Carta nº: 6680455

A/C: FRANCISCO EDNALDO GOMES DE MATOS

Sinistro: 2014915638
Vítima: FRANCISCO EDNALDO GOMES DE MATOS
Data Acidente: 18/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: FRANCISCO EDNALDO GOMES DE MATOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000997-0

Conta: 00000577906-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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, FRANCISCO EDNALDO GOMES DE MATOS
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2000098116674 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 15/09/2000
 CPF 004283503-80 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- 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;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

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 ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 238 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0097-0 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 577906-5

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

1 POUPANÇA 13 de OUTUBRO de 2014 Francisco Edmundo Gomes de Matos
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, 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.



Bradesco

Dia & Noite

BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL

TERM.025468

FRANCISCO EDNALDO GOMES DE MAT
AGENCIA 0997 CONTA 0577906-5

15:04 HRS
13/OUT/2014

DISPONIVEL
+ CONTA FACIL (C/C + POUP)
= TOTAL DISPONIVEL



SALDO TOTAL



Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022/0800 570 0022.
SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 7220099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

ARUANA

24 OUT 2014

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/03/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO EDNALDO GOMES DE MATOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00997-0

CONTA: 000000577906-5

Nr. Autenticação

BRADESCO3003201505000000000023700997000000577906168750 PAGO

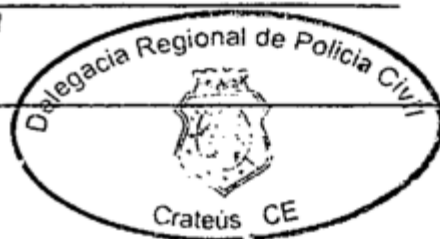


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 5956 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **09/10/2014 17:33:14**
Data / Hora da Ocorrência : **18/07/2014 08:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTR. DISTRITO DE ASSIS A HUMAITÁ S/N**
ZONA RURAL IPAPORANGA /CE
Ponto de Referência:



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026

Dados da(s) Vítim(a)

Nome: **FRANCISCO EDNALDO GOMES DE MATOS**
Nascimento : **15/03/1982**
RG: **2000098116674** Órgão Emissor: **SSP UF: CE** - CPF: **00428350380**
Filiação: **EDUARDO GOMES DE MATOS**
RAIMUNDA ARAUJO DE MATOS
Endereço: **SIT LOCALIDADE DE HUMAITÁ S/N**
ZONA RURAL 62215000
IPAPORANGA CE BRASIL

Telefone:



22 OUT 2014

Histórico

INFORMA O REGISTRANTE QUE NO DIA E HORA ACIMA MENCIONADO SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO QUANDO SE ENCONTRAVA GUIANDO A MOTOCICLETA DE MODELO HONDA/CG 125 FAN KS, ANO DE FABRICAÇÃO/MODELO 2012/2012, COR PREDOMINANTE VERMELHA, PLACA OTF 6805, CHASSI 9C2JC4110CR521630, LICENCIADA EM NOME DE JOAO NILTON REZERRA DA SILVA, VINDO A DESVIAR DE UMA VACA E PERDEU O CONTROLE DA MOTO, VINDO A CAIR NO SOLO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE IPAPORANGA JA QUE O MUNICIPIO NAO DISPOE DE SAMU, CORPO DE BOMBEIROS, ANJOS DO ASFALTO OU SIMILAR, FICANDO CONSTATADO EDEMA EM PERNA DIREITA COM POSSIVEL TRAUMA. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MANOEL GENESIO BERNARDINO - MAT.: 133958-T-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

VISTO DO DELEGADO(A) :

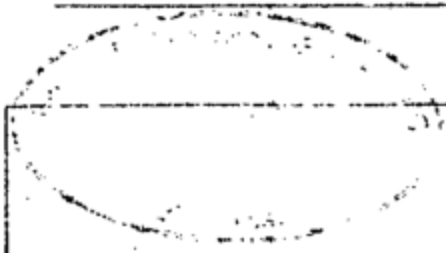
JOAO PEREIRA GOMES - MAT.: 198827-1-3

Sousa/ce
21.10.14



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

BOLEIM DE OCORRÊNCIA Nº 125 - 2025/2014



Ponto de Referência:
ZONA RURAL IPAPORANGA/CE
Endereço da Ocorrência: ESTR. DISTRITO DE ASSIS A HUMAITA S/N
Data: Hora da Ocorrência: 18/07/2014 08:30:00
Data: Hora da Comunicação: 09/10/2014 17:33:14
Número do Fato: ACIDENTE DE TRANSITO
Lugar da Ocorrência

IPAPORANGA/CE BRASIL
Telefone:
ZONA RURAL 6212008
Endereço: SIT. LOCALIDADE DE HUMAITA S/N
RAIMUNDA ARAUJO DE MATOS
EDUARDO GOMES DE MATOS
RG: 200098116674 (Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 00428320380)
Nascimento: 13/03/1982
Nome: FRANCISCO EDNALDO GOMES DE MATOS
Dados da(s) Vítima(s)

Relatório
CONSTATADO BOMBA EM PERNA DIREITA COM POSSÍVEL TRAUMA E NADA MAIS DISSE.
NÃO DISTOR DE SAMC, CORPO DE BOMBEIROS, ANOS DO ASPALTO DO SIMILAR, FICANDO
SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE IPAPORANGA/CE QUE O MUNICÍPIO
DESLAR DE UMA VACA E PERDEU O CONTROLE DA MOTO, VINDO A CAIR NO SOLO, SENDO
CHASSI 90J24110C9201630 LICENCIADA EM NOME DE JOAO NILTON BEZERRA DA SILVA, VINDO A
R\$ 2, ANO DE FABRICAÇÃO/MODELO 2012/2012, COR PREDOMINANTE VERMELHA, PLACA DIF 6802,
TRANSITO QUANDO SE ENCONTRAVA GULANDO A MOTOCICLETA DE MODELO HONDA/CG 125 EAX
INFORMA O REGISTRANTE QUE NO DIA E HORA ACIMA MENCIONADO SOBRE O ACIDENTE DE

VISTO DO DELEGADO(A):
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:
MANOEL GENESIO BERNARDINO - MAT: 133928-1-0
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, FRANCISCO EDNALVO GOMES DE MATOS, portador da carteira de identidade nº 2000098116674 e inscrito no CPF/MF sob o nº 004.283.503-80, residente e domiciliado na LOCALIDADE CAJA DOS JORGES, Cidade IPAPORANGA, Estado CEARA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML



1004029

Francisco Ednalvo Gomes de Matos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

IPAPORANGA-CE 13 DE OUTUBRO DE 2014

Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

1. Nome completo: _____
 2. Data de nascimento: _____
 3. Estado civil: _____
 4. Profissão: _____
 5. Endereço residencial: _____
 6. Cidade: _____ Estado: _____
 7. País: _____
 8. Telefone: _____
 9. E-mail: _____
 10. Assinatura: _____
 11. Data: _____
 12. Local: _____

W

Prova de Segurança Privada

© 2000 International Journal of Management in Education Ltd. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage or retrieval system, without prior permission in writing from the publisher.

A TPA é

correcta avaliação da existência e extensão do grau de lesão ou lesões, para fins do §1º do art. 36 da Lei nº Legal-MIL, concordando, desde já, em me submeter à decisão médica às custas do Seguradora Lda DPVAT para o perito o procedimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Investigações Psimétricas causada directamente por veículo automotor de via terrestre, solicitando esta declaração com o objectivo de permitir o exame do meu grau de incapacitação no seguimento da Lei nº 36 da Lei nº 36.

1. נאמר שחוקי המבחן וההערכה הם כאלה שיש להם תועלת רבה ללומדים, ויש להם תועלת רבה ללומדים, ויש להם תועלת רבה ללומדים.

אמריקאניס דעם שטאט פארמאגט א
אומבאקאנטעם און אומבאקאנטעם

「Local e Data」

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014915638 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO EDNALDO GOMES DE MATOS **Data do acidente:** 18/07/2014 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Trauma no tornozelo direito. .

Descrição do exame médico pericial: .Apresenta limitação da flexão e rotação do tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador.

Sequelas permanentes: Dano funcional do tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/03/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Kleiber Salvador Caceres Morales

CRM do médico: 12959

UF do CRM do médico: CE

DANOS

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

PRESTADOR

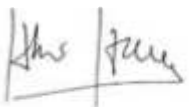
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: HELIO LATERMAN

CRM do médico: 52.36046-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO EDNALDO GOMES DE MATOS,

RG nº 20000 98116674, data de expedição 15/09/2004 Órgão SSP-CE,

CPF nº 004.283.503-80, 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)	CASA DOS JORGES
Número	_____
Apto / Complemento	_____
Bairro	ZONA RURAL
Cidade	IPAPORANGA
Estado	CEARA
CEP	62.215-000
Telefone de Contato	88-
E-mail	

IPAPORANGA
24 OUT 2004

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: IPAPORANGA-CE 13 DE OUTUBRO DE 2004

Assinatura do Declarante: Francisco Edinaldo Gomes de Matos

coelce

Para Pedir Voto, Ligar 150 - CEP 60135-010 - Fortaleza-CE
Cnpj 07.817.211/0001-70 - CEP 06.101-860-3
gla Oliveira foi eleita - pela Lei nº 10.433, de 26 de junho de 2000

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA LIGIUPOL - 343783894

Rota 33 38042 01 062480 - 2 Data de Emissão 19/05/2014

Nombre RAIMUNDA A. GUJO DE MATOS

End. Postal PV 1. :A 00000

CAJA DOS JORGES - IPAPORANGA - 62215000

Medidor 23546522

POSTS 0000 A820

Classe 24-RURAL MONOFASICO BAIXA RENDA

Fator de Potência

RG/CF7/CNPJ 321211053-87

CG[®]

Nome do Responsável

Findings

INVOLUCROS DE DENTURAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próx. Entrega
Nov/2014*	16/06/2014	16/06/2014

Conjunto 107M RUSPS
Atas - - - Mar/2014 - EUR 6,43

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

Pooled and individual			Apostrophe individual		
Meaned	Trin.	Actual	Meaned	Trin.	Actual
10.87	0.20	0.00	0.00	0.00	0.00
7.82	0.26	0.60	0.60	0.00	0.00
5.55			0.00		

WIRTSCHAFTSUNIVERSITÄT WIEN

273D, 117A, 22DC, 9AF0, 67FD, F517, AF95, 8HG

Left Arm	Left Anterior	Center	Comments (A/V)	Core, Inst.	Core, Pat.	Tanks (R5/A17b)	Video (P5)
4657	1.00	1.00	73	0.00	20	1.00	5.00
14	16.04	30.04	73				14.52

VR. CONSUMO DO MES PRECO NORMAL	28,75
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA	-14,23
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,70

AKUANA
24 OUT 2014

VENCIMENTO	24/06/2014	TOTAL A PAGAR (R\$)	15,22
------------	------------	---------------------	-------

Enseria	8.55
Transmisión	0.42
Distribución	0.28
Encargos Salariales	0.91
Tributos (INS PIS-COFFIN)	1.33
TOTAL	15.22

78	79	64	81	91	89	151	55	57	72	58	89
FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DIC	JAN

importante

A COLCE AGRADU E PARADIZA PELA RUTUALIZACAO NES SEUS PAGAMENTOS.
MAO FOI POSSIVEL COLHER LEITURA POR: LEITURA BINEITAL COM APT 96 RES 414

Consta desta fatura PT 1.39 referente a FIS e OSFINS.

Vítima solicita remarcação de perícia:

(88) 9642-6920

FAVOR REMARCAR PERICIA

(88) 9612-5068

10



ESTADO DO CEARÁ
GOVERNO MUNICIPAL DE
IPAPORANGA
A CÉRTIZA DE UM NOVO TEMPO



SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ

FICHA DE REFERÊNCIA

FRANCISCO CLETO REZERRA
Secretário de Saúde

1. Preencher esta ficha em três vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2ª via ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: Ipaporanga

Nome: F^{to} Edmundo Gomes

Prontuário Nº _____

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento 15/03/82 Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Paciente, 32a, comparece a Unidade Hospitalar.
referindo acidente de trânsito com edema em
Resultado de Exames Perna D. com possível fratura.

Consulta já Realizada. _____

Impressão Diagnóstica _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro 391 628

Função enfermeiro

Data 18/07/15

Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: _____

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

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

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

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

ARUANA

24 OUT 2015

Resultado de Exames _____

Diagnóstico: Principal _____

CID: _____

Secundário 1 _____

CID: _____

Secundário 2 _____

CID: _____

Proposta de Consulta 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 _____

1006

1006

Handwritten notes and scribbles at the top of the page.



FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (1)



ESTADO DO CEARÁ
GOVERNO MUNICIPAL DE
IPAPORANGA
A CÉRTeza DE UM NOVO TEMPO



SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ

FICHA DE REFERÊNCIA

FRANCISCO CLETO REZERRA
Secretário de Saúde

1. Preencher esta ficha em três vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2ª via ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: Ipaporanga

Nome: F^{co} Edmundo Gomes

Prontuário Nº _____

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento 15/03/82 Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento:

Paciente, 32a, comparece a Unidade Hospitalar.
sofrendo acidente de trânsito com Edmundo em
Resultado de Exames Perim D. com possível fratura.

Consulta já Realizada.

Impressão Diagnóstica

Vandery Cavalcante Calisto
ENFERMEIRO
COBEN-CE 391 628

enfermeiro

18/07/15

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: _____

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

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____

BRUNNA ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico:

24 OUT 2014

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____

CID: _____

Secundário 1 _____

CID: _____

Secundário 2 _____

CID: _____

Proposta de Consulta 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

Guia de atendimento - EMERGENCIA

Prontuário: 080790 Atendimento: 0002 CNS: Guia Aut:
Paciente: FRANCISCO EDNALDO GOMES DE MATOS Sexo: M
RG : 2000098116674 Nascimento: 15/03/1982 Local: CRATEUS/CE Idade: 32 Ano(s)
Pai: EDUARDO GOMES DE MATOS Mãe: RAIMUNDA ARAUJO DE MATOS
Endereço: CAMPO MAITA, SN Telefone: 88- CEP: 62218-000
Bairro: ZONA RURAL Município: IPAPORANGA UF: CE
Profissão: SEGURANCA Empresa: Responsável: MARIA DE FATIMA ALVES
Convênio: SUS Matrícula: Município: IPAPORANGA UF: CE
Cônjuge: Sala:
Endereço: CAMPO MAITA, SN CRM/UF: 13196/CE
Data Atendimento: 18/07/2014 Hora: 12:43 CID: Funcionário: ANGELINA REGIA MACEDO DA CUNHA
Médico: FERNANDO MENDEZ HERRERA CPF do Responsável:
Tipo Atendimento: CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente:
Observação:

Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (mpm): PA (mmHg): X

Tram

Peru

TD

Alma

Calo

ARUANA

24 OUT 2014

Ass..

Mr

Voluntaria 07 09 11
Ao 15:00 Paciente recebeu medicação. 6. João

FERNANDO MENDEZ HERRERA - CRM: 13196

- R. de punho 2

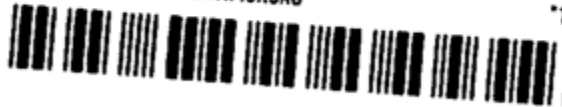
Joana de Andrade Costa
MÉDICA
CRM 10869

Maria de Fatima Alves
Assinatura Paciente/Responsável

Assinatura

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

*1004037



VAL DA EM		TERRITORIO	
2000098116674		DATA DE EXPEDICAO 15/03/2000	
NOME FRANCISCO EDNALDO GOMES DE MATOS			
FILIAÇÃO EDUARDO GOMES DE MATOS E RAIMUNDA ARAUJO DE MATOS			
NATURALIDADE CRATEUS-CE		DATA DE NASCIMENTO 15/3/1982	
DOC ORIGEM CERT. NASC. 7083 L A 07 F			
210 POTI/CRATEUS/CE			
CPF			
POTILIZACAO			
LEI N° 7.116 DE 29/08/83			

Francisco Ednaldo Gomes de Matos			
CARTEIRA DE IDENTIDADE			

24 OUT 2014

Cartão de identificação

Documento de identificação

Correios

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

004.283.503-80

Nome

FRANCISCO EDNALDO GOMES DE MATOS

Nascimento

15/03/1982

1004032

DUT



REPUBLICA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 010309969287
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTTC EXERCICIO
ISME 01 473894238 0000000000 2013

JOAO NILTON BEZERRA DA SILVA

IPAPORANGA/CE

CPF/CNPJ PLACA
73169790382 01F6805

PLACA ANT/UF CHASSI
*****/CE: 9C2JC410CR521630

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN KS 2012 2012

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/0CV/124CC PARTIC. VERMELHA

COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
I	*****	**/**/****	1*****
P			2*****
V	FADCA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	3*****
A	***	*****	

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
286.75 1.11 292.01 14/10/2013

OBSERVAÇÕES

IPAPORANGA LOCAL
Ingor Ponte DATA
26/12/2013

ARUANA

24 OUT 2014

Ass...