



Relatório de Sindicância

Tipo de Operação:	Administrativo
Nº Sinistro:	3200383071
Nome da Vítima:	Antônio Joldenir Lopes de Freitas Nunes.
CPF da Vítima:	398.608.253-00
Data do Acidente:	18/08/2020
Natureza:	Dams
UF do Acidente:	Ceará
Município do Acidente:	Horizonte
Recomendação de Parecer:	Irregular
Data de Conclusão:	11/11/2020
Empresa de Sindicância:	Ser Informação
Nome do Auditor:	Adilson Roberto Paschoal



Parecer:

Ocorreu acidente de trânsito? Sim

Evento ocorreu conforme declarado no BO? Não

Requerente é legítimo beneficiário da indenização? Não

Conclusão do Parecer:

CLASSIFICAMOS PROCESSO COM IRREGULAR, UMA VEZ QUE HOUE TROCA DE VEÍCULO; RESSALTAMOS QUE AGUARDAMOS RESPOSTA DE OFÍCIO DOS HOSPITAIS (SEM EXPECTATIVA DE IRREGULARIDADE)

Prestador de Serviço:**Nome da empresa de Sindicância:** Ser Informação**Endereço:** Rua Calixto Machado, 130A, Pires Façanha – Eusébio/CE.**CNPJ:** 05.419.160/0001-93**Nome do Sindicante:** Adilson Roberto Paschoal**CPF:** 055.285.898-60**Responsável Operacional:** Luziane Rocha

Síntese de Resultado e Validação de Documentos e Entrevistas

Documento	Confirmação / Tipo
Registro de Ocorrência	Autêntico – Documentado
Declaração de inexistência de IML	Não se aplica
Documentação Hospitalar	Não Confirmado
Declaração Particular	Não se aplica
Comprovante de Residência (beneficiário)	Autêntico – verbal
Despesas Médicas	Não Confirmado
Atestado Médico	Não se aplica
Declaração de únicos herdeiros	Não se aplica
Certidão de Casamento	Não se aplica

Envolvidos	Nome	Entrevista / Tipo
Proprietário do veículo	José William Gomes da Silva	Não Localizado
Testemunha local dos fatos	Não localizado	Não localizado
Testemunha meio de convívio	Maria Verénia Paulino Almeida	Entrevistado/ verbal
Testemunha da entrevista	Thais Ferreira Nunes	Entrevistado/ verbal
Beneficiário	Antônio Joldenir de Freitas Nunes.	Entrevistado/ Apartada
Outro (xxx)		

Entrevistas e Declarações

Beneficiário

Nome: Antônio Joldenir de Freitas Nunes.

Endereço: Rua Juvenal Semaão, 135-A- Horizonte/CE

Materialidade da Entrevista: Relatório de Entrevista e Apartada

	1ª Tentativa	2ª Tentativa	3ª Tentativa
Data:	06/11/2020		
Horário:	12:00		
Contato:	Antônio Joldenir de Freitas Nunes.		
Telefone:	(88) 9.8935-6005		
Endereço:	Rua Juvenal Semaão, 135-A- Horizonte/CE		

Resumo da Entrevista / Justificativa

NO DIA 06/11/2020 ÀS 12:00 HORAS, LOCALIZAMOS O REQUERENTE, ESTE CONCORDOU EM NOS PRESTAR ENTREVISTA CONFORME RELATO INFRA:

O REQUERENTE CONFIRMOU TER CONHECIMENTO DO PEDIDO DE REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS, RATIFICOU QUE QUEM FORMALIZOU SEU PROCESSO JUNTO A SEGURADORA FOI SEU INTERMEDIÁRIO FELIPE, E RELATOU QUE AINDA NÃO RECEBEU NENHUM VALOR A TÍTULO DE REEMBOLSO OU INDENIZAÇÃO.

CONFIRMOU TER SOFRIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO EM 18/08/2019, RELATANDO LOCAL E DINÂMICA DOS FATOS EM CONCORDÂNCIA COM O RELATO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

QUANTO AO VEÍCULO, RATIFICOU QUE MONETA 50 CC, TRAXX JL50Q2, COR PRETA, ANO 2011/2011, SEM PLACA, SEM REGISTRO NOS ÓRGÃOS DE TRÂNSITO E NOTA FISCAL DE COMPRA EMITIDA EM NOME DE EDITE LOPES DE FREITAS NUNES.

RECONHECEU DIVERGÊNCIA QUANTO AOS DADOS DO VEÍCULO INFORMADOS NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA, RATIFICANDO QUE O VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE FOI A MONETA 50 CC SUPRACITADA.

CONFIRMOU QUE REGISTROU O BOLETIM DE OCORRÊNCIA NA 32ª DELEGACIA DE POLÍCIA EM 25/11/2019, RATIFICANDO QUE ESTEVE PRESENTE PESSOALMENTE NA UNIDADE POLICIAL.

NO TOCANTE AOS ATENDIMENTOS MÉDICOS, DISSE QUE RECEBEU PRIMEIRO ATENDIMENTO NA UPA DE HORIZONTE, FOI TRANSFERIDO PARA O IJF E NOVAMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL FERNANDES TAVORA, ONDE FICOU INTERNADO POR 15 DIAS E REALIZOU CIRURGIAS.

RATIFICOU QUE REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA, ENTRE OS MESES DE NOVEMBRO/2019 A JANEIRO/2020 E PAGOU R\$ 90,00 POR CADA SESSÃO DE FISIOTERAPIA.

NEGOU TER REALIZADO CONSULTA PARA FINS DE DPVAT, BEM COMO NÃO REALIZOU EXAME JUNTO AO IML.

NO TOCANTE AS DESPESAS MÉDICAS, CONFIRMOU O PAGAMENTO DO RECIBO NO VALOR DE R\$ 2.700,00, ESTE ORIUNDOS DE 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA DOMICILIARES, COM A FISIOTERAPEUTA BRUNA LIMA LOPES, RATIFICANDO TER UTILIZADO OS PROCEDIMENTOS DESCRITOS NO RECIBO JUNTADO AO PLEITO.

OBS.: QUESTIONADO ONDE PODERÍAMOS LOCALIZAR A FISIOTERAPEUTA BRUNA LOPES, ELE INFORMOU QUE RECEBIA ATENDIMENTO DOMICILIARES E QUE NÃO SABIA ONDE A PROFISSIONAL POSSUIA CONSULTÓRIO E QUE ELA FOI INDICADA PELO INTERMEDIÁRIO.

AOS DEMAIS ESCLARECIMENTOS, NEGA TER SOFRIDO TER SOFRIDO OUTROS ACIDENTES.

OBS.: A VÍTIMA DECLAROU EM APARTADA QUE O VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE NÃO FOI O QUE CONSTA NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA E ALEGOU NÃO SABER ESCLARECER ESSA DIVERGÊNCIA.

OBS.: NÃO HAVIAM OUTRAS PESSOAS ALFABETIZADA NO LOCAL PARA ARROLAR COMO SEGUNDA TESTEMUNHA;

Entrevistas e Declarações

Testemunha

Nome: Thais Ferreira Nunes.

Endereço: Rua Juvenal Semeão, 119- Horizonte/CE

Materialidade da Entrevista: Relatório de Entrevista e Apartada

	1ª Tentativa	2ª Tentativa	3ª Tentativa
Data:	06/11/2020		
Horário:	12:00		
Contato:	Thais Ferreira Nunes.		
Telefone:			
Endereço:	Rua Juvenal Semeão, 119- Horizonte/CE		

Resumo da Entrevista / Justificativa

A SRA THAIS FERREIRA NUNES, ESTEVE PRESENTE DURANTE TODA A ENTREVISTA, RATIFICOU TER CONHECIMENTO DO ACIDENTE SOFRIDO PELO SEU TIO, PREENCHEU A DECLARAÇÃO APARTADA A PEDIDO DO REQUERENTE E DEIXOU SUA ASSINATURA APOSTA NO ROL DE TESTEMUNHAS.



Entrevistas e Declarações

LOCAL DO ACIDENTE

Nome: Não localizada

Endereço: Queimadas- Horizonte/CE

Materialidade da Entrevista: Não localizada

	1ª Tentativa	2ª Tentativa	3ª Tentativa
Data:	Não localizado		
Horário:	Não localizado		
Contato:	Não localizado		
Telefone:	Não localizado		
Endereço:	Não localizado		

Resumo da Entrevista / Justificativa

FOMOS AO LOCAL DO ACIDENTE, ENTRETANTO NÃO LOCALIZAMOS NENHUMA PESSOA QUE TENHA TESTEMUNHADO O ACIDENTE SOFRIDO PELO REQUERENTE.



Entrevistas e Declarações

Proprietário do Veículo

Nome: José William Gomes da Silva

Endereço:

Materialidade da Entrevista: Não localizado

	1ª Tentativa	2ª Tentativa	3ª Tentativa
Data:	Não Localizado		
Horário:	Não Localizado		
Contato:	Não Localizado		
Telefone:	Não Localizado		
Endereço:	Não Localizado		

Resumo da Entrevista / Justificativa

PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO NÃO LOCALIZADO.

NÃO CONSTA ENDEREÇO OU CONTATO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO.

REQUERENTE INFORMOU EM DECLARAÇÃO APARTADA QUE DESCONHECE O VEÍCULO E O PROPRIETÁRIO INDICADOS NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA, INFORMANDO QUE SE ACIDENTOU NA MONETA 50 CC TRAXX

Foto do beneficiário



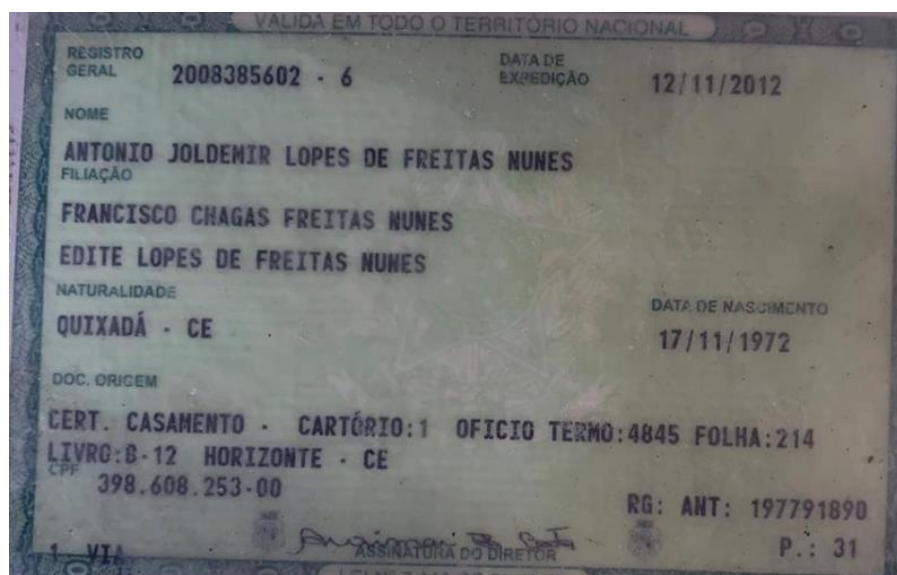
Foto do Documento de Identificação (Vítima)

Foto do Documento de Identificação (Testemunha)

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

NOME
THAÍS FERREIRA NUNES

FILIAÇÃO
JOSÉ ALZEMIR LOPES DE FREITAS NUNES
ANTONIA JUCILENE FERREIRA DA SILVA NUNES

DATA NASCIMENTO **19/10/1999** NATURALIDADE **PACAJUS - CE**
ORGÃO EXPEDIDOR **SSPDS-CE** TIPO/FATOR RH **XXX**
OBSERVAÇÃO **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**

Thaís Ferreira Nunes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 075.226.993-39 DNI XXXXXXXXXXXXXXXX

REGISTRO GERAL LOCAL DATA DE EXPEDIÇÃO OUTRO RG
2008762328-0 P.: 31 18/11/2019 2º VIA

REGISTRO CIVIL
CERT. NASCIMENTO CARTÓRIO: 1º OFÍCIO TERMO: 0000134 FOLHA: 00000135
LIVRO: A-0001 HORIZONTE - CE

NOME SOCIAL
XXXXXXXXXXXXXXXXXX

T. ELEITOR CTPS SÉRIE UF
089073790779 0781490 0050 CE

NIS/PIS/PASEP IDENTIDADE PROFISSIONAL
PIS: 16636939541 XXXXXXXXXXXXXXXX

CERT. MILITAR XXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX

CNH CNS
XXXXXXXXXXXXXXXXXX **702604202014745**

Franklin Delano Magalhães de Almeida
ASSINATURA DO DIRETOR

POLEGAR DIREITO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DECLARAÇÃO DE ENTREVISTA PAG 01/04



DECLARAÇÃO

SINISTRO: 3200383071 PASTA JUDICIAL:

☒ DAME ☐ INVALIDEZ ☐ MORTE

VÍTIMA: ANTONIO JOSENIER DE FREITAS NUNES

I - DECLARANTE

NOME: ANTONIO JOSENIER DE FREITAS NUNES
 DOC. DE IDENTIFICAÇÃO: 2008385602-6 CPF: 398.608.253-00
 ENDEREÇO RESIDENCIAL: RUA JUVENAL SEMEAO, 135-A HORIZONTE/CE
 TELEFONE RESIDENCIAL: () TELEFONE OUTROS: 85.9.8935-6005

II - DECLARAÇÃO

ALFABETIZADO? ☒ SIM ☐ NÃO ACEITA EFETUAR O RECONHECIMENTO DO SEU SINAL PÚBLICO? ☐ SIM ☒ NÃO

MOTIVO: DISTÂNCIA ATE AO CARTÓRIO

EU, ACIMA QUALIFICADO, DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE ESCLARECIMENTO AO PRESENTE PEDIDO DO SEGURO DPVAT QUE:

o pedido do senhor Antonio

A Pedido do Sr. Antonio Joseniér de Freitas Nunes está declaração foi preenchida por sua sobrinha Thaís Ferreira Nunes

Declaro que reconheço este pedido de reembolso de despesas médicas, reconheço minhas assinaturas e dados Bancários.

confirmando ter recebido atendimento médico devido a um acidente de trânsito sofrido em 18/08/2019 na zona de Horizonte, IJF e Hospital Fernandes Távora, onde realizei cirurgia e fiquei internado por 15 dias

Declaro ter realizado 30 sessões de fisioterapia com a fisioterapeuta Bruna Lima Lopes e paguei 90 reais

DATA: 06.11.2020

Antonio Joseniér de Freitas Nunes
 ASSINATURA DO ENTREVISTADO

FORMGAF-04V1

PAG 01/04

DECLARAÇÃO DE ENTREVISTA PAG 02/04

a cada sessão totalizando R\$ 700,00 Reais, e reconheço o valor desta fustoterapia.

Declaro que estive pessoalmente na 32ª DP onde registrei ocorrência, mas desconheço a veículo Honda, CG 125 F5N ano 2008 placa HIG-8337, ce em nome José William Gomes da Silva, pois o acidente ocorreu quando pilotava a moto traxx JL500 do ano 2011/2011 cor preta e sem placa conforme nota fiscal 284 apresentada, e não sei justificar essa divergência.

Reconheço ter sido atendido pelo o médico Josafo Fernandes estando o tratamento prescrito e em andamento.

DATA:

06/11/2020

x Antônio Valdemir Lopes de Freitas

ASSINATURA DO ENTREVISTADO

FORMGAF-04V1

PAG 02/04

DECLARAÇÃO DE ENTREVISTA PAG 03/04

LOCAL E DATA: HORIZONTE/CE, 06/11/2020 HORA: 12:00

ASSINATURA DO DECLARANTE: Antônio de Almeida Pereira Freitas

TESTEMUNHA - NOME: THAIS FERREIRA NUNES

CPF: 075.226.993-39 RG: 2008762328-0

ENDEREÇO: RUA JUVENAL SEMEAO, 119 - HORIZONTE/CE

X Thais Ferreira Nunes

TESTEMUNHA - NOME: _____

CPF: _____ RG: _____

ENDEREÇO: _____

AUDITOR: _____

ASSINATURA: Antônio de Almeida Pereira Freitas
2008762328-0

DECLARAÇÃO DE ENTREVISTA PAG 04/04

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E SOM DE VOZ

Pelo presente instrumento particular, ANTONIO J. DE F. NUNES, RG nº 2008385602-6, doravante denominado AUTORIZANTE, concorda em ceder, gratuitamente e por tempo indeterminado, de forma irrevogável e irretratável à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A, CNPJ 09.248.608/0001-04, doravante denominado AUTORIZADO, os direitos de captação e utilização de sua imagem e/ou de sua voz a serem captados durante a sindicância.

O AUTORIZANTE desde já reconhece que o AUTORIZADO terá a licença de uso permitida, única e exclusivamente, para fins de meio de prova para formar a convicção dos órgãos públicos competente, conforme o caso, em eventual necessidade de tal produção.

O AUTORIZADO assegurará ao AUTORIZANTE que a utilização do material não possui intuito de lucro, nem comercialização por parte desta Seguradora e da empresa sindicante.

E por estar justo e acordado, firma o AUTORIZANTE o presente TERMO DE AUTORIZAÇÃO.

DATA:

06/11/2020

Antonio J. de F. Nunes

ASSINATURA DO ENTREVISTADO

FORMGA7-04V1

PAG 04/04

RELATÓRIO DE ENTREVISTA PAG 01/07



ENTREVISTA

SINISTRO



ADMINISTRATIVO



JUDICIAL

SINISTRO:

320083071

PASTA JUDICIAL:



DAMS



INVALIDEZ



MORTE

VÍTIMA:

ANTONIO JOSENIER DE FREITAS NUNES

I - DECLARANTE



REQUERENTE



OUTROS

NOME:

ANTONIO JOSENIER DE FREITAS NUNES

DOC. DE IDENTIFICAÇÃO:

2008385602-6

ÓRGÃO:

SSP/CE

CPF:

398.608.253-00

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

RUA JUVENAL SEMEADO, 135-A
HORIZONTE/CE

TELEFONE RESIDENCIAL: ()

TELEFONE OUTROS:

85 9 8935 6003

RECONHECE COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ACOSTADO AO PLEITO?

SIM ☒NÃO ☐

CONFIRMA SER ESTA A SUA RESIDÊNCIA?

SIM ☒NÃO ☐

RECONHECE ASSINATURA NA DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA?

SIM ☒NÃO ☐

OBSERVAÇÃO:

II - PLEITO

COMO SOUBE DO SEGURO DPVAT?

POR FAMILIARES

RECONHECE O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO?



SIM



NÃO

QUEM APRESENTOU O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO?



PRÓPRIO



OUTRO

INTERMEDIÁRIO

RECONHECE COMO SEU O DIREITO DE RECEBER A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO?



SIM



NÃO

TEM CONHECIMENTO DO VALOR DO LIMITE MÁXIMO DA INDENIZAÇÃO?



SIM



NÃO

QUANTO? R\$

JÁ RECEBEU O VALOR A TÍTULO DE INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO?



SIM



NÃO

QUANTO? R\$

DATA:

06/11/2020

Antonio Joseniér de Freitas Nunes

ASSINATURA DO ENTREVISTADO

FORMGAF-02V1

PAG 01/07

RELATÓRIO DE ENTREVISTA PAG 02/07

III - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

OUTORGOU PROCURAÇÃO? ☐ SIM ☒ NÃO

NOME DO PROCURADOR: _____

COMO CONHECEU? _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE ESCRITÓRIO: (____) _____

TELEFONE OUTROS: (____) _____

VALORES COBRADOS: R\$ _____

FORMA DE PAGAMENTO: _____

RECONHECE ASSINATURA NA PROCURAÇÃO?

☐ SIM☐ NÃO☒ N/A

TEM CONHECIMENTO DO OBJETIVO DE TODOS OS DIZERES DA PROCURAÇÃO?

☐ SIM☐ NÃO☒ N/A

POSSUI INTERMEDIÁRIO?

☒ SIM☐ NÃO☐ N/ANOME DO INTERMEDIÁRIO: FELIPECOMO CONHECEU? INDICADO POR AMIGOSENDEREÇO: CENTRO - HORIZONTE/CETELEFONE ESCRITÓRIO: NÃO SEITELEFONE OUTROS: NÃO SEIVALORES COBRADOS: R\$ 30%FORMA DE PAGAMENTO: APÓS PAGAMENTO

IV - OCORRÊNCIA

A - ACIDENTE

DATA DO ACIDENTE: 18.08.2019LOCAL: QUEBRADAS - ZONA RURA HORIZONTE/CERELATO DO ACIDENTE: VINHA CONDUZINDO MINHA MOTOCICLETA, QUANDO FUI FECHADO POR UM CARRO, VINDO A CAIR AO SOLTO.SOCORRIDO POR: POPULARESDATA: 06.11.2020

ASSINATURA DO ENTREVISTADO

RELATÓRIO DE ENTREVISTA PAG 03/07

IV - OCORRÊNCIA

B - VEÍCULO

TIPO: MONETA MARCA: TRAXX J250Q2 ANO: 2011
 MODELO: 2011 RENAVAN: N10 COR: PRETA PLACA: SIPLAKA
 PROPRIETÁRIO DE DIREITO: EDITE LOPES DE FREITAS NUNES
 PROPRIETÁRIO DE FATO: ANTONIO JOSENIER LOPES DE FREITAS NUNES
 CONDUTOR DO VEÍCULO: ANTONIO JOSENIER LOPES DE FREITAS NUNES
 LOCALIZAÇÃO DO VEÍCULO: EM MINHA CASA
 VEÍCULO APRESENTADO ☒ SIM ☐ NÃO DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA ☒ SIM ☐ NÃO

C - REGISTRO DE OCORRÊNCIA

DATA DA COMUNICAÇÃO: 25/11/2019

FOI O COMUNICANTE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA? ☒ SIM ☐ NÃO ☐ N/A
 QUEM EFETUOU O REGISTRO DE OCORRÊNCIA? EU PROPRIETÁRIO
 LOCAL ONDE FOI REALIZADO O REGISTRO DE OCORRÊNCIA? 32ª DIST. POLICIAL
 POSSUI ADITAMENTO? ☐ SIM ☒ NÃO
 QUAL O MOTIVO DO ADITAMENTO?

RECONHECE DIVERGÊNCIA NO HISTÓRICO DO ACIDENTE RELATADO NO BO? ☐ SIM ☒ NÃO ☐ N/A
 QUAIS?

RECONHECE DIVERGÊNCIAS DE DADOS DO VEÍCULO MENCIONADO NO BO? ☒ SIM ☐ NÃO ☐ N/A
 QUAIS? VEÍCULO QUE SOFRI O ACIDENTE DE FATO, FOI A MONETA TRAXX J250Q2, PRETA, SEM PLACA

V - ATENDIMENTO MÉDICO

HOVE ATENDIMENTO MÉDICO? ☒ SIM ☐ NÃO

1º ATENDIMENTO - HOSPITAL:

CIDADE: HORIZONTEUF: CEARA

OUTROS ATENDIMENTOS - HOSPITAL:

CIDADE: FORTALEZAUF: CEARA

OUTROS ATENDIMENTOS - HOSPITAL:

CIDADE: FORTALEZAUF: CEARADATA: 06/11/2020

X Antônio Academista Perdeleiros
 ASSINATURA DO ENTREVISTADO

RELATÓRIO DE ENTREVISTA PAG 04/07

V - ATENDIMENTO MÉDICO

FOI SUBMETIDA À CIRURGIA? ☒ SIM ☐ NÃO

FICOU INTERNADO? ☒ SIM ☐ NÃO

REALIZOU FISIOTERAPIA? ☒ SIM ☐ NÃO QUANTAS SESSÕES? 30 PERÍODO 18.08.2019 A 02.09.2019

ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO MÉDICO? ☐ SIM ☒ NÃO PERÍODO NOV.2019 A JAN.2020

DATA DA ALTA DEFINITIVA JAN 2020

TIPO DE TRATAMENTO:

VI - DADOS BANCÁRIOS

RECONHECE OS DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO? ☒ SIM ☐ NÃO

COMO FOI REALIZADA ABERTURA DA CONTA CORRENTE? ABERTA VIA APLICATIVO

A CONTA FOI ABERTA EXCLUSIVAMENTE PARA O RECEBIMENTO DO SEGURO? ☒ SIM ☐ NÃO

DATA DA ABERTURA DA CONTA: SET/2020

APRESENTOU O CARTÃO? ☒ SIM ☐ NÃO

RECONHECE ASSINATURA NA AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO? ☒ SIM ☐ NÃO

OBSERVAÇÕES:

VII - LAUDO

REALIZOU CONSULTA/PERÍCIA MÉDICA PARA FINS DE DPVAT?

☒ NÃO - OBSERVAÇÕES:

☐ IML - MÉDICO: DATA DA ALTA DEFINITIVA:

LOCAL:

☐ PARTICULAR - MÉDICO: DATA DA ALTA DEFINITIVA:

LOCAL:

QUEM INDICOU O MÉDICO?

PAGOU PELA CONSULTA/PERÍCIA? ☐ SIM ☐ NÃO QUANTO? R\$ COMO?

PARA QUEM FOI REALIZADO O PAGAMENTO DA CONSULTA/LAUDO?

DATA: 06/11/2020

ASSINATURA DO ENTREVISTADO: Antônio de Jesus L. P. de Freitas

FORMGAF-02V1

PAG 04/07

RELATÓRIO DE ENTREVISTA PAG 05/07

VIII - INVALIDEZ

RECONHECE O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DE INVALIDEZ? ☐ SIM ☐ NÃOO MEMBRO LESIONADO CONFERE COM O MENCIONADO NO LAUDO? ☐ SIM ☐ NÃO

SE NÃO CONFERE, INFORMAR O MEMBRO LESIONADO:

ESTEVE PRESENTE NA PERÍCIA SOLICITADA PELA SEGURADORA? ☐ SIM ☐ NÃO

DATA DO CONTATO:

DATA DO AGENDAMENTO:

NOME DO CONTATO:

FORMA DO CONTATO:

SE NÃO COMPARECEU, INFORMAR O MOTIVO:

OBSERVAÇÕES:

IX - DAMS

POSSUI PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DE DAMS? ☒ SIM ☐ NÃOCONFIRMA O PAGAMENTO DAS NOTAS JUNTADAS AO PEDIDO, SEU DESCRITIVO E VALOR? ☒ SIM ☐ NÃO

DIVERGÊNCIAS:

QUAL TIPO DE DESPESA FOI PLEITEADA?

QUANTO PAGOU POR TODO TRATAMENTO?

QUANTO PLEITEOU AO SEGURO DPVAT?

QUAL A FORMA DE PAGAMENTO?

UTILIZOU OS PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E/OU EQUIPAMENTOS DESCRITOS NA NOTA FISCAL?

☒ SIM - TODO TRATAMENTO☐ SIM - PARTE DO TRATAMENTO / QUAL?☐ NÃO

NOME DO PROFISSIONAL / EMISSOR:

ASSINOU CONTRATO OU ALGO SIMILAR PARA AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM CONTA? ☐ SIM ☒ NÃO

EMPRESA:

X - ÓBITO

LOCAL DO ÓBITO:

DATA:

CIDADE:

UF:

CAUSA MORTIS:

CONHECE O DECLARANTE? ☐ SIM ☐ NÃO

RELAÇÃO COM ELE:

HOVE ALGUMA RETIFICAÇÃO NA CERTIDÃO DE ÓBITO?

☐ SIM☐ NÃO☐ DESCONHECE

QUAL?

GRAU DE PARENTESCO DO REQUERENTE COM A VÍTIMA:

DEIXOU FILHOS? ☐ SIM ☐ NÃO

NOME(S):

DOCUMENTOS COMPROBATORIOS:

DATA:

06/11/2020

ASSINATURA DO ENTREVISTADO

Kerstinia de Almeida Inês de Freitas

RELATÓRIO DE ENTREVISTA PAG 06/07

X - ÓBITO

VÍTIMA POSSUI ESPOSA(O) OU COMPANHEIRA(O): ☐ SIM ☐ NÃO TEMPO DE CONVIVÊNCIA: _____

NOME: _____

VÍTIMA POSSUI GENITORES VIVOS? ☐ SIM ☐ NÃOVÍTIMA POSSUI IRMÃOS? ☐ SIM ☐ NÃO

NOME(S): _____

VÍTIMA RESIDIA COM QUEM? _____ ONDE? _____

RECONHECE SEREM OS ÚNICOS HERDEIROS AS PESSOAS DECLARADAS NA DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS? ☐ SIM ☐ NÃO

DIVERGÊNCIAS: _____

XII - OUTROS ESCLARECIMENTOS

SOFREU OUTRO ACIDENTE? ☐ SIM ☒ NÃO QUANDO? _____

DINÂMICA, LESÃO E VEÍCULO ENVOLVIDO: _____

PLEITEOU OUTRO SINISTRO ADMINISTRATIVO? ☐ SIM ☒ NÃO

NATUREZA: _____

SINISTRO: _____ VÍTIMA: _____

RECEBEU A INDENIZAÇÃO? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A QUANDO? _____FORMALIZOU OUTRO PEDIDO JUDICIAL PARA REQUERER DPVAT? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/ARECEBEU A INDENIZAÇÃO? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A QUANDO? _____

DATA: 06/11/2020

Assinatura do Entrevistado

ASSINATURA DO ENTREVISTADO

RELATÓRIO DE ENTREVISTA PAG 07/07

XIII – JUDICIAL

NOME ADVOGADO: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE ESCRITÓRIO: (____) _____

TELEFONE OUTROS: (____) _____

COMO CONHECEU O ADVOGADO? _____

QUAL O ÚLTIMO CONTATO COM O ADVOGADO? _____

PORQUE INGRESSOU COM AÇÃO JUDICIAL? _____

COMPARECEU À AUDIÊNCIA? ☐ SIM ☐ NÃO

QUANDO? _____

TEM CONHECIMENTO DE OUTRA AÇÃO DE COBRANÇA EM SEU NOME? ☐ SIM ☐ NÃOTEM CONHECIMENTO DE RECLAMAÇÃO ADMINISTRATIVA? ☐ SIM ☐ NÃO

OUTROS ESCLARECIMENTOS: _____

LOCAL E DATA:

Horizonte/CE, 06/11/2020

HORA: 12:00

ASSINATURA DO DECLARANTE:

Antônio Valdemir dos Santos

TESTEMUNHA - NOME:

Thais Ferreira Nunes

CPF:

075.226.993-39

RG:

2008762328-0

ENDEREÇO:

Rua Juvenal Sertão, 119 - Horizonte/CE

X Thais Ferreira Nunes

TESTEMUNHA - NOME:

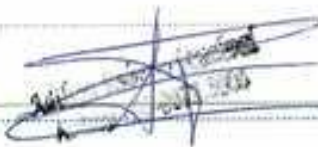
CPF:

RG:

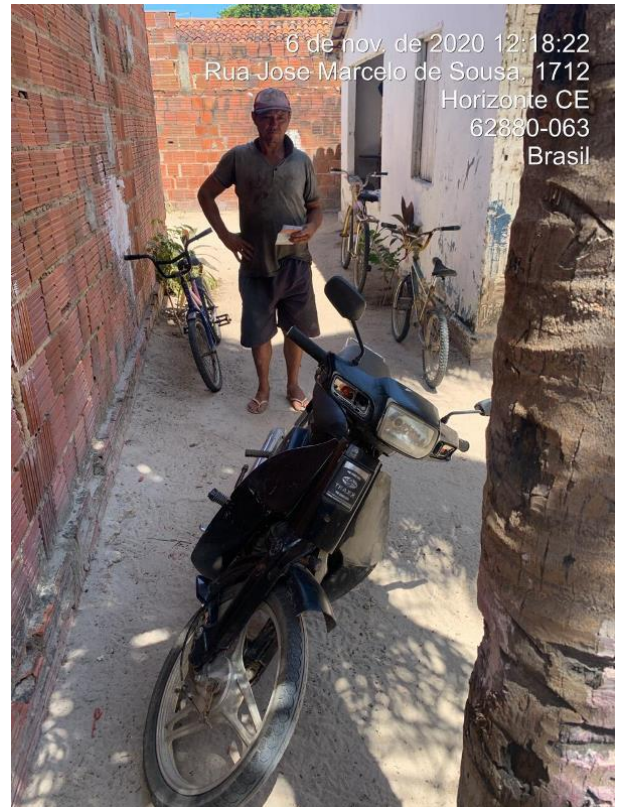
ENDEREÇO:

AUDITOR:

ASSINATURA:



VEÍCULO



RECEBEMOS DE DRICOS MOVEIS E ELETRO LTDA (HOR) OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO
 Emitido: 14/11/2011 Dest/Rem: EDITE LOPES DE FREITAS NUNES Valor Total: 3.500,00

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.000.284
Série 1

DRICOS MOVEIS E ELETRO LTDA (HOR)
RABELO
 AV. PRES CASTELO BRANCO, 4423 Nº 4423 - CENTRO - HORIZONTE-CE
 CEP 62880-000
 FONE - FAX 3464-9867
 www.rabelo.com.br
 atendimento@rabelo.com.br
Aqui é fácil ser feliz.

DANFE
 Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
 0- ENTRADA 1
 1- SAÍDA 1
 Nº 000.000.284
 SÉRIE 1
 FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
2311 1104 9802 5800 2104 5500 1000 0002 8410 0103 5079

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
123110046203499 14/11/2011 12:13:42

NATUREZA OPERAÇÃO
VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL
064209946

INSC. ESTADUAL DO DEST. TRIBUT./RIO
CNPJ
04.980.258/0021-04

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL
EDITE LOPES DE FREITAS NUNES

ENDEREÇO
RUA JUVENAL SEMIAO 104

MUNICÍPIO
HORIZONTE

CEP
62880-000

BAIRRO/DISTRITO
PLANALTO DA GAL

DATA DA EMISSÃO
14/11/2011

DATA DA SAÍDA / ENTRADA
14/11/2011

INSCRIÇÃO ESTADUAL
ISENTO

HORA DA SAÍDA / ENTRADA

FATURA/DUPPLICATAS

PAGAMENTO À VISTA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.500,00	595,00	0,00	0,00	3.500,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				3.500,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL

ENDEREÇO

PRETE POR CONTA
0-EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

EF

CNPJ/CPF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD.PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	V.UNITARIO	V.DISC.	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
540.008	TRAXX JL50Q2 2011/2011 PRETA/C MOTOR R.1943 RENAVAN-019431	87111000	000	5102	UND	1,00	3.411,00	0,00	3.411,00	3.411,00	579,87	0,00	17,00	0,00
568.010	CAPACETE LIB. EVOL. 3GD0G CAP167PVM TAM 58 PTVM 1	65061000	000	5102	UND	1,00	89,00	0,00	89,00	89,00	15,13	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 NumRab: 00103507 - 951BXKBB9BBO16448148F4011PR ZONA: 1 - RECEBIMENTO NO ESTAB. VEND. 02388 ELIRIA.
 ZONA: 1 - RECEBIMENTO NO ESTAB. LOJA. HORIZONTE S. 48 - 951BXKBB9BBO16448148F4011PR

RESERVADO AO FISCO

Documentos sem confirmação

Documento: PRONTUÁRIO MÉDICO- INST. JOSÉ FROTA

Tipo de Materialidade: Oficiado sem resposta

Órgão:	Instituto José Frota		
Nome:	Eduardo	Função:	Protocolo
Endereço:	R. Barão do Rio Branco, 1816 - Centro, Fortaleza - CE		
Telefone:	(85) 3255-5000		
E-mail:			

	1ª Tentativa	2ª Tentativa	3ª Tentativa
Data:	04/11/2020		
Horário:	11:00		
Contato:	Eduardo		
Função:	Protocolo		
Telefone:	(85) 3255-5000		
Endereço:	R. Barão do Rio Branco, 1816 - Centro, Fortaleza - CE		

Observações

NA DATA E HORÁRIO SUPRACITADOS, COMPARECEMOS AO INSTITUTO JOSÉ FROTA, ONDE PROTOCOLAMOS OFÍCIO SOLICITANDO A AVERIGUAÇÃO DA AUTENTICIDADE DO PRONTUÁRIO JUNTADO AO PROCESSO.

PRAZO PARA RESPOSTA 30 DIAS.



PROTOCOLO

**Sistema de Protocolo Único**

Prefeitura Municipal de Fortaleza

Nº Processo: P298428/2020**Dt. Abertura:** 04/11/2020 - 11:45**Local Abertura:** IJF/PROTOCOLO* - Serviço de Protocolo**Local Atual:** IJF/SUPER - Superintendência**Tipo:** - Processos Decisórios Gerenciais Administrativos**Assunto:** - Administrativo Financeiro - - Informativo**Folhas:** 0**Anexos:** 1**Envolvido:** Seguradora Lider Do Consórcio Do Seguro Dpvt**Observação:** Nº DA CARTA 3200383071 - CONFIRMAR A VERACIDADE DOCUMENTAL E TODO O SEU CONTEUDO

Para consultar o processo acesse:

<http://spuevolucao.fortaleza.ce.gov.br/totem>

Fortaleza - 04/11/2020 - 11:45

Recebido por: _____ em

___/___/___

SER Serviços de Informação, Fortaleza – CE –
Telefone: 3088-8288.
www.serinformacao.com.br



Fortaleza, 04 de novembro de 2020.
Número da Carta: 3200383071

Ao
INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
END: R. BARÃO DO RIO BRANCO, 1816 - CENTRO.
Cidade: Fortaleza
UF: CE

Assunto: Confirmação da veracidade documental e todo seu conteúdo

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A., CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, situada na Rua da Assembleia, 100 - 26º andar – Edifício City Tower, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20011-904, vem, informar para ao final requerer o que segue:

O Seguro DPVAT tem por finalidade garantir às vítimas de acidente de trânsito, causado por veículo automotor de via terrestre, ou por sua carga, o pagamento de indenização em caso de morte, invalidez permanente e reembolso de despesas médicas e suplementares (DAMS), nos termos da Lei nº 6.194, de 1974 e demais normas que regulamentam a matéria.

A Seguradora Líder DPVAT, entidade privada e líder do Consórcio DPVAT, na qualidade de gestora do Seguro DPVAT, tem como missão administrar com eficiência e transparência o seguro obrigatório de acidentes de trânsito e propiciar à população o conhecimento pleno e o acesso facilitado aos seus benefícios.

Assim, objetivando dar cumprimento à sua missão, faz-se necessária a confirmação da legitimidade de alguns documentos, quando verificados indícios de irregularidades na instrução do pedido administrativo de indenização do Seguro DPVAT pelos interessados.

Desta forma, solicitamos responder, formalmente, e nos confirmar junto a esta instituição a autenticidade do PRONTUÁRIO MÉDICO anexo, em que figura como vítima o senhor ANTONIO JOLDENIR LOPES DE FREITAS NUNES - CPF Nº 398.608.253-00

Na oportunidade apresentamos Sr. **Adilson Roberto Paschoal** portador do CPF nº 055.285.898-60, Prestador de Serviços de Sindicância e Regulação de Sinistro da SER SERVIÇO E INFORMAÇÃO à Serviço da SEGURADORA LÍDER DPVAT.

Manifestando votos de estima e consideração, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,


Adilson Roberto Paschoal
Auditor
(85) 99972-3805

Respostas para:

Tel.: (85) 99972-3805 ou (85) 3088-8288

E-mails: aspaseguro2017@gmail.com e www.serinformacao@gmail.com

Endereço: Rua Galvão Machado nº 130-A - Pires Façanha - Eusébio/CE - CEP: 61760-000

ASPA
ASSESSORIA EM SEGUROS

RECEITUÁRIO ORIGINAIS

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

Boletim de Emergência Reg.: 5631481

O Sr.(a) Antonio goldemar Lopes de Freitas Nunes

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 19/08/19, às 7 h.

Tendo como causa do socorro trauma em mão esquerda.

Observações: Necessit de repouso das atividades laborativas por 30 (trinta) dias.

Fortaleza, 19 de 08 de 200 19

Médico de Plantão - CRM: [Assinatura]

CPF: [Assinatura]

Impr. em: 16/08/2019 10:00:00 Boletim de Emergência Reg. doc

Fortaleza
ENCAMINHAMENTO

Do: Núcleo de Serviço Social - IJF

Para: Seta de Protocolo

Endereço: R. Fernando Simeão, s/n - PL. da Colônia - Horizonte.

Solicitação R.A.G p/ sr. Antônio goldemar Lopes de Freitas Nunes com possível transferência do Hosp. Fernandes Torresão, residente em Horizonte.

[Assinatura] Paula Wolylla A. Mota Alves
Assistente Social
CRESS 4573

Assistente Social

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
Rua: Barão do Rio Branco, 1816 - Centro.
Fortaleza-Ceará.
Telefone: (85) 3255 5037

Documentos sem confirmação

Documento: RECEITUÁRIOS- HOSPITAL FERNANDES TAVORA

Tipo de Materialidade: Oficiado sem resposta

Órgão: Hospital Fernandes Tavora

Nome: Daiana Mariano

Função: Administração

Endereço: Av. Francisco Sá, 5445, Fortaleza/CE

Telefone: (85) 3228-2555

E-mail:

		2ª	
1ª Tentativa		Tentativa	3ª Tentativa
Data:	04/11/2020		
Horário:	12:00 HS		
Contato:	Daiana Mariano		
Função:	Administração		
Telefone:	(85) 3228-2555		
Endereço:	Av. Francisco Sá, 5445, Fortaleza/CE		

Observações

NA DATA E HORÁRIO SUPRACITADOS, COMPARECEMOS AO HOSPITAL FERNANDES TAVORA, ONDE PROTOCOLAMOS OFÍCIO SOLICITANDO A AVERIGUAÇÃO DA AUTENTICIDADE DOS DOCUMENTOS MÉDICOS JUNTADOS AO PROCESSO.

PRAZO PARA RESPOSTA 15 DIAS.

OFICIO

SER Serviços de Informação, Fortaleza – CE –
Telefone: 3088-8288.
www.serinformacao.com.br



Fortaleza, 04 de novembro de 2020.
Número da Carta: 3200383071

4º
HOSPITAL FERNANDES TÁVORA
END: AV. FRANCISCO SÁ, 5.445 – ÁLVARO WAYNE
Cidade: Fortaleza
UF: CE

Assunto: Confirmação da veracidade documental e todo seu conteúdo

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A., CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, situada na Rua da Assembleia, 100 - 26º andar – Edifício City Tower, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20011-904, vem, informar para ao final requerer o que segue:

O Seguro DPVAT tem por finalidade garantir às vítimas de acidente de trânsito, causado por veículo automotor de via terrestre, ou por sua carga, o pagamento de indenização em caso de morte, invalidez permanente e reembolso de despesas médicas e suplementares (DAMS), nos termos da Lei nº 6.194, de 1974 e demais normas que regulamentam a matéria.

A Seguradora Líder DPVAT, entidade privada e líder do Consórcio DPVAT, na qualidade de gestora do Seguro DPVAT, tem como missão administrar com eficiência e transparência o seguro obrigatório de acidentes de trânsito e propiciar à população o conhecimento pleno e o acesso facilitado aos seus benefícios.

Assim, objetivando dar cumprimento à sua missão, faz-se necessária a confirmação da legitimidade de alguns documentos, quando verificados indícios de irregularidades na instrução do pedido administrativo de indenização do Seguro DPVAT pelos interessados.

Desta forma, solicitamos responder, formalmente, e nos confirmar junto a esta instituição a autenticidade do **PRONTUÁRIO MÉDICO** anexo, em que figura como vítima o senhor **ANTONIO JOLDENIR LOPES DE FREITAS NUNES - CPF Nº 398.608.253-00**

Na oportunidade apresentamos Sr. **Adilson Roberto Paschoal** portador do CPF nº 055.285.898-60, Prestador de Serviços de Sindicância e Regulação de Sinistro da SER SERVIÇO E INFORMAÇÃO à Serviço da SEGURADORA LÍDER DPVAT.

Manifestando votos de estima e consideração, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Adilson Roberto Paschoal
Auditor
(85) 99972-3805

05.481.950/0001-07
INSTITUTO PRÂXIS DE EDUCAÇÃO
CULTURA E AÇÃO SOCIAL
Av. Francisco Sá, 5445
Álvaro Wayne
Fortaleza
CE

Respostas para:
Tel.: (85) 99972-3805 ou (85) 3088-8288
E-mails: aspaseguro2017@gmail.com e www.serinformacao@gmail.com
Endereço: Rua Galvão Machado nº 130-A – Pires Façanha – Eusébio/CE – CEP: 61750-000

ASPA
ASSESSORIA EM SEGUROS

PROTOCOLO OFICIO

**HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA**
SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE DOCUMENTO**2ª Via - Solicitante**

Senhor Diretor,

ADILSON ROBERTO PASCHOAL, portador do(a) RG nº 130320646, residente e domiciliado em RIO DE JANEIRO/RJ no(a) RUA DA ASSEMBLEIA, N° 100 - 26º ANDAR, na qualidade de PROCURADOR do(a) paciente ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES, portador do(a) CNS: 707803646042111, residente e domiciliado em HORIZONTE/CE no(a) RUA SEMEAO LOPES DE FREITAS, 28 - ZONA RURAL (instrumento de mandato incluso), vem, pela presente, solicitar à esta instituição de saúde, a cópia do(a) PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO do outorgante, datado(a) de 21/08/2019.

Motivo: CONFIRMAÇÃO DA SEGURADORA.

Entrega prevista para 19/11/2020

FORTALEZA/CE, 4 de Novembro de 2020

Atendente

4 de Novembro de
2020

MARIA DAIANE MARINO

****NÃO ESQUECER DE TRAZER ESTA VIA PARA RETIRADA DO DOCUMENTO****

RECEITUÁRIOS ORIGINAIS

HOSPITAL FERNANDES TÁVORA

Antônio Jefferson de Freitas Nunes
P/ DPVAT

Paciente de alta da
traumatologia, operado da
mão E e pé E.

20/02/20.

Dr. José Fernandes
traumato - Ortopedista
CREMEC 5253

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODELO 4

HOSPITAL FERNANDES TÁVORA

11F

- Protocolo

Dr. José Fernandes
traumato - Ortopedista
CREMEC 5253

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

HOSPITAL FERNANDES TÁVORA

Antônio Jefferson Nunes

- cir. 24/04/19
- Retorno dia 24/10/19
às 7h

- dia 12/12/19 às 7h.
Retorno : 20/02/2020 7h

Dr. José Fernandes
traumato - Ortopedista
CREMEC 5253

23/09/19

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MOV/IC-1

HOSPITAL FERNANDES TÁVORA

Antônio Jefferson L. Freitas

- Solicito fisioterapia
p/ mão E (30x)
HTD: prot. de palanges
consolidadas.

Dr. José Fernandes
traumato - Ortopedista
CREMEC 5253

24/10/19

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

Documentos sem confirmação

Documento: RECIBO- R\$ 2.700,00- BRUNA LIMA LOPES

Tipo de Materialidade: Profissional não localizado

Órgão: Bruna Lima Lopes

Nome: Função: Administração

Endereço:

Telefone:

E-mail:

		2ª	
1ª Tentativa		Tentativa	3ª Tentativa
Data:	Não localizada		
Horário:	Não localizada		
Contato:	Não localizada		
Função:	Não localizada		
Telefone:	Não localizada		
Endereço:	Não localizada		

Observações

NÃO FOI POSSÍVEL A CONFIRMAÇÃO DA AUTENTICIDADE DO RECIBO JUNTO A FISIOTERAPEUTA BRUNA LIMA LOPES, TENDO EM VISTA QUE NO DOCUMENTO ACOSTADO, NÃO CONSTA SEU CONTATO TELEFÔNICO OU ENDEREÇO.

CABE SALIENTAR, QUE REALIZAMOS PESQUISAS EM SITES DE BUSCAS, REDES SOCIAIS, PORÉM NÃO LOCALIZAMOS NENHUMA INFORMAÇÃO SOBRE A PROFISSIONAL.

QUANTO A VITIMA, ESTA RECONHECEU O RECIBO E CONFIRMOU TER REALIZADO AS FISIOTERAPIAS COM A PROFISSIONAL, RELATANDO QUE FORAM REALIZADAS EM DOMICILIO E QUE NÃO SABIA INFORMAR SE A FISIOTERAPEUTA POSSUIA CONSULTÓRIO, NÃO SABIA INFORMA SEU CONTATO TELEFÔNICO E ALEGOU QUE FOI SEU INTERMEDIÁRIO QUE A INDICOU.

Documentos Confirmados

Documento: CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA- S/ Nº

Tipo de Materialidade: Autêntico-Documentado

Órgão:	32º Distrito Policial		
Nome:	Antônio Paulo da Silva	Função:	Escrivão de Polícia
Endereço:	R. LO-02, 40 - Granja Lisboa, Fortaleza - CE		
Telefone:	(85) 3101-6104		
E-mail:			

	1ª Tentativa	2ª Tentativa	3ª Tentativa
Data:	09/11/2020		
Horário:	11:00		
Contato:	Antônio Paulo da Silva		
Função:	Escrivão de Polícia		
Telefone:	(85) 3101-6104		
Endereço:	R. LO-02, 40 - Granja Lisboa, Fortaleza - CE		

Observações

NA DATA E HORÁRIO SUPRACITADOS, COMPARECEMOS NO 32º DISTRITO POLICIAL, ONDE O ESCRIVÃO DE POLÍCIA ANTONIO PAULO DA SILVA, CONFIRMOU A AUTENTICIDADE DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA JUNTADO AO PROCESSO, TENDO NA OPORTUNIDADE NOS FORNECIDO UMA 2ª VIA DO DOCUMENTO.



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

C E R T I D ã O

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

CERTIFICA que nesta data, compareceu em Cartório o Sr. ANTONIO JOLDEMIR LOPES DE FREITAS NUNES, portador do RG 2008385602-G SSPDS/CE e CPF 398.608.253-00, residente na Rua Juvenal Semeão, nº 133, Planalto da Galileia-Horizonte/CE, onde vem informar que foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido por volta das 19h, do dia 18/08/2019, na Rua das Queimadas, Horizonte/CE, quando pilotava a motocicleta, marca HONDA/CG 125 FSN, COR PRETA, ANO/MOD. 2008/2008, de PLACA HYG-8337/CE, CHASSI 9C2JC30708R717381, RENAVAM 936342807, LICENCIADA EM NOME DE: JOSE WILLIAM GONES DA SILVA, foi trancado por um veículo de PLACAS e guidador não identificado; QUE perdeu o controle da referida moto, vindo a cair ao solo, sendo socorrido por populares para a UPA de Horizonte de onde foi transferido para o I.J.F Centro em Fortaleza, onde foi submetido a procedimento cirúrgico. O REFERIDO É VERDADE. DOU FÉ.///

Cartório do 32º Distrito Policial, em 25 de Novembro de 2019.

Antonio Paula da Silva
Escrivão de Polícia
Mat. 97.122

DECLARANTE: Antonio Joldemir Lopes de Freitas Nunes

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

AUTENTICAÇÃO
A presente cópia está conforme o documento original. DOU FÉ.

Fortaleza, 09/11/20

ESCRIVÃO

Antonio Paula da Silva
Escrivão de Polícia
Mat. 97.122

Documentos Confirmados

Documento: AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Tipo de Materialidade: Autêntico-Verbal

Órgão:			
Nome:	Antônio Joldenir de Freitas Nunes.	Função:	Vítima
Endereço:	Rua Juvenal Semeão, 135-A- Horizonte/CE		
Telefone:	(88) 9.8935-6005		
E-mail:			

	1ª Tentativa	2ª Tentativa	3ª Tentativa
Data:	06/11/2020		
Horário:	12:00		
Contato:	Antônio Joldenir de Freitas Nunes.		
Função:	Vítima		
Telefone:	(88) 9.8935-6005		
Endereço:	Rua Juvenal Semeão, 135-A- Horizonte/CE		

Observações

EM ENTREVISTA COM O REQUERENTE, ESTE RECONHECEU SUA ASSINATURA E DADOS BANCÁRIOS NA AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO E NOS APRESENTOU O CARTÃO BANCÁRIO.



Documentos Confirmados

Documento: COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

Tipo de Materialidade: Autêntico-Verbal

Órgão:

Nome: Antônio Joldenir de Freitas Nunes.

Função: Vítima

Endereço: Rua Juvenal Semeão, 135-A- Horizonte/CE

Telefone: (88) 9.8935-6005

E-mail:

2ª

1ª Tentativa

Tentativa

3ª Tentativa

Data: 06/11/2020

Horário: 12:00

Contato: Antônio Joldenir de Freitas Nunes.

Função: Vítima

Telefone: (88) 9.8935-6005

Endereço: Rua Juvenal Semeão, 135-A- Horizonte/CE

Observações

EM DILIGÊNCIA AO ENDEREÇO ACOSTADO AO PROCESSO, O REQUERENTE NOS APRESENTOU O COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ORIGINAL

Nº do Cliente: 1667915

foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 002222382

Rota HZ227R52 Referência 08/2019

Nome MARIA VERENICIA PAULINO ALMEIDA

Endereço PV PLANALTO DA GALILEIA, 00000, COLUNA, 62882-000, HORIZONTE

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 10/08/2019

Medidor 1803051-FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO 52880979AB8056AA04429EC653907A84

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.F.: 30 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
13/07/2019	12/08/2019	02/09/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
P	18.197	18.197	1.00	00	00	00	0,00000	0,00

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
EDITO DE PEQUENOS VALORES	-1,01
LTA	1,01



Empresa de Sindicância:	Ser Informação
CNPJ:	05.419.160/0001-93
Nome do Auditor:	Adilson Roberto Paschoal
CPF:	055.285.898-60
Resp. Operacional:	Ana Gleicy N. Vasconcelos

