



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro: Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo: 02114732220218060001
Classe do Processo: Petições Intermediárias Diversas
Data/Hora: 05/06/2023 11:25:31

Partes

Solicitante: Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Arquivos

Petição: 2788560_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01 - 1-3.pdf
Documentação: 2788560_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02 - 1-17.pdf
Documentação: 2788560_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02 - 18-38.pdf
Documentação: 2788560_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02 - 39.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA/CE

Processo: 02114732220218060001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 3.375,00 (TRÊS MIL E TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Inválidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

FORTALEZA, 2 de junho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

RAFAELA BARBOSA PESSOA DE MELO
45542-A/CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013569132063

VIA: COO RENAVAM
PPT: 01 01091917210
EXERCÍCIO: 2017

ANTONIO JOSE DE SOUZA

GUARAMIRANGA /CE

70307911349

POG1966/CE

/CE

9C2KC2200GR070837

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL:
GASOL/ALCO

MARCA/Modelo:

HONDA/CG 160 FAN ESD

CAP. P/OT. GL:

2P/OCV/162CC

CATEGORIA:

PARTIC

ANO/FAB./ANO/EXP.

2016 2016

COR PREDOMINANTE:

PRATA

COTA ÚNICA:

I P
V A

VENC. COTA ÚNICA:

//***

VENC. COTA ÚNICA:

1º/***/***

2º/***/***

3º/***/***

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) — IGP (R\$) — PRÉMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO:

SEGURADOR

DESENVOLVIMENTO

GUARAMIRANGA
Igor Pente
Superintendente

DETAN-CE

08/08/2017

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

CE Nº 013569132063 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO — DATA EMISSÃO
2017 08/08/2017

VIA: 01 CPF/CNPJ: 70307911349

PLACA:
POG1966

REGISTRO: 01091917210 MARCA/Modelo:
HONDA/CG 160 FAN ESD

ANO/FAB.: 2016 ANO/EXP.: 2016 N° CHASSI:
9C2KC2200GR070837

PRÉMIO TARIFÁRIO

81,29

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

9,03

90,33

4,15

DETRAN (R\$)

TOTAL PRÉMIO DO PAPEL

0,7

185,5

X COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELA(O)

DATA DE QUITAÇÃO

07/08/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.348.888/0001-04

MOTOR: KC22E06070868

01150



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - NP do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

626.733.193-87 Raimundo Nogueira Morelino da Cruz

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Raimundo Nogueira Morelino da Cruz

6 - CPF:

626.733.193-87

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

POV. Sado Lapa Selva

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Guaramiranga

13 - Estado:

Ceará

14 - CEP:

62.766-000

15 - E-mail:

pruneraduvaldo@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

15 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 111

CONTA: 01386761

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.139/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde da seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

residuo (ao nascer)?

Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

Baturité, 9 de Setembro, 2019
 Raimundo Nogueira Morelino da Cruz

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397295/19

Vítima: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRI

CPF: 626.733.193-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/12/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA : 379.399.473-20

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

RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ : 626.733.193-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/11/2019
Nome: JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA
CPF: 379.399.473-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397295/19

Número do Sinistro: 3190634842

Vítima: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRI

CPF: 626.733.193-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/12/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA : 379.399.473-20

Declaração Circular SUSEP 445/12

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/04/2020
Nome: JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA
CPF: 379.399.473-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397295/19

Número do Sinistro: 3190634842

Vítima: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRI

CPF: 626.733.193-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/12/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médica-hospitalar
Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/07/2020
Nome: JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA
CPF: 379.399.473-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/07/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PROCURAÇÃO

Outorgante: RAIMUNDO NONATO MARCELINE DA CRUZ, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão AUTOMOTISTA, residente e domiciliado à Rua CONJUNTO DAIA SECA, nº 100, bairro FAROLILHA, Município de GUARAMIRANGA, Estado de(o) CEARÁ, Cep. 62.300-000, portador(a) do RG nº 9102600114, SSP/CE e CPF nº 626.733.193-87.

Outorgado: JOSE FRANCISCO PEREIRA FERREIRA, brasileiro(a), estado civil DIVORCIADO, profissão PMI INATIVO, residente e domiciliado(a) à Rua DE BENEDITO, nº 2419, bairro CENTRO, Município de MULUNGU, Estado de (o) CE, Cep. 599.399.473-20, portador (a) do RG nº 012-214-18 SSP/CE e CPF nº 379.399.473-20.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, de natureza INVALIDEZ, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) RAIMUNDO NONATO MARCELINE DA CRUZ, ocorrido em 26.12.2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

GUARAMIRANGA, 28 de MARÇO de 2019.

RECONHECO PELA AUTENTICIDADE DA Firma	
Raimundo Nonato Marcelino da Cruz	
Guaramiranga/CE 26/12/2019	
Em testemunha M. V. B. de Almeida	
Maria Violeta Batista de Almeida - Tabelião	
02	Outorgante CPF Nº 626.733.193-87
RECONHECIMENTO DE Firma Nº CN 268791	HPYC

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0142869/19

Vítima: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

CPF: 626.733.193-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/12/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA : 379.399.473-20

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

RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ : 626.733.193-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/04/2019
Nome: JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA
CPF: 379.399.473-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2019
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA

ALANA DA SILVA DE MATOS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190634842 **Cidade:** Guaramiranga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO MARCELINO **Data do acidente:** 28/12/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A
DA CRUZ

PARECER

Diagnóstico: LACERAÇÃO EXTENSA NO DORSO E FACE MEDIAL DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO TENDINOSA

Descrição do exame físico: DIFICULDADE DE AGACHAMENTO, PREJUÍZO DA MOBILIDADE PELA ALTERAÇÃO DA PISADA, BLOQUEIO MODERADO DE EVERSAO DO PÉ E DE FLEXO-EXTENSÃO DOS PODODÁCTILOS.

Resultados terapêuticos: REALIZADA REPARAÇÃO CIRÚRGICA DE PARTES MOLES. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

SEM COMPLICAÇÕES

DATA DA ALTA: 10/06/2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/07/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais EM PÉ ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190634842
Nome do(a) Examinado(a): Raimundo Nonato Marcelino da Cruz
Endereço do(a) Examinado(a): Ru Conj Cana Seca, S/N
Forquilha Guaramiranga CE CEP: 62766-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 91026004104
Data local do acidente: [28/12/2018]
Data local do exame: [28/07/2020] FORTALEZA [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
LACERAÇÃO EXTENSA NO DORSO E FACE MEDIAL DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO TENDINOSA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: REALIZADA REPARAÇÃO CIRÚRGICA DE PARTES MOLES. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM

Data da Alta: 10/06/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

DIFÍCULDADE DE AGACHAMENTO, PREJUÍZO DA MOBILIDADE PELA ALTERAÇÃO DA PISADA, BLOQUEIO MODERADO DE EVERSAO DO PÉ E DE FLEXO-EXTENSÃO DOS PODODÁCTILOS.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO PÉ PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE.

Caso a resposta do item V seja "'Não'", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

PÉ - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve
(X) 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397295/19

Número do Sinistro: 3190634842

Vítima: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

CPF: 626.733.193-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/12/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/12/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ
CPF: 626.733.193-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

ANDERSON DE SOUZA LEITE

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190634842

Vítima: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190634842

Vítima: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190634842

Vítima: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190634842

Vítima: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190634842**

Vítima: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000001111

Conta: 000000086761-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	626.733.303-87	RAIMUNDO NOVATO MARCELINO DA CRUZ		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	RAIMUNDO NOVATO MARCELINO DA CRUZ			CPF:
Profissão:	Endereço:	Número: Complemento:		
AGRICULTOR	CONJ. CANA SECA			
Salário:	Cidade:	Estado:	CEP:	62.766-000
E-mail:			Tel. (DDD):	

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1155

CONTA: 00086 763 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido. *Assinatura do declarante*

Imprópria
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: *Jataí, 29/04/10*

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

29 ABR 2010

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Jose Armando Pereira de Souza

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

REF: 514210977-1	28/MAR/2013	HERA DF	07:47:44
001. 05. 022056-0	LOCAL/UF: GUARAPANAMA	TERM 045444	
46. VINCULADA: 1111			
SAÉDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA			
	1111.000066761-4		
NOME: RAIMUNDO NEGRÃO M DA CRUZ			
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012			
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA			
DIA LIMITE	SALDO	1,92	0
10/03			
RESUMO EM 27/03	SALDO	1,92	0
RESUMO DO DIA			
SALDO BLOQUEADO		0,00	
SALDO DISPONÍVEL		1,92	0
SALDO TOTAL		1,92	0
REF: 514210977-1			
13 VIA			

26

29 ABR 2019



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE GUARAMIRANGA

Impresso nº 2019100235



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 459 - 191 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **11/02/2019 14:31:39**

Data / Hora da Ocorrência: **28/12/2018 15:00:00**

Endereço da Ocorrência: **ESTRADA DE GUARAMIRANGA PARA**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **GUARAMIRANGA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ**

Nascimento: **21/12/1975** CPF: **626.733.193-87**

RG: **91026004104** Orgão Emissor: **SSP**

Filiação: **MARIA VILANI MARCELINO DA CRUZ**
FRANCISCO ALVES DA CRUZ

Endereço: **SITIO CANA SECA**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **GUARAMIRANGA/CE**

País: **BRASIL**



CEP:

Telefone: **(85) 98941-0026**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POG1966** Uf: **CE** Município: **GUARAMIRANGA** Chassi:

9C2KC2200GR070837 Renavam: **1091917210** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 FAN ESDI** Ano

Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**

Cor: **PRATA** Proprietário: **ANTONIO JOSE DE SOUZA** Situação: **NÃO**

INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

NARRA O NOTICIANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL SUPRA CITADOS, ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE PLACA: POG1966, CHASSI: 9C2KC2200GR070837, RENAVAM: 01091917210, HONDA/CG 160FAN ESD, ANO/MODELO 2016/2016, DE COR PRATA, REGISTRADA NO DETRAN EM NOME DE ANTONIO JOSÉ DE SOUZA, QUE NA DATA JÁ CITADA ESTAVA VOLTANDO PARA CASA SENTIDO GUARAMIRANGA PARA PERNAMBUCINHO, QUANDO NA ALTURA DA POUSADA LOGRADOURO, EM UMA CURVA ACENTUADA UM OUTRO VEICULO, FOI FAZER UMA ULTRAPASSAGEM E BATEU NA MOTOCICLETA EM QUE O NOTICIANTE ESTAVA, QUE POR CONTA DISSO O CONDUTOR DA MOTO PERDEU CONTROLE E VEIO A CAIR; QUE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO PARA HOSPITAL DE GUARAMIRANGA E AO SER MEDICADO FOI CONSTATADO QUE O MESMO HAVIA SOFRIDO POLITRAUMATISMO E VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO UMA DELAS NO PÉ ESQUERDO MUITO GRANDE E NO BRAÇO ESQUERDO, CONFORME COMPROVA LAUDO EM ANEXO; QUE DESTE ENTÃO VEM SENDO MEDICADO E ESTA SEM EXERCER SUAS FUNÇÕES POR MAIS DE UM MÊS. QUE REGISTRA O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DE SEGURO DPVAT, E NADA MAIS DISSE.



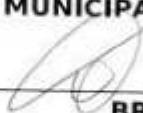
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE GUARAMIRANGA

Impresso nº 2019100235

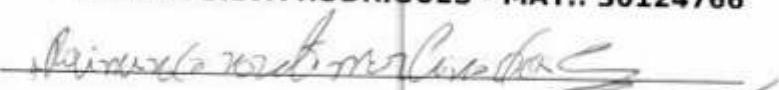


BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 459 - 191 / 2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE GUARAMIRANGA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : 

BRUNA SILVA RODRIGUES - MAT.: 30124766

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSÉ DE ANCHIETA FERNANDES VILELA - MAT.: 30119622



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	626.733.303-87	RAIMUNDO NOVATO MARCELINO DA CRUZ		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	RAIMUNDO NOVATO MARCELINO DA CRUZ			CPF:
Profissão:	Endereço:	Número: Complemento:		
AGRICULTOR	CONJ. CANA SECA			
Salário:	Cidade:	Estado:	CEP:	62.766-000
E-mail:			Tel. (DDD):	

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1155

CONTA: 00086 763 64

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido. *Assinatura do declarante*

Impossível
digitalizar
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: *Jataí, 29/04/10*
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____ *29 ABR 2010*
Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Jose Armando Pereira de Souza
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ



PREFEITURA MUNICIPAL DE
GUARAMIRANGA
SECRETARIA DA SAÚDE



PRONTO ATENDIMENTO MÉDICO
URGÊNCIA-EMERGÊNCIA

NOME: *Ricardo Alves, Francisco da Cruz* CADASTRO
Nº DO ATENDIMENTO: *100*
DATA DE NASCIMENTO: *21.12.1975* PROFISSÃO:
ENDEREÇO: *Caru, Serra*
CNS:
DATA: *28.12.18*
IDADE: *43* HORA: *16:15*
FONE:

SSVV

REGISTRO DE ENFERMAGEM

PA: _____

FC: _____ GLICEMIA: _____

OUTRAS INFORMAÇÕES:

TEMP: _____

FR: _____ PESO: _____ KG

ALERGIA: SIM () NÃO ()

SPO2 _____

HAS: SIM () NÃO ()

QUEIXA PRINCIPAL: _____

DM: SIM () NÃO ()

Enfermeiro (a): _____

CÓPIA

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

CÓPIA

→ *Obesidade*
(Poliquilauromacros)

LABORATÓRIO

EXAMES SOLICITADOS

OUTROS

RADIOLÓGICO

PRESCRIÇÃO

PRESCRIÇÃO - CONSULTÓRIO
HORÁRIO DE APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS

OBSERVAÇÃO

→ *MMT de oxigênio 2-0*

→ *Amoxil 500 mg*

→ *Amoxil 500 mg*

COMPRA DE MEDICAMENTOS
EFEITO 2017-2018
29 ABR 2019

Assinatura
CRM 7061

Assinatura do paciente ou responsável: *Lucas dos Santos*

6494351

Para agilizar seu atendimento, utilize o número
sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei N° 10.438
de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Fachado Melo, 150
CEP 60130-040 | Fortaleza/CE
CNPJ 03.047.251/0001-70 | CGF 06.109.848-3

ene

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 559548460
 Rota 18 27040 52 155460 - 5 Data de Emissão 25/01/2019
 Nome RAIMUNDO NONATO MARCELINO DA CRUZ
 End. Postal RU CONJUNTO CANA SECA 00000 00000
 FORQUILHA - GUARANIRANGA - 62766000
 Medidor 2071298 Posto 00000 A39N
 Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX, RENDA HONOFASTICO
 RG / CPF / CNPJ 626733193-57 CGF
 Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2019	25/01/2019	23/02/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
 Veja a legenda disponível na conta.

Conjunto 100/1000h
 Mês 30/01/2019 ESG 0,37

30/01 = 0,07 P Padrão Individual Ajustado Individual

ICRS

Data de Cálculo (Rp)	Alíquota	Valor do Imposto
25/01/2019		

DIC	100	100	100	100	100
FIC	7,15	15,35	30,75	61,50	123,00
DMIC	5,65		11,30		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

E7-E7, E7-E7, F17-F17, F17-F17, F17-F17

100	100	100	100	100	100
100	100	100	100	100	100

Mes	Ant	Act	Mes	Ant	Act

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lit. Atual	Lit. Anterior	Conet	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fct.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
77	76	7624	1.30	1.00	0.30	0.12	15.60

25/01/19	26/12/18	12.100	76	15.60
----------	----------	--------	----	-------

VALOR (R\$)

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

 Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TÉM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE ARMANDO PEREIRA FERREIRA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 370.339.473-120, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

RAIMUNDO NOVATO MARCELINO DA CRUZ Inscrito (a) no CPF sob o Nº 626.332.583-87,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima RAIMUNDO NOVATO M. DA CRUZ

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 626.733.303-187, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: AGRICULTOR Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

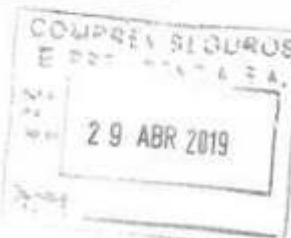
Recuso informar

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

Endereço:	<u>RUA PADRE BENTO</u>		Número:	<u>249</u>	Complemento:		
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>MULUNGU</u>	Estado:	<u>CE</u>	CEP:	<u>62701-000</u>
E-mail:	<u>armando.pereira@btmail.com</u>					Tel. (DDD):	<u>(85) 99999-0000</u>

Local e Data: Mulungu - CE 11/04/2019

Jose Armando Pereira Ferreira
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Antônio José de Souza,

RG nº 2007438011-0, data de expedição 22/07/2017

Órgão SSP, portador do CPF nº 703.079.113.49

com domicílio na cidade de Guaramiranga, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
nº _____,

complemento 510, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Raimundo Nonato Morelino Cruz tujo o condutor era
Rafael de Oliveira Souza.

Veículo: Honda CG Modelo: 160 fan ES/IE Ano: 2016

Placa: POG 1966 Chassi: 962KC2200GR070837

Data do Acidente: 28/12/18

Local e Data:

Guaramiranga - 28/12/2019

Antônio José de Souza

Assinatura do Declarante

Rafael Oliveira de Souza

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



RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE a(s) film:
Antônio José de Souza
Rafael Oliveira de Souza
Guaramiranga/CE 18/12/2019
Em testemunha: Maria Violante Batista de Almeida - Tabeta
Foto: 01 da versão
96.10.2019
Maria Violante Batista de Almeida - Tabeta





**PRONTO ATENDIMENTO MÉDICO
URGÊNCIA-EMERGÊNCIA**

CADASTRO

NOME: *Raimundo Siqueira Macêdo da Cruz* N.º DO ATENDIMENTO: *20*
 DATA DE NASCIMENTO: *21.12.1975* PROFISSÃO:
 ENDEREÇO: *Cariri Seca*
 CNS:
 IDADE: *13 an*

DATA: *28.12.18*
 HORA: *16:15*
 FONE:

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SSVV

PA: *1*

FC: _____ GLICEMIA: _____

OUTRAS INFORMAÇÕES:

TEMP: _____

FR: _____ PESO: _____ KG

ALERGIA: SIM () NÃO ()

SPO2 _____

HAS: SIM () NÃO ()

QUEIXA PRINCIPAL: _____

DM: SIM () NÃO ()

Enfermeiro (a): _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

⇒ *DETA DE DORSO*

(FOLIGULUMATOS)

EXAMES SOLICITADOS

LABORATÓRIO

RADIOLÓGICO

OUTROS

PREScriÇÃO - CONSULTÓRIO

PREScriÇÃO

HORÁRIO DE APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS

OBSERVAÇÃO

⇒ *SUP. C/ NYLON 2-0*

⇒ *ANESTESIA*

⇒ *ANEST*

COMPRA E SEGUROS
ED 2019
20 ABR 2019

Assinatura do paciente ou responsável:
Am. C. Siqueira
CRM/CE/061

Assinatura do paciente ou responsável: *Raimundo Siqueira Macêdo da Cruz*



UNIDADE MISTA DE SAÚDE DR. FREDERICO AUGUSTO LIMA E SILVA

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o devido fato que o paciente Rosângela Nivaldo Marcellino da Cruz sofreu acidente moto a eletrônico em 22.12.2018 e foi trazido ao hospital Municipal de Guaramiranga com politraumatismos e sequelas temporâneas e membro inferior esquerdo (lesão de perna molde importante no pé esquerdo)

Attest.

Guaramiranga, 08 de 01 de 2019.

José Xerez Netto
Médico
CRF-MEC 17779

Carimbo/Assinatura do Médico





PREFEITURA MUNICIPAL DE
GUARAMIRANGA
SECRETARIA DA SAÚDE



NOME: Raimundo Nonato Mareclino da Cruz

Wecaro que o paciente, RAIMUNDO
NONATO MARECLINO DA CRUZ, FÉZ
05 (cinco) ATENTIMENTOS FISIOTERAPUTICO.
PARA BANHO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO,
DEVIDO ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, PEL
CONTUSÃO COM LIMITAÇÃO NA DÉAMBULACAO
E COM PERDA DE FORÇA E ADM, NO
PERÍODO DE 02/19 A 03/19.

Data: 25/03/19

Dr. Deyvison Veras
Fisioterapeuta
CPF: 263.026-F
CRF-CE 10425

Ass. do Profissional

“Prevenir é o melhor remédio”
Rua Cel Linhares-320 Guaramiranga-Ce
Tel: (85)3321-1303



FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HMSFALS Município: Guaramiranga
Nome: Ramundo Novato Morelino Nº do prontuário: _____
Sexo M () F () Idade: 34 Ocupação: _____ Dt Nascimento: 1/1
Endereço: 51 Cana Seca
Encaminhado para: Cirurgia Oral
Motivo do encaminhamento: Pct cl ferimento ex reto esquerdo
medial por acidente motociclistico em
Conduta já realizada: 28.12.2018
Impressão diagnóstica: necessidade de cirurgia?

José Xerez Netto
Médico
CREMEC 17779

Assinatura do encaminhante - Nº do registro

Função

14/01/19

Data

Horas

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

Unidade de referência: _____
Município: _____ Nº do Prontuário: _____ Alta: 1/1
Resumo clínico/cirúrgico: _____

Diagnóstico principal: _____ CID: _____
Secundário 1: _____ CID: _____
Secundário 2: _____ CID: _____
Conduta realizada: _____

Assinatura do encaminhante - Nº do registro

Função

1/1

Horas



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ



PREFEITURA MUNICIPAL DE
GUARAMIRANGA
SECRETARIA DA SAÚDE



PRONTO ATENDIMENTO MÉDICO URGÊNCIA-EMERGÊNCIA

CADASTRO

NOME: *Raimundo Siqueira Marcelino da Cruz* Nº DO ATENDIMENTO: *25*
 DATA DE NASCIMENTO: *21.12.1975* PROFISSÃO: *funcionário*
 ENDEREÇO: *Caixa Seca* DATA: *28.12.18*
 CNS: *123456789012345678* HORA: *16:15*
 IDADE: *13 an* FONE:

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SSVV	OUTRAS INFORMAÇÕES:		
PA: _____	FC: _____	GLICEMIA: _____	ALERGIA: SIM () NÃO () _____
TEMP: _____	FR: _____	PESO: _____ KG	HAS: SIM () NÃO ()
SPO2 _____	DM: SIM () NÃO ()		
QUEIXA PRINCIPAL: _____			
Enfermeiro (a): _____			

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

*→ DEMA DE TUBO
(POLIPLAUMATOS)*

EXAMES SOLICITADOS

LABORATÓRIO	RADIOLÓGICO	OUTROS

PRESCRIÇÃO - CONSULTÓRIO

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO
	→ 100 mg cloridrato Z-0	
	→ Antidiábetico	
	→ Cumarina	
		Dr. Geraldo CRM 7061

Assinatura do paciente ou responsável: *Lucas dos Santos*



ATESTADO MÉDICO

Atestado para os devidos fins que o
paciente Rosimone do Nascimento Marcelino
da Cruz sofreu acidente muito sério
em 22.12.2018 e foi trazido ao hospital
Municipal de Guaramiranga com politrau-
matismo e sequelas temporâneas em membro
inferior esquerdo (lesão que partiu molas
importante em pé esquerdo).

✓ Attest.

Guaramiranga, 08 de 01 de 2019.

José Xerez Netto
Médico
CRFMFC 17779

Carimbo/Assinatura do Médico



UNIDADE MISTA DE SAÚDE DR. FREDERICO AUGUSTO LIMA E SILVA

ATESTADO MÉDICO

Atestado para os devidos fins que o paciente paciente paciente Nivaldo Marcelino da Cruz sofreu acidente moto ciclistico em 22.12.2018 e foi trazido ao hospital Municipal de Guaramiranga com politraumatismo e sequelas temporais e membro inferior esquerdo (lesão de parte moles importante no pé esquerdo).

Att.

Guaramiranga, 08 de 01 de 2019.

José Xerez Netto
Médico
CRM-MG 17779

Carimbo/Assinatura do Médico



RECEITUÁRIO

Nome: R. *R. Santos*

RX

USO ORAL

31-Profen

(150 mg)

1x

POMAN L Y ARS/ ALMOS

2

amoxicilina 500 mg

2x

Data 28/12/18

Assinatura e Carimbo

"Prevenir é o Melhor Remédio"



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo:

CRM: **UF: Kizzy Oliveira N°**
End. Completo e **Médica**
CREMEC 19.809

Cidade.: UF:

1º VIA FARMÁCIA

2º VIA PACIENTE

PACIENTE: **Rouvenete Nenito Morelino Cruz**
ENDEREÇO: **Sítio Corra Selz, Guaramiranga**

PREScriÇÃO

② Cipoloxine 500 mg **1 Cx/2**
Tabor 02 comprimidos, de 016 h, PDR
+ dup.

Dra. Kizzy Oliveira
Médica
CREMEC 19.809

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

CNS.:

END.:

CIDADE.: UF.:

TELEFONE.:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

01/01/19
Data



PREFEITURA MUNICIPAL DE
GUARAMIRANGA
SECRETARIA DA SAÚDE



SUS
Sistema
Único
de Saúde

UNIDADE MISTA DE SAÚDE DR. FREDERICO AUGUSTO LIMA E SILVA

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que Raimundo Nonato Macêdo
Necessita de 20 (vinte) dias de afastamento
de suas atividades habituais, por motivo de doença. CID: B13S.

Guaramiranga, 31 de dezembro de 2018.

Dra. Kizzy Oliveira
Médica
CREMEEC 19.809

Carimbo/Assinatura do Médico



RECEITUÁRIO

Nome: Raimundo Nonato Marcelino Cruz

uso oral

① Ibuprofeno 600mg - 10cp

1cp de 12/12 horas,

durante 5 dias,

7

rx
José Xerez Netto
Médico
CREMEC 17779

Data: 04/02/19

Assinatura e Carimbo

"Prevenir é o Melhor Remédio"



PREFEITURA MUNICIPAL DE
GUARAMIRANGA
SECRETARIA DA SAÚDE



NOME: RAIMUNDO NONATO MARCINO DA CRUZ

NECÉSARIO DIA O PACIENTE, RAIMUNDO
NONATO MARCINO DA CRUZ, FEZ
05 (Cinco) ATENDIMENTOS FISIOTERAPÉUTICOS.
PARA GANHO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO,
DEVIDO A acidente automobilístico, p/ET
CONTINUA COM LIMITAÇÃO NA DEAMBULAÇÃO,
E COM PERDA DE FORÇA C ADM; NO
PERÍODO DE 02/19 A 03/19.

Data: 25/03/19

Dr. Deyvison Veras
Fisioterapeuta
Crefito: 263.026-F
Deyvison Veras

Ass. do Profissional

"Prevenir é o melhor remédio"
Rua Cel Linhares-320 Guaramiranga-CE
Tel: (85)3321-1303



