



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Luiz Carlos Lima da Silva</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>casado</u>	Profissão: <u>autônomo</u>	Nacionalidade: <u>brasileiro</u>
RG: <u>8905002014612</u>	CPF: <u>580.819.903-95</u>	
Endereço: <u>Rua Delta nº 312</u>		
Cidade: <u>Fortaleza-CE</u>	CEP: <u>60.713-440</u>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 30 de junho de 20 19.

Luiz Carlos Lima da Silva
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Luís Carlos Lima da Silva, residente e
domiciliado na Rua Delta, nº 312,
bairro: -, na cidade de Fortaleza, portador(a) do
RG nº 8905002014612, inscrito(a) no CPF nº 580.819.903-91,
estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu
próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que
declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que
assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com
estelo na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 30 de junho de 20 19.

Luís Carlos Lima da Silva
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Sr(a) Leio Carlos Lima da Silva Pela Leio Carlos Lima da Silva presente, o Leio Carlos Lima da Silva (a) Declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 30 de junho 2019.

Leio Carlos Lima da Silva

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS
ADVOGACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luís Carlos Lima da Silva, brasileiro(a), solteiro, autônomo, portador(a) de cédula de identidade nº 8905002014612, inscrito(a) no CPF sob o nº 580.819.923-91, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Rua: Delfor, nº 312, Bairro _____, CEP: _____ - _____/CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 30 de junho de 2019.

Luís Carlos Lima da Silva

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

FLS. 21

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3736 / 2018**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **24/08/2018 12:13:33**Data / Hora da Ocorrência: **21/06/2018 18:30:00**Endereço da Ocorrência: **RUA EQUADOR**

Complemento:

Bairro: **ITAOCA**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **MOTEL PARADISE****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **LUIZ CARLOS LIMA DA SILVA**Nascimento: **24/04/1972** CPF: **580.819.923-91**RG: **8905002014612** Órgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **FRANCISCA LIMA DA SILVA****JOSÉ UBIRATAN RODRIGUES DA SILVA**Endereço: **RUA DELTA, 312**Bairro: **VILA MANOEL SATIRO**Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98731-8512****Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: HYT9741 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C6KE092070093011 Renavam: 909167486 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: YAMAHA/YBR 125K Ano Fabricação: 2006 Ano Modelo: 2007 Combustível: GASOLINA Cor: VERMELHA Proprietário: LUIZ CARLOS LIMA DA SILVA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA HYT-9741 NA RUA EQUADOR QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA. E NADA MAIS DISSE.////////

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1**

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

27 SET. 2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

03 SET. 2018

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

DOCUMENTO ORIGINAL

Pág. 1 de 1

ASS: Impresso em: 24/08/2018 12:18:55

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 30/01/2019 às 15:56, sob o número 01068819220198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0106881-92.2019.8.06.0001 e código 436D1CB.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
Nome LUIZ CARLOS LIMA DA SILVA	
DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF 8905002014612 SSP CE	DATA NASCIMENTO 24/04/1972
CPF 580.819.923-91	DATA EMISSAO 08/04/2015
Função JOSE UIRATAN RODRIGUES DA SILVA FRANCISCA LIMA DA SILVA	ACC ☒
PERMISSÃO ☒	CATIA A
Nº REGISTRO 06033048008	1ª HABILITACAO 29/03/2014
VALIDADE 20/12/2018	VALOR 06033048008
Observações A	
Assinatura do Portador Luiz Carlos Lima da Silva	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSAO 08/04/2015
Assinatura do Emissor ROR VASCONCELOS PENTE	86228642534 CE146945387
PROIBIDO PLASTIFICAR	

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

27 SET. 2018

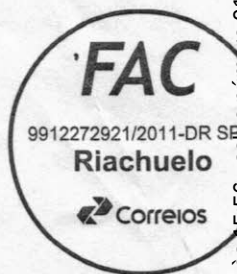
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

03 SET. 2018

ASS: _____

RCHLO
RIACHUELO

MIDWAY
FINANCEIRA



MISTO
Papel
FSC C075537

Assinatura do
Entregador:

Reintegração ao
Serviço Postal em:

☐ Falta complemento (colêtiv/gu)
☐ Caixa postal cancelada

☐ Recusado
☐ Ausente
☐ Não procurado

☐ End. desconhecido na localidade
☐ Falado
☐ Não existe nº indicado

☐ Mudou-se
☐ Endereço insuficiente



CTCE FORTALEZA CE PL3



LUIZ CARLOS LIMA DA SILVA
RUA DELTA 312
MANUEL SATIRO FORTALEZA CE
60713-440



721105033002550000000611530280618



Data da Postagem: 28/06/2018
Data do Vencimento: 08/07/2018
DIG/000003468

Restrições se aplicam. Saiba mais em: www.midwayfinanceira.com.br



RIACHUELO
SEJA VOCE, SEJA FELIZ

Contrate em uma de
nossas lojas ou ligue:
3003 4342
CAPITAIS E REGIÕES METROPOLITANAS
0800 701 4342
DEMAIS LOCALIDADES

APENAS R\$ 9,90 mensais
debitados de sua fatura.

PAGAMENTO DE ALUGUEL
Em caso de acidente, se a sua
residência ficar inabitável.

PROTEÇÃO 24H
Contra incêndio, raios e explosão.

Seu vários benefícios à sua disposição.

RESIDENCIAL
PREMIÁVEL

AGÊNCIA CORRETORA DE SEG. LTDA

27 SET. 2018

AGÊNCIA CORRETORA DE SEG. LTDA

03 SET. 2018

Ass:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 30/01/2019 às 15:56, sob o número 01068819220198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0106881-92.2019.8.06.0001 e código 43601CB.



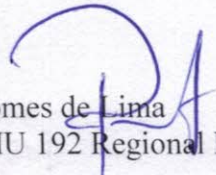
DECLARAÇÃO

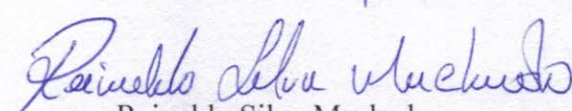
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Luiz Carlos Lima da Silva**, no dia **21/06/2018**, às **20h05min**, na **Rua Equador**, no **Bairro Itaóca**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P308053/2018**.

Fortaleza, 14 de agosto de 2018.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

03 SET. 2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
ASS.

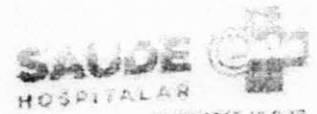
27 SET. 2018

ASS:



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 30/08/2018 10:9:46

Por: UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 21/08/2018 21:33:24	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 708203114721247	NOME: LUIZ CARLOS LIMA DA SILVA				Registro: 5568314		
CPF: 55081992391	RG: 8905002014612	D. NASC: 24/04/1972	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: FRANCISCA LIMA DA SILVA				NOME DO PAI: JOSE UBIRATAM RODRIGUES DA SILVA			
TPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: DELTA		Nº: 312	BAIRRO: MANUEL SATIRO		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 987314412	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 60713440		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: JOAO PEDRO ELOI DA SILVA				PARENTESCO: FILHO		TELEFONE: 987314412	
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAER:	
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um carro, pick up ou caminhonete							
QUEIXAS: traumatismo há horas, ecg15-trazido pelo samu							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
SERVIÇO DE PRÉ-HOSPITALAR ATENDIMENTO MÉDICO PELO SISTEMA SUS DATA: 30/08/18 MATRICULA: 10-888-1 SERVIDOR(A):							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Condição:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE DATA E HORA DO ATENDIMENTO CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:							

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

03 SET. 2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

ASS:

27 SET. 2018

Assi

**TERMO DE ENTREGA****PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Conforme processo nº **P308053/2018**, estamos entregando ao Sr. **Luiz Carlos Lima da Silva**, CPF: **580.819.923-91**, cópia do Prontuário de Atendimento realizado pelo SAMU 192 Regional Fortaleza, no dia **21/06/2018**.

Fortaleza, 14 de agosto de 2018.

Atenciosamente,

Francisco Rômulo Sampaio Lira
Diretor Médico - SAMU 192
Regional Fortaleza
CPF: 623.995.433-00 - Mat. 86920-1

Dr. Francisco Rômulo Sampaio Lira
Coord. do Setor Médico do SAMU 192 Regional Fortaleza.

Nome do solicitante: _____

Assinatura: _____

CPF: _____ Data do recebimento: ____/____/____

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

03 SET. 2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

27 SET. 2018



P- 308053/2018

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 96	PONTO DE APOIO: UFC	Nº DA OCORRÊNCIA: 0891
DATA: 21/06/18	TURNO: SN	EQUIPE: Sorella/Poliana/Hávis
NOME: Luiz Carlos Leun da Silva	IDADE: 46	SEXO: MASC
ENDEREÇO: Rua Equador 779	Bairro: Itacoca	
REFERÊNCIA: expedie	prox farm. Bom Sul	
QTY: 20:45	QUS: 20:05	QUY: 20:35
QUU: 21:20		
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão carro/moto 2º aux 20:40 2º 22:05		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO	☒ PRESENTE	☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE
☐ PÉRVEAS	☐ OBSTRUÍDAS	
POR: Sinto de hiperfrel - Box No. 15 kg.		

A Via aéreas	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	CAUSCULTA
	☒ EUPNEICO	☐ NORMAL	☐ NORMAL	☐ NORMAL
	☐ TAQUIPNEICO	☒ ALTERADA:	☐ ALTERADA:	☐ ALTERADA:
	☐ BRADIPNEICO	insuflação	Algica	
	☐ AGÔNICA / AUSENTE			

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	☒ NORMOCÁRDICO	☐ CORADA	☒ ≤ 2 seg	☒ SIM
	☐ TRAQUICÁRDICO	☐ PÁLIDA	☐ > 2 seg	☐ NÃO
	☐ BRADICÁRDICO	☐ CIANÓTICA		
	☐ CHEIO	☐ SUDOREICA		

D Neurológico	ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)		
	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
	ESPONTÂNEA ☒ 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5	OBEDECE A COMANDOS ☒ 6
	À VOZ ☒ 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☒ 4	LOCALIZA A DOR ☒ 5
	À DOR ☒ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☒ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA ☒ 4

E Exposição	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		Apresentando mancha em MSE, de pequena extensão, no membro superior direito, com aspecto de lesão por pressão.	

SAMPLA

FC: 87	PA: 130x110	FR: 120	GLIC.: 120	OXIM.: 98%	TEMP.: 36,5
Encontrado o solo e travessia de cabeça alerta acordado, orientado, sem alteração de consciência, com capacidade de comunicação verbal e compreensão de comandos. Foi retirado por outra pessoa, sem história de patologia prévia, sem fazer uso de medicamentos, com contusão na região da cabeça.					
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.					
27 SET. 2018					
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.					
03 SET. 2018					

Prefeitura de
FortalezaPREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

fls. 28

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 343062	Nº DO BE 222664
NOME DO PACIENTE LUIZ CARLOS LIMA DA SILVA		NASCIMENTO 24/04/1972(46 ANOS)	SEXO M
CÁDUS		NOME RESPONSÁVEL NI	RACIA/COR PARDO
NOME MÃE FRANCISCA LIMA DA SILVA		MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
ENDEREÇO RUA DELTA 318 MANUEL SÁTIRO		CEP 60.713-440	
CONTATO			
OCORRÊNCIA			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO X ACIDENTE DE CARRO	
QUEIXA PACIENTE TRAZIDO PELA USB: 96 CONSCIENTE, ORIENTADO COM HISTÓRIA DE TRAUMA APÓS COALIZAÇÃO, APRESENTANDO DESVIO DE SEPTO NAZAL COM SANGRAMENTO LOCAL, REFERE DOR NA REGIÃO ESCAPULAR DIREITA		ESCALA DE DOR 6 (ADULTO)	
SINTOMAS NI			
SINAIS VITAIS			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NÃO		GLICEMIA NI
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ROSELENA MENESES DA COSTA	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 21/06/2018 20:47:03	
ÁREA ATENDIMENTO			
CIRURGIA GERAL			
ATENDIMENTO MÉDICO			
ANAMNESE PAS OU DAW DE SEPT Eco Hermes Martins Soares Cirurgia Geral CRM 6045			
DIAGNÓSTICO		CCD. PROCEDIMENTO	CID
SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIOS-X () OUTROS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MÉDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
TIPO DE ALTA/SÁIDA			
ALTAS/SAÍDA () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		LIBIA CORRETORA DE SE	

Impresso por ROSELENA MENESES DA COSTA em 21/06/2018 às 20:47:08
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

27 SET. 2018

LUIZ CARLOS LIMA DA SILVA

HOSPITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA

ATESTO QUE COM CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

Mat. 763

LIBIA CORRETORA DE SEG.

03 SET. 2018

ASS:

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HDMJBO-Frotinha de Parangaba

GUIA DE TRANSFERÊNCIA SAME

Paciente: WILL OSMAR
Data de Nascimento: / / Identidade - Nº.: Telefone:
Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem. Naturalidade: Estado Civil: ☐ Solto. ☐ Casad. ☐ Viúvo ☐ Outros
Pai:
Mãe:
Endereço:
Bairro: Cidade: UF:
Acompanhante: Parentesco: Telefone:

HOSPITAL DE ORIGEM:	HOSPITAL CONTACTADO:
MÉDICO QUE CONTACTOU:	MÉDICO CONTACTADO:
MÉDICO QUE AUTORIZOU TRANSFERÊNCIA:	HOSPITAL DE DESTINO:

OBS.: SOMENTE PODERÁ TRANFERIR, APÓS AUTORIZAÇÃO E CONFIRMAÇÃO DO LEITO

CONDIÇÕES DO PACIENTE				PUPILAS	
1 ☐ APARENT. BEM	2 ☐ REGULAR	3 ☐ HAL. ETÍLICO	4 ☐ CONSCIENTE	1 ☐ MIDRIASE	4 ☐ ANISOCÓRIA
5 ☐ TORPOROSO	6 ☐ INCONSCIENTE	7 ☐ AGITADO	8 ☐ EM CONVULÇÃO	2 ☐ KIOSE	5 ☐ REAGENTE
9 ☐ DISPNEIA	10 ☐ CIANÓTICO	11 ☐ ENTUBADO	12 ☐ C/ HEMORRAGIA	3 ☐ ISOCORIA	
13 ☐ POLITRAUMATIZADO	14 ☐ QUEIMADO	15 ☐ MORTO	16 ☐ <u> </u>		

TRAUMA: ☐ SIM ☐ NÃO	P.A.: <u> </u> X <u> </u> mmHg TEMP.: <u> </u>	F.R.: <u> </u> mRm F.C.: <u> </u> ppm	ATENDIMENTO: DATA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> HORA: <u> </u> : <u> </u> : <u> </u>
---	---	--	--

MOTIVO DO ATENDIMENTO

PTA TISIDA PLO SUMU
COM DEJUNO DE SUPN
- AO TIF

Dr. Hernes Martins Soares
Cirurgião Geral
2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

27 SET. 2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

03 SET. 2018

ASS:

Fortaleza-Ce, de de

SINISTRO 3180452439 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUIZ CARLOS LIMA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO LUIZ CARLOS LIMA DA SILVA

CPF/CNPJ: 58081992391

Posição em 24-01-2019 12:07:14

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.