



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Monia Vera Lucia Chaves</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>solteira</u>	Profissão: <u>autônoma</u>	Nacionalidade: <u>brasileira</u>
RG: <u>14.484.49</u>	CPF: <u>301.401.681-15</u>	
Endereço: <u>Rua: Tr OGT Euilborme SIN.</u>		
Cidade: <u>Dentecoste - ce</u>	CEP: <u>62.640.000</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), 15 de fevereiro de 2019.

Monia Vera Lucia Chaves
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, Maria Lera Lucia Chaves, residente e domiciliado na Rua: 411 SGT Euilherme, nº 511, bairro: -, na cidade de Pentecoste, portador(a) do RG nº 1468749, inscrito(a) no CPF nº 301.701.681-15 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, 15 de junho de 20 19.

Maria Lera Lucia Chaves
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a)
Sr(a) Maria Vera Lucia Chaves 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, 15 de junho 2019.

Maria Vera Lucia Chaves
DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu Maria Valéria Chaves, brasi
leiro(a), solteira, arbitradora, portador(a) de cédula
de identidade nº. 1448749, inscrito(a) no CPF sob o
nº 301.701.681-15, DECLARO que tenho domicílio e sou
residente na Rua: Rm 068 Equiborne, nº 511,
Bairro _____, CEP: _____/CE, conforme
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 15 de junho de 2019.

Maria Valéria Chaves

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 MUNICIPAL DE SÃO LUÍZ DO CURU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 550 - 383 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **04/09/2018 14:16:29**
Data / Hora da Ocorrência: **02/08/2018 17:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA XV DE NOVENBRO**
Complemento:
Bairro: **SÃO FRANCISCO** Município: **PENTECOSTE/CE**
Ponto de Referência:

**UNIDADE POLICIAL
DE SÃO LUÍZ DO CURU
POLÍCIA CIVIL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA VERA LÚCIA CHAVES**
Nascimento: **17/12/1961** CPF:
RG: **1448749** Órgão Emissor: **SPSP** UF:
Filiação: **MARIA ESTELA CHAVES**
AFONSO RODRIGUES CHAVES
Endereço: **TRAVESSA SARGENTO GUILHERME, 0**
Bairro: **PEDREIRA**
Município: **PENTECOSTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMU7492** Uf: **CE** Município: **PENTECOSTE** Chassi:
9C2JC4830JR205632 Renavam: **1146271961** Tipo do Veículo:
MDTONETA Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 125** Ano Fabricação: **2018**
Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **ARANJA**
Proprietário: **BRUNA YASMIN CHAVES DE SOUSA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

A REGISTRANTE AFIRMA QUE NO DIA 02 DE AGOSTO DO ANO EM CURSO, POR VOLTA DAS 17H00MIN, TRANSITAVA PELA AVENIDA XV DE NOVENBRO, NA CIDADE DE PENTECOSTE, PRECISAMENTE NO BAIRRO SÃO FRANCISCO, PILOTANDO SUA MOTOCICLETA DE PLACA PMU-7492/CE, EM DIREÇÃO À SUA RESIDÊNCIA, QUANDO NAS PROXIMIDADES DA LOJA DE MATERIAL DE CONSTRUÇÃO O GLEISON, EIS QUE POR ALI, NO MESMO SENTIDO SEGUIA UM VEÍCULO CONDUZINDO UM PAREDÃO E ULTRAPASSOU O VEÍCULO DA REGISTRANTE PELA DIREITA, SEM SE QUER LIGAREM O PISCA ALERTA E, NESSE MOMENTO O SOBREDITO CARRO QUE ERA PILOTADO POR UM ADOLESCENTE, COLIDIU NA MOTOCICLETA DA REGISTRANTE, TENDO ESTA PERDIDO O CONTROLE DE SEU VEÍCULO E SOFREU UMA QUEDA, RESULTANDO EM FRATURAS EXPOSTAS, TENDO SIDO SOCORRIDA POR POPULARES E LEVADA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DAQUELE MUNICÍPIO, E DALI LEVADA PARA O HOSPITAL E EM SEGUIDA PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA NA CIDADE DE FORTALEZA-CE, ONDE FOI SUBMETIDA A CIRURGIA E AINDA ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO, E MAIS NÃO DISSE,

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO LUÍZ DO CURU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Maria E. P. P. P.
Escritório de Polícia Civil
Mat. 28.455

DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO LUÍZ DO CURU

Pág. 1 de 2

Implicação em: 04/09/2018 14:28:47

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/01/2019 às 15:57, sob o número 01029005520198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0102900-55.2019.8.06.0001 e código 42A18ED.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008664578 - 2

DATA DE EMISSÃO 24/07/2013

IDENTIFICADO

NOME MARIA VERA LUCIA CHAVES

FILIAÇÃO AFRONSO RODRIGUES CHAVES

MARIA ESTELA CHAVES

NACIONALIDADE PENTECOSTE - CE

DATA DE NASCIMENTO 17/12/1961

DOC. ORIGINÁRIO

CERT. CASIM. C/ AVERR. DIV. CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 1715

FOLHA: 38 LIVRO: 807 PENTECOSTE - CE

CPF 301.701.681-15

1 - VIA

Assinatura do Detentor

RE: ANT: 14407/9

P: 51

LEI N. 7.119 DE 24.06.03

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 SOCIAIS

IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Polegar Direito

Maria Vera Lucia Chaves

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
301.701.681-15

Nome
MARIA VERA LUCIA CHAVES

Nascimento
17/12/1961

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Nº DO CLIENTE 4847357		A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002		ene	
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.		Companhia Energética do Ceará Rua Pedro Valdivino, 150 CEP 60135-040 Fortaleza CE CNPJ 07047251/0001-70 CGF 06.105.848-3			
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B SÉRIE B-4 Nº 548565420					
Rota 04 34060 03 128400 - 0		Data de Emissão 07/11/2018			
Nome MARIA VERA LUCIA CHAVES					
End. Postal TR SGT GUILHERME 00000 PEDREIRA - PENTECOSTE - 62640000					
Medidor 13292883		Posto 0000 0000			
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO					
RG / CPF / CNPJ 301701681-15		CGF			
Nome do Responsável					
DATAS		INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO			
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta		
Nov/2018	07/11/2018	07/12/2018	SAO LUIS DO CARI Set/2018 EUSD 8,26 DICE = 0,00 P		
ICMS			Padrão Individual		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual
ISENTO			5,19	10,38	20,77
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			DIC	FIC	DMIC
E0C9.FB2C.63EF.FD32.7504.F63D.F8D1.87F2			5,19	6,47	1,97
			3,23	12,95	1,97
			2,34		
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO					
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.
FP 10681	10613	1,00	68	0,00	68
			Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)	
			0,1948	13,21	
			0,3227	22,00	
07/11/18	05/10/18	33 DIAS	68	18,21	
DESCRIÇÃO			VALOR (R\$)		
VALOR CONSUMO DO MES			18,21		
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL			6,98		
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA			1,12		
COB. SALDO FATURA ANTERIOR			24,50		
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 1,47)					
VENCIMENTO 14/11/2018		TOTAL A PAGAR (R\$) 50,81			
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO			HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)		
Energia	9,37				
Transmissão	1,00				
Distribuição	5,34				
Encargos Setoriais	1,43				
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	2,19				
TOTAL	19,33				
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)					
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.					
Emitido kg (CO₂)	Compensado kg (CO₂)	Consciência Ecológica (%CO₂)			
26,55	0,00	0			
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO					
PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR. Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor De dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal					
Consta desta fatura R\$ 2,19 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1,05% e COFINS:4,64% (art. 9º Rev. 100-2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03) Bandeira amarela em nov-18 com custo de 1,00 real a cada 100kWh (quilowatt-hora). Informações: www.aneel.gov.br					



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg.: _____

O Sr.(a) Maria Vera Lúcia Chaves

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 02/08/18, às ____:____ h.

Tendo como causa do socorro _____

trauma grave de mão
Necessita de 30 (trinta)
dias de afastamento de
suas atividades

Observações: _____

Fortaleza, 02 de agosto de 200 18

Médico de Plantão - CRM: _____

CPF: _____

Waldemar Fátima Filho
 Médico
 CRANCE 15.303

Mais doc Reg Word PDF: Boletim de Emergência Reg.doc



Prefeitura de
Pentecoste

PREFEITURA DE PENTECOSTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
Rua Gonçalo Sales Pessoa, 496 - São Francisco
Pentecoste/CE - Fone/Fax: (05) 3352.2252

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
PENTECOSTE - CE

fls. 23

FICHA DE ATENDIMENTO

Recepcionista: GLEISON
Data: 28/10 Horários: 16:30

Nome: MARCA VERA LUCIA CHAVES D.N.: 17/12/61
Estado Civil: ☐ S ☐ C ☐ V ☐ D Sexo: ☐ M ☒ F Telefone: 56
SUS: _____ Mãe: _____
Endereço: SANTO ANTONIO Bairro: PEDREIRA Município: PENTECOSTE

PRÉ - CONSULTA: ☐ Aparentemente bem ☐ Regular ☐ Grave Peso: _____ kg

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Sinais Vitais: PA: 160 x 100 mmHg T: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mmrpm DX: _____ mg/dl ST02: _____

QUEIXA PRINCIPAL: Paciente vítima de queda de moto.

Doença Motociclista

CONSULTA

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: Fratura S. fratura (S)

EXAMES SOLICITADOS:

DESTINO

☐ Residência ☐ Internação ☐ Recusou Internação ☐ Transferência ☐ O

Assinatura do Paciente

Assinatura e carimbo do médico

Enfermeiro (a)

João Gomes da Silva

Ofício de Pentecoste

Confere com o original que foi

representado. Dou. fe

Pentecoste - CE

26/08/18

Assinatura

Francisca Leonilda Duarte da Silva

Escrevente

Prescrição Médica

Horário

Auxiliar

1) Voltar a andar

2) Limpeza + curativo

3) Limpeza + curativo

11.835.948/0001-83

Fundo Municipal de Saúde de Pentecoste

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24h

Confere com a original

Em: 06/08/2018

Rua Gonçalo Sales Pessoa, 496 - São Francisco Pentecoste/CE

Fone: (05) 3352.2252 / E-mail: upapentecoste@hotmail.com.br

Material utilizado

Agulha

Equipo

Scalp

Seringa

Sondas

Gesso

Lúvas

Ataduras

Gases

Outros

Observações:

Ozangela M. Vieira Compelo

Confere com o original que foi representado. Dou. fe
Pentecoste - CE 26/08/18
Assinatura
Francisca Leonilda Duarte da Silva
Escrevente

Registro de Atendimento Emergencial

Por: MARIA DE NAZARE PINHEIRO UCHOA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 02/08/2018 21:35:59	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 209640112180018	NOME: MARIA VERA LUCIA CHAVES			Registro: 5339375			
CPF:	RG: 20085645782	D. NASC: 17/12/1961	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Branca		
NOME DA MÃE: MARIA ESTELA CHAVES			NOME DO PAI: AFONSO RODRIGUES CHAVES				
TIPO DE LOGRADOURO: Travessa	ENDEREÇO DO PACIENTE: SARGENTO GUILHERME		Nº: 75	BAIRRO: PEDREIRA			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 91751716,	MUNICÍPIO: PENTECOSTE	UF: CE	CEP: 62640000			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: A MESMA			PARENTESCO:		TELEFONE: 91751716		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:				
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete					0301060061		
QUEIXAS: lesão mão e há horas, ecg15					CONSULTA NÃO MÉDICA		
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Leve	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CIRURGIAO PLASTICA							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:			CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:				

Pt em fratura de FM de 4º QDE
Realizada fixação 1 fio

ARQUIVO GERAL I.J.F ESTA CÓPIA
CONFERE COM A ORIGINAL
DATA 17/10/2018
Matricula: Nº 15.566-14

Victor Hugo de Albuquerque
Enfermeiro
Chefe do Arquivo Geral

0301060061
CONSULTA MÉDICA

Dr. Edmar Batista Filho
Médico
CRMCE 15.302



PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: _____ Data: ____/____/____ às ____:____ h

CONDUTA: _____ ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO: _____

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: _____ Data: ____/____/____ às ____:____ h

CONDUTA: _____ ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO: _____

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: _____ Data: ____/____/____ às ____:____ h

CONDUTA: _____ ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO: _____

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: _____ Data: ____/____/____ às ____:____ h

CONDUTA: _____ ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

ARQUIVO GERAL I.J.F. ESTA CÓPIA
CONFERE COM A ORIGINAL
DATA 17/10/2018
Matricula: Nº 15.566-14

Jose Murilo Paz Albuquerque
Jose Murilo Paz Albuquerque
Chefe do Arquivo Geral

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Sinais Vitais/MT (h) SN(

P.A:

T:

FC:

FR:

DESTINO – TRANSFERÊNCIA / ALTA

☐ Transferência ☐ Internação ☐ Alta Médica ☐ Alta à pedido ☐ Evasão

☐ Óbito

Data: ____/____/____ às ____:____ h Ass./Carimbo Médico: _____

ÓBITO

Antes dos Primeiros Socorros: ☐ Sim ☐ Não Data: ____/____/____ às ____:____ h

Destino do corpo: ☐ PEFOCE ☐ SVO ☐ FAMÍLIA(D.O) Ass./Carimbo Médico: _____



**Prefeitura de
Pentecoste**
Pentecoste de novo para todos

**ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA DE PENTECOSTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL VALE DO CURU**

RECEITUÁRIO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

TAFUNA

- Retorno: 02/10/11

ret. ind. + 1x + 1x

Dr. Carlos Cavalcante Ribeiro
Osteopata - Pentecoste
[Signature]

**HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL
VALE DO CURU**

Rua Francisco Moreira, s/n - Pentecoste - Ceará

Fone: (85) 3352-1342

E-mail: hospitalpentecoste@hotmail.com

Carimbo e Assinatura do Médico



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL VALE DO CURÚ
Rua Francisco Moreira, S/n - Pentecoste - Ceará

RECEITUÁRIO

Atesto que Maria Vena
Lucia Chaves, 56 anos, foi vítima
de acidente de trânsito, motor,
em 02/08/2018, referendo tra-
tado do 5º quadrilátero da
mão esquerda. Foi realizado trata-
mento: Rx + redução cirúrgica
com fixação + amputação +
amputação do fixador +
kilo fixador. Encaminhado em ALTA
DEFINITIVA, porém apresenta se-
quela (limitação de movimento),
bloqueio articular. Falta
seguir DPUAT. CID: 562.6

Data: 08/11/2018

Carimbo e Assinatura do Médico

FUMAR CAUSA CÂNCER DE BOCA, ESÔFAGO E PULMÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE
Secretaria Municipal de Saúde

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nome: Maria Viana Lucio Soares

Declaramos para os devidos fins que a paciente acima citada encontra-se em atendimento fisioterapêutico após concluir o 1º ciclo para o qual a natureza do 2º ciclo não mais exigida, desconhecendo de qualquer fato. Apresenta melhora no movimento do 2º dedo com bloqueio articular, e da ADM e dor.

Resposta: Maria Viana Lucio Soares
 20/11/18
 VERIFICAÇÃO

DATA: 07 / 11 / 18

FUMAR CAUSA CÂNCER DE BOCA, ESÔFAGO E PULMÃO

SINISTRO 3180533370 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA VERA LUCIA CHAVES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE COR. SEGUROS EIRELI

BENEFICIÁRIO MARIA VERA LUCIA CHAVES

CPF/CNPJ: 30170168115

Posição em 14-01-2019 10:12:29

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/11/2018	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00