

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Aline da Silva Souza</u>		Data Nasc: <u>29/04/1985</u>
Estado Civil: <u>solteira</u>	Profissão: <u>autônoma</u>	Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
RG: <u>2001010330606</u>	CPF: <u>034.240.643-64</u>	
Endereço: <u>R. José Angelmo, 807 - Diadema II</u>		CEP: <u>62880-000</u>
Cidade: <u>Horizonte</u>		

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, 5º Andar, Sala 516, Ed. Palácio Progresso Centro, CEP: 60.055-110, 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 e 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, retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações, 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), 19 de novembro de 20 13.

Aline da Silva Souza
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO

Eu, Aline da Silva Souza
Estado Civil: Solteira Profissão: Autônoma
CPF: 031.240.643-64 Identidade: 2001010330606
Endereço: R. José Amelmo, 807 - Quaderna II
CEP: 62.880-000 Município: Horizonte Estado: Ceará

DECLARO para os devidos fins que possuo **Hipossuficiência Financeira**, não tendo, pois, condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do meu próprio sustento e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente para que surta seus devidos fins e efeitos.

Fortaleza-CE, 19 de novembro de 20 13.

Aline da Silva Souza
DECLARANTE

DECLARAÇÃO

Eu, Aline da Silva Souza, Brasileira (a),
solteira, portador (a) de Identidade nº 2001010330606 (SSP/CE),
CPF nº 031.240.643-64, capaz, nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte
endereço: R. José Anselmo, 807, Diadema II,
Cidade: Horizonte,
Estado: Ceará, CEP 62.880-000, e forneço os meus dados pessoais
documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora
conveniada DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito
fornecida.

Fortaleza/CE, 19 de novembro de 20 13.

Aline da Silva Souza
DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Sr(a) Aline da Silva Souza Pela presente, o (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.

Igualmente, 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 litude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS
 MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 19 de novembro 2013.

Aline da Silva Souza

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME: Everide Ch. Costa Barros

CPF: 000.750.936-2

ASSINATURA: Everide Ch. Costa Barros

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

fls. 14

Nome:	Aline da Silva Souza		
Nacionalidade:	Brasileira	Estado Civil:	Solteira
Profissão:	Autônoma	CPF:	031.240.643-64
Identidade:	2001010330606	Órgão Expedidor:	SSP
		Data de Expedição:	26/07/10
Endereço:	R. José Américo		Nº: 804
Complemento:		Bairro:	Quadrada II
Município:	Horizonte	CEP:	62.880-000
		UF:	Ce

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008, DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o(a) acima qualificado(a) DECLARO(A), sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que NÃO POSSUO RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza /Ce, 19 de novembro de 2013.

Aline da Silva Souza
Assinatura

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, hominímia ou outros antecedentes, quanto firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.

João Figueiredo
Ibrahim Arbi-Ackel
Hélio Beltrão

DADOS DO PAGAMENTO:

2013/524266

ALINE DA SILVA SOUZA

26/09/2013

R\$

4.725,00

Width1Wid
 th3Wid
 h993Wid
 h3Vidh8
 643



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

Width1Width3Width993Width3Width8643

BOLETIM DE OCORRÊNCIAS - B.O.

> DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: ACIDENTES - OUTROS

Nº B.O.: 461-02632/2013 CIOPS: -

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 04/06/2013 09:42

DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 12/04/2013 10:50

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: PROX A RUA 10
 DIADEMA HORIZONTE/CE

PONTO DE REFERÊNCIA:

MATERIAL(IS) ROUBADO(S)/APREENDIDO(S):

HISTÓRICO: Informa o noticiante que a vítima já qualificada no presente boletim, estava conduzindo a motocicleta HONDA NXR 150 BROS MIX ESD, de cor preta, ano fab/mod 2010/2010, NQY-4794/CE, chassi 9C2KD0510AR025961, registrada em nome Silvanildo Candido Rabelo, quando um outro veículo avançou a preferencial e colidiu contra a vítima; QUE o declarante informa que a vítima sofreu fratura na perna esquerda entre o joelho e tornozelo; QUE a vítima foi socorrida pelo condutor do veículo que colidiu contra a mesma e a levou para o hospital local e em seguida recambiada para o Hospital Antonio Prudente, Fortaleza/CE. Nada mais disse.

> DADOS DA VÍTIMA

NOME: ALINE DA SILVA SOUZA

DATA DE NASCIMENTO: 29/04/1985

FILIAÇÃO: LUCIO EDUARDO DE SOUZA

LUCIENE DA SILVA SOUZA

ENDEREÇO: R. JOSE ANCELMO 807

DIADEMA II

HORIZONTE/CE

TELEFONE:

> DADOS DO NOTICIANTE

NOME: RAIMUNDO NONATO ALVES RODRIGUES

FILIAÇÃO:

SANTANA ALVES RODRIGUES

ENDEREÇO: R JOSE ANCELMO 807

DIAEMA II 62880000

HORIZONTE/CE TELEFONE

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE HORIZONTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 135608—1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

Raimundo NONATO ALVES RODRIGUES



LUBAN=21202 LUJA=0013 PDV=035
09/07/2013 BANCO DO BRASIL 09-18-26
455403981 0084
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: ALINE DA SILVA SOUZA
AGENCIA: 1105-3 CONTA: 41.583-9
DATA: 09/07/2013
NR. DOCUMENTO: 45.542.120.200.084
VALOR DINHEIRO: 10,00
VALOR TOTAL: 10,00
NR. AUTENTICACAO: F.0FF.615.300.4F9.E80



Nº DO CLIENTE
4235619-9

coelce

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA I GRUPO B I SÉRIE B-4 I N°

Rota 25 20072 50 061900 - 9 Data de Emissão 05/08/2013
Nome ALINE DA SILVA SOUZA
End. Postal RU JOSE ANCELMO 00807
DIADENA - HORIZONTE - 62830000
Medidor 23331629 Poste 0000 0000
Classe RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00
RG / CPF / CNPJ 031240643-64 CGF
Nome do Responsável

DADOS			INDICADORES DE CONTINUIDADE					
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Carga	Conjunta	Mês		Aplicação Individual		
- Ago/2013	05/08/2013	05/09/2013	05/2013	05/2013	05/2013	05/2013	05/2013	05/2013
ICMS			ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL					
Baza de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO					
11,34	27,00%	15,26	VALOR (R\$)					
2018.2020.23F9.1809.F018.0F59.A012.FF74			DESCRICO					
2018.2020.23F9.1809.F018.0F59.A012.FF74			VALOR CONSUNO DO MES					
2018.2020.23F9.1809.F018.0F59.A012.FF74			ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079					
2018.2020.23F9.1809.F018.0F59.A012.FF74			MULTA MORATORIA REF 05/2013					
2018.2020.23F9.1809.F018.0F59.A012.FF74			JUROS DO MES					
2018.2020.23F9.1809.F018.0F59.A012.FF74			ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL					
2018.2020.23F9.1809.F018.0F59.A012.FF74			PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA					



Ortopedia e
Traumatologia

Mefi Clinic

MEDICINA E FISIOTERAPIA INTEGRADA fls. 19

Dr. Mardônio Salmito
CRM 4411

Ortopedia
Infantil

Patologia
da Coluna

Cirurgia do
Joelho

Patologias
do Esporte

Osteoporose

Alina da Silva Sousa
Lado direito

Paciente ortosa de acidente
de trânsito tendo seguido lesões
múltiplas na perna e joelho
lesão de tendão de Aquiles Eq.

CID.- S81.7, S81.0, S86.0

Foi submetida a trafo-
ment cirúrgico, limpeza das
lesões, debridamento, fixa-
ção de tendões múltiplas.

ficou com sequelas de
distúrbios, limitado movi-
mentos do joelho e tornozelo
moncha claudicante, uso
de muletas. Prejuízo
funcional leve.

Atxo médico definitivo

Fco. Mardônio Salmito
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 4411

COT - CENTRO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Rua Guilherme Rocha, 130 - Centro
Fone: (85) 3392.7700

Rua Prof. Dias de Rocha, 1192 - Jardim Igarassu
Fone: (85) 3472.2794

15/08/13



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DA SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA

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

fls. 20

Idade de Origem: _____ Município: _____
Endereço Sanitário: _____
Nome: Almeida da Silva Prontuário Nº _____
Sexo: M ☐ F ☐ Data de Nascimento: 1/1 Ocupação: _____
Endereço: _____ Bairro: _____ Tel.: _____

Objetivo do Encaminhamento: titular de guarda do neto com
miopia leve em MIE com fúria esparta
Resultado de Exames: _____

Conduta já realizada: H/ Análise / Apherose / MIE / Proba subconjunctiva
Impressão diagnóstica: Leve MIE / fúria esparta
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: Dr. Anderson Marcelo Rêgo Função: _____ Data: 12, 04, 13 Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio diagnóstico ☐
Procedimento: _____ Profissional: _____
Data de Referência: _____ Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Data de Referência: _____
Município: _____ Prontuário Nº.: _____ Alta: 1/1

Assumo Clínico/Cirúrgico _____
Resultado de Exames _____

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____
Secundário 1 _____ CID: _____
Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Conduta para Seguimento _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro _____ Função _____ Data _____



FE PRONTUÁRIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

12/05/2013 19:40:39

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6439033	ALINE DA SILVA SOUZA	F	29/04/1985	28
G	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
301023032773 SSP CE	3124064364		6-OUTROS	
Endereço				
JOSE ANSELMO,807 - DAIDEMA, HORIZONTE(CE) CEP 62880000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			

DADOS DO CONVENIO

Convênio	VICUNHA TEXTIL S/A UNIDADE III	
2 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO ENFER VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
2113001098015026		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
12/05/2013	19:40		3 CONSULTA CIRURGICA
Médico Atendente		Clínica	
		4-CIRURGICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - JULIANE ACLE'S TEXEIRA DOS SANTOS

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

UF: 88 N°: 88

da: FOL1 UF: 00

~~Enoch Malta de Aquino~~
~~Cirurgião Plástico~~
~~CRM 8825~~

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

nte: *Min* 25.000 1.000

9

rição: 22-75

Erich Motta de Aquino
Cirurgião Plástico
CRM 8826

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

It: _____ Órgão Emissor: _____

UF: _____

fone:

1ª Via retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via orientação ao Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____ Data _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DA SAÚDE

Av. Pres. Castelo Branco, 1782 - Centro - BR 116 - Km 40

CEP 62880-000

196/0001-B6 - Pabx. 3336.6000

UNIDADE DE SAÚDE

PACIENTE: WILSON

RA: _____

U.S. MAIL

1- 64779 2017 2015

THANK YOU (THANK YOU)

2-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-10

THANK U QWEN. PELA MAHA

ATENDIDO

0-15N/1000000-0

Topography & climate? lat/long =

ATENDIDO

DENGUE

- ✓ Saiba que Dengue tem cura espontânea;
- ✓ Evite tomar AAS, Dielofenaco
- ✓ Beba bastante água
- ✓ Evite esforços físicos
- ✓ Elimine os focos da sua casa
- ✓ Procure o Hospital se surgirem sinais como:
1. Dor na barriga que não passa;
2. Vômitos frequentes em poucas horas
3. Desmaios e suor frio com tonturas
4. Muita sede que não passa
5. Sangramentos do nariz, boca, vômitos, urina e/ou fezes pretas.

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: WALTER CANDIDO DE OLIVEIRA

CRM: 7841 UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FATIMA 60055401 Tel. 2324657

Cidade: FORTALEZA UF: CE

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via orientação ao Paciente

Walter Cândido de Oliveira
CRM: 7841
ORTO-TRAUMATOLOGIA

Paciente: ALINE DA SILVA SOUZA

Endereço: R JOSE ANSELMO 807 DAIDEMA HORIZONTE CE 62880000 Tel.

Prescrição:

ALGINAC 1000 01 CX
TOMAR 3X = 8-8 HS 8DIAS
FLEXIVE GEL - CREME 01 TB
PASSAR 2X DIA 8 DIAS

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Orgão Emissor: _____

UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: / /



RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: WALTER CANDIDO DE OLIVEIRA

CRM: 7841 UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FATIMA 60055401 Tel. 2324657

Cidade: FORTALEZA UF: CE

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via orientação ao Paciente

Walter Cândido de Oliveira
CRM: 7841
ORTO-TRAUMATOLOGIA

Paciente: ALINE DA SILVA SOUZA

Endereço: R JOSE ANSELMO 807 DAIDEMA HORIZONTE CE 62880000 Tel.

Prescrição:

ALGINAC 1000 01 CX
TOMAR 3X = 8-8 HS 8DIAS
FLEXIVE GEL - CREME 01 TB
PASSAR 2X DIA 8 DIAS

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Orgão Emissor: _____

UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: / /

A

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

DECLARAÇÃO

Eu Flávia da Silva Souza portador da carteira de
 identidade nº 0001010330605 e inscrito no CPF sob o nº 031.240.64364

Residente e domiciliado na Rua José Francisco 807 - Duodeno

Cidade: Horizonte, Estado CE, declaro, sob as penas da lei, que estou
 impossibilitado de apresentar: **PRONTUÁRIO COMPLETO INCLUINDO PROCEDIMENTO
 CIRÚRGICO, realizado no Hospital** Data de Entrada: 12/04/13

Data de Saída: 12/04/13

Localizado em: _____

O hospital se nega a disponibilizar a Xerox do PRONTUÁRIO COMPLETO ONDE INFORMA
 TODOS OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICO REALIZADOS.

Por esse motivo venho através desta comunicar e solicitar e requerer indenização do Seguro
 Dpvat (Lei nº 6.194/74)

Com o objetivo de permitir o andamento do meu pedido de indenização do Seguro Dpvat, para
 a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via
 terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento e análise da minha
 documentação enviada.

Concordando desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT
 para a correta avaliação da existência e aferição do grau, ou lesões para os fins do art. 3º da Lei
 nº 6.194/74.

Flávia da Silva Souza

Assinatura do Declarante

Monteiro, 20/08/13

Local e Data