

PROCURAÇÃO

Outorgante(s):

Nome: IRISMAR FARIAS DA SILVANacionalidade: BRASILEIRAEstado Civil: SOLTEIRARG: 93013012428 Órgão Emissor: SSP-CE Data da Emissão: 27.01.04CPF: 028.592.443-63 Profissão: AUX. DE SERVIÇOS GERAISEndereço: AV. DEP. PAULINO ROCHA, 2405Bairro: PASSARÉ Cidade/UF: FORTALEZA/CE CEP: 60.862-005

Outorgado (s):

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A e ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6994, ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE.

Poderes:

Os da cláusula ad judicia e et extra e os especiais para promover o processo do Seguro Obrigatório DPVAT, contra quem de direito, podendo para tanto, transigir, desistir, acordar, discordar, conciliar, requerer e receber alvará judicial, passar recibo, dar quitação, enfim praticar todos os atos necessários, inclusive substabelecer.

Fortaleza, 22 de ABRIL de 2019.Irismar Farias da Silva

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante: <u>IRISMAR FARIAS DA SILVA</u>		
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRA</u>	
RG: <u>930130012428</u>	Órgão Emissor: <u>SSP - CE</u>	Data da Emissão: <u>27.01.04</u>
CPF: <u>028.572.443-63</u>	Profissão: <u>AUX. DE SERVIÇOS GERAIS</u>	
Endereço: <u>AV. DEP. PAULINO ROCHA, 2405</u>		
Bairro: <u>PASSARÉ</u>	Cidade/UF: <u>FORTALEZA - CE</u>	CEP: <u>60.862-005</u>

DECLARA, com a presente, sob as penas da Lei, para fins de prova junto ao Juízo competente, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide, que não possui condições financeiras para arcar com o ônus processual, estando nas exatas condições da Lei nº. 1.060/50, carecendo, pois, dos auspícios da GRATUIDADE DE JUSTIÇA para promover Ação de Indenização e/ou Cobrança.

Fortaleza, 22 de ABRIL de 2019.

Irismar Farias da Silva

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA,

brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A, e **ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6.994 ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE, declaramos para os devidos fins de direito, que não estamos cobrando honorários advocatícios antecipadamente do(a) autor(a), ressaltando os honorários de sucumbências.

Fortaleza, 22 de ABRIL de 2019.

Ciente:

Irismar Farias da Silva

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

COLAGEM

Irismar Farias da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SEI 93013012428 - 2a V. 27/1/2004

NOME IRISMAR FARIAS DA SILVA

FILIAÇÃO JOSE FARIAS DA SILVA E MARIA S. GRACAS DA SILVA

NATURALIDADE MORADA NOVA-CE DATA DE NASCIMENTO 21/8/1976

CERT. NASC. 4638 L A 10 F

243 MORADA NOVA - CE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/80

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

028 572 443 83

Nome
IRISMAR FARIAS DA SILVA

Nascimento
21/08/1976

Emissão

CORREIOS

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 16 OUT 2018

Nome:

Nº DO CLIENTE

8362125-3

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdivino, 150
CEP 50135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 06.105.948-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

529655701

Rota 11 01210 36 091600 - 0 Data de Emissão 15/06/2018

Nome IRISMAR FARIAS DA SILVA

End. Postal AV DEP PAULINO ROCHA 02405

PASSARE - FORTALEZA - 60862005

Medidor 5280397

Posto 6391 Q76T

Classe 01-RESIDENCIAL 07-Bx. RENDA MONOFÁSICO

RG / CPF / CNPJ 028572443-63

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Jun/2018
Data de Apresentação 15/06/2018
Previsão Próxima Leitura 17/07/2018

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta	Mês	Padrão Individual			Apuração Individual		
		Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	4,75	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00	0,00
PI	0,1	0,95	1,74	0,00	0,00	0,00	0,00
DVIC	0,17			0,00			

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 193,72
Alíquota 27,00%
Valor do Imposto 52,30

ÁREA RESERVADA AO CONTRÓLE FISCAL

CPF: 5565.176.130-1 E-04.934.030-584

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
EP 30371	30106	1,00	265	0,00	0,00	0,45	119,25
15-06-18	15-05-18		33 0142	265			150,22

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MÊS
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-COMV CONFAZ 079
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MÊS (R\$ 9,46)

VALOR (R\$)

150,22
11,75
31,05
1,69

VENCIMENTO 25/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 194,71

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Ener. Res.	29,77
Tarifa Social	5,46
Distribuição	10,72
Energias (kWh) x Tarifa	8,97
Tributos (PIS e COFINS)	59,82
TOTAL	160,66

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
2018	265	150,22
2017	249	119,25
2016	201	90,90
2015	230	102,15
2014	244	109,80
2013	239	107,05
2012	222	100,00
2011	236	106,38
2010	226	99,27
2009	243	109,35

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão 185,46 Compensação 0,00 Consciência Ecológica (%CO₂) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Prezado Cliente, não se autorrelatou a leitura e revelou da distribuidora anexo nota dada de corte, bem como o boleto de custo de administração da fatura com 175 por cento (175% Resol. 414/2010 - Aneel).

A ENEL AGRADECE E PARABENTIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 7,52 ref. PIS e COFINS Alíquotas: PIS:0,65% e COFINS:1,04% (L. 10.438/02 e L. 10.402/02)

Estamos em Bandeira Vermelha Refuso: 1 litro custa de 5,00 reais a cada 100kWh (quilowatt-hora). Informações: www.enei.com.br

COMPREV SEGURO
E PREVIDENCIA
16 OUT 2018

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declarante: <u>IRISMAR FARIAS DA SILVA</u>		
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRA</u>	
RG: <u>930130012428</u>	Órgão Emissor: <u>SSP-CE</u>	Data da Emissão: <u>27.01.04</u>
CPF: <u>028.572.443-63</u>	Profissão: <u>AUX. DE SERVIÇOS GERAIS</u>	
Endereço: <u>AV. DEP. PAULINO ROCHA, 2405</u>		
Bairro: <u>PASSARÉ</u>	Cidade/UF: <u>FORTALEZA /CE</u>	CEP: <u>60.862-005</u>

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que assumo de forma plena, única e integral, a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, isento o escritório José Brito Advogados representado através dos Advogados José Orisvaldo Brito da Silva, inscrito na OAB/CE 21.292 A e Ana Cláudia Maia Alencar, inscrita na OAB/CE 6994, com endereço na Avenida Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota, Fortaleza /CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e/ou administrativa, no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

"As informações contidas no processo indenizatório DPVAT são de responsabilidade do beneficiário, sendo o mesmo informado que a comunicação de fato não ocorrido ou inexistente é crime punível na forma da lei – Art. 339 e 340 do CPB."

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade do mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza, 22 de ABRIL de 2019.

Irismar Farias da Silva



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3869 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/09/2018 14:12:19**
Data / Hora da Ocorrência: **10/07/2018 23:10:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA SILAS MUNGUBA**
Complemento:
Bairro: **PASSARE** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MANOEL ADVANILTO LOPES**
Nascimento: **10/12/1971** CPF: **748.907.943-87**
CNH: **04009780637** Orgão Emissor: **DETRAN**
Filiação: **MARIA DE JESUS LOPES**
ABILIO LOPES MAGALHAES
Endereço: **AVENIDA DEPUTADO PAULINO ROCHA, 2405**
Bairro: **PASSARE**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.862-005**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98838-4574**

Nome: **IRISMAR FARIAS DA SILVA**
Nascimento: **21/08/1976** CPF: **028.572.443-63**
RG: **93013012428** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA**
JOSE FARIAS DA SILVA
Endereço: **AVENIDA DEPUTADO PAULINO ROCHA, 2405**
Bairro: **PASSARE**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98589-9747**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCE3815** Uf: **CE** Município: **MORADA NOVA** Chassi:
9C2KD0550BR029250 Renavam: **341226459** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **LUDIANE CHAGAS DOS ANJOS** Situação
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

QUE, COMPARECEM A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, A VITIMA MANOEL ADVANILDO LOPES TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OCE-3815 E A VITIMA IRISMAR FARIAS DA SILVA TRANSITAVA NA GARUPA DA REFERIDA MOTO, QUE TRANSITAVAM PELA AV. SILAS MUNGUBA QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU NA FRENTE DA TRAJETÓRIA DA REFERIDA MOTO, VINDO AS VITIMAS COLIDIREM COM O CACHORRO, CAINDO AS VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADAS SENDO SOCORRIDAS 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.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 13

FLS

RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3869 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

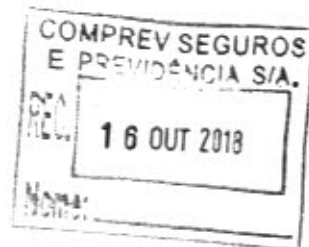
FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *enabel Advanillo Lopes*

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-0

x Brizmar Farias da Silva



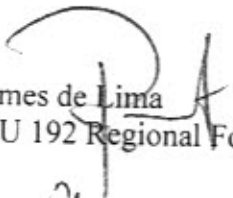
DECLARAÇÃO

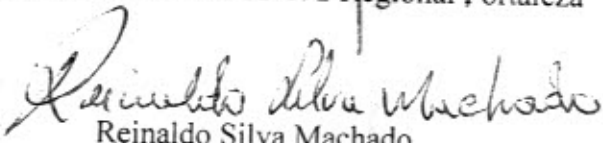
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. **Irismar Farias da Silva**, no dia **11/07/2018**, às **00h05min**, na **Avenida Doutor Silas Munguba**, no **Bairro Passaré**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P285304/2018**.

Fortaleza, 30 de julho de 2018.

Atenciosamente,


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


Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



TERMO DE ENTREGA

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Conforme processo nº **P285304/2018**, estamos entregando a Sra. **Irismar Farias da Silva**, CPF: **028.572.443-63**, cópia do Prontuário de Atendimento realizado pelo SAMU 192 Regional Fortaleza, no dia **11/07/2018**.

Fortaleza, 30 de julho de 2018.

Atenciosamente,


Francisco Rômulo Sampaio Lira
Diretor Médico - SAMU 192
Regional Fortaleza
CPF: 023.595.433-00 - Matr. 2600241

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



Nome do solicitante: _____

Assinatura: _____

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



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 55	PONTO DE APOIO: Chest	Nº DA OCORRÊNCIA: 1109
DATA: 10/04/18	TURNO: SN	EQUIPE: Cristiane + Camille
NOME: Iesimé Farias da Silva	IDADE: 41	SEXO: F
ENDEREÇO: Jilias Monjuba, 5255	BAIRRO: Passaúna	
REFERÊNCIA: Posto Shell		
QTY: 23:58	QUS: 00:05	QUY: 0:23
		QUU: 0:40
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Queda de Moto		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO	☒ PRESENTE	☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE

☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS

POR:

A
Vitalidade

PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	PERCUTICAUSCULTA
☒ EUPNEICO	☐ NORMAL	☐ NORMAL	☐ NORMAL
☐ TAQUIPNEICO	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____
☐ BRADIPNEICO			
☐ AGÔNICA/ AUSENTE			

PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
☒ NORMOCÁRDICO	☒ CORADA	☒ ≤ 2 seg	☒ SIM
☐ TRAQUICÁRDICO	☐ PÁLIDA	☐ > 2 seg	☐ NÃO
☐ BRADICÁRDICO	☐ CIANÓTICA		
☐ CHEIO	☐ SUDOREICA		
☐ FILIFORME	☐ SECA		
☐ IMPALPÁVEL	☐ QUENTE		
	☐ FRIA		

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
NENHUMA ☐ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2	FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
TOTAL: 15	NENHUMA ☐ 1	EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)		NENHUMA ☐ 1
☐ ALTERADAS		

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
	Exercícios MSB + abdução mão (1) e adução em peço (1)	

FC: 68	PA: —	FR: 18	GLIC: —	OXIM.: 98%	TEMP.: —
--------	-------	--------	---------	------------	----------

Nega alergia.

COMPREENSIVOS
E PREVIDÊNCIA SIA

16 OUT 2018

Cristiane 350.47016



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

fls. 17

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS					
NOME DO PACIENTE IRISMAR FARIAS DA SILVA			Nº DO PRONTUÁRIO 345309	Nº DO BE 226036	
CÁDUS			NASCIMENTO 21/08/1976(41 ANOS)	SEXO F	RACIA COR PARDO
NOME MÃE MARIA DAS GRACAS DA SILVA			NOME RESPONSÁVEL NI		
ENDEREÇO AVENIDA DEPUTADO PAULINO ROCHA 2405 BOA VISTA			MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE
CONTATO			CEP 60.867-585		
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE DO ACIDENTE					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
QUEIXA CLIENTE TRAZIDA PELO SAMU USB 85. REFERE DOR E ESCORIAÇÕES EM MSE E EDEMA EM JOELHO DIREITO.			MOTIVO ACIDENTE DE MOTO		
SINTOMAS NI			ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)		
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLUCEMA NI
TEMPERATURA NI °C		ALERGIAS NEGA			
CLASSIFICAÇÃO VERDE		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA DENISE DOS SANTOS MONTEIRO		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 11/07/2018 00:34:17	
ÁREA DE ATENDIMENTO					
ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA					
ANAMNESE					
<i>Refere dor no joelho direito e tornozelo direito e tornozelo esquerdo. Entende o joelho direito e tornozelo esquerdo.</i>					
DIAGNÓSTICO					
SAT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIOS-X <i>entente + exames</i>					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
MÉDICAMENTO: <i>Flunox oral 8 dias Retornar 8 dias</i>					
APRAZAMENTO					
OBSERVAÇÕES					
<i>Dr. Miguel Ricardo B. Moraes Traumatologista CRM-CE 4299</i>					
TIPO DE ALTA/SAÍDA					
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS					
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO			CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA		

Impresso por maria denise dos santos monteiro em 11/07/2018 às 00:34:22

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.

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA

ATESTO QUE CÓPIA CONTEME COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

irismar farias da silva

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 16 OUT 2018

Nome:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 26/04/2019 às 13:04, sob o número 01279187820198060000. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 012791878-78.2019.8.06.0001 e código 4786FDO.



Fortaleza

entreme ferozeto
 PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
 SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
 HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
 PROTEÍNA DE PARANGABA
 AV. Osório de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000 - Fortaleza-Ce
 Telefone: (85) 3131 7322

RECEITA

NY

fort

1 Anais Fome Leptot

Usocel: 1 caixa

1) Fluscox 50mg

1 vez 12/12h

*mt 11/07/18
 4299*

→ 19/07/18

*SA Fome
 10h manhã*

DATA: ____/____/____

CRM - Médico (a) _____

COMPREV SEGURO
 E PREVIDÊNCIA SIA

16 OUT 2018

HDMJBO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira  Prefeitura de Fortaleza

FROTINHA DE PARANGABA

Av. Osório de Paiva N° 1127 - Parangaba - CEP 60.720 - 000 Fortaleza - Ceará

Telefone (85) 3131-7322

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD : _____

Atesto que o (a) Sr. (a) Luana Faria

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia ____/____/____ às ____:____ hs.

Tendo como causa de socorro _____

necessita de 15 dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) _____

Observações: 5889

Fortaleza - Ce, 18 de 04 de 2018

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
CRM - Medicina - Traumatologia
CRM 4600

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N° 60.501 de 14/03/67, e será expedido para justificati-va de 01 (hum) a 15 (quinze) dias de afastamento.



HDMJBO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira  Fortaleza

FROTINHA DE PARANGABA

Av. Osório de Paiva N° 1127 - Parangaba - CEP 60.720 - 000 Fortaleza - Ceará

Telefone (85) 3131-7322

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD : _____

Atesto que o (a) Sr. (a) _____

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 11/07/18 às 1⁰⁰ hs.

Tendo como causa de socorro _____

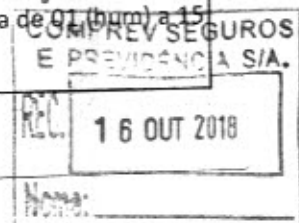
Necessita de (08) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) _____

Observações: _____

Fortaleza - Ce, 11 de 07 de 18


CRM - Médico Legista
Traumatologista
CRM - CE 4299

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N° 60.501 de 14/03/67, e será expedido para justificativa de 01 (um) a 15 (quinze) dias de afastamento.



HDMJBO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira

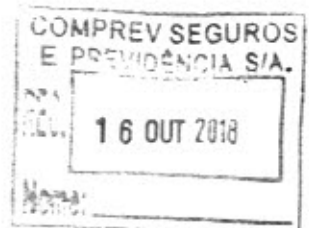
Prefeitura de
Fortaleza**RECEITA***Tram**ma**Alguém 1000**ma 12/14*

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4600

DATA: ____/____/____

CRM-MÉDICO(A)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
AV: OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE
TEL: (85) 313-17322 EMAIL: secret dg.hdmjbo@sms.fortaleza.ce.gov.br

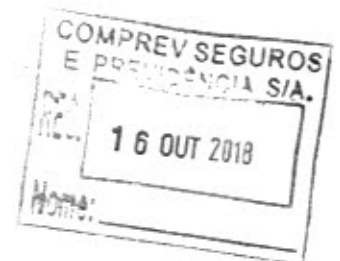


CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICO, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, que a Sra. Irismar Farias da Silva foi atendida nesta unidade hospitalar no dia 11.07.18, sob registro de nº 345309, com diagnóstico de entorse em joelho e tornozelo direito. Em seguida paciente saiu de alta hospitalar.

Fortaleza 24 de julho de 2018

Atenciosamente,
Dr. João Francisco B. L. Morano
Diretor Médico HDMa JBO
CRM 3631



SINISTRO 3180485301 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA IRISMAR FARIAS DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO IRISMAR FARIAS DA SILVA

CPF/CNPJ: 02857244363

Posição em 22-01-2019 13:16:42

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