

PROCURAÇÃO

Nome: MARIA MARTINS BIE		Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: CASADA	Profissão: APOSENTADA	Carteira de Identidade: 2039378-90
CPF nº 782.055.903-97	Residência: OLHO D'ÁGUA DO BEZERRIL	
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: BOA VIAGEM	Estado: CE CEP: 63870-000

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº 8.119.595 SSP/MG e CPF nº 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza – CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3231-6493/4101-2403.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastante procuradores, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicia 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, 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), 11 de setembro de 20 17.

Maria Martins Bie
Outorgante



DECLARAÇÃO

Eu, MARIA MARTINS BIÉ, brasileira, casada, aposentada, portadora da Carteira de Identidade/RG-2039378-90 e inscrito no CPF sob o nº 782.055.903-97, residente e domiciliada no Olho Dagua do Bezerril, s/nº cidade de Boa Viagem, estado de Ceará, Bairro Zona Rural, declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 11 de SETEMBRO de 2017.



Declarante

DECLARAÇÃO.

Eu, MARIA MARTINS BIÉ, brasileira, casada, aposentada, portadora da Carteira de Identidade/RG-2039378-90 e inscrito no CPF sob o nº 782.055.903-97, residente e domiciliada no Olho Dagua do Bezerril, s/nº cidade de Boa Viagem, estado de Ceará, Bairro Zona Rural, CEP 63870-000. Declaro que resido no endereço acima citado e forneço os 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), 11 de setembro de 2017.

Maria Martins Bié

Declarante.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2039378-90 DATA 11.09.90

NOME MARIA MARTINS BIE

FUNÇÃO Alameda Garayva Bie

Francisco Martins Bie

Boa Viagem-Cel.

NATURALIDADE 25.08.51

Cert. Cas. nº 84.114-B-1, fls 171

DOC. ORDEM Cert. Boa Viagem

PORTALIZA-CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/09/63

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

I-91

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome MARIA MARTINS BIE

Nº de Inscrição 782055903-97

Data do Nascimento 26/08/51



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 513152571

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de
FEV/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
6556596 DV **7**

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

Rota 31 036043 01 045020
Nome MARIA MARTINS BIE
Endereço Postal

Medidor 2069432
Poste 0000 0

End. da Unidade Consumidora RR IBUACU BEZERRIL 00235 DT OLHO D BEZER BOA VIAGEM

RG / CPF / CNPJ 782.055.903-97 CGF

Classe 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
2190	2148	1	42	0	42

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
30	0,16835	5,05
12	0,28860	3,46

ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh
Consumo faixa 31-100 Kwh

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
15/02/2018	14/03/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

4273.17B6.3FE4.100F.4837.510F.107A.AFF7

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO	-26,97
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	0,45
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	18,01

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

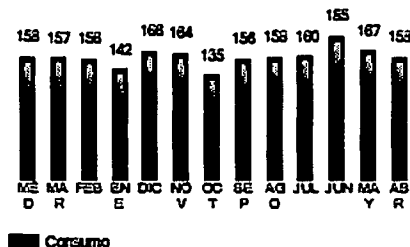
ENERGIA	4,06
TRANSMISSÃO	0,41
DISTRIBUIÇÃO	2,77
ENCARGOS SETORIAIS	0,96
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	0,76

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 4,37
Conjunto BOA VIAGEM
Mês DEZ/ 2017

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,44	20,88	41,76	0,00	0,00	5,93
FIC (un)	7,59	15,19	30,39	0,00	0,00	6,00
DMIC (h)	5,58			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 6556596-7 N° da Nota Fiscal: 513152571 Total a Pagar (R\$): 0,00
Data de Emissão: 15/03/2018 Referência: FEV/2018 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 14/06/2018 às 15:49, sob o número 01400682820188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0140068-28.2018.8.06.0001 e código 3828D39.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 727 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **26/04/2017 09:31:38**
 Data / Hora da Ocorrência: **22/03/2017 08:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **SITIO VARZEA DA IPUEIRA**
 Complemento:
 Bairro:
 Ponto de Referência: Município: **BOA VIAGEM/CE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA MARTINS BIÉ**
 Nascimento: **25/08/1951** CPF: **782.055.903-97**
 RG: **203978-90** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **FRANCISCA MARTINS BIÉ**
VICENTE SARAIVA BIÉ
 Endereço: **SITIO OLHO D'ÁGUA DO BIZERRIL**
 Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **63.870-000**
 Município: **BOA VIAGEM/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9431-0603**

Noticiante(s)

Nome: **MANOEL DE SOUSA MARTINS**
 Nascimento: **23/12/1958** CPF: **264.988.983-72**
 RG: **306610396** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **FRANCISCA MARTINS DO NASCIMENTO**
FRANCISCO MARTINS DO NASCIMENTO
 Endereço: **SITIO LOCALIDADE OLHA D'ÁGUA DO BIZERRIL**
 Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **63.870-000**
 Município: **BOA VIAGEM/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9431-0603**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQZ6285** Uf: **CE** Município: **BOA VIAGEM** Chassi:
9C2KD04209R017206 Renavam: **149498870** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
 Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2009** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **MANOEL MARTINS DOMINGOS** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Diz o noticiante, que na data 22/03/2017, em torno das 08h, trafegava pela estrada carroçal, na localidade Várzea da Ipueira, neste Município, pilotando a motocicleta HONDA/NXR 150 BROS, ano 2009, cor VERMELHA, placa NQZ 6285/CE, em nome de Manoel Martins Domingos, conduzindo sua esposa MARIA MARTINS BIÉ, RG 2039378-90 SSP/CE, quando saíam da estrada carroçal para o asfalto, a motocicleta derrapou, e perderam o equilíbrio, vindo a caírem, sua esposa se machucando, logo sendo socorrida ao hospital local, apresentando dor em ombro esquerdo e MIE com lesão cortante, conforme consta no prontuário de atendimento medico; Que tem como testemunhas do acidente, os Sr(s). Manoel Martins Bié, RG 2008687946-9 SSP/CE e Manoel Martins Domingos, RG 1340188-87 SSP/CE.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 727 / 2017**

Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**Caroline Vieira Rocha
CAROLINE VIEIRA ROCHA - MAT.: 30097513**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**Manoel de Sousa Martins**VISTO DO DELEGADO(A) :**ED CARLOS DE SOUSA LIMA - MAT.: 300815-1-X



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM CSAM - CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA

Rua: São Vicente de Paula, Nº. 100, Centro

Tel.: (88) 3427 1699 - (88) 3427 1136

CNPJ: 07.806.680/0001-84

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



UNIDADE DE ATENDIMENTO 24H

DATA: 22/03/17

HORÁRIO: 8:30h

ATENDIMENTO Nº _____

DADOS DO PACIENTE

NOME: Mania Martins Bie'

SUS: _____

SEXO: F (X) M () DATA DE NASCIMENTO: 25/08/51

IDADE: _____

ESTADO CIVIL: casada

NOME DA MÃE: Francisca Martins Bie'

NATURALIDADE: Boa Viagem

PROFISSÃO: _____

RG: 2039378-90

ENDEREÇO: Olho d'água do Bezenil

BAIRRO: Zona Rural

CIDADE: Boa Viagem

ESTADO: CE

TELEFONE: () _____

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

PA: _____ X _____ mmHg

SPO₂: _____ %

FC: _____ bpm

FR: _____ ipm

T: _____ °C

PESO: _____ Kg

QUEIXAS: _____

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MIN	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MIN	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MIN
☐ Politraumatismo/TCE; ☐ Queimaduras grandes; ☐ Coma ou alteração de consciência; ☐ Lesão da Coluna Vertebral; ☐ Desconforto Respiratório Grave; ☐ Dor no peito+cianose+falta de ar; ☐ Vômito+perda de consciência ou dor tórax por mais de 30min; ☐ Perfuração no peito, abdômen ou cabeça; ☐ Crise convulsiva; ☐ Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio; ☐ Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; ☐ Hiper ou Hipoglicemia (diagnosticadas) ☐ Parada Cardiorrespiratória; ☐ Alterações SSVV + sintomas (diagnosticadas); ☐ Hemorragia não controladas; ☐ Fraturas; ferimentos cortados;	☐ Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva; ☐ Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios; ☐ História de convulsão; ☐ Dor torácica intensa; ☐ Crise asmática ou desconforto respiratório; ☐ Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; ☐ Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; ☐ História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; ☐ Epistaxe; ☐ Dor forte de qualquer natureza; ☐ Sangramento vaginal com dor abdominal; ☐ Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; ☐ Febre alta (39-40°); ☐ Luxações, entorse + dor intensa; ☐ Acidente por animais peçonhentos; ☐ Acidente por animais peçonhentos; ☐ Broncoespasmo.	☐ Idade superior a 60 anos; ☐ Pacientes escoltados; ☐ Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; ☐ Asma fora de crise; ☐ Enxaqueca; ☐ Dor ouvido moderada a grave; ☐ Dor abdominal sem alterações sinais vitais; ☐ Sangramento vaginal sem dor abdominal; ☐ Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação; ☐ Abscessos; ☐ Distúrbios neurovegetativos; ☐ Lombalgia Intensa; ☐ Intercorrências ortopédicas; ☐ Gastroenterite;	☐ Queixas sem alterações agudas; ☐ Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestados médicos; ☐ Demais situações não enquadradas anteriormente; ☐ Uso de benzilpenicilina;

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

OME: _____

ATA: _____

HORA: _____

NAMNESE E EXAME FÍSICO:

① Pcte cl dor em ombro (E) pós queda moto
e MIE com lesão crânio

PRESCRIÇÃO:

② Pcte Refere Dor e diz ser de cuspido
de acidente automobilístico

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Isabel de Souza

Isabel de Souza
DIREÇÃO GERAL

Dr. Márcio Cláudio F. Costa
MÉDICO
ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL.

Data de Impressão: 22/3/2017 12:39:38

Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora : SANTA CASA DE CANINDE

Convênio : SUS AMBULATORIO

Dados do Paciente

Data : 22/03/2017

Hora : 12:37:29

GUIA :

Usuário do Cadastro : STEFANNYF
Usuário do Atendimento : STEFANNYF

Nome : MARIA MARTINS BIE

Paciente : 194098

Atendimento
1253343

Nome da Mãe : FRANCISCA MARTINS BIE

Sexo : FEMININO

Data Nascimento: 25/8/1951

Idade: 65 Anos / 6 Meses / 25 Dias

Endereço : OLHO D AGUA DO BIZERRIL

Bairro : ZONA RURAL

CEP : 63870000

Cidade : BOA VIAGEM

Telefone :

Número : 0

Classificação de Prioridade:

G:

P:

Hora

PESO:

T:

Assinatura do Paciente ou Responsável

RG : 203937890

Queixas :

ATENDIMENTO :

☐ OBSTÉTRICO ☐ GINECOLÓGICO
☐ PEDIÁTRICO ☐ ORTOPÉDICO
☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO

LOCAL DO ACIDENTE :

☐ DOMICÍLIO ☐ VIA PÚBLICA
☐ TRABALHO ☐ ESCOLA
☐ OUTROS

TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL ?

☐ SIM ☐ NÃO
☐ GSU
☐ OUTRAS AMBULÂNCIAS
☐ CARRO PRÓPRIO

TIPO DE TRAUMA :

☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO
☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA

PROCUROU PSF ?

CAUSAS :

☐ ENCAMINHADO
☐ NÃO TINHA FICHA PARA CONSULTA
☐ NÃO TINHA MÉDICO
☐ POSTO ESTAVA FECHADO
☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

POR QUÊ ?

☐ NÃO É EFICIENTE
☐ É LONGE DE CASA
☐ NUNCA TEM MÉDICO

TIPO DE ACIDENTE :

QUEDA DE ONDE ?

ARMA DE FOGO ☐ ARMA BRANCA ☐ OUTROS :

INTOXICAÇÃO EXÓGENA : POR :

MORDIDA/PICADA DE ANIMAIS ?

OUTROS :

ACIDENTE C/ OBJETOS CORTO-CONTUSOS ☐ AFOGAMENTOCARRO - CINTO? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ MOTO : CAPACETE? ☐ SIM ☐ NÃOATROPELAMENTO : ☐ CARRO ☐ MOTO ☐ BICICLETA ☐ OUTROSQUEIMADURAS : ☐ 1º GRAU ☐ 2º GRAU ☐ 3º GRAU

POR :

ESPANCAMENTO : ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL :

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA :

POR QUEM ?

☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ MÃE ☐ DESCONHECIDO
☐ OUTROS :

1 | EMERGÊNCIA | 0 min

☐ Estado mental alterado ou em coma (Glasgow < 12)
☐ Desconforto respiratório grave
☐ Dor torácica
☐ Crises convulsivas
☐ Intoxicações exógenas
☐ Tentativas de suicídio
☐ Reações alérgicas ou anafilaxia
☐ Complicações de Diabetes
☐ Parada cardiorespiratória
☐ Hemorragias ativas
☐ Infecções graves
☐ Alterações de sinais vitais

* Pulso > 140 ou < 45
 * PA diastólica > 130 mmHg
 * PA sistólica > 180 mmHg
 * FR > 34 ou < 10

2 | MUITO URGENTE | 10 min

☐ Cefaléia súbita ou rapidamente progressiva
☐ Diminuição do nível de consciência
☐ Alteração aguda do comportamento (agitação, letargia, confusão mental)
☐ Convulsão nas últimas 24h com alteração do nível de consciência
☐ Dor torácica
☐ Crise asmática
☐ Desmaios
☐ Diabéticos apresentando sudorese, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia
☐ História recente de sangramento digestivo (melena/ hematoquezia)
☐ Dor abdominal intensa
☐ Sangramento vaginal ativo
☐ Náuseas, vômitos ou diarreia persistentes
☐ Febre alta
☐ Fraturas ósseas
☐ Intoxicações exógenas, sem alteração dos sinais vitais
☐ Dor oncológica

3 | POUCO URGENTE | 60 min

☐ Idade superior a 60 anos
☐ Gestantes
☐ Pacientes escoltados
☐ Deficientes físicos e pacientes em cadeiras de rodas e acamados
☐ Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro clínico anterior
☐ Asma
☐ Enxaqueca
☐ Dor de ouvido
☐ Dor abdominal sem alterações de sinais vitais
☐ Sangramento vaginal leve
☐ Lombalgia intensa
☐ Distúrbios neurovegetativos
☐ Abscessos e outras complicações infecciosas
☐ Convulsões sem alteração do nível de consciência

4 | NÃO URGENTE |

Procurar unidade básica de saúde ou marcar consulta com médico assistente

☐ Pacientes em acompanhamento ambulatorial, mas sem tratamento atual
☐ Dores crônicas
☐ Procedimentos como curativos, trocas de sondas, requisições de receitas médicas
☐ Avaliação de exames solicitados pelo médico assistente
☐ Solicitações de declarações, atestados ou relatórios médico
13 094
258

NTI - Núcleo de Tecnologia da Informação

эте :

Atendimento

1253343

~~Leg. Power Petrol~~
Módulo
CR 9EC 16.545

[illegible]

NTI - Núcleo de Tecnologia da Informação



Clinic Fisio

Dr. Wilton Alves de Souza

CREFITO: 133.247-F

Pando

Ref: M^{te} Marliang Bie
 confirma de síndrome respirat-
 ória aguda resultando em
 fraturas em tórax (E), após
 infarto e ffo a menos
 um apresentando agravamento
 de sintomas. Pais com: Bronquite
 crônica + asma + perda de
 força e paralisia no membro

Data

09/08/2017

Cargo do Profissional Responsável

Rua Ana Gonçalves, 195 - Boa Viagem - Ceará - (88) 9-9747-1162 - (88) 9-9617-9299

CEP: 63.870-000 / e-mail: wiltonfisio22@outlook.com

Ficha de Atendimento Ambulatorial - SHSFC



Unidade Prestadora : SANTA CASA DE CANINDE

Convênio : SUS AMBULATORIO

Dados do Paciente

SENHA : [REDACTED]

Usuário do Cadastro : STEFANNYF
Usuário do Atendimento : IRANIC

Nome : MARIA MARTINS BIE

Nome da Mãe : FRANCISCA MARTINS BIE

Sexo : FEMININO

Data Nascimento: 25/08/1951

Paciente : 194098

Atendimento

1259210

Endereço : OLHO D'ÁGUA DO BIZERRIL

Idade: 65 Anos / 7 Meses / 19 Dias

Bairro : ZONA RURAL

CNS : 160399534630001

Cidade : BOA VIAGEM

Número : 0

CEP : 63870000

Telefone :

Dados do Atendimento

Prestador Médico : AURELIO PARENTE BARBOSA

Especialidade : ORTODONTIA TRAUMATOLOGIA

Serviço : ORTODONTIA

Data : 13/04/2017

Hora : 07:49:20

Maria Martins Bie
Assinatura do Paciente ou Responsável

RG : 203937890

Queixas :

T :

PA :

P :

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico : () Sim () Não A que?

Anamnese :

13 0417
498

Exame Físico :

Hipótese Diagnóstica :

fratura *juv* (E)

Dr. Aurelio Parente
Traum.

Carimbo Assinatura Médico-CRM

13 APR 2017

CID 10

Exame Físico :

Exame Físico :

Exame Físico :

Exame Físico :

Medicação

Carimbo/Assinatura
Enfermagem/COREN

SINISTRO 3170372833 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MARIA MARTINS BIE**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Sabemi Seguradora S/A-Filial
Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** MARIA MARTINS BIE**CPF/CNPJ:** 78205590397**Posição em 21-09-2017 09:59:23**

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na
autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
28/07/2017	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

PELO SINISTRO