



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Francineiro Anderson de Almeida</u>		Data Nasc: <u>Curitiba</u>
Estado Civil: <u>solteira</u>	Profissão: <u>autônomo</u>	Nacionalidade: <u>brasileiro</u>
RG: <u>200303005 7540</u>	CPF: <u>045.398.953-54</u>	
Endereço: <u>Rua: Mundeco Rodrigues nº 369</u>		
Cidade: <u>Itaitinga - RJ</u>	CEP: <u>65.887-000</u>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE 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 FENASEC 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 demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos dos 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), 25 de abril de 2019.

Francineiro Anderson de Almeida
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, Francisco Anderson de Almeida Cunha residente e domiciliado na Rua Mendonça Rodrigues, nº 369, bairro: Pedras, na cidade de Itaitinga, portador(a) do RG nº 2003030057510, inscrito(a) no CPF nº 045.398.953-54 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 esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 01 de abril de 2019.

Francisco Anderson de Almeida Cunha
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOGACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, Sr(a) Francisco Anderson de Almeida Cunha (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 criminal.

Fortaleza, 04 de Abril 20 19

Francisco Anderson de Almeida Cunha

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Anderson de Almeida Costa, brasileiro(a), solteiro, autônomo, portador(a) de cédula de identidade nº 200303 005 7510, inscrito(a) no CPF sob o nº 045.398.953-54, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Rua: Munduca Rodrigues, nº 069, Bairro _____, CEP: _____/CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 05 de Abril 2019.

Francisco Anderson de Almeida Costa

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



C E R T I D ã O

Antonio Paula da Silva, Escrivão de Polícia Civil, lotado na Trigésima Segunda Delegacia Distrital, no uso de suas atribuições legais, etc...

CERTIFICA que nesta data, compareceu em Cartório FRANCISCO ANDERSON DE ALMEIDA CUNHA, portador do RG 2003030057510 SSPDS/CE e CPF 045.398.953-54, residente na rua Mundica Rodrigues, nº 369, Pedras, Itaitinga/CE, onde vem informar que foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido por volta das 12h, do dia 23/07/018, na Rua Paulino Rocha, quando se deslocava pilotando a MOTOCICLETA, marca HONDA/CG 150 TITAN, DE COR PRETA, ANO/MOD, 2014/2014, de PLACA OSD-1678/CE, CHASSI 9C2KC1660ER515853, RENAVAM 1003779287, licenciada em nome de: WANGLEYSON SANTOS DA SILVA e nas proximidades do antigo BAR DOS BAIXINHOS, um veículo de placas não identificadas foi tentar ultrapassar uma moto e veio a colidir na traseira da motocicleta em que a vítima pilotava, vindo a mesma a cair ao solo; QUE a vítima foi socorrida por populares para o Hospital Municipal de Itaitinga/CE, de onde foi transferida para o Frotinha de Messejana, onde foi submetida a cirurgia. O REFERIDO É VERDADE. DOU FÉ.///

Cartório do 32º Distrito Policial, em 18 de Fevereiro de 2019.

Antonio Paula da Silva
Escrivão de Polícia
Mat. 97.122

DECLARANTE: Francisco Anderson de Almeida Cunha

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 BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

PROIBIDO FALSIFICAR

Francisco Anderson de Almeida Cunha
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2003030057510 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/09/2018

NOME FRANCISCO ANDERSON DE ALMEIDA CUNHA

FILIAÇÃO FRANCISCO VIANEI CUNHA
MARIA DAS DORES PEREIRA DE ALMEIDA

NATURALIDADE PACATUBA - CE DATA DE NASCIMENTO 06/05/1988

DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:5796 FOLHA:266
LIVRO:B-15 PACATUBA - CE
CPF 045.398.953-54

2 VIA

Francisco Anderson de Almeida Cunha
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/04/2019 às 13:50, sob o número 0122665-12.2019.8.06.0001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0122665-12.2019.8.06.0001 e código 467447B



Nº de Inscrição:

076012670

DADOS DO CLIENTE

Nome: JULIANA DA SILVA BARROS
 End. Leitura: RU MANOCHA RODRIGUES, 369, PEDRAS
 Cidade: PEDRAS-MUN ITAITINGA
 End. Entrega:
 CEP: 61887-000
 Cidade:
 Local: 090 Setor: 006 Quadra: 0031 Lote: 0244 Comp: 0001
 Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^{m³}	Média Semestral ^{m³}
ATA	RG194914	0	0	0	0

DATAS

Leitura Atual: 24.06.2018 Emissão: 24.06.2018 Lacre Água: 3156627
 Leitura Anterior: 25.09.2015 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 06/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Brigidas	0.17	0.17	0.10	0.17	0.17
Analizadas	0.12	0.10	0.10	0.12	0.12
Em conformidade	0.12	0.10	0.08	0.31	0.12

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 8 m³ | META: 10 m³.
 Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2017, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

LIG. AGUA C/INST H 1,4 Valor (R\$) 14,00

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano Água m³ Esgoto m³

PIS 0.13 VALOR DO SERVIÇO 14.00
 COFINS 0.66 VALOR DO SUBSIDIO 0.00
 VALOR TOTAL A PAGAR 14.00

MÊS/ANO
08/2018VENCIMENTO
10/09/2018TOTAL A PAGAR (R\$)
14,00

ONDE PAGAR SUA FATURA

I: 353903058462597 L: 0208 H: 07: 19: 16 R: 037 P: 001
 Bancos: Bradesco, BNB, Itau, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFacil.
 A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

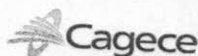
Central de Atendimento
Cagece
 0800 275 0195

Cagece
 MOBILE

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
 Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
 Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 8638.

consumidor.gov.br
 E seu. E Não. Participe.
 FORTALEÇA SEU PODER

155
 OUVIDORIA ESTADUAL



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 076012670 353903058462597 - 0208
 Código de Responsável
 Local: 090 Setor: 006 Quadra: 0031 Lote: 0244 Comp: 0001
 Subsetor: 00 Subquadra: 00
 Cidade: PEDRAS-MUN ITAITINGA
 Vencimento: 10/09/2018 Total (R\$): 14,00

82690000000 9 14000009800 8 07601267000 6 01000122015 0

Prefeitura Municipal de Itaitinga
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital e Maternidade Ester Cavalcante Assunção

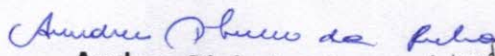
Itaitinga CE, 31 de Agosto de 2018.

DECLARAÇÃO

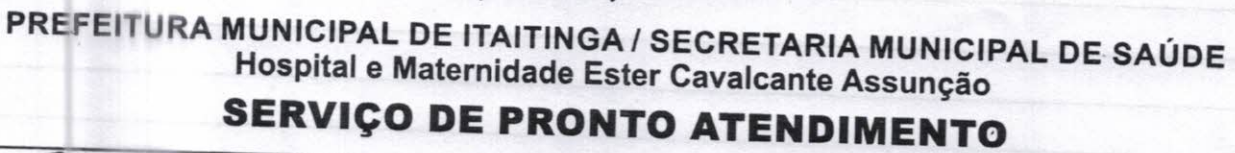
Declaro para os devidos fins que, a cópia do serviço de Pronto Atendimento do paciente **FRANCISCO ANDRESON DE ALMEIDA CUNHA** está devidamente de acordo com a original, que se encontra nos arquivos desta unidade hospitalar.

Coloco-me a disposição para quaisquer outros esclarecimentos necessários.

Atenciosamente


Andrea Pinheiro da Rocha
Diretora Geral do HMECA
DIRETORA GERAL
HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITINGA

TV. Ester Cavalcante Assunção – SN – Centro – Itaitinga
CEP: 61880-000
Tel. 85- 3377.2354/1449/2626



PACIENTE:	Fco Anderson de Almeida Cunha		
DATA DE NASCIMENTO:	06 05 88	RG:	
SEXO: M () F ()	NATURALIDADE:	IDADE:	30
PAI:		ESTADO CIVIL:	
MÃE:	Má das Dores Botelho de Almeida		
ENDEREÇO:	Má Fátima 171	BAIRRO:	Genésio
AGENTE DE SAÚDE:			
RESPONSÁVEL:		TEL. CONTATO:	—
DATA DO ATENDIMENTO:	23/02/18	HORA:	13:25
		AGENTE ADMINISTRATIVO:	Pau

SINAIS VITAIS:

TEMPERATURA: _____ °C PULSO: _____ bpm RESPIRAÇÃO: _____ RPM P.A.: 120/70 mm/Hg

PESO: _____ Kg ESTATURA: _____ CM GLICEMIA: _____ mg/dL

ANAMNESE: *gratuito ante-bis*

EXAME FÍSICO

consequência do A.C. insuf

DIAGNÓSTICO MEDICO

☐ CLÍNICA: ☐ URGÊNCIA: ☐ EMERGÊNCIA:

PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	RUBRICA
<i>Profund 2x</i> <i>9</i> <i>22 22</i>	<i>22 22</i>	<i>3 35</i>

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE FRANCISCO ANDERSON DE ALMEIDA CUNHA		DADOS PESSOAIS	
CAUSAS 709102220033330	NASCIMENTO 06/05/1988(30 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 5116459	Nº DO BE 291433
NOME MÃE MARIA DAS DORES PEREIRA DE ALMEIDA	NOME RESPONSÁVEL NI	SEXO M	RACIA/COR PARDO
ENDEREÇO RUA MARIA FERREIRA 161 GERERAU	MUNICÍPIO ITAATINGA	CEP 61.880-000	UF CE
CONTATO (85) 98567-5598			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE		OCORRÊNCIA	
QUEIXA QUEDA DE MOTO	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	ESCALA DE DOR 5 (ADULTO)	
SINTOMAS DOR NO PUNHO D	SINAIS VITAIS		
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA DALVANI BASTOS BARRETO	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 23/07/2018 19:27:40	
ÁREA DE ATENDIMENTO U2 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA	ÁREA ATENDIMENTO		

ANAMNESE
Paciente vítima de trauma no antebraço (E) direito com fratura fechada da ulna

DIAGNÓSTICO
Fratura da ulna
SADT SOLICITADO:
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIOS-X () OUTROS

MÉDICAMENTO
PRESCRIÇÃO MÉDICA
APAZAMENTO
OBSERVAÇÕES

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

Assinado por MARIA DALVANI BASTOS BARRETO em 23/07/2018 19:27:40

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.

Dr. Max Wendell B. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC. 10107

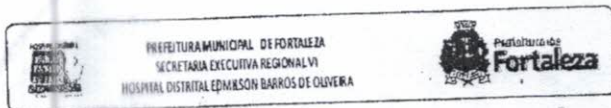
Francisco Anderson de Almeida Cunha
Francisco anderson de almeida cunha

CONFERE COM ORIGINAL
03/09/18
Sbepu

04.355.197/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578
Messejana - CEP 60.864-810

Fortaleza

Ceará



REGISTRO EMERGÊNCIA

MATRÍCULA NO HOSPITAL

5116459

PACIENTE: Sr. Anderson de Almeida Cunha			
DATA OPERAÇÃO: 25/07/2019	ENFERMARIA: #	LEITO: 39	
2º AUXILIAR: Dr. Paulo de Tasso C. Castro Ortopedia / Traumatologia CRM: 1985		1º AUXILIAR: Dr. Mauro	
ANESTESISTA: Dr. Amanny		INSTRUMENTADOR:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura do antebraço GA + lesão ligamentar			
TIPO DE OPERAÇÃO: Tratamento cirúrgico + reparo ligamentar			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:			
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA:			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCNICAS LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS

Unidade de acesso e antebraço e antebraço
Ligamento anterior no trajeto do fêmur do
fêmur lateral no antebraço em corte
abundante. Visualização reduzida
e sutura de fêmur com fio de nylon
ligamentar. Sutura do fêmur
Cunha e Fala fechada

CONFERE COM ORIGINAL

03/09/18

C. Castro

1
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tormaz Coelho, 1578
Mossoró - CEP: 60.864-310

Ceará

Gráf. HDEBO-SAME-Desc. Oper.

Ministério
da
SaúdeSistema
Único de
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente

4 - NOME DO PACIENTE

Imaculada Anderson de Azevedo Cunha

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70181102220013131310

8 - DATA DO NASCIMENTO

06/05/1988

6 - Nº PRONTUÁRIO

5116459

9 - SEXO

Masculino ☐ Feminino ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Clara de Jesus Pereira de Oliveira

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Glória Ferreira 161

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

São Paulo

14 - COD. IBGE MUNIC

230625

11 - TELEFONE DE CONTATO

85.9185181559

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente informa trauma no antebraço (E) cl. dor, incontinência e

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tto. cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese + Ex. Física + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura da ulna (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tto. cirúrgico de fratura da ulna

26 - CLÍNICA

Traumatologia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

CNS ☒ CPF ☐

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31800116276151231818

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Max Wendell B. Lopes

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/07/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

Dr. Max Wendell B. Lopes

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Ortopedia e Traumatologia

CREMEC: 10107

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CDR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO ☐

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

47 - DATA DO DOCUMENTO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

HOSPITAL DISTRITAL SONIL BONI

BARRIOS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578

Mossoró - CEP 60.664-810

Graf. HDEBO-SAME-AIH-005

CONFERE COM ORIGINAL
03/09/18
806710

Portaleza

Ceará



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



Prefeitura de
Fortaleza

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE

Francisco Anderson de Almeida Costa

PRONTUÁRIO

5126453

UNIDADE

Tramontina

ENFERMARIA

LEITO

39

INÍCIO DO TRATAMENTO

23/07/2018

DATA DA ALTA

26/07/18

DATA DO RETORNO

06/08/18

MÉDICO(A) PARA RETORNO

PAULO DE

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA *OBV*

TRAB

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL

fratura de enos do antebraço

ACESSÓRIO 1

ACESSÓRIO 2

EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

quado 25/07/18

TERAPÊUTICA APÓS ALTA

tal a axilopalmar

CONDIÇÕES DA ALTA:

☐

CURADO

☒

MELHORADO

☐

PIORADO

☐

ÓBTOS

☐

OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA:

26 07 18

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

SINISTRO 3190166554 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO ANDERSON DE ALMEIDA CUNHA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO FRANCISCO ANDERSON DE ALMEIDA CUNHA

CPF/CNPJ: 04539895354

Posição em 01-04-2019 08:56:08

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
19/03/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50