

Elke Castelo Branco ADVOCACIA
Rua 24 de Maio, n.º 1009, Sl.118 – Centro
Fortaleza/CE – CEP 60.020-001
Fone: (85) 98809.2001

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Nome: <u>Francisco Orlencio da Silva Maia</u>			
Carteira de Identidade: <u>93012011118 SSP/CE</u>		CPF nº: <u>740.794.923-91</u>	
Residência: <u>Avenida C, 115, Bl. 55, AP. 22A</u>			
Bairro: <u>Nova Metropole</u>	Cidade: <u>Caucaia</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>61.658-070</u>

OUTORGADO:

ELKE CASTELO BRANCO LIMA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o n.º 23.113 e **VITOR LOPES ARARUNA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE nº 27.450, ambos com escritório na Rua Vinte e Quatro de Maio, n.º 1009, Sala 118 – Centro, CEP: 60.020-001, Fortaleza – CE.

PODERES:

Concede amplos e ilimitados poderes com os da cláusula "AD JUDICIA et EXTRA" para o foro em geral, podendo o Outorgado defender o Outorgante em qualquer ação em que seja autor, réu, assistente, oponente ou de qualquer modo interessado para promover a Ação Judicial competente para o receber indenização que lhe cabe, incluindo também poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, assim como interpor todos os recursos em direito permitidos, propor ações e delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os seus termos até o final, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimentos e os documentos necessários, produzir provas e justificações, bem como poderes especiais para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito que se funda a ação, acordar, receber, dar quitação, fazer retenção da importância referente aos honorários contratuais, finalmente tudo mais fazer, para o completo desempenho deste mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais.

Fortaleza, 05 de Abril de 2019.

Francisco Orlencio da Silva Maia

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Francisco Olegário da Silva Maia,
portador da carteira de identidade nº 93012011118 SSP/CE e inscrito no CPF sob
o nº 740.794.923 - 91, residente e domiciliado no endereço
Av. C, 115, BL 55, AP 22 A, Nova Metrópole, Caucaia - CE,
DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de
arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de
minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 e
seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício
abranja a todos os atos do processo.

Fortaleza, 05 de Abril de 2019.

X Francisco Olegário da Silva Maia

DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE REGISTRO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
FRANCISCO ORLEANCIO DA SILVA MAIA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 93012011118 SSP CE

CPF
 740.794.923-91

DATA NASCIMENTO
 01/10/1971

FILIAÇÃO
 FRANCISCO NOGUEIRA
 MAIA
 MARIA OZITA DA SILVA

PERMISSÃO **ACC** **CAT. HAB.**
 AB

IP REGISTRO
 05246104769

VALIDADE
 11/01/2022

1ª HABILITAÇÃO
 07/07/2011

OBSERVAÇÕES
 A

Francisco Orleancio da Silva Maia
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 FORTALEZA, CE

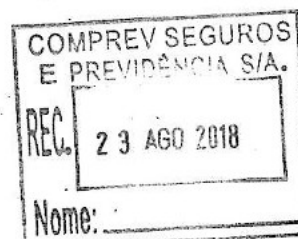
DATA EMISSÃO
 05/04/2017

Igor Vasconcelos Ponte
 ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1471634010

PROIBIDO PLASTIFICAR
1471634010





CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 534960019
Rota 17 22008 01 009600 - 9 **Data de Emissão** 25/07/2018
Nome JEANE BEZERRA LIMA
End. Postal AV C 00115 BL 55 AP 22 A
NOVA METROPOLE - CAUCAIA - 61658070
Medidor 2283258 **Poste** 0000 0000
Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 314143383-68 **CGF**
Nome do Responsável

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.		
Jul/2018	25/07/2018	25/08/2018	JUREMA		
			Mês	Ma/2018	EUSD 64,87
			DICI = 0,00 P		
			Padrão Individual		
			Mensal	Trim.	Anual
			DIC	10,15	20,30
			FIC	7,37	14,74
			DMIC	5,38	1,04

ICMS			ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL		
Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	FIC		
280,18	27,00%	75,64	DMIC		
			FIC		
			DMIC		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO							
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (KWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)
FP 36315	35959	1,00	347	0,00	347	0,80745	280,18
25/07/18	25/06/18		30 DIAS		347		280,18

VALOR (R\$)	
VALOR CONSUMO DO MES	280,18
MULTA MORATORIA REF 04/2018	3,86
JUROS DO MES	1,80
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	55,43
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 25,81)	

VENCIMENTO 25/08/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 341,27

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	102,91		
Transmissão	18,97		
Distribuição	58,64		
Encargos Setoriais	15,72		
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	91,94		
TOTAL	280,18		

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)		
Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
135,47	0,00	

INSCRIÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

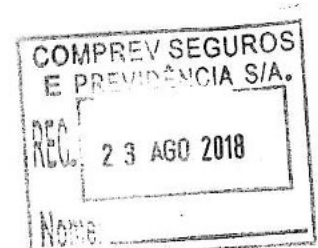
Previo Aviso
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Prezado Cliente, consta(m) em nossos controles conta(s) em atraso. Seque o detalhamento do Debito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias após a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CREDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Consta desta fatura R\$ 16,30 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:1,04% e COFINS:4,78% (Art. 9 Res. 106/2005 - ANEEL e Lei n. 10.637-02 e 10.833-03)

Estamos em Bandeira vermelha satamar 2 em julho-18 com custo de 5,00 reais a cada 100Kwh (quilowatt-hora). Informações: www.aneel.gov.br

DEBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor R\$
05/2018	244,36
Total	244,36



Nº do Cliente: 8918199-9 Referência: Jul/2018
Data de Emissão: 25/07/2018 Total a Pagar (R\$): 341,27
Nº da Nota Fiscal: 534960019 Nº de Controle: 0008918199 00006 39062 00



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 21

**BOLETIM DE Ocorrência N° 301 - 3167 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **24/07/2018 10:12:07**
Data / Hora da Ocorrência: **05/06/2018 16:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA GODOFREDO MACIEL**
Complemento:
Bairro: **PARANGABA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX AO POSTO DE GASOLINA**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO ORLEANCIO DA SILVA MAIA**
Nascimento: **01/10/1971** CPF: **740.794.923-91**
RG: **93012011118** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA OZITA DA SILVA**
FRANCISCO NOGUEIRA MAIA
Endereço: **RUA 1121, 176 4ª ETAPA**
Bairro: **CONJUNTO CEARA**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL**

CEP: **60.533-340**
Telefone: **(85) 98879-8492****Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **PMM4063** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:
9C2KC2200HR032213 Renavam: **1119407319** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 FAN ESDI** Ano
Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JEANE BEZERRA LIMA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PMM-4063-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. GODOFREDO MACIEL NA FAIXA DA ESQUERDA; QUE UM CICLISTA ATRAVESSOU DA FAIXA DA DIREITA PARA ESQUERDA SEM OBSERVAR O FLUXO DA VIA, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DA PARANGABA. E NADA MAIS DISSE.//

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****Francisco Orleanio da Silva Maia****VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Francisco Orleancio da Silva Maia**, no dia **05/06/2018**, às **17h30min**, na **Avenida Godofredo Maciel**, no **Bairro Parangaba**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P279573/2018**.

Fortaleza, 20 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



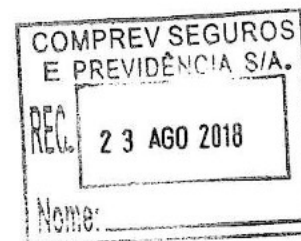
TERMO DE ENTREGA

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Conforme processo nº **P279573/2018**, estamos entregando ao Sr. **Francisco Orleancio da Silva Maia**, CPF: **740.794.923-91**, cópia do Prontuário de Atendimento realizado pelo SAMU 192 Regional Fortaleza, no dia **05/06/2018**.

Fortaleza, 20 de julho de 2018.

Atenciosamente,



Francisco Rômulo Sampaio Lira
 Diretor Médico - SAMU 192
 Regional Fortaleza
 CPF: 623.995.433-00 - Mat. 36920-1

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

Nome do solicitante: _____

Assinatura: _____

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



Prefeitura de Fortaleza

REFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRI TAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

REGISTRO DE AENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE FRANCISCO ORLEANCIO DA SILVA MAIA		Nº DO PRONTUÁRIO 340934		Nº DO BE 219626	
CADSUS		NASCIMENTO 01/10/1971(46 ANOS)		SEXO M	
NOME MÃE MARIA OZITA DA SILVA		NOME RESPONSÁVEL NI		RAÇA/COR PARDO	
ENDEREÇO AVENIDA C B 55 AP 22A NO METRÓPOLE (JUREMA)		MUNICÍPIO CAUCAIA		UF CE	
CONTATO 8640462 Home Espora		CEP 61.658-070			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DE IDENTIDADE					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
QUEIXA TRAZIDO PELO SAMU USB PORTADO DE HAS E DM		TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO + DOR LOCAL,		MOTIVO ABALROAMENTO	
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)			
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SINAIS VITAIS	
TEMPERATURA NI °C		A. ERGÍAS PENICILINA		SAT O2 NI%	
CLASS 30		SPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ISABELLE DANTAS NEIVA CORDEIRO		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 05/06/2018 18:02:10	
ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA					
ANAMNESE					

Amo: Joelho e m 2º m 2º
pm pell @

DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO		CID	
EADT SOLICITADO () HC () SU () US () DOMINIAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS					
ESCRITURAÇÃO MÉDICA					
MEDICAMENTO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
<i>Fe + plm 1h LP @</i>				<i>0303090100</i>	
<i>fe lma</i>					
Paulo Eryal Frota Ponte Ortopedia e Traumatologia CREMEC: 93445807: 11252					
PO DE ALTA/SAÍDA					
ALTARSAÍDA () DECISÃO MÉDICA () AIDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: () FALIA () IME () ANAT. PATOL					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA			

Impresso por ISABELLE DANTAS NEIVA CORDEIRO em 05/06/2018 às 18:02:10.
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.

Francisco Orleancio da Silva Maia
FRANCISCO ORLEANCIO DA SILVA MAIA

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Erinuelle Monteiro
Erinuelle Monteiro
Mat. 763





PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

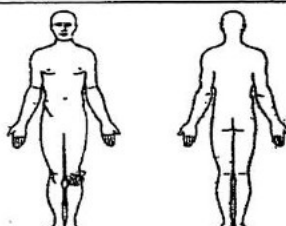
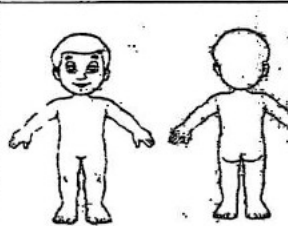
VEÍCULO: USB-83 PONTO DE APOIO: SER-V Nº DA OCORRÊNCIA: 0729
DATA: 05/06/2018 TURNO: MT EQUIPE: Machado + Emanuel
NOME: Fco. Barbosa da Silva Maia IDADE: 46 SEXO: M
ENDEREÇO: Av. Pedro de Maciel, 364.
REFERÊNCIA: SUPERMERCADO ACAI BAIRRO: Parangaba
QTY: 17:25 QUS: 17:30 QUY: 17:55 QUU: 18:30
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: colisão moto x bicicleta

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO ☐ NÃO RESPONSIVO	☒ PRESENTE ☐ AUSENTE	☒ PRESENTE ☐ AUSENTE
☐ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS	POR: _____	
A Vias aéreas		
B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO ☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/AUSENTE	INSPEÇÃO ☐ NORMAL ☒ ALTERADA: Escoriação na palma da mão esquerda, na palma da mão direita e na palma da mão esquerda.
	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO ☐ NORMAL ☒ ALTERADA: Dor na palma da mão esquerda, na palma da mão direita e na palma da mão esquerda.	AUSCULTA ☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____
C Circulação	PULSO ☐ NORMOCÁRDICO ☒ TRAQUICÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO LOCAL: Raxias	PELE ☒ CORADA ☐ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA ☐ SUDOREICA ☒ SECA ☐ QUENTE ☐ FRIA
	ENCHIMENTO CAPILAR ☒ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg	SANGRAMENTO EXTERNO ☐ SIM ☒ NÃO

ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA ☒ 4 À VOZ ☐ 3 À DOR ☐ 2 NENHUMA ☐ 1	ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3 SOM INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2 NENHUMA ☐ 1	OBEDECE A COMANDOS ☒ 6 LOCALIZA A DOR ☐ 5 MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4 FLEXÃO ANORMAL ☐ 3 EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2 NENHUMA ☐ 1
TOTAL: 15		
PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS		

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
	Escoriação na palma da mão esquerda, na palma da mão direita e na palma da mão esquerda.	

SAMPLA

FC: 120 PA: 140x90 FR: 20 GLIC: 191 OXIM.: 98%ao TEMP.: 36,5

→ Alérgico a Betametacil;
→ Hipertenso + Diabético (usa captopril + metformina)

COMPREV SEGUROS
REC. 23 AGO 2018
Nome: _____

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 23 AGO 2018
Nome:

ASS. /CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Vítima de colisão moto x bicicleta; ao solo, consciente, sem lesões, sem sangramento e usa capacidade. Refere dor na perna esquerda (sem deformidade).
Usando prancha-longo.

ASS. /COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☐ UNIDADE DE SAÚDE: ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO:
☐ LIBERADO ☐ ÓBITO → ☐ NÃO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE

BOLETIM EMERG:

PACIENTE ACOMPANHADO: ☐ SIM ☐ NÃO ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

Juliana Bezerra Lima
(ESPOSA)

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG /CPF _____
DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação

PROPOSTA DE INTERNAÇÃO DE PORTALIZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO-SOOR, SEM PREENCHIMENTO
A.V. Centro de Saúde nº 1.127 - Fátima - CEP 44.220-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3131-7322

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

ENDEREÇO DO PACIENTE

CIDADE

DATA DO NASCIMENTO

SEXO

OME DA MÃE

CEP

UF

MUNICÍPIO

CONDIÇÃO

1. ☒ MASC 2. ☐ FEM

3. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE

5. ☐ FILHO 6. ☐ OUTRO DEP.

7. ☐ OUTRO DEP.

8. ☐ OUTRO DEP.

9. ☐ OUTRO DEP.

10. ☐ OUTRO DEP.

11. ☐ OUTRO DEP.

12. ☐ OUTRO DEP.

13. ☐ OUTRO DEP.

14. ☐ OUTRO DEP.

15. ☐ OUTRO DEP.

16. ☐ OUTRO DEP.

17. ☐ OUTRO DEP.

18. ☐ OUTRO DEP.

19. ☐ OUTRO DEP.

20. ☐ OUTRO DEP.

21. ☐ OUTRO DEP.

22. ☐ OUTRO DEP.

23. ☐ OUTRO DEP.

24. ☐ OUTRO DEP.

25. ☐ OUTRO DEP.

26. ☐ OUTRO DEP.

27. ☐ OUTRO DEP.

28. ☐ OUTRO DEP.

29. ☐ OUTRO DEP.

30. ☐ OUTRO DEP.

31. ☐ OUTRO DEP.

32. ☐ OUTRO DEP.

33. ☐ OUTRO DEP.

34. ☐ OUTRO DEP.

35. ☐ OUTRO DEP.

36. ☐ OUTRO DEP.

37. ☐ OUTRO DEP.

38. ☐ OUTRO DEP.

39. ☐ OUTRO DEP.

40. ☐ OUTRO DEP.

41. ☐ OUTRO DEP.

42. ☐ OUTRO DEP.

43. ☐ OUTRO DEP.

44. ☐ OUTRO DEP.

45. ☐ OUTRO DEP.

46. ☐ OUTRO DEP.

47. ☐ OUTRO DEP.

48. ☐ OUTRO DEP.

49. ☐ OUTRO DEP.

50. ☐ OUTRO DEP.

51. ☐ OUTRO DEP.

52. ☐ OUTRO DEP.

53. ☐ OUTRO DEP.

54. ☐ OUTRO DEP.

55. ☐ OUTRO DEP.

56. ☐ OUTRO DEP.

57. ☐ OUTRO DEP.

58. ☐ OUTRO DEP.

59. ☐ OUTRO DEP.

60. ☐ OUTRO DEP.

61. ☐ OUTRO DEP.

62. ☐ OUTRO DEP.

63. ☐ OUTRO DEP.

64. ☐ OUTRO DEP.

65. ☐ OUTRO DEP.

66. ☐ OUTRO DEP.

67. ☐ OUTRO DEP.

68. ☐ OUTRO DEP.

69. ☐ OUTRO DEP.

70. ☐ OUTRO DEP.

71. ☐ OUTRO DEP.

72. ☐ OUTRO DEP.

73. ☐ OUTRO DEP.

74. ☐ OUTRO DEP.

75. ☐ OUTRO DEP.

76. ☐ OUTRO DEP.

77. ☐ OUTRO DEP.

78. ☐ OUTRO DEP.

79. ☐ OUTRO DEP.

80. ☐ OUTRO DEP.

81. ☐ OUTRO DEP.

82. ☐ OUTRO DEP.

83. ☐ OUTRO DEP.

84. ☐ OUTRO DEP.

85. ☐ OUTRO DEP.

86. ☐ OUTRO DEP.

87. ☐ OUTRO DEP.

88. ☐ OUTRO DEP.

89. ☐ OUTRO DEP.

90. ☐ OUTRO DEP.

91. ☐ OUTRO DEP.

92. ☐ OUTRO DEP.

93. ☐ OUTRO DEP.

94. ☐ OUTRO DEP.

95. ☐ OUTRO DEP.

96. ☐ OUTRO DEP.

97. ☐ OUTRO DEP.

98. ☐ OUTRO DEP.

99. ☐ OUTRO DEP.

100. ☐ OUTRO DEP.

101. ☐ OUTRO DEP.

102. ☐ OUTRO DEP.

103. ☐ OUTRO DEP.

104. ☐ OUTRO DEP.

105. ☐ OUTRO DEP.

106. ☐ OUTRO DEP.

107. ☐ OUTRO DEP.

108. ☐ OUTRO DEP.

109. ☐ OUTRO DEP.

110. ☐ OUTRO DEP.

111. ☐ OUTRO DEP.

112. ☐ OUTRO DEP.

113. ☐ OUTRO DEP.

114. ☐ OUTRO DEP.

115. ☐ OUTRO DEP.

116. ☐ OUTRO DEP.

117. ☐ OUTRO DEP.

118. ☐ OUTRO DEP.

119. ☐ OUTRO DEP.

120. ☐ OUTRO DEP.

121. ☐ OUTRO DEP.

122. ☐ OUTRO DEP.

123. ☐ OUTRO DEP.

124. ☐ OUTRO DEP.

125. ☐ OUTRO DEP.

126. ☐ OUTRO DEP.

127. ☐ OUTRO DEP.

128. ☐ OUTRO DEP.

129. ☐ OUTRO DEP.

130. ☐ OUTRO DEP.

131. ☐ OUTRO DEP.

132. ☐ OUTRO DEP.

133. ☐ OUTRO DEP.

134. ☐ OUTRO DEP.

135. ☐ OUTRO DEP.

136. ☐ OUTRO DEP.

137. ☐ OUTRO DEP.

138. ☐ OUTRO DEP.

139. ☐ OUTRO DEP.

140. ☐ OUTRO DEP.

141. ☐ OUTRO DEP.

142. ☐ OUTRO DEP.

143. ☐ OUTRO DEP.

144. ☐ OUTRO DEP.

145. ☐ OUTRO DEP.

146. ☐ OUTRO DEP.

147. ☐ OUTRO DEP.

148. ☐ OUTRO DEP.

149. ☐ OUTRO DEP.

150. ☐ OUTRO DEP.

151. ☐ OUTRO DEP.

152. ☐ OUTRO DEP.

153. ☐ OUTRO DEP.

154. ☐ OUTRO DEP.

155. ☐ OUTRO DEP.

156. ☐ OUTRO DEP.

157. ☐ OUTRO DEP.

158. ☐ OUTRO DEP.

159. ☐ OUTRO DEP.

160. ☐ OUTRO DEP.

161. ☐ OUTRO DEP.

162. ☐ OUTRO DEP.

163. ☐ OUTRO DEP.

164. ☐ OUTRO DEP.

165. ☐ OUTRO DEP.

166. ☐ OUTRO DEP.

167. ☐ OUTRO DEP.

168. ☐ OUTRO DEP.

169. ☐ OUTRO DEP.

170. ☐ OUTRO DEP.

171. ☐ OUTRO DEP.

172. ☐ OUTRO DEP.

173. ☐ OUTRO DEP.

174. ☐ OUTRO DEP.

175. ☐ OUTRO DEP.

176. ☐ OUTRO DEP.

177. ☐ OUTRO DEP.

178. ☐ OUTRO DEP.

179. ☐ OUTRO DEP.

180. ☐ OUTRO DEP.

181. ☐ OUTRO DEP.

182. ☐ OUTRO DEP.

183. ☐ OUTRO DEP.

184. ☐ OUTRO DEP.

185. ☐ OUTRO DEP.

186. ☐ OUTRO DEP.

187. ☐ OUTRO DEP.

188. ☐ OUTRO DEP.

189. ☐ OUTRO DEP.

190. ☐ OUTRO DEP.

191. ☐ OUTRO DEP.

192. ☐ OUTRO DEP.

193. ☐ OUTRO DEP.

194. ☐ OUTRO DEP.

195. ☐ OUTRO DEP.

196. ☐ OUTRO DEP.

197. ☐ OUTRO DEP.

198. ☐ OUTRO DEP.

199. ☐ OUTRO DEP.

200. ☐ OUTRO DEP.

201. ☐ OUTRO DEP.

202. ☐ OUTRO DEP.

203. ☐ OUTRO DEP.

204. ☐ OUTRO DEP.

205. ☐ OUTRO DEP.

206. ☐ OUTRO DEP.

207. ☐ OUTRO DEP.

208. ☐ OUTRO DEP.

209. ☐ OUTRO DEP.

210. ☐ OUTRO DEP.

211. ☐ OUTRO DEP.

212. ☐ OUTRO DEP.

213. ☐ OUTRO DEP.

214. ☐ OUTRO DEP.

215. ☐ OUTRO DEP.

216. ☐ OUTRO DEP.

217. ☐ OUTRO DEP.

218. ☐ OUTRO DEP.

219. ☐ OUTRO DEP.

220. ☐ OUTRO DEP.

221. ☐ OUTRO DEP.

222. ☐ OUTRO DEP.

223. ☐ OUTRO DEP.

224. ☐ OUTRO DEP.

225. ☐ OUTRO DEP.

226. ☐ OUTRO DEP.

227. ☐ OUTRO DEP.

228. ☐ OUTRO DEP.

229. ☐ OUTRO DEP.

230. ☐ OUTRO DEP.

231. ☐ OUTRO DEP.

232. ☐ OUTRO DEP.

233. ☐ OUTRO DEP.

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome:

F^{ce} Oratório da Silva Maia

Prontuário

Enferm.

Leito

Data Internação

Diagnóstico

06/06/18

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA

EVOLUÇÃO

05/09/18

Full plate top (E)

Salve pi to King

Paulo Elvira Costa P. 1913
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 23445801

09/06/18. Paciente admitido na emergência. Com HD: glaucoma.
23:00 Abusos (E). Portadora de DM e HAS, faz uso de Glifaz.
500mg; Glimepirida 5mg; Enalapril 10mg; Simvastatin.
20mg. Alérgica a Penicilina. Apresenta-se consciente,
orientada, verbaliza ideias mesquinhas, respira em ar
ambiente, deambula somente com auxílio, com AUP em
MSD para uso de medicações CPM. Segue sob cuidados
de enfermagem. ~~Dr.~~ Valentin Almino

~~Katane~~ Valentin Almino
Enfermeira
COREN-CE: 337705

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.

REC. 23 AGO 2010

Name _____

CA100

PRIMA KATO NBIAN

1011 Кенетов Оуенбег

Dr. Antonio Luiz de S. Gonçalves
Ortopedia - Traumatologia
Clínica do Quadril
Rua 244 - TEOT 11047

HOSPITAL DISTRITAL M^o JOSÉ BARBOSA DE OLIVEIRA
ATESTADO QUE CÓPIA CONTEME COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro
Mat. 763

Dr. Roberto Meléndez Rodríguez
Ortopedia - Traumatología
TEL 4600

Roberto Mendes Rodrigues
Traumatologia

DATA	EVOLUÇÃO
13/06/18	Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4600 Fratura do platô tibial. Em fase aguda de consolidação. Dr. Hildebrando Melo Neto CRM: 3199 TEOT - 11.956 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A REC. REC. 23 AGO 2018 Nome:
14/06/18	Francisco, 46 anos. Admitido no pronto socorro, proveniente de SR após lesão platô tibial e concomitantes esguinhos, esguinhos, ligamento cruzado anterior e posterior, lesão do ligamento cruzado anterior e posterior, lesão do ligamento cruzado anterior e posterior. Segue em observação. Francisco M. de Souza COREN-CE 306108-ENF
15/06/18	paciente com HD de prolapso de platô tibial e com estado geral regular, consciente e orientado verbalizando bem, apresentando dieta e medicação adequadas. Segue sob cuidados de enfermeiros. R. J. S. 7/15/19
16/06/18	Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4600 HOSPITAL DISTRITAL M. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL Emanuela M. M. M. Mat. 753

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ELKE CASTELO BRANCO LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/04/2019 às 09:59, sob o número 01229760320198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0122976-03.2019.8.06.0001 e código 468114D.

Paciente: Francisco OLIVEIRA DA SILVA

Data da Operação: 19/06/19 Enfermaria: _____ Leito: _____

Operador: [Assinatura]

1º Auxiliar: ROBERTO LUNZ

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: Dr. Hildebrando Melo Neto
CRM: 3199 TEOT - 11.956

Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____

Diagnóstico Pré-operatório: Fatores de risco T1 B1a

Tipo de Operação: Redução de fratura

Diagnóstico Pós-operatório: Oeste

História Imediata Patologista: _____

Exame Radiológico no ato: _____

Acidente durante a operação: _____

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 23/06/2018
Nome: _____

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras

Assinatura de [Assinatura]
Compromisso de [Assinatura]
Local de [Assinatura]
Assinatura de [Assinatura]
Assinatura de [Assinatura]
Assinatura de [Assinatura]
Assinatura de [Assinatura]
Assinatura de [Assinatura]
Assinatura de [Assinatura]

HOSPITAL DISTRITAL M. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

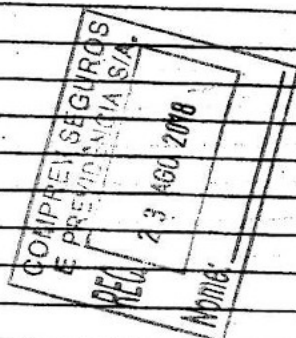
[Assinatura]
Enanuelle Monteiro

Mat. 763

[Assinatura]
Dr. Hildebrando Melo Neto
CRM: 3199 TEOT - 11.956

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras



HOSPITAL DISTRITAL M^{te} JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Morreiro
Mat. 763

SCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

• Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

AO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

	Glicemias	Insulinas	Rubrica
11:			
16:			
20:			
06:			

hUBÁRIO:					
P.A.:					
TEMP.º:					
P./MIN.:					
M.V./MIN.:					

Francisco Orlanico da Silva

IDADE:

END:

LEI: 127

N.º PRONTUARIO:

A	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Ent. / Dieta)
3/18 <i>Costa</i> <i>de tra</i> <i>Dr. Roberto Rodrigues</i> Ortopedia Traumatologia CRM 4830	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. REC. 23 AGO 2018 Nome: _____	pac. pain de alte hospitalar as 9:00h acompanhada q1 fami lias.	HOSPITAL DISTRICTAL M. JOSÉ BARROSO DE ODISSÉIA ATENDIDO COM CONTINENTAL <i>E</i> Emanuelle Monteiro Mat. 753	CL13d Paula

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.

REC 23 AGO 2018

Name:

~~HOSPITAL DISTRICT NO. 105 BARROSO DE OLIVEIRA~~

~~ATTENTION CONFIDENTIAL~~

Emanuelle Monteiro

Mat. 753

· Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

AO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

	Glicemias	Insulinas	Rubrica
11:			
16:			
20:			
06:			

SINAIS VITAS			
HORARIO:	48:55	19:20	20:00
P.A.:	440X160	130X90	
TEMP.º:			
P./MIN.:			
M.V./MIN.:			
COMPREV SEGUR E PREVIDENCIA S/A.			
DPA		28 AGO 2018	
NLB			
Nome:			

Prontuário

FOLHA DE ANESTESIA

Nome: Francisco Cleaneis da Silva Maia

Enfermaria: _____ Leito: _____

Prontuário Nº.: _____

Data: 140618	Pres. Arterial:	Pulso:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
Tipo Sanguíneo:	Hemácias:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Uréia:	Outros:
	Urina:					
Ap. Respiratório:				Asma:	Bronquite:	
Ap. Circulatório: HAS				Eletrocardiograma:		
Ap. Digestivo: DM	Dentes:		Pescoço:	Ap. Urinário:		
Estado Mental: Eufórico	Atarácicos:		Corticóides:	Alergia: PENICILINA	Hipotensores:	
Diagnóstico Pré-operatório: Encl. platis tñical E				Estado Físico: ASA II	Risco:	
Anestésias Anteriores:						

nestes las Anteriores:

medicação Pré-anestésica:

Aplicadas às:

Efeito:

[illegible]

INDUÇÃO

Seta: _____ Cor: _____ Tosa: _____
 Laringo asprito: _____ Lenta: _____
 Názua: _____ Vírto: _____
 Oubro: _____

MANUTENÇÃO

- ① Morit.
- ② Anemia RLS.
- ③ Huncu sp. m...
- 4/5 + 'uy. Neo. 15
- ps. 15mg
- ④ Geramycin 800

Arrested by Gdfr.: ☒ dm ☐ nro

Nil, por que?

DESPERTAR

Назначение на А.О.: 2-й

Obj: CD2: Exch:

Address: _____

Client:

Dem canula:

Para o total: ☐ sim ☒ não

CONFIDENTIAL

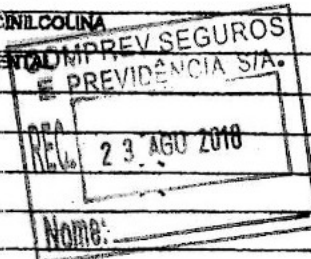
may



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DR. MANOEL JOSÉ BARROS DE OLIVEIRA
PROTEÇÃO DE PARANÁ
AV. Cidade do Pôrto nº 1127 - Jangueiros - CEP 61.220-000 Fortaleza-Ce
Telefone: (85) 3231-3231 - Fax: 3231-3219

FOLHA DE ANESTESIA

MEDICAMENTO	UNID	QUANT	MEDICAMENTO	UNID	QUANT
ADRENALINA	AMPOLA		PROPOFOL 10ml	AMPOLA	
AGUA DESTILADA	AMPOLA		PROPOFOL 20ml	AMPOLA	
AMICACINA	AMPOLA		PROTAMINA	AMPOLA	
AMPICILINA 1G	AMPOLA		RANITIDINA	AMPOLA	
AMINOFILINA	AMPOLA		SEVOFLURANO	ML	
ATROPINA 0,25MG	AMPOLA		SUCCINILCOLINA	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% C/ ADRENALINA	FRASCO		TIOPENAL	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% S/ ADRENALINA	FRASCO				
BUPIVACAÍNA 0,5% PESADA	AMPOLA				
BICARBONATO DE SÓDIO	AMPOLA				
BROMOPRIDA 10MG	AMPOLA				
CEFALOTINA 500MG	FRASCO				
CEFAZOLINA 500MG	FRASCO				
CEFTRIAXONA 1G	FRASCO				
CETOPROFENO 100MG	FRASCO				
CETAMINA	ML				
CISATRACURIO	AMPOLA				
CLINDAMICINA	AMPOLA				
CLORETO DE POTÁSSIO 10%	AMPOLA				
DEXAMETASONA	AMPOLA				
DESLANOSÍDEO	AMPOLA				
DIAZEPAM 10MG	AMPOLA				
DIPIRONA	AMPOLA				
DIPIRONA + ESCOPOLAMINA	AMPOLA				
DOBUTAMINA	AMPOLA				
DOPAMINA	AMPOLA				
ETILEFRINA 10MG	AMPOLA				
ETOMIDATO	AMPOLA				
FENTANIL	AMPOLA				
FUROSEMIDA	AMPOLA				
GENTAMICINA	AMPOLA				
HEPARINA	AMPOLA				
HIDROCORTISONA 100MG	FRASCO				
HIDROCORTISONA 500MG	FRASCO				
IPSILON	AMPOLA				
ISOFLURANO	ML				
ISORDIL	AMPOLA				
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA	FRASCO				
LIDOCAÍNA 2% S/ ADRENALINA	FRASCO				
LIDOCAÍNA GEL	FRASCO				
MEPERIDINA 100MG	AMPOLA				
METOCLOPRAMIDA	AMPOLA				
METRONIDAZOL 500MG	FRASCO				
MIDAZOLAN 5MG	AMPOLA				



SOROS

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML	FRASCO
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FRASCO
SORO GLICOSADO 5% 500ML	FRASCO
SORO GLICOFISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FRASCO
SORO RINGER LACTADO 500ML	FRASCO
SOL. MANITOL 20% 250ML	FRASCO
FRUTOSE	FRASCO

SANGUE- HEMODERIVADOS

PLASMA	
SANGUE TOTAL	
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	
ALBÚMINA	

MATERIAS DESCARTÁVEIS

CATETER VENOSO	UNIDADE
EXTENSOR	UNIDADE
EQUIPO DE SORO	UNIDADE
SONDA ASPIRAÇÃO	UNIDADE
SONDA TRAQUEAL	UNIDADE
SONDA NASOGÁSTRICA	UNIDADE
SCALP	UNIDADE
AGULHA P/PERIDURAL	UNIDADE
AGULHA P/ RAQUI	UNIDADE
TORNEIRA 3 VIAS	UNIDADE

HOSPITAL DISTRITAL M. JOSÉ BARROS DE OLIVEIRA
ATESTO QUE Cópia CONFERIDA COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

Mat. 763

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

fls. 37

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180390721

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO ORLEANCIO DA SILVA
MAIA

Data do acidente: 05/06/2018

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: REFERE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 05/06/2018 APRESENTANDO FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU MÉDIO DE JOELHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO COM 2 PARAFUSOS. SEGUIMENTO COM 15 SESSÕES DE FISIOTERAPIA, EM ALTA AMBULATORIAL DESDE ENTÃO.
AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO INSTABILIDADE LIGAMENTAR DO JOELHO, MOBILIDADE DE AMPLITUDE E FORÇA NORMAL

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/10/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR: BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, VALORO AS SEQUELAS EM JOELHO ESQUERDO -

Médico examinador: JAROMIR CEDRIC CARDOSO NETTO JUNIOR

CRM do médico: 11585

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



(//)

Buscar no site

A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados e o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180390721 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO ORLEANCIO DA SILVA MAIA

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO FRANCISCO ORLEANCIO DA SILVA MAIA

CPF/CNPJ: 74079492391

Posição em 30-10-2018 18:48:52

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique Aqui (<https://www.seguradoralider.com.br/>) para acompanhar o processo de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/10/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
03/10/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/njnlIFGkQcKlFZCF1XSJRQ==api_key=gETloeUkl8DXJyDgZdZdyKs9fiFTL4Ea4dAqBV8II14=
05/09/2018	Interrupção de Prazo	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/y4__snUfg1kxlwiSSmVVC2api_key=gETloeUkl8DXJyDgZdZdyKs9fiFTL4Ea4dAqBV8II14=
25/08/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/DmVzHL3cqHks9hnnn9EsRgapi_key=gETloeUkl8DXJyDgZdZdyKs9fiFTL4Ea4dAqBV8II14=
24/08/2018	Aviso de Sinistro	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/VIDI7ela4dYssC4ee4O5Ngapi_key=gETloeUkl8DXJyDgZdZdyKs9fiFTL4Ea4dAqBV8II14=

ACESSIBILIDADE