



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>Alexandre Lima</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>meconico</u>	Carteira de Identidade: <u>2003030045636</u>	
CPF nº: <u>601.150.623-27</u>	Residência: <u>Rua 09 cony. São João, 91</u>		
Bairro: <u>Tanguassu</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>60876-380</u>

OUTORGADA:

NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club – Fortaleza – CEP 60.440-160.

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, 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), 27 de março de 20 19.

Alexandre Lima
outorgante



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Alexandre Lima, brasileiro(a),
solteiro, meccanico, portador da Carteira de Identidade/RG nº
20030300045636-SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 601.150.623-27,
 residente e domiciliado na cidade de Fortaleza, estado de
 Ceará, na Rua 09 conj. São João, 91, nº 91,
Pangurussu, 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), 27 de março de 20 19.

Alexandre Lima
 Declarante



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o Sr(a) Alexandre Lima,
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 propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora
do consorcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora
representados.

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 seguroDPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de
alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a **Dra. NAJMA MARIA
SAID SILVA, OAB/CE Nº 28.394**, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza (CE), 27 de março de 20 19.

Alexandre Lima

Declarante.

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO

Eu, Alexandre Lima,

Brasileiro(a), Solteiro, portador da cédula de Identidade N°

20030300045636

E CPF N° 601.150.623-27,

capaz, nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:

Rua 09, conj. São João, 31

na Cidade de Fortaleza, Estado Ceará, CEP

60876-380, 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, 27, de março, de 2019.

DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

Nome: <u>Alexandre Lima</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>Rua 09 conj. São João, 91</u>		Profissão: <u>Mecânico</u>
CPF nº:RGn: <u>20030300045636</u> <u>601.150.623-27</u>		Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Tanguassu</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>60876-380</u>	Telefone: <u>98511.3644</u>	

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 POSSUI 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, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente:

Fortaleza, 27 de março de 2019

Alexandre Lima

Assinatura

Lei Nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983

O PRESIDENTE DA REPUBLICA, 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, homonímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interesse 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, e, 29 de Agosto de 1983: 162º da Independência e 95º da República.

João Figueiredo / Ibrahim Arbi-Ackel / Hélio Beltrão



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 23

FLS.

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4568 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **05/09/2017 12:11:53**
Data / Hora da Ocorrência: **21/07/2017 15:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA PERIMETRAL**
Complemento:
Bairro: **JANGURUSSU** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALEXANDRE LIMA**
Nascimento: **16/08/1987** CPF: **601.150.623-27**
CNH: **05315343234** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **NC**
FRANCISCO JOSE DE LIMA
Endereço: **RUA 09, 91 CONJ. SÃO JOÃO**
Bairro: **JANGURUSSU**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98511-3644**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PML7183 Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KC2200HR034507 Renavam: **1120345569** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 FAN ESDI** Ano
Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **ALEXANDRE LIMA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA DE PLACA PML 7183 NA AV. PERIMETRAL NA FAIXA DA ESQUERDA E NO SENTIDO MESSEJANA/JOSÉ WALTER QUNADO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADA QUE TRANSITAVA NA FAIXA DA DIREITA MUDOU PARA A FAIXA DA ESQUERDA PARA TENTAR REALIZAR UM RETORNO VINDO A PARAR O CARRO NO MEIO DA FAIXA DA ESQUERDA, VINDO A VITIMA COLIDIR COM O REFERIDO CARRO, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO A VITIMA LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.//////////
OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 04/04/2019 às 09:43, sob o número 01212162-88-2019-8-06-0001-e código 4657050. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01212162-88-2019-8-06-0001-e código 4657050.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 4568 / 2017



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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
903764290

PROIBIDO PLASTIFICAR
903764290

NOME
ALEXANDRE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2003030045636 SSP CE

CPF
601.150.623-27

DATA NASCIMENTO
16/08/1987

FILIAÇÃO
FRANCISCO JOSE DE LIMA
NADA CONSTA

PERMISSÃO
ACC
CALHAB
AD

Nº REGISTRO
05315343234

VALIDADE
02/10/2018

1ª HABILITAÇÃO
23/09/2011

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RUSSAS, CE

DATA EMISSÃO
10/03/2014

ASSINATURA DO EMISSOR
IGOR VASCONCELOS PONTE
58036568836
CE138073643

DE FRANCISCO LIMA



Esta é a segunda via de
MAR/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
1103082 DV **8**

VENCIMENTO
26/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
60,19

DESCRIÇÃO DA CONTA Quantidade $\times$ Tarifa $=$ Valor (R\$)

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES 0,33
MULTA MORATORIA 1,32
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP 4,03

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **565975013**

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

DADOS DO CLIENTE

Rota 09 01220 18 0134200 Medidor Poste
Nome MARIA DO SOCORRO NOGUEIRA DA SILVA 14183893 0100 L79T
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU 0009 CONJ SAO JOAO 00091 JANGURUSSU FORTALEZA
600000000

RG / CPF / CNPJ 256.829.383-72 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual $-$ Leitura Anterior $+$ Constante $=$ Consumo (kWh) $+$ Consumo Incl. $=$ Consumo Faturado
12254 12177 1 77 0 77

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação 15/03/2019 Prev. Próxima
Leitura 12/04/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

159D.0812.0A04.C6F6.B100.37E6.F5A1.64FD

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
54,51 27% 14,71

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)
0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

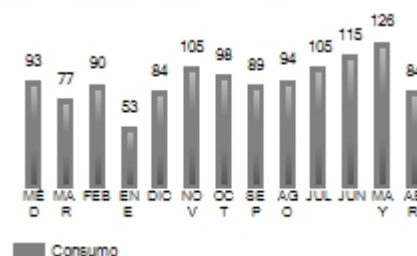
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 12,69

Conjunto MONDUBIM

Mês JAN/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,17	6,35	12,70	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,77			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica **cliente**

Nº do Cliente: **1103082-8** Nº da Nota Fiscal: **565975013** Total a Pagar (R\$): **60,19**
Data de Emissão: **26/03/2019** Referência: **MAR/2019** Nº de Controle: **0001103082 00535 4383 2 74**

83810000000-0 60190031000-2 00011030820-4 05354383207-5





Prefeitura de
Fortaleza

30

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

fls. 27

SAMU

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
ALEXANDRE LIMA

CADUS

NOME MÃE
FRANCISCO JOSE DE LIMA

ENDEREÇO
RUA VERDE 9 SÍTIO SÃO JOÃO JANGURUSSU

CONTATO
(85) 98845-0801

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

QUEIXA
ENCAMINHADO PELO SAMU COM DOR E EDEMA EM REGIÃO DA TÍBIA E FIBULA DIREITA APOS
COLISÃO CARRO/MOTO

SINTOMAS
NI

PESO
NI KG
TEMPERATURA
NI °C

CLASSIFICAÇÃO
VERDE

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AValiação TRAUMATOLOGICA

6 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

SA. O.
NI%

NI

NI

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
NADJA DE ARÊA LEÃO E SOUSA

ÁREA ATENDIMENTO

DE ATENDIMENTO
02 - EMERGÊNCIA TRAUMATOLOGICA

ANAMNESE

DIAGNÓSTICO

SADT SOLICITADO:

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X

ATENDIMENTO MÉDICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

APRAZAMENTO

Cirurgia ferof → Ferida e felle
CIRURGIA #
Realizada sutura em felle
401010058.

ALTA/SAÍDA

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () OBITO () ATÉ 48 HORAS () APOS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL
DATA E HORA DO ATENDIMENTO

Impresso por NADJA DE ARÊA LEÃO E SOUSA em 21/07/2017 15:55:17

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de processo administrativo e penal.
Penal.

Roux do perna D m/p
Roux do felle D m/p

Fuo encaminhado o o/e se
repetir perf. felle

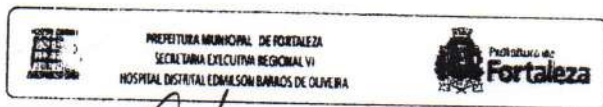
Dr. Romulo Morano
Traumatologia
CRM: 8501

Dr. Romulo Morano
Traumatologia
CRM: 8501

04.005.107/0912-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Ass. de Enferm. Tereza Gomes 1970
Médico: SEP 01/17
PIP Rht martin

CONFERE COM ORIGINAL
21.08.17



REGISTRO EMERGÊNCIA

MATRÍCULA NO HOSPITAL

PACIENTE: Alexandre Lima	
DATA OPERAÇÃO: 03/08/17	ENFERMARIA:
2º AUXILIAR: <i>Dr. Antônio José L. de Castro</i>	1º AUXILIAR: Dr. Tadeu M. Nobrega <i>Tratamentologia Ortopedia</i> <i>CRM 5519 TEST 1843</i>
3º AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA:	TIPO DE ANESTESIA:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de Ossa da perna	
TIPO DE OPERAÇÃO: Osteossíntese fix de perna	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:	
LABÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA:	
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: SI	
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: NS	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- ① Anestesia / antibiótico
- ② Campo
- ③ Incisões anteriores em perna distal e por planos
- ④ Redução fratura de tíbia e fixação com placa OCP e nove parafusos
- ⑤ Lavagem extensiva
- ⑥ Sutura por planos

Dr. Antônio José L. de Castro
CRM 5519 TEST 1843

Gráf.HDEBO-SAME-Desc. Oper.-003

P/P Mx Martin

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

*Alexandre Lima*vítima de acidente de trânsito, em 21/07/2017, sofreu:*Fraturas dos ossos do pé direito
CID S82.2*

e submeteu-se a tratamento(s):

*Cirurgia - osteossíntese
medicada e fixação do pé direito
Fisioterapia*encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:*Permanente**circunscrita**Dor e desconforto na**perna direita**bloqueio funcional do tornozelo**diminuição de movimentos**nao do tornozelo, dor**muito intensa, nos dias**com grande dificuldade**na marcha e atividades**29/01/2018*Dr. Fco. Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologista
CRM 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Alexandre Lima

vítima de acidente de trânsito, em 21/07/2017, sofreu:

Fraturas dos ossos do pé direito
CIQ- S82.2

e submeteu-se a tratamento(s):

Cirurgia
Redução e fixação do fratura
Fissão Unipolarencontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:CICODR12 do pé direito
Deficiência em do 75%
Extensão do pé direito
Incapacidade de deambular
Pêndulo e converso, não
atende, um fado funcional
muito e dor no A locomotor
comprometido funcionalmente
do paciente. Perda de peso,
não medula da fratura

26/07/2017

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411 /

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologista
CRM 4411

 PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA DE SAUDE		 Fortaleza	
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA N. JORNALISTA TOMAZ COELHO 1578 - MESSEJANA - FONE - 31051560			
EMERG/PRONTUÁRIO			
NOME	Alexandre Lima		
IDADE	SEXO	COR	PESO
31	M	B ☐ P ☐ A ☐	
			ALTURA
			CLINICA
			LEITO
M/AE			
DADOS CLÍNICOS:			
Neosthiza de fratura			
EXAMES SOLICITADOS:			
K para D AP P.			
DATA:	ASSINATURA E CARIMBO		
26/04/19	 Dr. Fco. Márcio Salento de Almeida Ortopedia - Traumatologia CRM 4411		
GRAFICA - DEBO - MESSEJANA			



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Alexandre Lima**, no dia **21/07/2017**, às **15h35min**, na **Avenida Perimetral**, no **Bairro Jangurussu**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P819571/2017**.

Fortaleza, 22 de agosto de 2017.

Atenciosamente,


Esther Cunha

Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado

Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza





SINISTRO 3170614824 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ALEXANDRE LIMA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO ALEXANDRE LIMA
CPF/CNPJ: 60115062327

Posição em 01-04-2019 08:46:38

Após a liberação do pagamento da indenização, recebemos seu pedido de reanálise do processo. No entanto, sua solicitação não foi concluída, pois não recebemos os documentos complementares requisitados em nossa última correspondência. Dessa forma, como não foram identificadas novas lesões permanentes ou agravamento daquelas já indenizadas, informamos que o seu pedido de reanálise foi encerrado e que fica mantido o valor pago anteriormente, conforme carta abaixo enviada para seu endereço.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
25/01/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50