



PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE	FRANCISCO JOSÉ BEZERRA DA SILVA		
Nacionalidade	Brasileiro	Natural	Redenção/CE
Estado Civil	Casado	RG n°	20080464615
Profissão	Serviços gerais	CPF n°	796.636.053-91
Endereço	Rua Raimundo F. do Nascimento, nº 18		
Bairro	Centro	CEP	62.795-000
Município/UF	Acarape/CE	FONE	(85) 98642-9809

OUTORGADO: ALEXANDRE FERREIRA LEITE NETO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 38.054 e JEFERSON CAVALCANTE DE LUCENA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 18.340, todos com endereço profissional na Rua Eng. Antônio Ferreira Antero, nº 401, Água Fria, CEP nº 60.821-765, Fortaleza/CE, Fone/Fax: (85) 3273-4861.

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula “ad judicia” e “et extra”, a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, **podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso**, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 21 de maio de 2019.


OUTORGANTE



DECLARAÇÃO

DECLARANTE	FRANCISCO JOSÉ BEZERRA DA SILVA		
Nacionalidade	Brasileiro	Natural	Redenção/CE
Estado Civil	Casado	RG n°	20080464615
Profissão	Serviços gerais	CPF n°	796.636.053-91
Endereço	Rua Raimundo F. do Nascimento, nº 18		
Bairro	Centro	CEP	62.795-000
Município/UF	Acarape/CE	FONE	(85) 98642-9809

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de minha família, nos termos do Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, Art. 98 do CPC/15 e em conformidade com os dispositivos insertos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, 21 de maio de 2019.

DECLARANTE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO GERAL	2008046461-5	DATA DE EXPEDIÇÃO
		03/09/2015
NOME		
FRANCISCO JOSÉ BEZERRA DA SILVA		
FILIAÇÃO		
RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA		
MARIA BEZERRA DA SILVA		
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO
REDENÇÃO - CE		17/09/1973
DOC. ORIGEM		
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:1483 FOLHA:115E V		
LIVRO:B 06 REDENÇÃO - CE		
CPF		
2 VIA		P.: 71
ASSINATURA DO DIRETOR		
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83		

LIBIA CORRETONA DE SÉG. LT

15 MAIO 2018

ASS:



UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

15 MAIO 2018

ASS: _____

DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCO JOSE B DA SILVA

End. Leitura: RU RAIMUNDO F DO NASCIMENTO, 18, CENTRO

Cidade: ACARAPE

CEP: 62.785-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 041

Setor: 004

Quadra: 0033

Lote: 0089

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A06F430874	864	871	7	7

DATAS

Leitura Atual: 27/05/2019

Emissão: 04/06/2019

Lacre Água: 249274

Leitura Anterior: 26/04/2019

Próxima Leitura: 26/06/2019

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 03/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	012	012	010	012	012
Analisadas	012	012	010	012	012
Em conformidade	012	004	000	012	012

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)

HISTÓRICO DE VOLUME

			Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA		28,30	MAI/2018	7	0
MULTA DE 2%	1/1	0,57	JUN/2018	10	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	1/1	0,05	JUL/2018	8	0
			AGO/2018	8	0
			SET/2018	10	0
			OUT/2018	10	0
			NOV/2018	9	0
			DEZ/2018	6	0
			JAN/2019	7	0
			FEV/2019	8	0
			MAR/2019	8	0
			ABR/2019	6	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,27	VALOR DO SERVIÇO	41,72
COFINS	1,38	VALOR DO SUBSÍDIO	12,80
		VALOR TOTAL A PAGAR	28,92

MÊS/ANO

05/2019

VENCIMENTO

07/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

28,92

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: **0800 275 0195**, nas lojas de atendimento, de **8h às 17h**, no site **www.cagece.com.br** ou na ouvidoria 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: **ACFOR** - 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 3838**.

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0033180709

Código de Responsável:

Mês/Ano: 05/2019

Local: 041

Setor: 4

Quadra: 0033

Lote: 0089

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: ACARAPE

Vencimento: 07/06/2019

Total (R\$): 28,92

82680000000-0 28920009700-3 03318070901-7 00069131035-3



EMISSION: GESSE 04/06/2019 01:56:23



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 699 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **08/05/2018 11:39:07**
 Data / Hora da Ocorrência: **04/02/2018 18:40:00**
 Endereço da Ocorrência: **SITIO CANTAGALO**
 Complemento:
 Bairro: **ZONA RURAL** Município: **ACARAPE/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO JOSE BEZERRA DA SILVA**
 Nascimento: **17/09/1973** CPF: **796.636.053-91**
 RG: **2008046461-5** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA BEZERRA DA SILVA**
RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA
 Endereço: **RUA RAIMUNDO FLORENCIO DO NASCIMENTO, 259**
 Bairro: **CONJ. SÃO FRANCISCO**
 Município: **ACARAPE/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98642-9809**

Noticiante(s)

Nome: **LEONARDO CIPRIANO DE LIMA**
 Nascimento: **29/10/1981** CPF: **004.864.323-86**
 RG: **34392712000** Orgão Emissor: **SSP**
 Filiação: **EVANIA CIPRIANO DE LIMA**
MAURO CESAR NUNES LIMA
 Endereço: **RUA ANTONIO EVANGELISTA, 16**
 Bairro: **SÃO FRANCISCO**
 Município: **ACARAPE/CE**
 País: **BRASIL**
 CEP: **(85) 98723-9214**
 Telefone: **(85) 98723-9214**

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

15 MAIO 2018

ASS: _____

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXP0670** Uf: **CE** Município: **ACARAPE** Chassi:
9C2MC35002R013985 Renavam: **771572239** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CBX 250 TWISTER** Ano
 Fabricação: **2001** Ano Modelo: **2002** Combustível: **GASOLINA** Cor:
BRANCA Proprietário: **LEONARDO CIPRIANO DE LIMA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O noticiante informa que conduzia o veículo acima discriminado, com a pessoa de nome Francisco Jose Bezerra da Silva como passageiro, quando ao passar pelo local acima descrito, passou por um buraco, perdendo o controle do veículo e em seguida ocorrendo a queda de ambos os ocupantes. O noticiante informa que sofreu apenas ferimentos leves, mas o passageiro sofreu fratura da perna direita, sendo conduzido de ambulância para o Hospital de Acarape e em seguida conduzido para o IJF-Centro em Fortaleza, onde foi atendido e ficou internado até a data de 09/02/2018. A vítima confirma todas as informações prestadas pelo noticiante.





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 699 / 2018

VÍTIMA:

Francisco José Bezerra da Silva
FRANCISCO JOSÉ BEZERRA DA SILVA

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CLÁUDIO GALL - MAT.: 106210-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Anna Cristhina Marcatti Leoncio

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANNA CRISTHINA MARCATTI LEONCIO - MAT.: 30078411



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

15 MAIO 2018

ASS: _____

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº **013870441231**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM ENTRC FISCICO
FPT 01 771572239 0000000000 2017

NOME
LEONARDO CIPRIANO DE LIMA

ACARAFE /CE

CPF / CNPJ PLACA
00486432386 HXP0670/CE

PLACA ANT. / UF CHASSI
/CE 9C2MC35002R013985

VEÍCULO (R0)
FMS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUST. GASE. LÍQU.

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MODELO
HONDA/CBX 250 TWISTER 2001 2002

CAP. POT. / CIL. CATEGORIA COT. PREDOMINANTE
2P/0CV/249CC PARTIC 2RA. CL.

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
I P V A ***** ***/***/** 1º
***** ***/***/** 2º
***** ***/***/** 3º

FAKATIVA PARCELAMENTO COTAS
***** ***/***/**

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) RÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAG. AME
130.65 0.70 185.50 30/01/2018

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
ACARAFE 09/12/2017

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013870441231 BILHETE DE SEGURO DPVAT

00486432386 HXP0670/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

013870441231 80765856666

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 09/02/2018

VIA CPF / CNPJ PLACA
01 00486432386 HXP0670

RENAVAM MARCA / MODELO
771572239 HONDA/CBX 250 TWISTER

ANO FAB. CAT. TARE. Nº CHASSI
2001 PART 9C2MC35002R013985

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
81.29	9.03	90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO (R\$)
4.15	0.70	185.50

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 30/01/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.002/0001-04

MOTOR: MC35E-2013985 002100

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Leonardo Cipriano de Lima,
 RG nº 06335837351, data de expedição 19/04/2016
 Órgão ENH/CE, portador do CPF nº 004.864.323-86, com
 domicílio na cidade de Acarape, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
conjunto São Francisco - Acarape, nº —,
 complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Francisco José Bezerra da Silva cujo o condutor era
Leonardo Cipriano de Lima.

Veículo: MOTOCICLETO
 Modelo: Honda / CBX 250 TWISTER
 Ano: 2001 / 2002
 Placa: MXP06701CE
 Chassi: GC2MC35002R013985
 Data do Acidente: 04/02/2018
 Local e Data: Acarape - 26/04/2018

Leonardo Cipriano de Lima
 Assinatura do Declarante

Leonardo Cipriano de Lima

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Reconheço a(s) firma(s) como verdadeiro(s)
Leonardo Cipriano de Lima
 O declarante declara, sob pena de falsidade, que:
☐ Semelhança ☒ Autenticidade
 26 ABR 2018
☐ Dra. Silvanira Lopes Rocha - Tabelião
☐ Arlinda Djanira L. Rocha - Substituta
☐ Eduardo Alves Pontes - Substituto
☒ Karine Maria de Freitas - Esc. Comp.

15 MAIO 2018
 CORRETORA DE SEG. LTDA.



Governo Municipal de Acarape
Construindo o novo tempo

CONSTRUINDO UM NOVO TEMPO

PREFEITURA MUNICIPAL DE ACARAPE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATO declaratório

DECLARAÇÃO DO HOSPITAL DE ACARAPE

Declaro para os devidos fins que o(a) paciente, **FRANCISCO JOSÉ BEZERRA DA SILVA**, residente e domiciliado a Rua: Raimundo Florêncio do Nascimento Bairro: São Francisco no município de Acarape-ce foi vítima de acidente motomobilístico, no dia 04.02.18 por volta das 18:40 hs, O mesmo deu entrada neste hospital o Doutorzão, consciente e orientado, verbalizando meios NMB refere dor intensa e resistente a tto medicamentoso prescrito, Deambulando com auxílio, após os procedimentos e avaliação da equipe de plantão, o mesmo foi encaminhado para o hospital IJF na cidade de Fortaleza, sendo o mesmo transportado e socorrido pela ambulância do município de placa **PMV 1690**, local do sinistro: na ce 354 nas proximidades da sede do município de Acarape- ce.

Acarape/ Ce 04 /02 /2018

Sem mais para o momento,

Atenciosamente,

ANTONIA CROZ
DIRETORA ADMINISTRATIVA
HOSPITAL DOUTORZÃO
CNPJ nº 07.058/0001-21
Rua Francisco Leite Neto, S/nº
Acarape - Ceará
PREFEITURA MUNICIPAL DE ACARAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SFC RETENÇÃO DE SAÚDE
CGC, 23.555.170/0001-38
Rua José Moreira S/N CEP 61.055-001
Acarape - CE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

15 MAIO 2018

ASS: _____

Nome: Francisco José Bessa da Silva **Registro:**
Data do Atendimento: 04/02/18 **Hora:** 18:19
Sexo: Masculino **Idade:** 38a

HISTÓRIA BREVE:

Paciente vítima de trauma com possível fratura de fêmur

OBSERVAÇÃO OBJETIVA:

Acidente motociclístico

DADOS VITAIS

PULSO: 20 x 80 **PA:** 120/80 **T.:** 36,5 **FR:** 18 **SpO2:** 98 **GLICEMIA:** 100

ESCALA VERBAL NUMÉRICA: O paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas que variam de 1 a 10, de acordo com a intensidade da sensação.

Nota zero corresponderia a ausência de dor, enquanto nota 10 a maior intensidade imaginável.



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AZUL	VERDE	AMARELA	LARANJA	VERMELHA
DROGAS:				
ALERGIAS:				
DOENÇAS PREEXISTENTES:				
CONDUTA INICIAL:				
<u>Anamnese + ex. físico + analgesia + imobilização</u>				
REAValiação:				
NOME DO ENFERMEIRO:				

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.
15 MAIO 2018
ASS: _____

Prescrição

1) Voltar em 1PA, 1m, 09:00
 Dr. Lucas Rodrigues de Farias
 Médico
 CREMEC 18913

CONFERE COM ORIGINAL
HOSPITAL DOUTORÇÃO
 CNPJ: 11.979.758/0001-30
 Rua Francisco Leite Duarte, S/N
 Acarape - Ceará

PREFEITURA MUNICIPAL DE ACARAPE
 SECRETARIA DE SAÚDE

Ocorrência de Eufemagui

24, 38a, procedente da frota Goncalves. Admitido na unidade c/ trauma
posto em UTD devido a acidente motociclistico. Consciente, orientado, alcool
zero, Umbilizando nos UMB. Refere dor intensa e resistente a tto medicamentoso
resultado. Desambula com auxilio. Segue na unidade, aguardando transfe-
rência. Não apresenta lesões ou cicatrizes em outros pontos do corpo.

fls. 24

Multa (Multa A) Morbida
F. N. F. 133000001
CONF. 133000001

ATO declaratório

CONFERE COM ORIGINAL
HOSPITAL DOUTORZA
CNPJ 11 979.758/0001-38
Rua Francisco Leite Duarte
Acarape - Ceara
PREFEITURA MUNICIPAL DE ACARAPE
SECRETARIA DE SAUDE
CNPJ 23.555.170/0001-38
Rua José Moreira S/N CEP 62.785-000
Acarape - CE

**INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA**

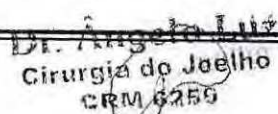
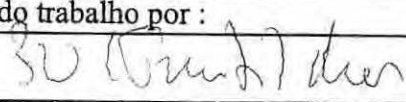
24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Atestado - Serviço de Traumatologia-

Ortopedia

Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Servico de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	FRANCISCO JOSE BEZERRA DA SILVA		
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	04 02 2018	DATA DA ALTA:	09/02/2018
BE/PRONT:	5548871	CIDADE DE ORIGEM:	ACARAPE
IDADE:	44		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE TIBIA - DISTAL DIR (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:			
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	STAFF INDEFINIDO		
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO		

Ass:  Dr. Angela Luz Cirurgia do Joelho CRM 6259	Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr.
Data: 09/02/18	Dispensa do trabalho por : 
Imprimir	

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web

**INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA**

24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Traumatologia-Ortopedia

Laudo Médico/Resumo de Alta - Serviço de

No. HOSPGESTOR: 36593

LEITO:

NOME: FRANCISCO JOSE BEZERRA DA SILVA

DATA DE INTERNACAO: 04/ 02/ 2018

DATA DA ALTA: 09/02/2018

BE/PRONT: 5548871

CIDADE DE ORIGEM: ACARAPE

NASCIMENTO: 17091973

IDADE: 44

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE TIBIA - DISTAL DIR (OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-
OPERATORIOS:

TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA
EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Mapa de Cirurgias

Dias Int.	#	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material	Observação	Status da marcação
-----------	---	------	-------	-----------	-----------	----------	------------	--------------------

MAPA DO DIA 08/02/2018 - Quinta-Feira

5	9	13:30	11924	JOSAFÁ FERNANDES	RESIDENTE INDEFINIDO	+ CX BASICA TO PARA MMII + CX PEQUENOS FRAGMENTOS + PLACA BLOQUEADA PARA PILÃO TIBIAL	INTENSIFICADOR DE IMAGENS	MARCADA
---	---	-------	-------	------------------	----------------------	--	---------------------------	---------

FRATURA DE TIBIA - DISTAL DIR / B.E 5548871

Marcado por:
HALINE MAGALHAE em:
07-02-2018 9:58:37

Dr. Angelo Luz

Cirurgia do Joelho

CRM 8255

Ass.:

Data: 08/02/18

Imprimir

Retornar dia: ___/___/___ Hora: ___ para Dr.

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg.:

O Sr.(a)

FEL - Bezerra da Silva

Foi atendido (a) neste Hospital no dia ____ / ____ / ____, às ____ : ____ h.

Tendo como causa do socorro

fratura na perna D

Observações:

fractura da perna D
por 120 (cento e vinte)
dias

Fortaleza, 05 de 04 de 200 18

Médico de Plantão - CRM:

Dr. Josafá Fernandes
Traumato - Ortopedista
CRM/ME 1053

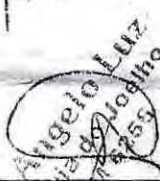
CPF:

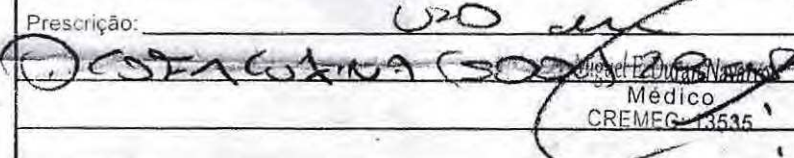
Mapa.doc - Word/CPM Boletim de Emergência Reg.doc

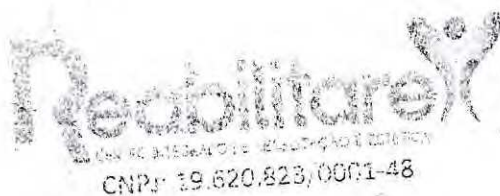
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ENTENTE		1ª Via - FARMÁCIA	
Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		2ª Via - PACIENTE Dr. Josafá Fernandes Traumatista - Ortopedista CRM/MEC - 253	
Paciente: <i>Fco. Manoel Gomes da Silva</i>			
Endereço: <i>Maracá - Ceará</i>			
Prescrição:			
<i>1 Ciprofloxacina 500mg</i> <i>1 comp de 12/12h</i> <i>durante 40 dias</i>		<i>6ex</i> <i>12/12h</i>	
Data: <i>05/04/18</i>		Dr. Josafá Fernandes Traumatista - Ortopedista CRM/MEC - 253 Carimbo e Assinatura do Médico	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		FONECEDOR	
Nome:		Data: / /	
Nº Ident.: UF:		Fornecedor:	
Endereço:			
Nº:	Bairro:		
Cidade:	UF:		
CEP:	Tel.:	Carimbo e Assinatura	

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ENTENTE		1ª Via - FARMÁCIA
Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		2ª Via - PACIENTE
Paciente: <i>Fernando José Bezerra dos Santos</i>		
Endereço: <i>Av. Manoel de Figueiredo do Nascimento 18</i>		
Prescrição: <i>Ceftriaxona 500mg - Lc Lp 12/12h por 70 dias</i>		
Data: <i>09/12/18</i>		Carimbo e Assinatura do Médico 
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		Fornecedor
Nome:		Data: / / Fornecedor: Carimbo e Assinatura
Nº Ident.:	UF:	
Endereço:		
Nº:	Bairro:	
Cidade:	UF:	
CEP:	Tel.:	

 PREFEITURA MUNICIPAL DE ACARAPE SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS	RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL 1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: _____ <i>Miguel E. Duran Navarro</i> <i>8</i> Médico CREMEC: 13535	
CRM: _____ UF: _____ Nº: _____	
Endereço completo e Telefone: _____ <i>Av. J. A. ...</i>	
Cidade: _____ <i>Acarape</i>	
Paciente: _____ <i>Ima ...</i>	
Endereço: _____ <i>Av. ...</i>	
Prescrição: _____ <i>U20 ...</i>	
	
<i>20/03/2019</i>	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____ Ident.: _____ End.: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____



Atestado

Depto para o devido fim que
 FRANCISCO JOSÉ BEZERRA DA SILVA, vítima
 de acidente de trânsito em 04/02/2018
 (segundo relato da vítima e Boletim de
 ocorrência nº 433.699/2018), tendo como
 seqüência Tratador da Tibia Fibula (D),
 ocasionando dificuldade nos movimen-
 tos em tornozelo (D) em todos os planos e dor
 prévia em Lombo Inferior e executar as atividades
 laborais (50%). Nesta referência do recebi-
 vto do prazo de 30 dias.

Dr. Francisco G. P. Saldanha
 Fisioterapeuta
 CREFITO-6 83855-F

FRANCISCO G. P. SALDANHA
 FISIOTERAPEUTA,
 CREFITO6: 83855-F
 Terapeuta Ocupacional
 CREFITO6: 19.151-TO

Dr. Francisco G. P. Saldanha
 Fisioterapeuta
 CREFITO-6 83855-F



(/)

Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRENSATRABALHE
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 a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180223149 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO JOSE BEZERRA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO FRANCISCO JOSE BEZERRA DA SILVA

CPF/CNPJ: 79663605391

Posição em 04-06-2019 13:54:13

Após a liberação do pagamento da indenização, recebemos seu pedido de reanálise do processo. No entanto, sua solicitação de reanálise foi encerrada e que fica mantido o valor pago anteriormente, conforme carta abaixo enviada para seu e-mail.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/05/2018	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
27/07/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/bxT0ulbwlURk6x+ZWDQ6...api_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf8YoeoWmbQGdiKX2sE0QjrOo=
08/06/2018	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/xw5iu__2s__u5oIWxa04Og...api_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf8YoeoWmbQGdiKX2sE0QjrOo=
23/05/2018	Interrupção de Prazo	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/btloc1CtccQlzS1agnyUlg...api_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf8YoeoWmbQGdiKX2sE0QjrOo=