

Elke Castelo Branco ADVOCACIA
 Rua 24 de Maio, n.º 1009, SL118 – Centro
 Fortaleza/CE – CEP 60.020-001
 Fone: (85) 98809.2001

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE:

Nome: Antonio Carlos Rodrigues Santos			
Carteira de Identidade: 96002610552 SSP/CE		CPF nº: 673.595.233-20	
Residência: Travessa Vitória da Conquista, 3L, A105			
Bairro: Genibaú	Cidade: Fortaleza	Estado: CE	CEP: 60.534-680

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, 18 de Fevereiro de 2019.

X Antonio Carlos Rodrigues Santos

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Antonio Carlos Rodrigues Santos,
portador da carteira de identidade nº 96002610552 SSP/CE e inscrito no CPF sob
o nº 673.595.233-20, residente e domiciliado no endereço
R. Vitoria da Conquista, 31, Alto, Fortaleza - 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, 18 de Fevereiro de 2019.

Antonio Carlos Rodrigues Santos

DECLARANTE

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

NOME
ANTONIO CARLOS RODRIGUES SANTOS

DOC IDENTIDADE / ORIG EMISSOR UF
 96002610552 SSP CE

CITY
 673.595.233-20

DATA NASCIMENTO
 13/06/1965

FILIAÇÃO
 JOAO BATISTA DOS SANTOS
 MARIA ECILDA RODRIGUES DOS SANTOS

PERMISSÃO **ACC** **CE/HAB**
 AB

Nº REGISTRO
 01049618654

VALIDADE
 21/01/2021

1ª HABILITAÇÃO
 14/01/2000

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO:

Antonio Carlos Rodrigues Santos
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 22/01/2016

100 Votos 2/14
 ASSINATURA DO TITULAR

98744444660
CE151818487

DETRAN - CE (CEARA)

VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL
1233532787

PROIBIDO PLASTIFICAR
1233532787

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonio Carlos Rodrigues Santos,
 RG nº 96002610552 SSP/CE CPF nº 673.595.283-20, venho perante
 a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome,
 sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo,
 documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Travessa Vitoria da Conquista
Número	31
Complemento	Altos
Bairro	Genibar
Cidade	Fortalez
Estado	Ceará
CEP	60.534-680
Telefone de Contato	————— 7 —————
E-mail	Sem endereço eletrônico

Por ser verdade, firmo-me.

Fortaleza, 18 de Fevereiro de 2019.

Antonio Carlos Rodrigues Santos
 DECLARANTE



Nº de Inscrição

004719298

Endereço

MARIA ELZIONE NASCIMENTO SANTOS
TR VITORIA DA CONQUISTA, 31, ALTOS, GENIBAU
FORTALEZA

CEP: 60534-680

001 092 0123 0104 0001
00 00

001 Comercial 000 Industrial 000 Pública 000

Tipos de Consumo

Tipos de Consumo	Medida	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume	Medida Semestralizada
AGUA	A07S359413	1059	1080	21	22

17/08/2018 17/07/2018 17/08/2018 17/09/2018 950154

Consumo de água distribuída por unidade

Consumo de água distribuída por unidade	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
Consumo	533	533	126	533	533
Consumo	567	567	565	564	564
Consumo	561	560	541	550	564

Consumo de água distribuída por unidade

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 25 m3 | META: 20 m3.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

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

DESCRIÇÃO	VALOR	HISTÓRICO DE VOLUME
AGUA	75.51	Mês/Ano
PARCELAMENTO DE DEB	25.33	ago/17
JUROS DE 0.033% AO DIA	0.98	set/17
JUROS/MULTA TARIFA CONT	0.37	out/17
RELIÇÃO DE AGUA	12.00	nov/17
TARIFA DE CONTINGENCIA	9.31	dez/17
		jan/18
		fev/18
		mar/18
		abr/18
		ma/18
		jun/18
		jul/18

TÍTULOS SOBRE O FATURAMENTO	SUBSIDIO	Valor (R\$)
PIS	1.18	129.26
COFINS	5.90	5.76
	VALOR DO SERVIÇO	123.50
	VALOR DO SUBSIDIO	
	VALOR TOTAL A PAGAR	
08/2018	06/09/2018	123,50

ONDE PAGAR SUA FATURA

I:353903056035700 L:1064 H:08:42:29 R:047 P:001

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, 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.



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: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3638.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DESCRIÇÃO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
004719298	353903056035700 - 1064	Mês/Ano	08/2018		
001	092	0123	0104	0001	
00	00	00			
Cidade	FORTALEZA	Vencimento	06/09/2018	Total (R\$)	123,50

82660000001 0 23500009800 6 00471929801 2 00076022015 2





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 5553 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/06/2018 11:02:48**
Data / Hora da Ocorrência: **09/02/2018 17:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA RUA URUCUTUBA**
Complemento:
Bairro: **URUCUTUBA** Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **PROXIMO AO RIACHO**

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **ANTONIO CARLOS RODRIGUES SANTOS**
Nascimento: **13/06/1965** CPF: **673.595.233-20**
RG: **96002610552** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIOA ECILDA RODRIGUES SANTOS**
JOAO BATISTA DOS SANTOS
Endereço: **RUA TAV. VITÓRIA DA CONQUISTA, 31**
Bairro: **GENIBAU**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8593-2448**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NUW3374** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi: **9C2KC16309R023463** Renavam: **228648386** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 TITAN MIXED** Ano Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2009** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **DANIEL BARBOSA DE CARVALHO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Dia o declarante que no dia e hora acima mencionado, quando se dirigia a localidade de Urucutba em Caucaia, ao passar na estrada carroçal que liga o Conjunto Eldorado a Urucutuba, foi trancado por um outro motoqueiro, momento em que perdeu o controle da moto e caiu; que na queda o declarante quebrou a perna direita. Que o declarante foi levado para o Hospital Municipal de Caucaia por populares, onde recebeu tratamento médico;

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSENILO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

CLADISTON SOUSA BRAGA - MAT.: 126877-1-0

COMPREV SEGUROS
P.T. 114001 S/A.

19 JUN 2018

DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

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):

Antonio Carlos Rodrigues Junior

vítima de acidente de trânsito, em 1 / 1 / , sofreu:Fratura aberta do tornozelo
Tubo distal Unica
C10- 582.8

e submeteu-se a tratamento(s):

Cirurgia
Redução e Fixação da
fratura, fisioterapiaencontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:Tendência crônica. Perda de
movimentos do tornozelo
Bloqueio na flexão. Dor no
calcâneo e somente em
uso de muleta. Força
diminuída bastante, difíci-
dade de locomoção
compreendida grau de
médico. No meio de fratura

250718

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
CREMEC 4411

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



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 29842

NOME: Antonio Carlos Rodrigues Santos					
DATA DE NASCIMENTO: 13.06.65	IDADE: 53	COR: -	SEXO: M	ESTADO CIVIL:	NATURALIDADE:
Nº IDENTIDADE: 96002610502		Nº CPF:		CERT. NASCIMENTO Nº:	
PAIS: João Batista dos Santos, Maria Eulda Rodrigues dos Santos					
ENDEREÇO DO PACIENTE: Rua Solano Franco, R. Boa Vista Nº 275					
RRO: Juazeiro	MUNICÍPIO: Caucaia			FONE: 8522987	
NOME DO RESPONSÁVEL: Dione Carlos do Nascimento Santos				FONE: 86700693	
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL: Imagem					
DATA DE ADMISSÃO: 09.02.18		HORA DE EMISSÃO: 18:26		FUNCIONÁRIO: Rts	
MÉDICO ASSISTENTE:					
HISTÓRICO CLÍNICO: Com edema e dor de 2 dias, acompanhada de febre e dor de cabeça.					
EXAME FÍSICO: Cópia					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: Infecção de pele (foliculite)					
EXAMES COMPLEMENTARES: Exames complementares de					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Infecção de pele (foliculite)					

HOSPITAL GADALHA DE
Comissão de Revisão e Prontuário
X. Marcos Aurelio
Matricula 54700

Mário Jorge Gomes da Fria
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMEC 2615

ASSINATURA



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Segurado(a) Antonio Carlos Rodrigues Santos

portador(a) da Carteira Profissional Nº _____

necessita de 120 (cento e vinte) dias de afastamento
POR EXTENSO

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença

010582.8

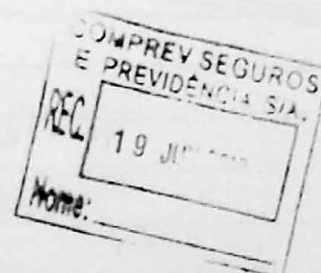
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO
GONCALVES DA ROCHA
HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

caucaia 09/02/18
LOCALIDADE E DATA

ASSINATURA DE MÉDICO - CRM Nº

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 de RGPS, aprovado pelo Decreto Nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Nº 12





GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA

Secretaria de Saúde

Receituário

Avocado Carlos Domingos Santos

CP 300-1113

USO ORAL

1) Exercícios físicos — de 30
- 10 min de caminhada de 8/8 m

- Repouso com o pé elevado.

- NÃO PISAR!

- Convívio no posto 2/2 dias
26/02/18

- Retorno para mobilização 26/03/18 - 8hs.

+ Tratamento K do tornozelo

+ VIR EM JEJUM. no dia

Dr. Carlos Domingos Santos
Fisioterapeuta
19/02/18

Alimente sua saúde

com frutas, legumes e verduras

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

HOSPITAL MUNICIPAL ABELARDO GADELHA DA ROCHA

RESUMO DE ALTA

NOME DO PACIENTE: ANTONIO ANTONIO R. FARIAS
IDADE: 53 ANOS ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____
DATA DE ADMISSÃO: 09/02/18 DATA DA ALTA: 21/02/18
DIAGNÓSTICO INICIAL: FRAT. TORN. 16
EVOLUÇÃO MÉDICA: paciente submetido a tratamento cirúrgico traumatológico no(a) _____
No dia 17/02 2018. Evoluiu satisfatoriamente sem intercorrências, onde teve alta no dia de hoje.

DIAGNÓSTICO FINAL: 0 muco

ORIENTAÇÃO MULTIPROFISSIONAL

VIDE RECEITUÁRIO RECEBIDO. NÃO PIZAR QUANDO FOR FRATURAS DA COXA, JOELHO, PERNA, TORNOZELO E PÉ. USAR TIPOIA QUANDO FOR FRATURAS DE CLAVÍCULA, OMBRO, BRAÇO, COTOVELO, ANTEBRAÇO E PUNHO. CURATIVO DE 2/2 DIAS. USAR MEDICAÇÃO, RETORNAR IMEDIATAMENTE CASO FEBRE E DOR EXUBERANTE.

O PACIENTE DEVERÁ RETORNAR PARA SEGUIMENTO:

() US PROXIMA A SUA CASA

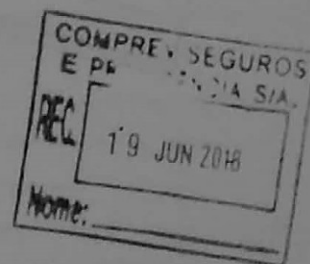
(X) AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO DE TRAUMATOLOGIA
Dr. Josafá no dia 26 / 03 / 2018. Às 11:00 HORAS
Dr. Bruno no dia 26 / 03 / 2018. Às 07:00 HORAS

DATA: 21 / 02 / 2018

Dr. Abelardo Gadelha da Rocha
Assinatura e Carimbo Profissional da Alta

RUA NAPOLEÃO BONAPARTE VIANA, PARQUE SOLEDADE- FONE 3342 8113
EMAIL: HOSPMCAUCAIA@IG.COM.BR CEP 61.600-000- CNPJ 07.616.168/0001-06- CAUCAIA-CE

Obs ENTREGAR UMA VIA AO PACIENTE



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ELKE CASTELO BRANCO LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 29/07/2019 às 09:33, sob o número 01565918120198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0156591-81.2019.8.06.0001 e código 4D98F8D.



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

FOLHA DE EVOLUÇÃO

Nome: Nº PRONTUÁRIO:

[illegible]



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA - FARMÁCIA

2ª VIA - PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Dr. Paulo Sérgio M. Rocha
 Especialidade: Ortopedia e Traumatologia
 CRM/CE: 5674 TEUT 7.207
 Fones: 3342.8113
 Endereço Completo: R. Napoleão Bonaparte
Viana - Pq. Soledade Nº 36
 Cidade: Caucaia UF: CE

Dr. Paulo Sérgio M. Rocha
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/CE: 5674 TEUT 7.207
 Carimbo do Médico

Paciente: ANTONIO ALBERTO R. TAVES
 Endereço: RUA SOC. RES. FORTY, 279 Pq. da Uva
 Prescrição: CLONAZEPAM 30mg

ou em EXTRAGUE

Data: 21, 02, 18

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
 Ident: _____ org. Emissor: _____
 End.: _____
 Cidade: _____ UF: _____
 Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Segurado(a) Antonio e Carmo Rodrigues Santos

portador(a) da Carteira Profissional Nº _____

Necessita de 120 (cento e vinte) dias de Afastamento
POR EXTENSO

do Trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO GADIELHA DA ROCHA

Hospital ou Ambulatório

CID S82.2
Furunculose da pele
na face

caucaia 26/02/18

Local e Data

[Handwritten signature]

Ass. do Médico - CRM Nº _____

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art 86 RGPS. Aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14-03-67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ELKE CASTELO BRANCO LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 29/07/2019 às 09:33, sob o número 01565918120198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0156591-81.2019.8.06.0001 e código 4D98F8D.



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA

Secretaria de Saúde

Receituário

AUGUSTO CESAR RODRIGUES SANTOS

0

USO ORAL

1/300mg 600mg
TOMAR 1 COMP. 2x ao dia

Reposar com o A. 2x ao dia

Uso P. 2x ao dia

Retorno para revisão 12/03/18: 8h

Tratar com o Tomoterapia no dia

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL Dr. ABELARDO
GADELHA DA ROCHA

26/02/18

Alimente sua saúde

Coma mais frutas, legumes e verduras

COMPLETO
E PRECISO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ELKE CASTELO BRANCO LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 29/07/2019 às 09:33, sob o número 01565918120198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0156591-81.2019.8.06.0001 e código 4D98F8D.



RESUMO DE ALTA

NOME DO PACIENTE:

Antonio Carlos Rodrigues

IDADE:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

DATA ADMISSÃO:

DATA ALTA:

27/02/18

DIAGNÓSTICO INICIAL:

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente operado de fratura no tornozelo, dia 26/02/18, com Dr. Bruno Botelho

DIAGNÓSTICO FINAL:

Fratura no tornozelo

ORIENTAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

- Não pisar
- Curativos

O PACIENTE DEVERÁ RETORNAR PARA SEGUIMENTO NO:

() UBS PRÓXIMO DE SUA CASA

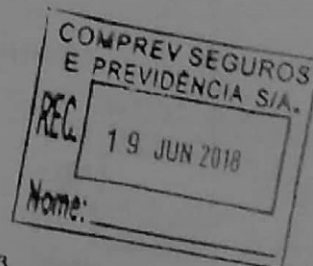
() AMBULATORIO ESPECIALIZADO DE:

Dr. Bruno

DATA:

ASSINATURA E CARIMBO PROFISSIONAL

Dr. Josely Fernandes
traumato - Ortopedista
CRM/CE 5253





GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA

Secretaria de Saúde

Receituário

Arraua Carlos Romualdo Santos.

Solicito:

FISIOTERAPIA
na coluna

do 5º e 6º

Justificativa:

Reabilitação após fratura da
tibia do tornozelo.

Característica de 60 anos

Dr. Bruno B. Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 9329 DEB 13493

12/03/19.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DE ADELARDO
GADELHA DA ROCHA

Alimente sua saúde

Com mais frutas, legumes e verduras



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA

Secretaria de Saúde

Receituário

Antonio Carlos Rodrigues Santos

US. curar

① Dor no joelho - 016
- Toque de compressão de 12/12h

Dr Bruno B. Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9329 TEOT 11433

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DE CAUCAIA
CADELHA DA ROCHA

Alimente sua saúde

Coma mais frutas, legumes e verduras



Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2018

Carta nº 13339967

A/C: ANTONIO CARLOS RODRIGUES SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180280174 ASL-0217917/18
Vitima: ANTONIO CARLOS RODRIGUES SANTOS
Data Acidente: 09/02/2018
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANO ARAUJO BRAGA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

