

Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	Luciano Molizia Neto		
NACIONALIDADE	Brasileiro	NATURAL	
RG	110222049	ESTADO CIVIL	Solteiro
CPF	08970332723	PROFISSÃO	Vigilante
ENDEREÇO	R: Bulgária, 314-A		
BAIRRO	Vila Manuel Satiro	CEP	60713500
MUNICIPIO / UF	FORTALEZA		
FONES	85987923152 - 8588816713		
E-MAIL	RC527310@GMAIL.COM		

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 Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo – Fortaleza – CEP 60.325-700.

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, desistir, 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 medicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 05 de Julho de 2019.

Luciano Molizia Neto
outorgante

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/08/2019 às 09:18, sob o número 01655763920198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0165576-39.2019.8.06.0001 e código 4FA444A.



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

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

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Luciano Malizia Neto, Brasileiro(a),
Salteiro, Vigilante, portador da Carteira de
 Identidade/RG nº 110222049 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o
 nº 08970332723, residente e domiciliado na cidade de
FORTALEZA, estado Ceará, na Rua
Bulgaria, Nº 314, CASA-A,

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), 05 de Julho de 2019.

Luciano Malizia Neto
 Declarante



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

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

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Luciano Malizia Neto, brasileiro(a),
Solteiro, Vigilante, portador(a) do RG nº
110222049, inscrito no CPF sob nº
08870332723, residente e domiciliado no endereço
R: Bulgaria nº314-A VILA MANOEL SATIRO,

Declaro para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que tem total e plena consciência da propositura da **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT**, em seu nome e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo administrativo, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a **Dra. NAJMA MARIA SAID SILVA**, brasileira, solteira, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 28.394, com escritório profissional a Rua Antônio Drumond, nº 1051, bairro Monte Castelo, CEP 60.325-700, Fortaleza-CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e, ou administrativa no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

“AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI, ART. 339 E 340 DO CPB.”

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza (CE), 05 de Julho de 2019.

Luciano Malizia Neto

Declarante.

TESTEMUNHA:
CPF:
NASC:

TESTEMUNHA:
CPF:
NASC:



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

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

DECLARAÇÃO

Eu, Luciano Mafra Neto,
 Brasileiro(a), Solteiro, portador da cédula de Identidade Nº
110222049 E CPF Nº 08970332723, capaz,

nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:

R: Bulgária nº 314-A Vila Manoel Satiro

na Cidade de FORTALEZA, Estado CEARA, CEP
60713500, 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, 05, de Julho, de 2019.

Luciano Mafra Neto

DECLARANTE

Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

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

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>Luciano Malézia neto</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>R: Bulgeria 314 - A - VILA MANOEL SATIRO</u>		Profissão: <u>VIGILANTE</u>
CPF nº: <u>08970332723</u>	RG n: <u>110222049</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>
Bairro: <u>VILA MANOEL SATIRO</u>	Cidade: <u>FORTALEZA</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>60713500</u>	Telefone: <u>85 987923152 - 85 88816713</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, 05 de Julho de 2009

Luciano Malézia neto

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.

Paragrafo 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO



IPA
e
DAMS

fls. 22

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/08/2019 às 09:18, sob o número 01655763920198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0165576-39.2019.8.06.0001 e código 4FA445A.

NOME
LUCIANO MALIZIA NETO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
110222049 SSP RJ

CPF DATA NASCIMENTO
089.703.327-23 15/01/1975

FILIAÇÃO
SALVADOR MALIZIA NETO
ANA AMELIA FERNANDES
PLACIDO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB
A

Nº REGISTRO
06605956792

VALIDADE
25/02/2021

1ª HABILITAÇÃO
25/04/2016

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

Luciano Malizia Neto
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
17/05/2017

Igor Vancencel
IGOR VANCENCEL EN PENTE
ASSINATURA DO EMISSOR

54595193235
CE159383684

CEARÁ

Scanned by CamScanner

15 MAR. 2019



CTCE SALVADOR BA PL8
LUCIANO MALIZIA NETO
R BULGARIA 314 A
MANUEL SATIRO
60713-500 FORTALEZA - CE



7214028638 03767 00000005545 30 110219

Esta fatura foi fechada em

07 FEV 2019

Valor total

R\$

27,63

Vencimento

20 FEV 19

Evite multas, pague até o dia do vencimento

RESUMO

R\$

Saldo da fatura anterior	7,93
Banda Larga	39,70
Descontos	-20,00
Total	27,63

Para mais detalhes, consulte o verso deste demonstrativo.
A falta de pagamentos de fatura implicará no corte do sinal após 16 dias, além de juros de 1% ao mês e multa de 2% sobre o valor.

Fique Ligado



Terminou a sua oferta Desconto Banda Larga R\$ 10.



A partir desta fatura você receberá o(s) Desconto Banda Larga R\$ 20. Você será comunicado quando o desconto chegar ao fim.



A programação SKY ASSISTENCIA PREMIUM BANDA LARGA que estava disponível em sua assinatura terminou.

Histórico de faturas



ASSISTA A FILMES E SÉRIES NO CELULAR
Baixe ou atualize e faça login no app Minha SKY SKYPLAY



Consulte a sua fatura online.
É simples e rápido!



Baixe o app Minha Sky no Google Play ou App Store

Acesse:
sky.com.br/minhasky

Fatura nº
400593203470

Saldo total para pagamento. Sua fatura SKY ainda não está cadastrada como débito automático, para alteração contate os canais de atendimento SKY em WWW.SKY.COM.BR
Encargos por atraso serão cobrados na próxima fatura.

Autenticação Mecânica

Para Uso do Banco

Pague sua conta nos bancos credenciados: Santander, Itaú, Bradesco, Banco do Brasil e Caixa Econômica



CLIENTE: LUCIANO MALIZIA NETO
Código Débito Automático: 1512394636
Período de Uso: 20/01 a 19/02/19

TOTAL R\$ 27,63
Vencimento 20/02/19

84810000000-8 27630379151-1 23946360400-6 59320347022-4





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

Impresso nº 2018257579

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5100 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/11/2018 16:51:53**
Data / Hora da Ocorrência: **03/11/2018 19:35:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CONEGO DE CASTRO**
Complemento:
Bairro: **VILA MANOEL SATIRO** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUCIANO MALIZIA NETO**
Nascimento: **15/01/1975** CPF: **089.703.327-23**
CNH: **06605956792** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **ANA AMELIA FERNANDES PLACIDO**
SALVADOR MALIZIA NETO
Endereço: **RUA BULGARIA , 314**
Bairro: **VILA MANOEL SATIRO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.713-500**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98792-3152**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, ATRAVESSAVA ANDANDO A AV. CONEGO DE CASTRO QUANDO FOI ATROPELADO POR UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA POR MEIOS PRÓPRIOS. 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 :

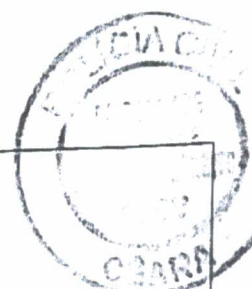
FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Luciano Malizia Neto

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9



15 MAR. 2019

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/08/2019 às 09:18, sob o número 01655763920198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0165576-39.2019.8.06.0001 e código 4FA445A.



**Prefeitura de
Fortaleza**

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE LUCIANO MALIZIA NETO		DADOS PESSOAIS	
CABELO		Nº DO PRECATUÁRIO 357499	Nº DOBTE 243401
NOME DA MÃE ANA AMELIA FERNANDES PLACIDO		NASCIMENTO 15/01/1975(43 ANOS)	SEXO M
ENDERECO RUA BULGÁRIA 314 A MANUEL SÁTIRO		NOME RESPONSÁVEL NI	RACÃO PARDO
CONTATO		MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DAOS DO ACIDENTE		CEP 60.713-500	
OCORRÊNCIA			
QUEIXA TRAUMA EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO POR CARRO		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ATROPELAMENTO	
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 5 (ADULTO)	
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SINAIS VITAIS SAO2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA		GLUCOSE NI
CLASSIFICAÇÃO AMARELO		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA HELENITA MOREIRA DA ROCHA	
ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 03/11/2018 20:31:00	
ANAMNESE			
ATENDIMENTO MÉDICO			
Dr. Victor Monte Tenório Cirurgia de Quadril CRM CE 11967 TEOT 13614 <i>f. f. l. e 303090227</i>			
DIAGNÓSTICO		COD PROCEDIMENTO	CID
SAO DOCTADO () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAO-X () OUTROS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
<i>do outubro 05</i>			
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
ALTASADA () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Impresso por maria helenita moreira da rocha em 03/11/2018 às 20:32:00

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.

Luciano Malizia Neto
LUCIANO MALIZIA NETO

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

Emanuelle Monteiro
Emanuelle Monteiro

Mat 763





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 29025381

Data 24/01/2019
Pag 1 de 1

Paciente...: 16665428 LUCIANO MALIZIA NETO

Nascimento.: 15/01/1975 Sexo: M

CPF.: 08970332723

Endereco...: R RAIMUNDO GUIMARAES 610 COITE EUSEBIO CE 61760000

Tel.:

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 03IKL000197009

Solicitante: Dr(a) RAFAEL BEZERRIL NOG

Queixa Principal:

Exame:

RX ANTEBRACO ESQUERDO



5641152821

RELATÓRIO:

Presença de calo ósseo em terço proximal da ulna.

Osteopenia difusa.

Aumento de partes moles ao redor do sítio da fratura.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Profissional com Especialização
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - RQE Nº: 484

15 MAR. 2019



Centro de Treinamento e
Reabilitação Física S/S LTDA.
CNPJ: 09.435.585/0001-47

Fortaleza, 08 de Março de 2019

Declaro para os devidos fins que o paciente **Luciano Malizia Neto** esteve realizando tratamento fisioterapêutico nesta Instituição no período compreendido para 30 (trinta) sessões. Paciente fez tratamento para recuperar-se de uma fratura em antebraço esquerdo.

Atenciosamente,

Andrea Aires dos Santos
Dra. Andrea Aires dos Santos
CREFITO: 81992-F

Av. Gal. Osório de Paiva, 2095 – Vila Pery – Fortaleza/CE – CEP: 60.720-001
Fone/Fax: (85) 3483-7191



Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSP. DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FROTINHA DE PARANGABA
AV. Osório de Pádua nº 1127 - Parangaba - CEP 60.730-000
Fortaleza-Ceará Telefones (85) 3131-7322

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD.: _____

245811

Atesto que o (a) Sr. (a) _____

Juliana Matheus

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 17/11/18 às 10:00 hs.

Tendo como causa de socorro _____

fratura de antebraço

Necessita de 30 (trinta) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) _____

Observações: _____

2523

Fortaleza-Ce, _____ de _____ de _____

17 de *11* de *18*

CRM

Médico (a)

Jonatas Brito A. Neto
Trauma Ortopédico
Endoscopia/Cirurgia do Joelho
CRM 2210 / RQE 7510

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 60.501 de 14/03/67, e será expedido para justificativa de 01 (um) a 15 (quinze) dias de afastamento.



RECEITA

Lucas Furtado Neto

✓ 17/07/2018
84

Dr VICTOR
TORRES

08.12.18
19h

DATA: ____/____/____

CRM-MÉDICO(A)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
AV: OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE
TEL: (85) 313-17322 EMAIL: secret dg.hdmjbo@sms.fortaleza.ce.gov.br

Este documento é cópia do original assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/08/2019 às 09:18, sob o número 01655763920198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0165576-39.2019.8.06.0001 e código 4144470.



Av. Humberto Monte, 1440 - Parquelândia - CEP: 60450-000
Telefone: (85) 3283.4784 / 98800.0778

RECEITUÁRIO

Atestado -

Atestado para o
Sr. [nome] [sobrenome] [nome] [sobrenome]
no trabalho devido a lesão
de [parte do corpo] proximal de
[parte do corpo] em 03/11/2018,
submetido a tratamento
conservador + estabilização
+ fisioterapia 1 unidade
de 100% de [parte do corpo]
atendendo ao [parte do corpo] de [parte do corpo]
por [parte do corpo] +
[parte do corpo] de [parte do corpo]
[parte do corpo] de [parte do corpo]

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico
CRM 5465-DF 228.759.3-91

Fortaleza, 07/03/19

15 MAR. 2019

SINISTRO 3190202065 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUCIANO MALIZIA NETO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA
DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO LUCIANO MALIZIA NETO
CPF/CNPJ: 08970332723

Posição em 08-07-2019 14:19:12

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
09/05/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50