



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <i>Mária de Fátima Cândido Sales</i>		Data Nasc: <i>17/11/1993</i>
Estado Civil: <i>solteira</i>	Profissão: <i>autônoma</i>	Nacionalidade: <i>brasileira</i>
RG: <i>2007629197-3</i>	CPF: <i>058.896.433-63</i>	
Endereço: <i>Povoado Pedra Branca, 51/nº, Distrito Pedra Branca</i>		
Cidade: <i>Camocim</i>		CEP: <i>62.240-000</i>

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

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, fazer levantamento de valores depositados, 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), 18 de Dezembro de 20 19.

Maria de Fátima Cândido Sales
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, Maria de Fátima Cândido Sales, residente e domiciliado na Povoado Pedra Branca, nº 55/nº, bairro: 191. Pedra Branca cidade de Camecim, portador(a) do RG nº 2007629197-3, inscrito(a) no CPF nº 058.896.433-63, estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 18 de Dezembro de 20 19.

Maria de Fátima Cândido Sales
DECLARANTE

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, Márcia de Fátima Cândido Sales, brasileira(a), solteira, autônoma, portador(a) de cédula de identidade nº. 2007629197-3, inscrito(a) no CPF sob o nº 058.896.433-63, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Povoado Pedra Branca, nº 25/nº, Bairro Qt. Pedra Branca, CEP: 62.240 - 000 /CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 18 de Dezembro 20 19.

Márcia de Fátima Cândido Sales

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o (a)
Sr(a) Márcia de Fátima Cândido Sales 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 propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 18 de Dezembro 2019.

Márcia de Fátima Cândido Sales

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM

fls. 21



Impresso nº 2019184573

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 430 - 953 / 2019

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **20/03/2019 09:46:16**Data / Hora da Ocorrência: **26/11/2018 15:20:00**Endereço da Ocorrência: **LOCALIDADE DE DIZIMEIRO**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **CAMOCIM/CE**Ponto de Referência: **ESTRADA CARROÇÁVEL PROX. LAGOA COMPRIDA****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **MARIA DE FÁTIMA CANDIDO SALES**Nascimento: **17/11/1993** CPF: **058.896.433-63**RG: **20076291973**

Orgão Emissor:

UF: **CE**Filiação: **MARIA IRENE CANDIDO****MANOEL MOZAR SALES**Endereço: **VILA LOCALIDADE DE PEDRA BRANCA**Bairro: **DISTRITO DE GURIÚ**Município: **CAMOCIM/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(88) 98843-4853****Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HTX4372** Uf: **CE** Município: **JIOCA DE JERICOACOARA** Chassi: **9C2JC30104R098682** Renavam: **825206022** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** Ano Fabricação: **2004** Ano Modelo: **2004** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **ANTONIO MONTEIRO DOURADO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SENHORA MARIA DE FÁTIMA CANDIDO SALES, ACOMPANHADA DA SENHORA MARIA DO LIVRAMENTO RODRIGUES DE ARAÚJO(CONDUTORA DA MOTO), COMUNICANDO QUE, NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADOS, ERA TRANSPORTADA NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA CG 125 TITAN KS, DE COR PRETA, DE PLACA HTX4372, REGISTRADA EM NOME DE ANTÔNIO MONTEIRO DOURADO, QUANDO A CITADA CONDUTORA DA MOTO, EM UMA CURVA, APÓS TENTAR DESVIAR DE UM AUTOMÓVEL DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS, PERDEU O EQUILÍBRIO DA MOTO, OCASIÃO EM QUE A DECLARANTE VEIO A SE ACIDENTAR NO LOCAL. AFIRMA QUE A CONDUTORA DA MOTO DE NOME MARIA DO LIVRAMENTO RODRIGUES DE ARAÚJO RG Nº 20160081267 CPF Nº 540816863-49 NÃO SE MACHUCOU NO MOMENTO DO SINISTRO, NÃO TENDO ESTA REIVINDICADO O BENEFÍCIO DO SEGURO DPVAT. AFIRMA QUE O REGISTRO DO FATO TEM POR ESCOPO O BENEFÍCIO DO SEGURO DPVAT E QUE ESTA CIDADE NÃO DISPÕE DE SAMU, ANJOS DO ASFALTO, IML TAMPOUCO CORPO DE BOMBEIROS.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM



Impresso nº 2019184573

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 430 - 953 / 2019

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSÉ ÉDER TORRE DE SOUSA - MAT.: 198367-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maria de Fátima Candido

VISTO DO DELEGADO(A) :

CLAUDIO MARCILIO ALVES VASCONCELOS - MAT.: 300824-1-9

800053659	26/11/2018 17:50:14	FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA	TARDE	12
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
MARIA DE FÁTIMA CANDIDO SALES	17/11/1993	25 A 0 M 9 D	898003030332073		00094481	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
DENTIDADE	2007629197-			F		PARDA
Mãe	3			Pai		CAMOCIM - CE
MARIA IRENE CARNDIDO				MANOEL MOZAR SALES		Contato
Endereço						Ocupação
RUA - DIZIMEIRO - SN - ZONA RURAL - CAMOCIM - CE						

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
	URGÊNCIA	DR MEIRELES				
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.				Registrado por:
EMERGENCIA						NATALIA
Queixa Principal	() Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue					

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

() RAIO -X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>Rx Indicação</i>		
<i>Vacinas</i>		

Conduta	() Ambulatório
() Alta por Decisão Médica	() Observação (Até 24h)
() Alta a Pedido	() Internação
() Alta a Revelia	Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____
() Transferência para: _____	

óbito	Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não	Destino: () Família () IML Anatomia Patológica
-------	--	--

Assinatura do Paciente ou Responsável *Assinatura do Médico*

Impresso por: natalia
Data Hora: 26/11/2018 17:52:09

Francisco A. B. Meireles
MEDICO
2M: 1346





FICHA DE REFERÊNCIA

1 - Preencher esta ficha
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias para o usuário, orientando-o a retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: Camocim

Nome: Marcelo de Fátima Santos Silva

Prontuário N°: _____

Sexo: M ☐ F ☒

Data de Nascimento: 12/11/1993

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Tel.: _____

Motivo do encaminhamento: Exame de sangue para diagnóstico de diabetes

Resultado de Exames: Não há

Consulta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: Diabetes Mellitus

Assinatura do Encaminhante: [Assinatura] N° Registro: 1518

Função: Médico

Data: 12/11/2018

Hora: 09:00

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de Referência: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N°: _____

Alta: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico Principal: _____

CID: _____

Secundário 1: _____

CID: _____

Secundário 2: _____

CID: _____

Proposta de Conduta para Seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____

Função: _____

Data: ____/____/____

180005378

29/11/18

BOLETIM DE ANESTESIA

Paciente: Nº de futura cirurgia de S. O.

Categoria: SUS

Tipo: Regul

Anestésico Usado: Neocano preso 154

Início: 10:40 Término: 12:20 Tempo Total: 01 hora e 40 min

CONDIÇÕES DO PACIENTE

Ao Entrar na S. O. _____

Pa 120/80 mmHg T 36°C

Ao Sair da S. O. _____

Pa 110/70 mmHg T 36°C

Alterações Verificadas com o Paciente Durante o ato Cirúrgico

- ① Neocano preso 154
- ② Demarcação
- ③ Ressecção por campo do O.F.A.

Dr. Vicente Mourão
CREMEC 14273



CONVENIADO AO SUS

Leito

M-003

CENTRO CIRÚRGICO

Categoria

SUS

Operador

Dr. Sergio

Aux.

Anestesista

Dr. Duarte

Anestesia

Raquel

Operação

Prostetização de fíbula e

Paciente

Zy de Juliana Candido Sales

CONSUMO

Dolatina	Fio Algodão 2.0	0	1
Atropina	Fio cot gut simples 2-0	0	3
Adrenalina	Fio cat cromado 3-0	2-0	0 1
Transamin	Fio de Seda		
Álcool	Fio Poliglactina 1	2	2-0
Riodine Topico	Fio Nylon 2-0	2-0	4-0 5-0
Riodine Degermante	Fio Polipropilene 3-05	20	01
Soro gl 5%	Compressas	05	
Soro Fis 9%	Ataduras Gessada		
Soro Ringer Lactado	Faixa 10	3	
Metronidazol	Faixa 20		
Propofol	Faixa 30		
Midazolam	Plasil		
Diazepam	Xylocaina 5%	1	
Cloreto de Suxametonio	Lidocaina 2%		
Citrato de Fentanila	Cloridrato Etilefrina		
Cloridrato Cetamina	Esparadrapo	+	
Agulha de Raque	Lamina n° 14-1		
Seringa 3	Luva n° 7,0	3	7,5 8,0
Clamp. Umbilical	Luva Procedimento	6uf	
Equipo	Sonda Naso Curta n°		
Multivia	Sando Naso Longa n°		
Angiocat n° 20-1	Sonda Endotraquial n°		
Sulfato de Morfina	Sonda Foley 2ª via		
Coletor Universal	Sonda Foley 3ª via		
Prostigmine	Coletor Sistema Fechado		
Tracur	Agulha n° 40x1,20		
Água 10ml	Agulha n° 0,45x13		
Dreno	Agulha 27x8		
Oxitocina	Ergotrat		

Zy de Juliana 29

buscopan 1



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE REFERÊNCIA

1 - Preencher esta ficha em 3 vias.
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias para o usuário, orientando-o para reter a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade de Origem: _____
Distrito Sanitário: _____ Município: edmoelun

Nome: MARIA DE FÁTIMA CARVALHO LIMA Prontuário Nº: _____
Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento: 17/11/93 Ocupação: _____
Endereço: _____ Bairro: _____ Tel.: _____

Motivo do encaminhamento: pt. de trauma de queda de moto, apresentando ferimento na perna e

Resultado de Exames: RX

Consulta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: FRATURA PERNA (E)

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: _____ Função: MEDICO Data: 22/11/2018 Hora: 09:00

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: _____ Profissional: _____
Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: P: 25a - Acidente de trânsito
cl. fratura fechada de tíbia (E)
desf. rev.

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: Fx Fechada Tibia (E) CID: _____
Secundário 1: _____ CID: _____
Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: Internar p/ cirurgia + analgesia + antibioticoterapia

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro: _____ Função: _____ Data: ____/____/____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/12/2019 às 10:17, sob o número 02010913820198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0201091-38.2019.8.06.0001 e código 5AD0B44.



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 29

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DEPUTADO MURILO AGUIAR

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEPUTADO MURILO AGUIAR

2- CNES

2327945

4- CIAPS

2327945

Identificação do Paciente

1- NOME DO PACIENTE

Maria de Fatima Candida Sales

6- Nº DO PRONTUÁRIO

94483

7- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898003030332073

8- DATA DE NASCIMENTO

27/11/53

9- SEXO

Masc ☐ 1

Fem ☒ 3

10- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria Sorene Candido

DDD

11- TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12- ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Dezembro - Zona rural

13- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Camocim

14- COD. IBGE MUNICÍPIO

230260

15- UF

CE

16- CEP

6240000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura da perna
de perna @
na R. a. necessitando
urgente

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ulceração de perna - Amputação + 2

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

R + Amputação + 2

20- DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura em 2.º grau de 5822

21- CID 10 PRINCIPAL

22- CID 10 SECUNDÁRIO

23- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento ortopédico de perna

25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050500

26- CLÍNICA

COR

27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

OS

28- DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29- Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

961412616131321-1-1-1

30- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

27/11/12

32- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS

33- () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34- () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35- () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36- CNPJ DA SEGURADORA

37- Nº DO BILHETE

38- SÉRIE

39- CNPJ DA EMPRESA

40- CNAE DA EMPRESA

41- CBOR

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44- COD. ÓRGÃO EMISSOR

49- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO (CNS/CPF)

James Sampaio de Sousa
Medico Auditor - DEMASUS - Camocim

45- DOCUMENTO

46- Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- DATA DA AUTORIZAÇÃO

48- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

17 FEV. 2019

CPF 30140200034

CRM 5515

PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DA REDE DE
TRANSFERÊNCIA CRESUS/16ª CRES
MACRORREGIÃO SOBRAL.

SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA
CLÍNICA MÉDICA

08:40

Unidade solicitante: HDCM Telefone do setor: (88) 3621-0711 Município: Camocim

Nome do paciente: MARIA DE FÁTIMA CANDIDO LIMA Sexo: Masc Fem ☒ Data de nascimento: 17/11/93 Idade: 25

Rua/Número/Bairro/Cidade: DIVULGADO

Filiação: MARIA LACRE CANDIDO

Médico solicitante: MARCEL CREMEC:

Diagnóstico (s): FRATURA TIBIA (E)

Morbidade(s):

QUEIXA: DURAÇÃO: D M A

ANAMNESE:
pt - vítima de queda de moto, apresentando fratura na
tibia e (tibia + fêmur)

SINAIS VITAIS:
PA: X mmHg | FC: bpm | FR: irpm | TAX: °C | DX: mg/dl

EXAME FÍSICO:

MEDICAÇÃO E TEMPO DE USO:
Volonox 200 + Dexametasona

EXAMES COMPLEMENTARES:

CONDUTA NO HOSPITAL DE ORIGEM:
transf.

Data da solicitação: 22/11/2018

Assinatura do médico com carimbo

RUA 24 DE MAIO, 698 - CENTRO - CAMOCIM - CEARÁ - FONE: (88) 3621.1122 / 3621.1250

REG. 94481

NOME Nª de Helena Sandoval Silva

LEITO M-01

Diag. Clínico: Fratura da mão

perna 3

Ind. Cirúrgica: Fratura ossos da

perna 3

CONDIÇÕES DO PACIENTE

Ao entrar na SO: TPR - - - PA:

Ao sair da SO: TPR - - - PA:

Anestesia: Local

Operação: Osteossíntese do pé direito

CLASSIFICAÇÃO:

Início: Fim:

ACHADOS: (Descreva os órgãos explorados e registre os achados patológicos).

O que foi feito:

1) Posiciona em posição adequada para a realização da cirurgia.

2) Anestesia e Antissepsia de m. e - Torção

3) Incisão direita na perna

4) Redução cirúrgica da fratura dos ossos da perna

5) Fixação com placa e parafusos

6) Lavagem da ferida

7) Fechamento da ferida com pontos

8) Curativo com gaze

9) Retirada do curativo

Contagem de compressas:

Condições pre-operatório imediatas:

Operador:

[Assinatura]

Auxiliar:

Anestesia:

Dr. Vicente Mourão
CREMEC 14273



(/)

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 para o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190348126 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA DE FATIMA CANDIDO SALES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO MARIA DE FATIMA CANDIDO SALES

CPF/CNPJ: 05889643363

Posição em 25-11-2019 10:28:11

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
06/06/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
12/06/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/hZYDHLAvkaWxhVgzv...api_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4IVg__Ud__F8g7k__oWc7NX2is=)
29/05/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/l0cByfRQCdJIE1Ds6Xy8RQ...api_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4IVg__Ud__F8g7k__oWc7NX2is=)