

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 15

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

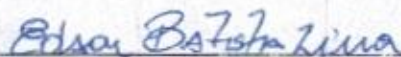
OUTORGANTE	EDSON BATISTA LIMA		
Nacionalidade	BRASILEIRO (a)	Natural	CE
Estado Civil	CASADO	RG nº	07000387304 DETRAN
Profissão	AUTONOMO	CPF nº	609.708.973-24
Endereço	RUA EMILIANO DE QUEIROZ, 30		
Bairro	QUINTINO CUNHA	CEP	60.000-000
Município/UF	FORTALEZA / CE		

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103 e **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua São Paulo – nº 32 – 10º Andar – Salas 1003/1004 – Bairro Centro – CEP: 60.030-100 – Fortaleza/CE, Tel.: (85)999638013/ (85)988530069/ (85)98636-3030/(85)30220470.E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao_@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" 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 realizar endosso em cheque nominal emitido em nome do outorgante, 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

26 de julho de 2019



OUTORGANTE

RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 10º ANDAR - SALAS 1003/1004 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - FORTALEZA/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 99963-8013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao_@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 16

DECLARAÇÃO

OUTORGANTE	EDSON BATISTA LIMA		
Nacionalidade	BRASILEIRO (a)	Natural	CE
Estado Civil	CASADO	RG nº	07000387304 DETRAN
Profissão	AUTONOMO	CPF nº	609.708.973-24
Endereço	RUA EMILIANO DE QUEIROZ ,30		
Bairro	QUINTINO CUNHA	CEP	60.000-000
Município/UF	FORTALEZA / CE		

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 sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

FORTALEZA - CE

26 de julho de 2019

>

Edson Batista Lima

DECLARANTE

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 17

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, EDSON BATISTA LIMA, BRASILEIRO(A),
CASADO, AUTONOMO, PORTADOR DO RG Nº
07000387304 DETRAN, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 609.708.973-24, RESIDENTE E
DOMICILIADO(A) NO ENDEREÇO RUA EMILIANO DE QUEIROZ, 30
QUINTINO CUNHA NA CIDADE DE FORTALEZA / CE. DECLARO PARA TODOS

OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELOS DRS. **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**,
BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, E **MARCELO PEREIRA
BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103 E **THIAGO
SABOYA PIRES DE CASTRO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº
24.156, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL PARA RECEBER INTIMAÇÕES NA RUA SÃO PAULO – Nº 32 – 10º
ANDAR – SALAS 1003/1004 – BAIRRO CENTRO – CEP: 60.030-100 – FORTALEZA/CE. ACERCA DOS DOCUMENTOS
NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO
SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE
POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO JUDICIAL, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, ISENTO O ESCRITÓRIO SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS, REPRESENTADO ATRAVÉS DOS
ADVOGADOS **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB
O Nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-
CE SOB O Nº 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA
OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA SÃO PAULO – Nº 32 – 10º ANDAR – SALAS
1003/1004 – BAIRRO CENTRO – CEP: 60.030-100 – 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

26 de julho de 2019

Edson Batista Lima

DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 10º ANDAR - SALAS 1003/1004 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - FORTALEZA/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 99963-8013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: brunop.brandao@vahoo.com.br marcelobrandao@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
ARTID NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1673703278

EDSON BATISTA LIMA



DOC. IDENTIDADE / CNH. EMISSOR Nº: 2007007002600 SSP CE

CPF: 609.708.973-24 DATA NASCIMENTO: 13/09/1993

NASCIMENTO: FRANCISCO FERREIRA LIMA SIRTENHA ALVES BATISTA

NASCIMENTO: NCE: CE-NE: A.

Nº RENASC: 07000397304 VALIDEZ: 16/08/2022 1ª EMISSÃO: 06/02/2018

OBSERVAÇÕES:
SEM OBSERVAÇÃO:

Edson Batista Lima
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO: 28/02/2019

For Valida
ASSINATURA DO EMISSOR

15355652558
CE169700895

CEARÁ

PROIBIDO PLASTIFICAR
1673703278

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

29 MAIO 2019

Nº DO CLIENTE
6991147

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Vieira, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047351/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 568086528

Rota 20 01150 42 627800 - 1 Data de Emissão 29/03/2019

Nome **BRUNA MAGALHÃES DA SILVA**

End. Postal **RU EMILIANO QUEIROZ 00030**
QUINTINO CUNHA - FORTALEZA - 60000000

Medidor **5328887** Posto **0000 F450**

Classe **B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFÁSICO**

RG / CPF / CNPJ **058757073-30** CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Latura
Mar/2019	29/03/2019	29/04/2019

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta **BRUNHA DO CARVALHO**

Mês **Jan/2019** **ESD 18,70**

DICI = 0,00 P

	Índice Individual			Agrupação Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	4,80	9,67	19,34	0,00	0,00	0,00
FIC	3,11	6,22	12,45	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,69			0,00		

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9CEF,311E,7540,46F0,9650,8236,33FE,24D9

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leil. Atual	Leil. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
PP 6327	6206	1,00	121	0,00	00	0,27360	0,14
					30	0,29417	28,69
					21	0,44177	9,27
29/03/19	26/02/19		31 DIAS		121		35,00

VALOR CONSUMO DO MÊS 35,00

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 9,50

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,84

VENCIMENTO 25/04/2019

TOTAL PAGAR (R\$) 45,34

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	18,48
Transmissão	16,97
Distribuição	19,55
Encargos Setoriais	2,82
Tributos (PIS-COFINS)...	2,84
TOTAL	35,84

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
137		
121		
133		
136		
120		
136		
136		
118		
160		
94		
161		
178		
153		

MEI Mai Jun Jul Ago Set Out Nov Dez Jan Fev Mar Abr

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Genecência Ecológica (NCCO)
47,24	0,00	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

"SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR"

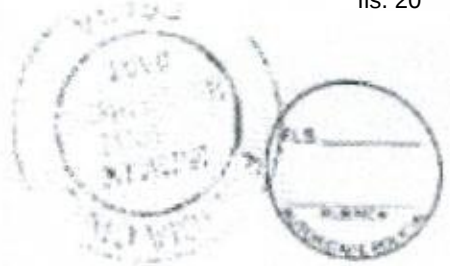
LIBIA CORRETORA DE SEC. LTDA.

29 MAIO 2019

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/01/2020 às 12:16, sob o número 02034883620208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0203488-36.2020.8.06.0001 e código 5C4A698.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2019351610



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1706 / 2019

Dados da Ocorrência

0182242/19

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **28/05/2019 09:30:48**
 Data / Hora da Ocorrência: **11/03/2019 16:40:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA MOZART PINHEIRO DE LUCENA**
 Complemento:
 Bairro: **VILA VELHA** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência: **PROXIMO AO RESTAURANTE DEGA DO CARNEIRO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EDSON BATISTA LIMA**
 Nascimento: **13/09/1993** CPF: **609.708.973-24**
 CNH: **07000387304** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
 Filiação: **SIRITEMA ALVES BATISTA**
FRANCISCO FERREIRA LIMA
 Endereço: **RUA EMILIANO DE QUEIROZ, 30**
 Bairro: **QUINTINO CUNHA**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98586-2731**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMH6780** UF: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC4120ER033260 Renavam: **10179273/72** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN ES** Ano
 Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **EDSON BATISTA LIMA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISÃO**

Historico

O DECLARANTE AFIRMA QUE NO LOCAL, HORÁRIO E DATA ACIMA MENCIONADOS PILOTAVA A MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN, DE PLACA PMH-6780, SENTIDO BARRA DO CEARÁ, QUANDO AO DESVIAR DE UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO QUE FAZIA UMA CONVERSÃO PROIBIDA, COLIDIU NUM CICLISTA QUE ATRAVESSAVA A AVENIDA; QUE CAIU E FICOU LESIONADO; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO. E NADA MAIS DISSE!!!

OBS: A FALSA COMUNICAÇÃO É PREVISTA NO ART 340 DO CPB E O PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO É DE SEIS MESES A PARTIR DA DATA DO FATO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RECOMENDADO PELO REGISTRO:

MPB /

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

29 MAIO 2019



DECLARAÇÃO



**SAMU
192**

REGIONAL FORTALEZA

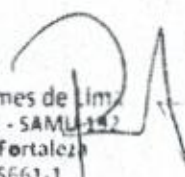
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Edson Batista Lima** - C.P.F. - 609.708.973-24, no dia 11/03/2019, às 17h29min, na **Avenida Mozart Pinheiro de Lucena**, no **Bairro Vila Velha**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

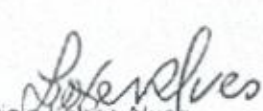
Documento requerido por meio do Processo nº P677249/2019.

Fortaleza, 15 de Maio de 2019.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Mauricio Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat - 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

RUA PADRE GUERRA, 1360 - PARQUELANDIA - CEP: 60466-360
FONE: (085) 3452.9141
FORTALEZA-CE
ouvidoria@samu.fortaleza.ce.gov.br

LIBIA CORRETORA DE SEC. LTDA.

29 MAIO 2019



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



Prefeitura de Fortaleza

P-677249/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USP 08 PONTO DE APOIO: UPC Nº DA OCORRÊNCIA: 0807
 DATA: 11/05/19 TURNO: MT EQUIPE: GRAN. SIMPTIO / AFONSO
 NOME: EDSON MARISTA JIMA IDADE: 250 SEXO: MASC.

ENDEREÇO: AV. MOZART PINHEIRO DE LUCENA 2080

REFERÊNCIA: BAIRRO: DILA VELHA

QTY: 17 01 QUS: 17:39 QUM: 17:51 QUU: 18:10

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: COLUN. ACCIDENTAL / MOTO

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO EXPANSÃO TORÁCICA PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

☒ RESPONSIVO ☒ PRESENTE ☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO ☐ AUSENTE ☐ AUSENTE

☐ PERVEAS ☐ OBRSTRUÍDAS

POR: _____

A

PADRÃO RESPIRATÓRIO

☒ EUNEXICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA / AUSENTE

INSPEÇÃO

☐ NORMAL
☒ ALTERADA: DEFORM. DORS.
MSE + EDEMA PE D

PALPAÇÃO / PERCUSSÃO

☒ NORMAL
☐ ALTERADA: _____

AUSCULTA

☒ NORMAL
☐ ALTERADA: _____

B

PULSO

☒ NORMOCÁRDICO ☒ CHEIO
☐ TRAIQUICÁRDICO ☐ FILIFORME
☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL

PELE

☒ CORADA ☐ SUDOREICA
☐ PÁLIDA ☒ SECA
☐ CIANÓTICA ☐ QUENTE
☐ FRIA

ENCHIMENTO CAPILAR

☒ ≤ 2 seg
☐ > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO

☐ SIM
☒ NÃO

C

LOCAL: Rodov. + Pedriel

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR

ESPONTÂNEA ☒ 4
 A VOZ ☐ 3
 A DOR ☐ 2
 NENHUMA ☐ 1

RESPOSTA VERBAL

ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5
 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4
 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3
 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2
 NENHUMA ☐ 1

RESPOSTA MOTORA

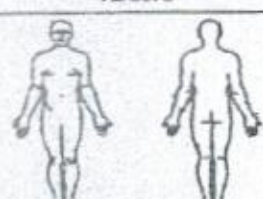
OBDECE A COMANDOS ☒ 6
 LOCALIZA A DOR ☐ 5
 MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4
 FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
 EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
 NENHUMA ☐ 1

D

TOTAL: 15

PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOLÓRICAS)
☐ ALTERADAS

ADULTO



LESÕES

MSE (ANTEBRAÇO)
PE D

PEDIÁTRICO



E

SAMPLA

PC: A2 PA: _____ FR: 20 GLC: _____ CCM: 96 TEMP.: _____

1.45 cl/ capacidade, intima de colisão bicicleta / moto altera, ouz
1.45 regu sincope, refere dor no MSE + dor no PE (D) apor
tr. deformidade no tempo medio do MSE + edema no PE D

QTY: DESLOCAMENTO: QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA: QUM: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA: QUU: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE: QUA: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

29 MAIO 2019



**Prefeitura de
Fortaleza**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE EDSON BATISTA LIMA		DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 206922	Nº DO RE 276419
CADÚS		NASCIMENTO 13/09/1993(25 ANOS)	SEXO M	RACA-COR PARDO	
NOME MÃE SIRITEMA ALVES BATISTA		NOME RESPONSÁVEL SAMU USB 08 OC		UF CE	
ENDEREÇO RUA EMILIANO DE QUEIROZ 30 OLAVO OLIVEIRA		MUNICÍPIO FORTALEZA		CEP 60.351-235	
CONTATO (85)98564-2582					
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/ENDEREÇO DO ACIDENTE					
OCORRÊNCIA					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				NOTIVO	
QUEIXA SAMU TRAUMA NO MSE E MID APOS COLISAO COM BICICLETA HA 2 HORAS				COLISÃO MOTO X BICICLETA	
SINTOMAS NI				ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS					
PESQ NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI	OLICEMIA NI	
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI				
CLASSIFICAÇÃO AMARELO		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA HELENA RODRIGUES		DATA E HORA DO 11/03/2019	
ÁREA DE ATENDIMENTO					
ATENDIMENTO TRAUMA					
ANAMNESE					
<i>Ex antebraço sup. (AP+P)</i> <i>Ex pé dir. (AP+OBL)</i> <i>fratura distal de fêmur</i>					
DIAGNÓSTICO					
SADT SOLICITADO () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS					

PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>(B) Intussusceção</i>			
<i>fratura antepalmar</i>			
<i>fratura postumero el. hto</i>			
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
☐ 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 RESPONSÁVEL	

Impresso por MARIA HELENA RODRIGUES em 11/03/2019 às 17:52:17

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. Penal.

Dr. Marcelo Antônio Araújo
 11/03/2019 17:52:17
 CPU - 11/03/2019

EDSON BATISTA LIMA

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
 ATTESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramos
 Mat. 45632
 Coordenador do SAME - HINFAM

LIBIA CORRÊA DE SÊ. LTDA.

19 MAIO 2019



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA	2 - CNES: 2529149
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: INSTITUTO PRAXIS	4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: EDSON BATISTA LIMA		PRONTUÁRIO : 5606972		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAUDE :	8 - DATA NASCIMENTO: 13/09/1993	09-SEXO () M () F	10-RAÇA/COR	10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE/PAI: SIRITEMA ALVES BATISTA		12 - TELEFONE:		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL N.I		14 - TELEFONE DE CONTATO:		
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): EMILIANO DE QUEIROZ 30 OLAVO OLIVEIRA				
16 - MUNICÍPIO: FORTALEZA	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: CE	19 - CEP:	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE COM FRATURA DE RADIO ,NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO .

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FX . RADIO	24 - CID 10 S523	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
--	----------------------------	------------------------	--------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE RADIO.		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408020431	
29 - CLÍNICA: TRAUMA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: EMERGENCIA	31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE: 4278
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		34 - DATA SOLICITAÇÃO: 12/03/2019	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA:	40 - Nº DO BILHETE:	41 - SÉRIE:
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	42 - CNPJ DA EMPRESA:	43 - CNAE DA EMPRESA:	44 - CBOR:
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR:	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: () CNES () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):		

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

29 MAIO 2019

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600104487
NÚMERO DA AIH: 2319102202901

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - UF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: EDSON BATISTA LIMA

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 13/09/1993 - 25 anos

NOME DA MÃE: SIRELEMA ALVES BATISTA

NOME DO RESPONSÁVEL: HOSPITAL

ENDEREÇO: EMILIANO DE QUEIROZ

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 32555000

BAIRRO: Q CUNHA

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S523 - Fratura da diáfise do rádio

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408020431-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 170224967980002 - JONAS ARAUJO E SILVA

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 12/03/2019 - 19:52 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 18/04/2019 - 11:17

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



unisusweb.com.br

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

29 MAIO 2019

DATA: 03/05/



**GOVERNO DO ESTADO DO
CEARÁ**
**Secretaria da Saúde do Estado
do Ceará**
**Coordenadoria de Regulação,
Avaliação e Controle**
**CRESUS - Central de Regulação
Estadual do SUS**



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**

USUARIO: acassia.avelino - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

12/03

21/08

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Siga os passos abaixo:
Seleção de situação
Seleção da solicitação
Visualização da solicitação
Lista de ocorrência
Inclusão de ocorrência
Visualização de ocorrência
Confirmação de cancelamento
Registro de transferência
Confirmação de transferência
Operação finalizada com sucesso

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE

EDSON BATISTA LIMA



NOME DA MÃE

SIRELEMA ALVES BATISTA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5606972

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

13/09/1993 - 25 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

HOSPITAL

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(85) 32555000

ENDEREÇO

EMILIANO DE QUEIROZ

BAIRRO

Q CUNHA

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARÁ

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

Plantonista

MÉDICO

10473629372 - JONAS ARAUJO E SILVA

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE SERA TRANFERIDO PARA O PRAXIS

Solicitação

NÚMERO

12600104487

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

12/03/2019 - 19:52

PROFISSIONAL

10473629372 - JONAS ARAUJO E SILVA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA

PROCEDIMENTO REALIZADO

LIBIA CORRETORA DE SGB. LTDA.

29 MAIO 2019

12/03/2019 1

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
 AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
 CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

==[INTERNAÇÃO]==

Número Data Hora Convênio/Plano
 201921001282 12/03/2019 21:08 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
 Médico Solicitante
 ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO - 6193
 Médico Responsável
 ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO - 6193
 Procedimento Solicitado
 0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA

==[ACOMODAÇÃO]==

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
 226/2 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

==[PACIENTE]==

Nome Sexo
 EDSON BATISTA LIMA MASCULINO
 Nascimento Idade Religião Prontoúario Registro
 13/09/1993 25 Anos CATÓLICO (A) 2450151 2019025700011119

==[DADOS DA ALTA]==

Diagnóstico Principal

Procedimento Realizado

0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA
 Data Hora Motivo
 14/03/2019 12:18 ALTA MELHORADO

==[DECLARAÇÃO]==

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente EDSON BATISTA LIMA, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 14 de março de 2019

Responsável/ *J. Buena magalhães da Silva*
 Representante Legal Nome Legível

Assinatura

LÍDIA CORRETORA DE SEÇÃO

Enfermeira(o)
 Responsável
 pela Liberação

Kilvia D. Silva
 Nome Legível

43356

Assinatura/Carimbo

29 MAIO 2019

Usuário responsável: kilvia.cavalcante

Data: 14/03/2019 Hora: 12:18:53

FICHA DE INTERNAÇÃO

===[ADMISSÃO]==

Número 201921001282 Data 12/03/2019 Hora 21:08 Convênio PRAXIS Classificação SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento ELETIVO SISREG AIH
Origem do Paciente IJF Clínica/Especialidade CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Médico Solicitante 6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI Médico Responsável 6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI
Procedimento Solicitado 0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA Dias 2
===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome EDSON BATISTA LIMA Sexo MASCULINO
Nascimento 13/09/1993 Idade 25 Anos Raça/Cor PARDA Estado Civil SOLTEIRO(A) Religião CATÓLICO (A)
Mãe SIRITEMA ALVES BATISTA Pai FRANCISCO FERREIRA LIMA
Conjuge Responsável BRUNA MAGALHAES DA SILVA Prontuário 2450151
CNS 709006880078115 Registro 201902570001119 Documento Informado RG: 2007007002600
País BRASIL Município de Naturalidade FORTALEZA/CE CEP 60010-100
Município de Residência FORTALEZA/CE Logradouro RUA EMILIANO DE QUEIROZ
Número 30 Complemento Bairro QUINTINO CUNHA
Fone-Móvel (85)9856.42582 Fone Fixo (85)9852.81235 Ponto de Referência
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO) AUTÔNOMO / SOLDADOR

===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==

Em caso de urgência avisar BRUNA MAGALHAES DA SILVA - ESPOSA Acomodação/Leito 226/2
Tipo de Acomodação ENFERMARIA Clínica CLÍNICA CIRÚRGICA Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: maria.nataly Data: 12/03/2019 Hora: 21:12:18 Tempo: 00:03:26

===[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

BRUNA MAGALHAES DA SILVA, abaixo assinado, responsável pelo paciente EDSON BATISTA LIMA, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 12 de março de 2019.

RESPONSÁVEL *Bruna Magalhães da Silva*

TESTEMUNHAS

LÍBIA CORRETORA DE TEX. LTDA.

29 MAIO 2019

CLÍNICA	13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
CLÍNICA COMPLEMENTAR	
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	5 - INTERNAÇÃO LOCAL
Justificativa da internação	
DIAGNÓSTICO INICIAL	S523 - Fratura da diáfise do rádio
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	PACIENTE COM FRATURA DE RADIO ,NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	RISCO DE COMPLICAÇÃO
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	ANAMNESE + EXAMES
Causas externas	
DEFINIÇÃO DO ACIDENTE	1 - NÃO SE APLICA

[Voltar](#)

Caso deseje cancelar a solicitação de internação você pode:

[Cancelar solicitação](#)

Caso deseje acessar as ocorrências da solicitação você pode:

[Acessar ocorrências](#)

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

12/03/2019 19:01

29 MAIO 2019

NBS



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

fls. 31

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data:

13/03/19

Nome do paciente:	Edson Batista Lima		
Nº Prontuário:	2450151	Categoria:	
Clínica:		Leito:	026.2
Cirurgião:	Dr. Carlos Roberto Gomes		
Anestesista:	Dr. Carlos Roberto Gomes		
Tipo de Anestesia:			
1 Auxiliar:			
2 Auxiliar:			
3 Auxiliar:			
Instrumentadora:	Cleicianne		
Circulante:	Ammy		
Diagnóstico Pré-Operatório:	Artroscopia		
Tipo de Operação/ Código:	040802092		
Diagnóstico Pós-Operatório:			
Relatório Imediato do Patologista:			
Exame Radiológico no ato:			
Acidente e Incidentes:			
Contagem de Compressas:			

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA:
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

COREN 442.04

Assinatura Anestesista

CRM 2024852439

COF 0450

MODELO 8.0

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.

29 MAIO 2019



**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

Data: 29/03/19

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: <u>Edson Batista Lima</u>							
Nº Prontuário: <u>2450354</u>		Nº Controle:		Enf./		Leito: <u>226.2</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Carlos Maciel</u>		Tempo de Sala: <u>1 hora</u>		Tempo de Oxigênio: <u>1 hora</u>			
IDADE: <u>70</u>	PESO: <u>96kg</u>	ALTURA: <u>1.63m</u>	SEXO: <u>M</u>	TEMP: <u>36</u>	PULSO: <u>100</u>	RESP: <u>13</u>	PR. ART. MAX/MIN
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	URINA	
	<u>5.5 milhões</u>	<u>15.9 g/dl</u>	<u>45.0%</u>				
Anestésicos Anteriores: <u>sem</u> Medicamento Pré-Anestésico: <u>Demulente 5mg</u> Aplicado às: <u>07:30h</u> Efeito: <u>ótimo</u>							
Agentes Anestésicos		<u>20</u> 					
Líquidos		<u>SF</u> <u>1000ml</u> + <u>RL</u> <u>500</u>					
CÓDIGO		P. Anestesia O. Pulso O. Respiração Anestesia O. Operação					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		<u>X</u> <u>0</u> <u>Decubito Dorsal</u> <u>Hentel</u> <u>0</u> <u>+0</u> <u>+0</u> <u>+0</u> <u>+0</u> <u>Operação</u> <u>de</u> <u>do</u> <u>Artelho</u> <u>Cirurgião</u> <u>Dr. Carlos</u> <u>Anestésistas</u> <u>Dr. Carlos</u> TEMPO DE ANESTESIA: Das <u>07:30</u> hrs às <u>08:30</u> Minutos Anestésista: <u>Dr. Carlos</u>					
Asma <u>+</u> Bronquite <u>+</u> E.C.G. <u>Normal</u> Alergia: <u>sem</u> Estado Mental: <u>ótimo</u> Ataraxicos: <u>sem</u> Corticóides: <u>2L</u> Hipotensores: <u>2L</u> Outras Drogas: <u>2L</u>		INDUÇÃO Satisf. <u>+</u> Excit. <u>+</u> Tosse <u>+</u> Laringoespasmos <u>+</u> Lenta <u>+</u> Náuseas <u>+</u> Vômitos <u>+</u> Outros <u>+</u>					
MANUTENÇÃO <u>Dr. Carlos</u> <u>MSD</u> <u>com</u> <u>fluorídrico</u> <u>Dr. Carlos</u> <u>5mg</u> <u>+ 0L</u> <u>Dr. Carlos</u> <u>1g</u> <u>+ 0L</u> <u>Dr. Carlos</u> <u>com</u> <u>Dr. Carlos</u> <u>- 0L</u> <u>Dr. Carlos</u> <u>in</u>		Anestésias Satisfatórias <u>+</u> NÃO <u>+</u> DESPERTAR Reflexos na S.O. <u>+</u> Obstr. <u>+</u> Co2 <u>+</u> Excit. <u>+</u> Náuseas <u>+</u> Vômitos <u>+</u> Outros <u>+</u> Para o leito com cânula SIM <u>+</u> LIBIA CURETURA DE SEC. LTDA. Condições <u>+</u> 29 MAIO 2019					
Perda sanguínea aprox. <u>ml</u> Volume sanguíneo repouso <u>ml</u>		MODELO 23					

CR-CLASSIC

Ex:

AP

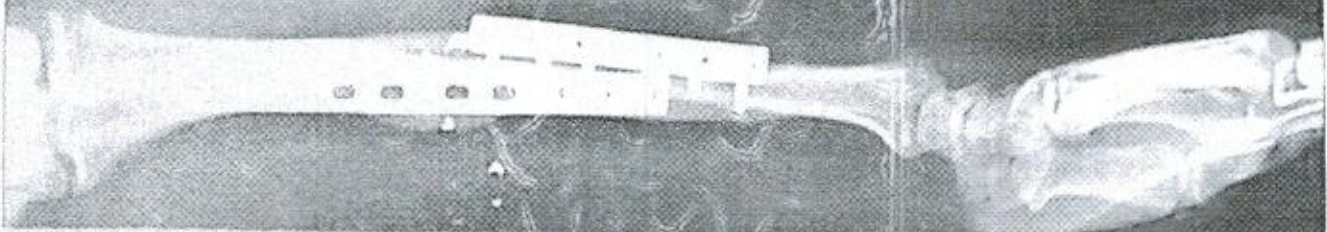
Se: 1/1

Im: 1/1

FOREARM

Mag: 1.0x

W:2712 L:832



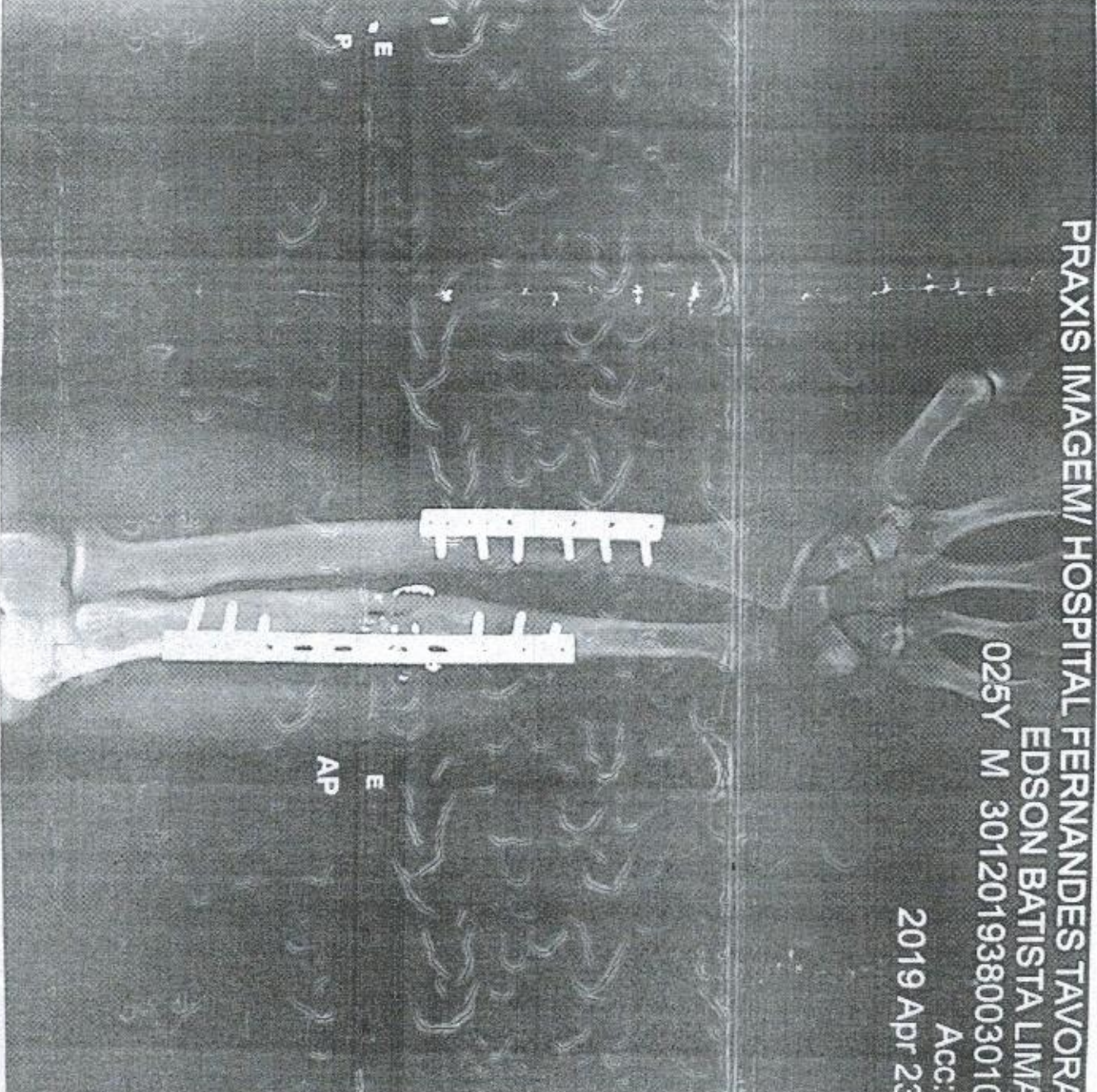
PRAXIS IMAGEM/ HOSPITAL FERNANDES TAVORA

EDSON BATISTA LIMA

025Y M 301201938003010

Acc:

2019 Apr 23



VÍTIMA EDSON BATISTA LIMA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO EDSON BATISTA LIMA
CPF/CNPJ: 60970897324

Posição em 26-07-2019 10:09:30

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
05/06/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50