



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	João Bosco Araújo Santos		
NACIONALIDADE	Brasileiro		
RG	93002221292	ESTADO CIVIL	solteiro
CPF	218.829.40334	PROFISSÃO	desempregado
ENDEREÇO	Rua Nossa Senhora da Conceição, nº 361		
BAIRRO	Distrito Jacarau	CEP	61.910-000
MUNICÍPIO / UF	Maracanaú - CE		

OUTORGADA: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE CEP 60.055-10.

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 FENASG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, desistir, renunciar, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, receber e quitar, quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimação 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), 27 de janeiro de 2024

x João Bosco Araújo Santos
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, João Bosco Araújo Santos, brasileiro(a),
solteiro, desempregado, portador(a) da Carteira de
 Identidade/RG nº 93002221292, e inscrito (a) no CPF sob o nº
218 829 403 34, residente e domiciliado (a) na Rua
Nossa Senhora da Conceição, nº 361, no bairro
Distrito Jacanaú, na cidade Maracanau, CEP 61.910-000,

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), 27 de janeiro de 20 21

X João Bosco Araújo Santos

Declarante



DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, João Bosco Araújo Santos,
brasileiro(a), solteiro, desempregado, portador(a) da cédula de Identidade Nº 93002224-292 e CPF Nº 218.829.403-34, DECLARO
que resido no seguinte endereço: Rua Nossa Senhora da Conceição, nº 361, no bairro Distrito Jacanaú, na cidade de Maracanau, CEP 61.910-000, 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, 27, de janeiro, de 2021

x João Bosco Araújo Santos
DECLARANTE



DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu, João Bosco Araújo Santos, portador (a) do RG nº 93002221292, e CPF 218.829.403-34, declaro para todos os fins a que se destinar, que compareci ao escritório da **Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA**, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE, CEP 60.055-10, e tenho total e plena consciência da existência da Ação de Cobrança de Indenização de Seguro DPVAT, referente ao acidente ocorrido na data de 46/02/2019, proposta contra Seguradora Líder. Assumo de forma plena, única e integral a responsabilidade da veracidade por toda documentação/ informação acostada aos presentes autos. Declaro ainda, para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários para ingressar com o presente AÇÃO JUDICIAL e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza/CE, ressaltando ainda, que até a presente data, não possuo nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora de consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a **Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA**, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE, CEP 60.055-10, 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 fatos) 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 DO 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), 27 de janeiro de 2021

X João Bosco Araújo Santos

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA RODEIRA DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO, MARIAS E TÍTULOS E IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

João Bosco Araújo Santos

JOÃO BOSCO ARAÚJO SANTOS

FILIAÇÃO
GERARDO MAGELA DOS SANTOS
MARIA MIRIAN ARAÚJO SANTOS

DATA NASCIMENTO 07/05/1961
NATURALIDADE CANINDE - CE
ORÇAO EXPEDIDOR TIPOFATICA RH
SSPDS-CE XXXX
OBSERVAÇÃO XXXXXXXXXXXXXXXXXX

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF XXXXXXXXXXXXXXXX
REGISTRO GERAL 93002221292
LOCAL P.: 6
DATA DE EXPEDIÇÃO 24/07/2019
OUTRO RG 4170480
2ª VIA

REGISTRO CIVIL
CERT. CASAM. C/ AVERB. DIV. CARTÓRIO-1º OFÍCIO TERMO:0004850-FOLHA: 00000379 LIVRO:800016 CANINDE - CE

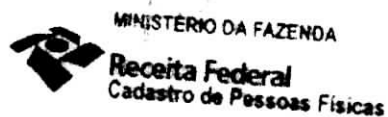
NOME SOCIAL XXXXXXXXXXXXXXXX
T. ELEITOR XXXXXXXXXXXXXXXX
REGISTRO XXXXXXXXXXXXXXXX
CERT. MILITAR XXXXXXXXXXXXXXXX
CHH XXXXXXXXXXXXXXXX
CPTS XXXXXXXXXXXXXXXX
SÉRIE UF
IDENTIDADE PROFISSIONAL XXXXXXXX
CNS XXXXXXXXXXXXXXXX

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO DIRETOR

Carolina Freitas Moreira

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

218.829.403-34

Nome

JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

Nascimento

07/05/1961

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

98D0.488C.5E17.2083

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às **08:59:14** do dia **17/06/2014** (hora e data de Brasília)

digito verificador: **00**

ROLINA FREITAS
 055.9918
 0520, 5º
 0055.9918
 0520, 5º

OUTO
 NACIO
 RG
 PF
 IDER
 IRRO
 NIO
 OR
 CE
 a
 O.C
 E-
 ta
 c
 st
 e

ada, advog
 o@gmail.co
 sso, no ba
 organte no
 "ad judic
 Estaduais
 eciais para
 beneficiã
 ia de segu
 contratos,
 para prom
 contratados
 os, termos
 ção de sin
 dos os po

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 02/02/2021 às 15:36 , sob o número 02066621920218060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0206662-19.2021.8.06.0001 e código 825AB74.

Nº do Cliente:

1016960

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 Valdevino, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07042351/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 096500733

Referência 01/2021

Rota MAS33104 - 37900

Nome MARIA HELENA ARAUJO SANTOS

Endereço RU NSA DA CONCEICAO, 00361, DISTRITO JACANAU, 61910-000, MARACANAÚ

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásica

Emissão 19/01/2021

Medidor 4984916-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

Anterior 15/12/2020

Atual 19/01/2021

Próxima prevista 18/02/2021

DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	21.470	21.216	1.00	254	00	254	0,25633	65,11

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNICIPAL	38,30
BENEFÍCIO TARIFÁRIO BRUTO	43,76
BENEFÍCIO TARIFÁRIO LÍQUIDO	-30,78
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	7,69
CONSUMO DE 031 KWH ATE 100 KWH	30,83
CONSUMO DE 101 KWH ATE 220 KWH	79,30
CONSUMO ACIMA DE 220 KWH	0,73412
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,07200
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,23233
MULTA	3,95

Tributo:

Base (R\$):

Aliquota (%):

Valor (R\$):

ICMS	195,67	27,00	52,81
PIS	142,86	0,66	0,93
COFINS	142,86	3,01	4,28

VENCIMENTO

26/01/2021

TOTAL A PAGAR (R\$)

207,14

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg CO₂ 99,16

Compensado kg CO₂ 0,00

Consciência Ecológica (%CO₂) 0

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Esta unidade consumidora está apta a suspensão de fornecimento por débito a partir de 04/02/2021 ou a qualquer momento por débitos já reavistados. O encerramento da relação contratual poderá ocorrer em 2 ciclos de faturamento após a suspensão de

DEBITOS ANTERIORES

MES-ANO VALOR (R\$)

12-2020 243,69

Total: R\$ 243,69



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

Impresso nº 2019207751

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1016 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **29/03/2019 16:40:42**
Data / Hora da Ocorrência: **16/01/2019 05:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA MARIA GOMES DE SA**
Complemento:
Bairro: **CONJUNTO ESPERANCA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOÃO BOSCO ARAUJO SANTOS**
Nascimento: **07/05/1961** CPF: **218.829.403-34**
RG: **93002221292** Orgão Emissor: UF: **CE**
Filiação: **MARIA MIRIAN ARAUJO SANTOS**
GERADO MAGELA DOS SANTOS
Endereço: **RUA SETEMBRINA, 900**
Bairro: **PARQUE SANTA ROSA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

Que no dia 16/01/2019, por volta das 05:00 hs se dirigia para o seu trabalho em sua bicicleta, quando uma motocicleta de placas OIG-8096, colidiu com sua bicicleta, vindo a vítima cair ao solo, sofrendo lesões na clavícula e na cabeça, sendo socorrido pelo SAMU para o Frotinha de Parangaba, passando por procedimento cirurgico. Que o condutor da moto também ficou lesionado e foi socorrido para o mesmo hospital.

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

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : 32
SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: João Bosco Araujo Santos

VISTO DO DELEGADO(A) : Mirian
MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 02/02/2021 às 15:36, sob o número 02066621920218060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/webastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0206662-19.2021.8.06.0001 e código 825AB74.



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **João Bosco Araújo Santos** - C.P.F. **218.829.403-34**, no dia **16/01/2019**, às **05hs**, na **Rua Maria Gomes de Sá**, no **Bairro Conjunto Esperança**, 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 **P572081/2019**.

Fortaleza, 27 de fevereiro 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


Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

Fortaleza

REFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRI TAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

REGISTRO DE A ENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE
JOAO BOSCO ARAUJO DOS ANTOS

CADUS

NOME MAE
MARIA MIRIAN ARAUJO DO SANTOS

ENDEREÇO
RUA SETEMBRINA 90 PARO E SANTA ROSA

CONTATO

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS D

QUEIXA
**PACIENTE TRAZIDO PELO : MU USB 104. COLISAO MOTO X I
EM OMBRO ESQUERDO E L ERACAO EM REGIAO OCCIPITAL**

SINTOMAS
NI

PESO
NI KG

TEMPERATURA
NI °C

CLASSIFICAÇÃO
VERDE

ÁREA DE ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

ANAMNESE

paciente trazido pelo USB 104. Colisão moto x bicicleta. Relata trauma em ombro esquerdo e lateralização em região occipital.
Do ombro B AP.
Transtorno de equilíbrio.

DIAGNÓSTICO

SADY SOLICITADO:

() HC () SU () US. DOMINANTE () TC CRANIO () RAIOS-X () OUTROS

MEDICAMENTO

do e cirurgia

Raio X D AP. Colisão.

Automação de Cerebro

ALTA/BAIXA:

() DECISÃO MÉDICA () A IDIDO () EVASÃO () TRANSFE
DESTINO DO CORPO: () FA LIA () IM . () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

Impresso por daianne pinto macedo 6/01/2019 às 05:33:16

Declaro serem verdadeiras as inform: Descrevo no campo abaixo as aqui prestadas, sobre as quais assum Penal. U. autor

DADOS PESSOAIS

NASCIMENTO
07/05/1961(57 ANOS)

Nº DO PRONTUÁRIO
366154

Nº DO BE
256354

SEXO
M

RAÇA/COR
PARDO

NOME RESPONSÁVEL
NI

MUNICÍPIO
FORTALEZA

UF
CE

CEP
60.763-105

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CICLETA. RELATA TRAUMA

MOTIVO
AVLIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

SAT O2
NI%

PULSO
NI

GLICEMIA
NI

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
DAIANNE PINTO MACEDO

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
16/01/2019 05:33:11

ÁREA DE ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

COD. PROCEDIMENTO

CID

ESCRITURAÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

RO DE ALTA/BAIXA

ÊNCIA () INTERNAÇÃO () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Jose Facundo Neto
Traumato - Ortopedista
CRM: 4394

Jose Facundo Neto
Traumato - Ortopedista
CRM: 4394

Dr. Victor Américo Coutinho
Médico Geral
CRM 12.726 / RQE 84.39

joao bosco araujo dos santos
HOSPITAL DISTRITAL DR JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Mônica Saba
M+ 14384

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, disponibilizado em 02/02/2021 às 15:36, sob o número 02066621920218060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.com.br/validar, informe o processo 0206662-19.2021.8.06.0001 e código 825AB74.

 Prefeitura de Fortaleza		REFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DISTRI TAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA		SUS	
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL					
DADOS PESSOAIS					
NOME DO PACIENTE JOAO BOSCO ARAUJO DOS SANTOS		Nº DO PRONTUÁRIO 366154		Nº DO BE 256354	
CADUS		NASCIMENTO 07/05/1961(57 ANOS)		SEXO M	
NOME MAE MARIA MIRIAN ARAUJO DOS SANTOS		NOME RESPONSÁVEL NI		RAÇA/COR PARDO	
ENDEREÇO RUA SETEMBRINA 90 PARQUE SANTA ROSA		MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE	
CEP 60.763-105		Ocorrência			
CLASSE DE RISCO					
QUEIXA PACIENTE TRAZIDO PELO S. MU USB M04. COLISAO MOTO X BICICLETA. RELATA TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO E LACERACAO EM REGIAO OCCIPITAL		MOTIVO AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA			
SINAIS VITAIS		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)			
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		GLICEMIA NI	
TEMPERATURA NI °C		SAT O2 NI%		PULSO NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO DAIANNE PINTO MACEDO		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 16/01/2019 05:33:11	
ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA					
ATENDIMENTO MÉDICO					
<i>paciente trazido pelo S. MU USB M04. COLISAO MOTO X BICICLETA. RELATA TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO E LACERACAO EM REGIAO OCCIPITAL.</i> <i>Do ombro E AP.</i> <i>Luxação alveolar da articulação.</i>					
DIAGNÓSTICO					
EASY SOLICITADO					
() HC () SU () US () DOMINANT () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS					
ESCRITURA MÉDICA					
MÉDICAMENTO					
APRAZAMENTO					
OBSERVAÇÕES					
ALTA/SADA					
() DECISÃO MÉDICA () A FÉDIDO () EVASÃO () TRANSFÉNCIA () INTERFERÊNCIA () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS					
DESTINO DO CORPO: () FAMILIA () IM () ANAT. PATOL					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO					

Impresso por daianne pinto macedo 16/01/2019 às 05:33:16

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.

Declaro no nome do paciente

cl. neto

Dr. Victor Pinheiro Coutinho

CRM 10000 / RQE 8935

joao bosco araujo dos santos

HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

P.P. Ana Paula

Mônica Saba

Mat.15984

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 02/02/2021 às 15:36, sob o número 02066621920218060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0206662-19.2021.8.06.0001 e código 825AB7A.

PRESCRIÇÃO MÉDICA		OBSERVAÇÃO
Assinatura: <i>P. P. Paula</i> Nome: <i>Paula Paula</i> Matrícula: <i>12345</i>		
CONDIÇÃO:		
1- ALTA: ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ A REVELIA ☐ TRANSFERÊNCIA		
☐ REMOVIDO PARA: _____ GUARDA Nº _____		
DATA E HORA DA ALTA: ____/____/____ HORA: ____:____		
2- PRESERVAÇÃO: (ATE 24 h) ☐ DATA E HORA DA ALTA: ____/____/____ HORA: ____:____		
3- INTERNAÇÃO ☐ Nº PRONTUÁRIO: _____		
DATA E HORA DA INTERNAÇÃO: ____/____/____ HORA: ____:____		
ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL: _____		
4- PARA ÓBITO: ☐ NÃO ☐ SIM		
DATA ÓBITO: ____/____/____ HORA ÓBITO: ____:____		
5- DESTINO DO CORPO: 1 ☐ ENTERRAR A FAMÍLIA 2 ☐ I.M.L. 3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA 4 ☐ SVO		
ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL: _____		
ASS. PACIENTE OU ACOMPANHANTE: _____		
ASS. DO MÉDICO E CARRISCO: _____		

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nesta página você pode realizar consultas sobre o andamento dos pedidos de indenização do Seguro DPVAT para acidentes de trânsito ocorridos somente até o dia 31 de dezembro de 2020.

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190571119 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

CPF/CNPJ: 21882940334

Posição em 02-02-2021 15:23:33

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
27/11/2019	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
06/12/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	📎 (https://apiconsultadossie.seguradoralider.com.br/api/file/download/nFeBijqUOnzg1YDdxh__pLapi_key=12t9uuaAws703F__uHieB+czza+ZpggNzCsFZAJ6idmM=)