



DANIEL FARIAS PORTO
ADVOCACIA

fls. 13



PROCURAÇÃO
"AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: Josué Pereira da Silva

RG: 3379032-99 SSP ce

CPF: 011.255.603-55

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Solteiro

Profissão: Agricultor

Residente e domiciliado: Rua: Boanerges Jacó, S/N

Cidade: Barrinha Estado: Ceará CEP: 62795-000

OUTORGADO: Dr. Daniel Farias Porto, brasileiro, casado, advogado, OAB-CE nº 20334, com escritório na cidade de Fortaleza-Ce, na Rua Bolivar Pinto Bandeira nº 237, Bairro Luciano Cavalcante, Fortaleza-Ce, CEP 60811-310.

Pelo presente instrumento particular de **PROCURAÇÃO**, o **outorgante** nomeia e constitui seu bastante procurador o **outorgado**, para o fim especial de agir judicialmente em ação de seu interesse, a fim de defender seus direitos perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ou respondendo ação judicial em que o **outorgante** figure em qualquer dos pólos, podendo responder, reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim convier, praticando todos os atos necessários ao satisfatório desempenho deste mandato dando tudo por firme e valioso.

Fortaleza, 15 de 03 de 2011

x Josué Pereira da Silva

OUTORGANTE

DECLARAÇÃONOME: *Josué Pereira da Silva*CPF: *PM.255.603-55*ESTADO CIVIL: *solteiro*PROFISSÃO: *Agricultor*

Declaro de acordo com o art. 1º da lei 7115/83 c/c art.14, § 1º da lei 5584/70, não ter condições financeira de arcar com custas judiciais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio e da minha família, sendo beneficiário da **GRATUIDADE DE JUSTIÇA**, indicando para o patrocínio de minha causa o advogado em **PROCURAÇÃO**.

Fortaleza/Ce, 15 de março de 2011.+ *Josué Pereira da Silva*

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Josué Pereira da Silva,
portador(a) da Identidade nº 3379032-99 e inscrita no C.P.F sob o nº
011.255.603-55. Declaro para devidos fins que resido no endereço (Rua)
Rua: Boanerges Jacob, s/n
, (Complemento) _____ (Bairro) Centro,
(Cidade) Barrueta (Estado) Ce, CEP 62795-000.
Declaro que as informações acima descritas são verdadeiras.

15 / 03 / 11

x Josué Pereira da Silva
Assinatura



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3379032-99 DATA DE EXPEDIÇÃO 30.03.1979

NOME JOSUE PEREIRA DA SILVA

Antonio Luiz da Silva Filho

FILIAÇÃO Irmazinha Pereira da Silva

NATURALIDADE Fortaleza-CE DATA DO COMPLEMENTO 29.10.1979

Cert. Nasc. 64.781 Lv. A-50 Fls. 113

Cert. 3ª Zona Fortaleza-CE

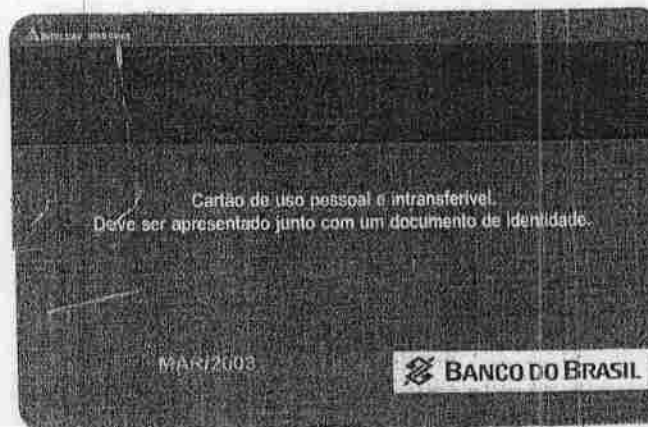
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

fls. 16

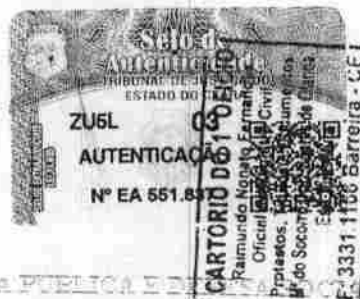
23/04/1979

15





ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE DEFESA SOCIAL
FONE - FAX: 85-3532.2651



A Presente cópia confere com o original exibido nestas
Dou fe. Barreira-CE, 15/09/2010
Rdo. Nonato Fernandes
M. do Socorro C. S. de Olanda - Esc. Substituta
Válido somente com selo de autenticidade.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº. do Registro: 1173/2010

Data do Registro: 15/09/2010

DECLARANTE: JOSUÉ PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO: ANTONIO LUIZ DA SILVA FILHO E TEREZINHA PEREIRA DA SILVA

RG: 33/9032 98 SSP/CE

DATA DE NASCIMENTO: 29/10/1979

NATURALIDADE: FORTALEZA/CE

IDM: 003 254.601.55

ENDEREÇO: RUA BOAMEGES JACÓ, CENTRO, BARREIRA/CE. (PROXIMO AO DEPOSITO BOM SUCESSO)

TEL: 85 91273380

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO

LOCAL DA OCORRÊNCIA: NA CE 354, PERCURSO DE BARREIRA PARA ACARAPE.

HISTÓRICO: Informa a declarante que no dia 25/12/2009, por volta das 22h00, estava conduzindo a motocicleta de placa HYT 3140, CHASSI 9C2JD20204R002447, COR VERMELHA, ANO 2004/2004, REGISTRADO NO NOME DE IDELCI SILVA CABRAL, no sentido Barreira/Acarape, estando na sua via de rolamento, estando atrás de um ônibus. Que, o veículo ônibus parou repentinamente, sem fazer a devida sinalização, tendo o declarante colidido de frente com a traseira do veículo ônibus; Que, o veículo ônibus não parou para socorrê-lo, não sendo possível anotar a placa do respectivo veículo; Que, quando caiu sofreu lesões no braço direito e quinto dedo esquerdo. Que, foi socorrido ao Frotinha da Parangaba; Que, estava sem capacete e não possui habilitação; Que, na garupa da motocicleta estava sua colega FRANCISCA LEIDIELLE, tendo a mesma desmaiado ao bater com a cabeça. E, nada mais disse.

DECLARANTE: *José Pereira da Silva*

Encarregado do registro: *[Assinatura]*

Autoridade Policial: *[Assinatura]*

Carolina Costa dos Santos
Escritório de Polícia Civil
15/09/2010

Roberto E. Q. de Zamenho



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL - IV
HOSP. DISTRITAL M^o JOSÉ B. DE OLIVEIRA
PARANGABA
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL



REGISTRO Nº
09/373

15. 18

JOSUE PEREIRA DA SILVA

RUA VIDAL DE NEGREIRO C/360

Pai:

Masculino Dt. Nascimento: 25

MARAPONGA

FORTALEZA

Mãe:

Naturalidade: FORTALEZA

Data da Entrada: 25 / 12 / 2009 Hora da Entrada: 23 : 55

EMERGENCIA TRAUMATOLOGIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO ☐

AMARELO ☐

VERDE ☐

AZUL ☐

PARECER / ENFERMAGEM

VIAS AÉREAS / RESPIRAÇÃO

☐ PERVA ☐ OBTURADA ☐ SIMÉTRICA ☐ ASSIMÉTRICA ☐ SEM DESCONFORTO ☐ COM DESCONFORTO TRAQUEIA NA LINHA MÉDIA

MURMÚRIO VESICULAR

☐ NORMAL ☐ DIMINUIDO ☐ DIREITO ☐ ESQUERDO ☐ ESTERTORES ☐ DIREITO ☐ ESQUERDO

CIRCULAÇÃO

Cor da Pele ☐ ROSADAS ☐ PÁLIDAS ☐ RUBORIZADAS

PULSOS

☐ NORMAL ☐ AUMENTADO

SINAIS VITAIS

PA ☐ X ☐

FC ☐

FR ☐

AValiação Neurológica / Escala de Coma de Glasgow

ÁREA DE AVALIAÇÃO

ABERTURA OCULAR (O)

SPONTÂNEA
A ESTÍMULO VERBAL
A ESTÍMULO DOLOROSO
SEM RESPOSTA

SCORE

4 ☐
3 ☐
2 ☐
1 ☐

MELHOR RESPOSTA MOTORA (MI)

OBEDECE COMANDOS
LOCALIZADOR
FLEXÃO NORMAL (RETIRADA)
FLEXÃO ANORMAL (DECONTIÇÃO)
EXTENSÃO (DESCONTIÇÃO)
SEM RESPOSTA (FLACID)

SCORE

6 ☐
5 ☐
4 ☐
3 ☐
2 ☐
1 ☐

RESPOSTA VERBAL (V)

ORIENTADA
CONFUSO
PALAVRAS INAPROPRIADAS
SONS INCOMPREENSÍVEIS
SEM RESPOSTA

SCORE

5 ☐
4 ☐
3 ☐
2 ☐
1 ☐

PUPILAS

☐ ISOCÓRICAS

☐ ANISOCÓRICAS

☐ MIDRIASE

☐ MIOSE

MOTIVO DO ATENDIMENTO

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

1 ☒ RAO X

2 ☐ ULTRASSOM

3 ☐ SANGUE

4 ☐ URINA

5 ☐ ECG

DIAGNÓSTICO

CÓDIGO

PARECER / CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS

SOLICITAÇÃO DE GESSO

DATA

☐ ADULTO

☐ CRIANÇA

NOME DO PACIENTE

☐ BOTA

☐ QUITO

☐ SARMENTO

JOSUE PEREIRA DA SILVA

☐ RINCAÇONFEITEIRO

☐ VELPEAO

☐ AXILLO PALMAR

☐ QUITO ESCALADO

TUBO GESSADO

09/373142

Este é um Hospital Público, cuja missão é
realizar atendimento de urgência e
emergência, inclusive GRATUITO para
todas as pessoas, independentemente da situação social.

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE: *josué pinheiro da silva*

PRONTUÁRIO: *21107110* UNIDADE: *24107110* ENFERM: *06108110* LEITO: *01*
INÍCIO DO TRATAMENTO: *21/07/10* DATA DA ALTA: *24/07/10* DATA DO RETORNO: *06/08/10* MÉDICO(A) PARA RETORNO: *DR. NÍTO DAVANCO*

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

*Pseudo aftosa antebraço
Realizado 4to curativo*

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL: *Pseudomúscula antebraço*

ACESSÓRIO 1:

ACESSÓRIO 2:

EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO RELIZADO

Confirmação com antebraço 23/7/10 - Níto Davanco

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

☒ CONDIÇÕES DE ALTA

☐ PIORADO

☐ CURADO

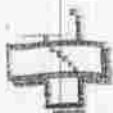
☐ OUTROS

☐ MELHORADO

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO:

DATA: *24/07/10*



SUS

Sistema Único de Saúde

CCI - Central de Controle de Internação

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROTEÇÃO DE PREVENÇÃO

Av. Centro de Petróleo nº 1157 - Fortaleza - Ceará - CEP 60.720-000

Fortaleza - Ceará

Telefone: (85) 3131-7222

CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CERR - CRR - PRR
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIIH (LM)

Nº LAUDO.

000496

Nº da AIIH.

2310102579060

UNIDADE HOSPITALAR

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ

07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

JOSUE PEREIRA DA SILVA

ENDEREÇO DO PACIENTE

R. BOMBERGES JACO

BAIRRO

MUNICÍPIO

SARRARA

UF

CE

CEP

60150-160

DATA DO NASCIMENTO

29/10/79

SEXO

MASC

3. FEM

CONDIÇÃO

2. SEGURADO 4. CONJUGE 6. FILHO 8. OUTRO DEP.

NOME DA MÃE

TEREZINHA PEREIRA DA SILVA RESERVA: 1583383

DADOS DA INTERNAÇÃO

LAUDO 1339256

CPF MÉDICO SOLICITANTE

091379713-87

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

03

39014-150

DATA DA EMISSÃO

02/11/2010

005.921

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Traumatismo no antebraço
DTE em 1989, após o qual
sua mão ficou com
o formato permanente.

INDICÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento de urgência.

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Raio-X

DIAGNÓSTICO INICIAL

Pseudo-artrose da
de 1ª DTE

TIPO DE CLÍNICA

1. CIRÚRGICA

2. OBSTÉTRICA

3. CLÍNICA MÉDICA

4. TISIOPEUMOL

5. PSIQUIÁTRICA

6. PEDIÁTRICA

9. OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgia

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

4364

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

21/07/2010

HORA

José Facundo Neto
Traumato-Ortopedista
CRM: 4364

HOSPITAL DIST. MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
PROCTINHA DE FARMACIA
R. A. Duque de Caxias, 1117 - Parangaba - CEP 21.240-000 - Rio de Janeiro - RJ
Telefone: (21) 2121-7221 - Fax: (21) 2121-7218



Prontuário Nº. 302496

Fortaleza

Nome: Toni Pereira da Silva Leito: _____

Enfermaria: _____

Data: 23/07/10

Tipo Sanguíneo: _____

Pres. Arterial: _____ Pulso: _____ Respiração: _____ Temperatura: _____ Peso: _____ Altura: _____

Hemátios: _____ Hemoglobina: _____ Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____

Urina: _____

Asma: _____ Bronquite: _____

Ap. Respiratório: _____ Eletrocardiograma: _____

Ap. Circulatório: _____

Ap. Digestivo: _____ Dentes: _____ Pescoço: _____ Ap. Urinário: _____

Estado Mental: lúcido Atarácicos: _____ Corticóides: _____ Alergia: _____ Hipotensores: _____

gnóstico Pré-operatório: Pseudoartrose do antebraço Estado Físico: ASA I Risco: _____

Anestésias Anteriores: _____ Aplicadas às: _____ Efeito: _____

Medicação Pré-anestésica: _____

Agentes Anestésicos

Líquido

V. P. Anest. a. Pulso O - Respiração
A Anestesia O - Operação

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

Posição

INDUÇÃO

Satisf. _____ Ecol. _____ Toss. _____
Laringe dispnea: _____ Lente: _____
Náusea: _____ Vômito: _____
Outros: _____

MANUTENÇÃO

1) Manut.
2) Fluxo pleo
1 litro 1,5% - 10 ml
30 ml
3) Referência
Anestesia Satisf. ☒ Não, por quê? _____

DESPERTAR

Reflexos na S.O.: +
Obstr.: _____ CO2: _____ Ex.: _____
Náusea: _____ Vômito: _____
Outros: _____

Com câmbio: _____

Condições: boa

Cânulas: _____

Agentes: Lidocaína e/ou adrenalina

Técnica: Bloqueio de plexo braquial

Operação: Trat. cir. pseudoartrose do antebraço

Cirurgiões: Dr. Nilo Damasceno

Anestésistas: Dr. Junior + Dr. Luis Pereira

Observações: Dr. Francisco Antônio Dias Junior
Medico Anestesiologista
CRMEC 805 HGF

Parda Sanguínea

ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉOPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ESOLIMA VERDE NETO, liberado nos autos em 07/03/2014 às 11:46. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0468983-58.2011.8.06.0001 e código 11860A1.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DEPARTAMENTO DE CIRURGIA
PROFESSOR DE MACHADO
20 - Rua do Comércio, 111 - Fátima - Fortaleza - CE
Telefone: (85) 3211.2211 - Fax: (85) 3211.2211



REGISTRO DE
EMERGÊNCIA

Prontuário



Paciente: Francisco Pereira de Oliveira
Data da Operação: 23/12/10 Enfermaria: _____ Leito: _____

Operador:

João Ricardo

1º Auxiliar:

Roberto Mendes

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de Anestesia:

Bláqueio

Diagnóstico Pré-operatório:

Pneumotórax unilateral D

Tipo de Operação:

FT2 com curativo Pneumotórax unilateral D

Diagnóstico Pós-operatório:

0 mmHg

Relatório Imediata Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente durante a operação:

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras

Incisão horizontal
aproximadamente 10 cm
abertura da musculatura
Redução e fixação com pontos de Eber e 6/0
Proteção por plástico
Curativo
sem oclusão pulmonar

Dr. João Nilo Dourado
Cirurgião Geralista
R. 1355

23

Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HIDMUBO - Unidade de Parangaba

Fortaleza
Linha

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAMU - Serviço de Atendimento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

11:	
16:	
20:	
06:	

HORARIO:	15:00	17:00	18:00
P.A.:	120x70	130x80	12/18
TEMP.°:	36°C	36,5	36,5
P./MIN.:	-	-	-
M.V./MIN.:	-	-	-

NOME:

Jeane Pereira da Silva

21/07

IDADE:

36H

ENF.:

A

LETO:

101

Nº. PRONTUÁRIO:

202495

PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA

HORARIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

OBSERVAÇÃO

RUBRICA (Enf./Dieta)

DATA

21/07/2010

21/07/2010 - 22h

21/07/2010 - 22h

José Facundo Neto
Ortopedista

José Facundo Neto
Traumato - Ortopedista
CRM-1264

15h (admitido no Posto I
Unidade da Traumatologia)

20:21 aguarda cirurgia
P1 Odonovis.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ESIO LIMA VERDE NETO, liberado nos autos em 07/03/2014 às 11:46 .
Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0468983-58.2011.8.06.0001 e código 118C0A1.

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAMT - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

sável pela informação.

11:			
16:			
20:			
06:			

P.A.:	140x80			
TEMP.°:	36 °C			
P./MIN.:	80 bpm			
M.V./MIN.:	24 rpm			

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

NAME:

João Pereira da Silva

IDADE: 7/11/2004

ENF:

LEITO: 01

Nº. PRONTUÁRIO:

202996

RUBRICA
(Entf.) Dieta

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA

HORARIO DE APLICACAO

OBSERVAÇÃO

(Enf./ Dieta

20/07/20

2

Recente portuligando, maldita
Nessa NBR, expõe a perna,
decomposta, hantó de capreus
eliminação fisiológica, pronta
segue sob cuidados de expurgo, ^{depois}
grain a 15, 30 decomposto.

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (PARCIAL OU TOTAL)

Nome do Paciente

Nº Sinistro

DECLARAÇÕES MÉDICAS

Data do Acidente

25/12/2009

Data do Início do Tratamento Médico

25/12/2009

Nome Completo do Médico e CRM

Maurício Salomão Almeida

CPF 122.369.423-20

CREMEC 4411

Ortopedia - Traumatologia

Lesões Resultantes do Acidente:

Fratura da ulna direita CID- S92.2
 Fratura do 5º metacarpo E CID- S62.6

Tratamento Realizado (Datas)

Na fratura inicialmente conservadora, e não evoluiu sendo sido operada colocada placa e parafusos ulna direita. Conservadora 5º metacarpo.

Existe Alguma Deficiência ou Doença Pré-existente? ☐ SIM ☒ NÃO, se SIM, descrever:A Invalidez Constatada é ☐ Temporária ou ☒ Permanente?

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar Órgão, Membro ou Sentido atingido)

Segmento Anatômico ou Órgão Atingido	Grau de Invalidez (%)
1º Membro Superior Direito	
2º Membro Superior Direito	
3º Membro Superior Direito	
4º Membro Superior Direito	
5º Membro Superior Direito	

INFORMAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO E AVALIAÇÃO MÉDICA

Relacionamento com o Paciente Devido ao Tratamento e Acompanhamento ☐ ou para Avaliação Médica ApósTermo do Tratamento ☐. Especifique o Data do Tratamento 25/12/09 a 19/09/10

Local e Data da Avaliação

ANEXAR DOCUMENTAÇÃO MÉDICO-HOSPITALAR

Data

Assinatura da Vítima

Local



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA REGIONAL DE BATURITÉ



CERTIDÃO

FRANCISCO ALAIRTON MARINHO JUNIOR, Escrivão de Polícia Civil, com exercício nesta Delegacia Regional de Baturité, por nomeação legal, e no uso de suas atribuições legais, etc...

CERTIFICO, para os devidos fins de Direito, e a quem possa interessar, que o Município de Barreira/Ce não conta com IML - Instituto Médico Legal - sendo todos os laudos, dos fatos ocorridos na circunscrição daquela Unidade de Polícia Judiciária, realizados e confeccionados na cidade de Fortaleza/Ce.

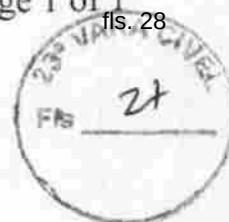
Cartório da Delegacia Regional de Baturité aos 02 de junho de 2010. O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ. Eu, *[Assinatura]* Escrivão o digitei e subscrevo.

Baturité-CE, 02 de junho de 2010.

[Assinatura]
FRANCISCO ALAIRTON MARINHO JUNIOR
Escrivão de Polícia Civil
Matrícula nº 198396-1-3



A Presente cópia confere com o original exibido nestas notas,
Dou fé. Barreira-CE, 15/09/2010
[Assinatura]
() Rdo. Nonato Fernandes - Tabelião
(-) M. do Socorro C. S. de Olanda - Esc. Substituto
Válido somente com selo de autenticidade.



[Home](#) |
 [Quem Somos](#) |
 [Hospitais](#) |
 [Seguradoras](#) |
 [DPVAT](#) |
 [Dúvidas](#) |
 [Documentos](#) |
 [Formulários](#) |
 [Contatos](#)

[Processos](#) |
 [Cadastro](#) |
 [Andamento](#) |
 [Consulta por nome](#) |
 [Usuário](#)

Andamentos

Nº. do Processo 2782

Nº. do Sinistro

Processo 2782 - Sinistro 2010/334771 - Natureza Invalidez - Vitima Josue Pereira da Silva

Data	Andamento	Usuário
17/09/2010 11:29:47	Processo Incluído com sucesso	Jose Wilson Gomes Farias
22/09/2010 15:27:41	Status do processo alterado para Cadastrado	Ana Gleicy Nogueira Vasconcelos
06/10/2010 21:07:11	Status do processo alterado para Pronto para Remessa	Perslu Meller
06/10/2010 21:18:46	Criação de remessa para o processo: Recall	Lucio de Mattos Neto
06/10/2010 21:23:24	Status do processo alterado para Remessa Enviada	Lucio de Mattos Neto
13/10/2010 16:44:24	Recebimento de remessa	Luciana Ribeiro Agra Martins de Sá
13/10/2010 16:44:30	Status do processo alterado para Remessa Recebida	Luciana Ribeiro Agra Martins de Sá
12/11/2010 17:13:43	Pagamento previsto para 17/11/2010 no valor de R\$ 2.502,57. Banco: 001 / Ag.: 04166-1 / Conta: 10008458-3	Luciana Ribeiro Agra Martins de Sá
16/11/2010 15:52:26	Status do processo alterado para Concluído_e_Pago	Luciana Ribeiro Agra Martins de Sá

Av. Rio Branco, 245, 17º Andar - Salas 1704 e 1705 - CEP: 20040-009 - Rio de Janeiro - RJ