

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 15

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	CHARLIANE LIMA DE MORAES
Nacionalidade	BRASILEIRO (A)
Natural	FORTALEZA-CE
Estado Civil	SOLTEIRA (A)
RG nº	96010049457 SSPCE 28/11/2006
CPF nº	856.060.903-25
Profissão	MONITORA ESCOLAR
Endereço	RUA GAL GOIS MONTEIRO, 741
Complemento	
Bairro	PADRE ANDRADE
CEP	60.356-585
Município/UF	FORTALEZA-CE
Telefones	(85)98744-2833 OI (85) 3478-5670 FIXO

OUTORGADOS: **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 para receber intimações na Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE, Tel.: (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069 / (85) 3022-0470. E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao@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 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, quinta-feira, 16 de novembro de 2017.

Charliane Lima de Moraes

Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE.

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069

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

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 16

DECLARAÇÃO

DECLARANTE	CHARLIANE LIMA DE MORAES
Nacionalidade	BRASILEIRO (A)
Natural	FORTALEZA-CE
Estado Civil	SOLTEIRA (A)
RG nº	96010049457 SSPCE 28/11/2006
CPF nº	856.060.903-25
Profissão	MONITORA ESCOLAR
Endereço	RUA GAL GOIS MONTEIRO, 741
Complemento	
Bairro	PADRE ANDRADE
CEP	60.356-585
Município/UF	FORTALEZA-CE
Telefones	(85)98744-2833 OI (85) 3478-5670 FIXO

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, quinta-feira, 16 de novembro de 2017.

Charliane Lima de Moraes
DECLARANTE

EU, CHARLIANE LIMA DE MORAES, BRASILEIRO (A), SOLTEIRA (A), MONITORA ESCOLAR, PORTADOR DO RG Nº 96010049457 SSPCE 28/11/2006, INSCRITO NO CPF SOB Nº 856.060.903-25, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NA RUA GAL GOIS MONTEIRO, 741, PADRE ANDRADE, 60.356-585, FORTALEZA-CE, Telefone(s) (85)98744-2833 OI (85) 3478-5670 FIXO,

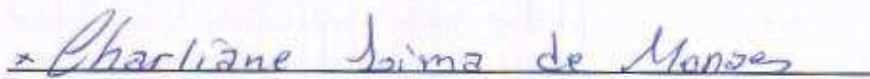
DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELO SR. NAZARENO GOMES DE SOUSA, BRASILEIRO, CASADO, AUTÔNOMO, PORTADOR DO RG Nº 8912005003649 SSPCE, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 314.320.693-49 E PELA SRA. SORAYA CRISTINA GOMES BARBOSA, BRASILEIRA, CASADA, AUTÔNOMA, PORTADORA DO RG Nº 4.340.774-0 SSPPR, INSCRITA NO CPF SOB O Nº 590.270.379-49, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA SÃO PAULO – Nº 32 – 6º ANDAR – SALA 609 – 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 PRESENTE PROCESSO ADMINISTRATIVO, 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 no OAB-CE sob o Nº 24.156, e MARCELO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE 26.103, todos com endereço profissional a Rua São Paulo, 32 2º Andar sala 204 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, quinta-feira, 16 de novembro de 2017.

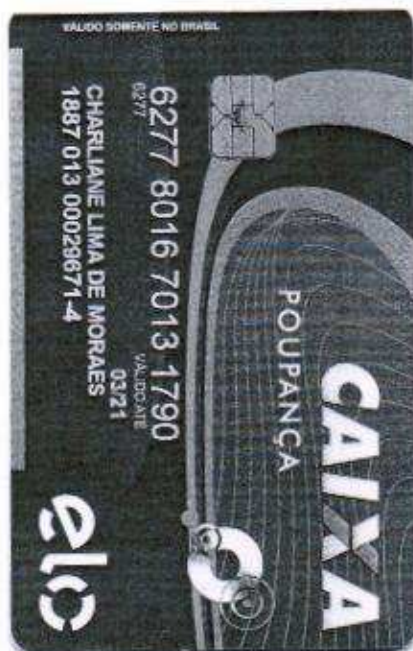

DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:



Nome: CHARLIANE LIMA DE MORAES
End. Latura: RU GAL GOIS MONTEIRO, 741, PADRE ANDRADE
Cidade: FORTALEZA CEP: 60358-565
End. Entrega:
Cidade:
Local: 001 Zitem 040 Quadra: 0130 Lote: 0109 Comp: 0000
Subitem: 00 Subquadra: 00

ECONOMICS			
Residential: 001	Commercial: 000	Industrial: 000	Public: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDICAÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(m³)	Medida Sanctional(m³)
ÁGUA	A035318130	550	553	3	0

QJSC4

Letura Abans	20/09/2017	Emissió	20/09/2017	Letra Igual	636175
Letura Després	19/08/2017	Proforma Letura	19/10/2017	Letra Regoten	118220

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 08/2017

Nº de Amostras	Clovo	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Enrigidas	641	641	128	641	541
Analisados	623	623	823	620	620
Em conformidade	613	606	586	602	620

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m3 | META: 10 m3.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	22,10			
ESGOTO	17,68			
RELIQUÍDO DE ÁGUA	8,00			

Tributos sobre o Faturamento		Subsídio	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,45	VALOR DO SERVIÇO	76,30
COFINS	2,28	VALOR DO SUBSÍDIO	28,82
		VALOR TOTAL A PAGAR	47,78
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)	
09/2017	06/10/2017	47,78	

CÓDIGO PAGAR SEM DESPESA L: 367015055831411 L: 1786 H: 08:28:20 R: 047 P: 001

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, NUB, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Mercantil, Outros. Ref: 1.

A Cagece dispõe de uma rede de serviços de coleta de lixo em toda a cidade. Além disso, possui serviços de controle de resíduos sólidos.

Cagece
0800 275 0195

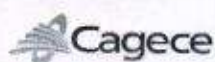
Cagece
0800 275 0195

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece.

conforme resolução das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 221 3333, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagace.com.br ou na ouvidoria da Cagace, 3011, 3918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria on-line: site da ARCE www.arce.gov.br.

Entidades Reguladoras: **Portaria ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental**, criada 28/5/1994. Domicílio: **localidade: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará**, CEP 60070-383/CE.



Fatura Mensal

Via do agente
arredondar

DADOS DO CLIENTE 357015055931411 - 1705
Inscrição 0001458060 Código de Responsável: 09/2017

Local: 001 Sersc: 040 Quadra: 0130 Lote: 0109 Comp: 0000
Subotom: 00 Subquadra: 00

Cidade: FORTALEZA	Vencimento: 06/10/2017	Total (R\$): 47,79
-------------------	------------------------	--------------------

82690000000 9 47780009800 0 00145806001 7 03000322015 6



Nome: CHARLIANE LIMA DE MORAES
End. Leitura: RU GAL GOIS MONTEIRO, 741, PADRE ANDRADE
Cidade: FORTALEZA CEP: 60356-505
End. Entrega:
Cidade:
Local: 001 Setor: 040 Quadra: 0130 Lote: 0109 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS
Residência: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO
Serviço Medidor Leitura Anterior Leitura Atual Volume (m³) Média Semestral (m³)
AGUA R03S318130 550 553 3 0

DATAS
Leitura Oficial: 20/08/2017 Emisso: 20/08/2017 Leve Água: 636176
Leitura Anterior: 19/08/2017 Próxima Leitura: 19/10/2017 Leve Espeto: 118220

QUALIDADE DA AGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 08/2017
Nº de Amostras Cloro Turbidez Cor Coliformes Totais Escherichia Coli
Exigidos 541 541 128 541 541
Analisados 523 523 523 520 520
Em conformidade 513 506 596 502 520

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m3 | META: 10 m3.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
		Mês/Ano Água (m³) Espeto (m³)
AGUA	22,10	
ESPETO	17,68	
RELIGIÃO DE AGUA	8,00	

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSIDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,45	VALOR DO SERVIÇO	76,30
COFINS	2,28	VALOR DO SUBSIDIO	28,52
		VALOR TOTAL A PAGAR	47,78

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
08/2017	08/10/2017	47,78

ONDE PAGAR SUA FATURA: 357015055831411 L 1785 H 08 28 20 R 047 P 001
Bancos: Bradesco, NUB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa, Fomento Federal, Santander, Embrapa, Outros Pagador.
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em cartão de crédito. Ative o serviço no site www.cagece.com.br
0800 275 0195

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Para informações pelo telefone: 0800 275 0195, nos dias de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101 1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria web: www.arcel.com.br.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ARCEL - Autoridade de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; São Paulo: Damsa. Outras localidades: ARCEL - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará 0800 275 2415.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE 357015055831411 - 1785
Inteligência: 0001458060 Código de Responsável: Mês/Ano: 08/2017

Local: 001	Setor: 040	Quadra: 0130	Lote: 0109	Comp: 0000
Subsetor: 00	Subquadra: 00			

Cidade: FORTALEZA Vencimento: 08/10/2017 Total (R\$): 47,78

82690000000 9 47780009600 0 00145806001 7 03000322015 6



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 29/08/2018 às 09:58, sob o número 01591850520188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0159185-05.2018.8.06.0001 e código 3BE46B7.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FUNILIANA LIMA PEREIRA

RG nº 34926772000 data de expedição 02/08/2012

Órgão SSP. RJ, portador do CPF nº 905.698.902-25, com

domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de

ECAPA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. GENERAL GÓES MONTEIRO nº 741

complemento 711, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vitima CILACIANE LIMA DE MORAES, cujo o condutor era

Emiziana Lima PERCBA

Veículo: Moto ciclota

Modelo: HONDA/POP 300

Ano: 2011

Placa: OCT 4209

Placa: OCT 4285
Chassi: 9C2 HBO 230CR 402844

Data do Acidente: 27/07/2017

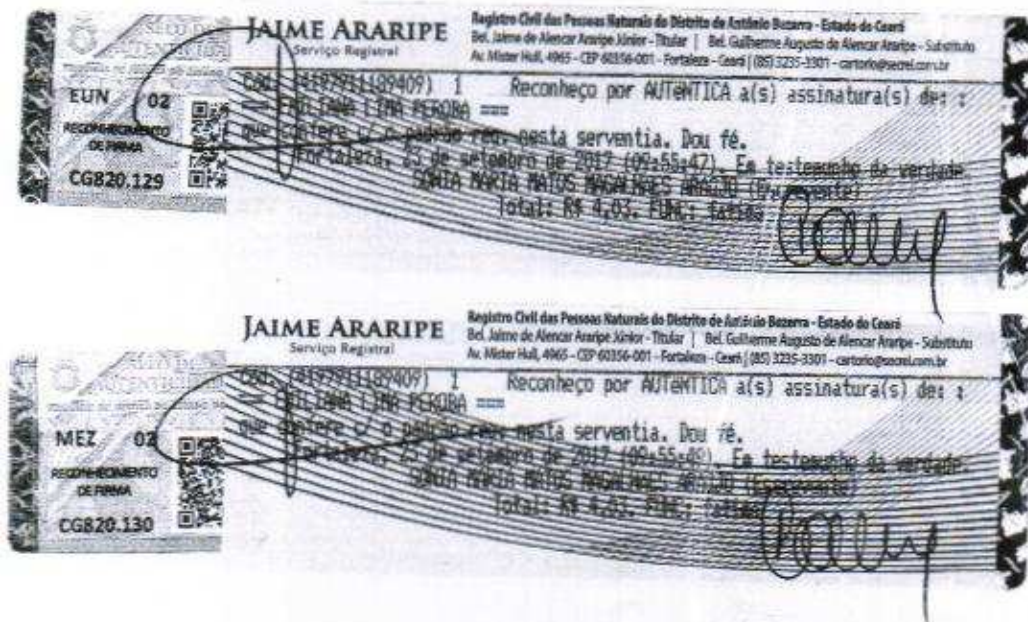
Local e Data: Fontalvina, 23 de Setembro de 2017.

Emiliano Lima Perote

Assinatura do Declarante

Emiliana Lima Perob

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5267 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/10/2017 11:45:19**
Data / Hora da Ocorrência: **27/07/2017 07:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA 24 DE MAIO**
Complemento: **C\ AVENIDA DUQUE DE CAXIAS**
Bairro: **CENTRO** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CHARLIANE LIMA DE MORAES**
Nascimento: **23/05/1970** CPF: **856.060.903-25**
RG: **96010049457** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA CRIVOLIDIA LIMA DE MORAES**
RAIMUNDO NONATO LOPES DE MORAES
Endereço: **RUA GENERAL GOES MONTEIRO, 741 EXTRA**
Bairro: **ANTONIO BEZERRA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.356-565**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8744-2833**

Noticiante(s)

Nome: **EMILIANA LIMA PEROBA**
Nascimento: **23/05/1986** CPF: **905.698.902-25**
RG: **34926772000** Orgão Emissor: **SSPDC** UF:
Filiação: **MARIA HELENA LIMA PEROBA**
PEDRO PEROBA SOBRINHO
Endereço: **RUA GENERAL GOES MONTEIRO, 4487**
Bairro: **PADRE ANDRADE** CEP: **60.356-565**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8762-7800**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCT4205** Uf: **CE** Município: **BEBERIBE** Chassi:
9C2HB0210CR402844 Renavam: **345072715** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/POP100** Ano Fabricação: **2011**
Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário:
EMILIANA LIMA PEROBA Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento:
COLISAO

Histórico

QUE A NOTICIANTE VINHA PILOTANDO A MOTO DE PLACAS OCT 4205 DE SUA PROPRIEDADE QUE NA SUA GARUPA VINHA SUA COMPANHEIRA DE NOME CHARLIANE LIMA DE MORAES, QUE TRAFEGAVAM PELA RUA 24 DE MAIO SENTIDO\ SERTAO QUANDO NO CRUZAMENTO COM A AVENIDA DUQUE DE CAXIAS UMA MOTO DE PLACAS OSG5195 AVANÇOU O SINAL VERMELHO E COLIDIU NA MOTO DA NOTICIANTE, QUE COM A QUEDA A NOTICIANTE (PILOTO) E GARUPEIRA CAÍRAM, QUE SOMENTE A GARUPEIRA (CHARLIANE SE LESIONOU), QUE A MESMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL CENTRAL DE FORTALEZA ONDE A VITIMA RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS.

Emiliane

Charliane



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



fls. 22

BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 5267 / 2017

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 34. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9

X. Charliane J. de Moraes



HOSPITAL CENTRAL
DE
FORTALEZA

Ficha de Atendimento
Ambulatorial

Atendimento: 0864284 - Prontuario: 02364247

Dados do Paciente:

Nome: CHARLIANE LIMA DE MORAES
Endereço: RUA DOM VASTER BEZERRA, 422 - PARQUE RIO BRANCO
RG: 96010049457 SSP- Telefones: (85) 8744.2833 / () - / ()
Sexo: Feminino Data Nasc: 23/05/1970 - 47 Anos 2 Meses
Nome da Mãe: FRANCISCA CRIVOLIDIA LIMA DE MORAES
Responsável:
Cadastrado por: DARCYLENE BARROS DE ARAUJO

Dados do Atendimento:

Convenio:	FREE LIFE	Data Atendimento:	27/07/2017	Hora: 07:16
Matricula:	23740173801	Validade:	31/12/2018	
Medico Respon:	FRANCISCO JOSE MELO VIANA	CRM	3123	
CID/Diagnostico:				
Procedimentos Autorizados:				

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

AT. DE NOTO

12. $\cos \cos \cos 2$

2 5 10 15 20

2. $\frac{1}{2} \log 2$

2. The object of the

Pr. 2702

curf. ro.

Dr. Fco. José Melo Viana
Ortopedia
CRM-CE 3123

~~5070~~ ~~File 1782~~ ~~CR~~

உதாரணம் ௨.

CONFERE COM ORIGINAL

04.870.928/0001-88

HOSPITAL CENTRAL DE FORTALEZA LTDA
Rua: Tristão Gonçalves

Rua: Tristão Gonçalves, 1367 - Anexo
Benfica - CEP: 60.015-002

L FORTALEZA CSARA

Assinatura / Carimbo Medico

X. Trilica
Assinatura Paciente/Responsável



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador

1663673

1 - Registro ANS	3 - Número Guia Principal	4 - Data de autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Adicional para Operadora
361091		27/07/2017 07:31	1663673	25/09/2017	1663673

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Assentamento a IN
23740173801	31/12/2018	CHARLIANE LIMA DE MORAES	701404654685234	N

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
	FRANCISCO JOSE MELO VIANA

15 - Nome do Profissional Solicitante

FRANCISCO JOSE MELO VIANA

16 - Conselho Profissional

06

3123

23

226125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Código de Atendimento	22 - Data de Solicitação	23 - Indicação Clínica (obrigatório em pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)
2	27/07/2017 07:31	ACIDENTE DE MOTO.

24 - Tabela

1 - 22	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Cód. Solic. 28 - Cód.
2	40802019	COLUMNA CERVICAL - 3 INCIDÊNCIAS	1
2	40803674	ARTICULACAO ESCAPULOUMERAL (OMBRO)	1
2	40804054	JOELHO	1
2	40804089	ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	1
2	40804097	PE OU PODODACTILO	1

Dados do Contratante Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratante	31 - Código CNEC
04.870.928/0001-68	HOSPITAL CENTRAL DE FORTALEZA SOS	6297056

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação da Atividade (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
1	9	1	

Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Cód.	43 - Val.	44 - 14C	45 - Valor Real/Exec.	46 - Valor Unifido-R\$	47 - Valor Total R\$
27/07/2017	07:31	07:31	22	40802019	COLUMNA CERVICAL - 3 INCIDÊNCIAS	1					
27/07/2017	07:31	07:31	22	40803674	ARTICULACAO ESCAPULOUMERAL (OMBRO)	1					
27/07/2017	07:31	07:31	22	40804054	JOELHO	1					
27/07/2017	07:31	07:31	22	40804089	ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	1					
27/07/2017	07:31	07:31	22	40804097	PE OU PODODACTILO	1					

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Prof	49 - Grau Prof	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
01	00			10			
02	00			10			
03	00			10			
04	00			10			

56 - Data de Realização de Procedimentos em Sede

1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
IN	IN	IN	IN	IN	IN	IN	IN	IN	IN

58 - Observação / Anotação

Telefone Contratado: (85) 4005-8400 / Enlido Por: SOS AUTOMATA em 27/07/2017 / Central / Plano: 23740 - 221.1 - ACCESS 20 E A+H (TRIMAGEM) Empresa / Tratar: FORTAL EMPREENDIMENTOS LTDA

59 - Total Procedimento R\$	60 - Total Taxas e Anuidade R\$	61 - Total Material R\$	62 - Total OP/UE R\$	63 - Total Medicamentos R\$	64 - Total Gastos Médicos R\$	65 - Total Geral R\$

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

68 - Assinatura do Contratado

Calderine Rocha
Fortaleza - CE
CPF: 600.001.011
Fone: (85) 3533-8610
Atua no site: www.fortale.com.br

DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

000001663843



Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 23740173801 - Titular	9 - Valsite da carteira 12/2018	10 - Nome completo CHARLIANE LIMA DE MORAES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 701404654685234	12 - Aferimento a RN N
---	------------------------------------	--	--	---------------------------

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado FRANCISCO JOSE MELO VIANA
--------------------------	--

15 - Nome do Profissional Solicitante FRANCISCO JOSE MELO VIANA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 3123	18 - UF 23	19 - Código CBO S 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	----------------------------------	---------------------------------	---------------	-----------------------------	---

21 - Cartão do atendimento 21	22 - Data da Solicitação 27/07/2017	23 - Indicação Clínica ACIDENTE DEMOTO
----------------------------------	--	---

24 - Tabeta 22	25 - Código de Procedimento 30712025	26 - Descrição BOTA COM OU SEM SALTO	27 - Qtd. Sess. Aut.	28 - Qtd. Aut.
-------------------	---	---	----------------------	----------------

29 - Código na Operadora 04.870.928/0001-88	30 - Nome do Contratado HOSPITAL CENTRAL DE FORTALEZA SOS	31 - Código CNES 6297056
--	--	-----------------------------

32 - Tipo de Atendimento 1	33 - Indicação de Atendimento (Acidente ou doença relacionada) 19	34 - Tipo de Consulta 11	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento 11
-------------------------------	--	-----------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados																																																																																																														
36 - Data 27/07/2017	37 - Hora Inicial 08:48	38 - Hora Final 08:48	39 - Tabeta 22	40 - Código do Procedimento-41 - Descrição 30712025 BOTA COM OU SEM SALTO	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Ref/Arce	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)																																																																																																				
<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td><td>39</td><td>40</td><td>41</td><td>42</td><td>43</td><td>44</td><td>45</td><td>46</td><td>47</td><td>48</td><td>49</td><td>50</td><td>51</td><td>52</td><td>53</td><td>54</td><td>55</td><td>56</td><td>57</td><td>58</td><td>59</td><td>60</td><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td><td>76</td><td>77</td><td>78</td><td>79</td><td>80</td><td>81</td><td>82</td><td>83</td><td>84</td><td>85</td><td>86</td><td>87</td><td>88</td><td>89</td><td>90</td><td>91</td><td>92</td><td>93</td><td>94</td><td>95</td><td>96</td><td>97</td><td>98</td><td>99</td><td>100</td></tr></table>											1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100											

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)							
48 - Seq. Ref. 01	49 - Grau Part. 00	50 - Código da Operadora/CIF 501	51 - Nome do Profissional HOSPITAL CENTRAL DE FORTALEZA SOS	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número do Conselho 3218	54 - UF 23	55 - Código CBO 225270

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 1. / / 2. / / 3. / / 4. / / 5. / / 6. / / 7. / / 8. / / 9. / / 10. / /	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--	--

58 - Observação / Justificativa Protocolo: Telefone Contratado: (85) 4005-8400 / Entido Por: SOS AUTORIZA Protocolo / Plano: 23740 - 221.1 - ACCESS 20 E A+H (TRUAGEM) Empresa / Titular: FORTAL EMPREENDIMENTOS LTDA	
--	--

59 - Total do Procedimento (R\$)	60 - Total de Taxa e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de Ofício (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Custos Médicos (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura de Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

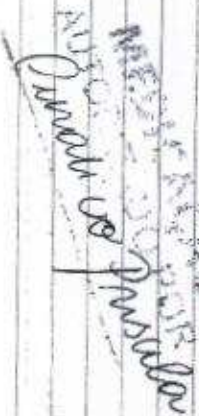
Nº ATENDIMENTO:

OME: *Chirurgia C. Menor* DATA: *23/07/17*

TEM	FC	FR	PA	SAT O2	T	CONVÊNIO	RESPIRADOR	HORA	GLICEMIA	VALOR
1						LIG.				
2						DES.				
3						OXIGÊNIO				
4						LIG.				
5						DES.				
6						AR-COMPRESSO				
7						LIG.				
8						DES.				
9						BOMBA 1ª				
10						LIG.				
11						DES.				
12						BOMBA 2ª				
13						LIG.				
14						DES.				
15						BOMBA 3ª				
16						LIG.				
17						DES.				
18						MONITOR				
19						LIG.				
20						DES.				
21						OXIMETRO				
22						LIG.				
23						DES.				

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM/ASSINATURA E COREN

Carla de 08:28
saude 08:35



PACIENTE: CHARLIANE LIMA DE MORAES

DATA: 27/07/2017

ATEND: 0864284

SOLICITANTE: FCO.JOSE MELO VIANA

NCONVENIO: FREE LIFE

RX: COLUNA CERVICAL

Aspectos radiológicos normais.

RX: OMBRO DIREITO

Aspectos radiológicos normais

RX: JOELHO ESQUERDO

Aspectos radiológicos normais

RX: TORNOZELO ESQUERDO

Esporão na face plantar e posterior do calcâneo

Fratura da fíbula distal.

RX: PE DIREITO

Aspectos radiológicos normais



Dr. Claudio Júlio G. Maia
CRM: 6741

SINISTRO 3170593237 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CHARLIANE LIMA DE MORAES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO CHARLIANE LIMA DE MORAES

CPF/CNPJ: 85606090325

Posição em 27-08-2018 12:50:23

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
18/12/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50