



CAROLINA FREITAS  
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Jurandir De Lima Cruz</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>advogado</u>	Nacionalidade: <u>brasileiro</u>
RG: <u>2004024007343</u>	CPF: <u>037.569.803-00</u>	
Endereço: <u>Rua: Benjamim Barros nº 125</u>		
Cidade: <u>Quixadá - Ce</u>		CEP: <u>63.900-000</u>

**OUTORGADO:** CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG participante do Convênio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiência e perícias medicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 21 de junho de 2018.

JURANDIR DE LIMA CRUZ  
OUTORGANTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 26/06/2018 às 10:47, sob o número 01427184820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0142718-48.2018.8.06.0001 e código 38B37F8.



CAROLINA FREITAS  
ADVOCACIA

**DECLARAÇÃO DE POBREZA**

Declaro para os devidos fins que eu, Jurandir De Lima Cruz, residente e domiciliado na Rua: Benjamim Burnoso, nº 125, bairro: -, na cidade de Quixadá, portador(a) do RG nº 2004024007343, inscrito(a) no CPF nº 037.569.823-00 estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 21 de junho de 20 18.

Jurandir de Lima Cruz  
DECLARANTE





CAROLINA FREITAS  
ADVOCACIA

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Pela \_\_\_\_\_ presente, \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ (a)  
Sr(a) Jurandir De Lima Cruz Declara para os  
devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA  
DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais  
precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs  
nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos  
fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

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

Fortaleza, 21 de junho 2018.

JURANDIR DE LIMA CRUZ

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS  
ADVOGACIA

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, Jurandir de Lima Cruz, brasileiro(a), solteiro, autônomo, portador(a) de cédula de identidade nº. 2004024007343, inscrito(a) no CPF sob o nº 037.569.823-00, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Rua: Benjamin Buvares, nº 425, Bairro \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_ /CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 21 de junho 2018.

Jurandir de Lima Cruz

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. \_\_\_\_\_

RG Nº:

CPF Nº:


2. \_\_\_\_\_

RG Nº

CPF Nº

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO**  
**CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO**

**NOME**  
**JURANDIR DE LIMA CRUZ**



**DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF**  
 2004024007343 SSP CE

**CPF**  
 037.569.823-00

**DATA NASCIMENTO**  
 15/01/1988

**FILIAÇÃO**  
 FRANCISCO SALES LOPES  
 DA CRUZ  
 JURACI PAULINO DE LIMA  
 CRUZ

**PERMISSÃO**      **ACC**      **CAT. HAB.**  
 [ ]                      [ ]                      [ 2 ]

**Nº REGISTRO**      **VALIDADE**      **1ª HABILITAÇÃO**  
 04132237246      23/06/2013      11/07/2007

**OBSERVAÇÕES**  
 HAB PROD PERIGOSOS;  
 EXERCE ATIV REMUNERADA;

*Jurandir de Lima Cruz*  
 ASSINATURA DO PORTADOR

**LOCAL**  
 FORTALEZA, CE

**DATA EMISSÃO**  
 03/10/2013

*Igor Vancencios Ponte*  
 ASSINATURA DO EMISSOR

44835553047  
 CE136396143

**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
875033785

PROIBIDO PLASTIFICAR  
875033785

**Nº DO CLIENTE**  
**687774-5**  
 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  
**enel**  
 Companhia Energética do Ceará  
 Rua Padre Valdevino, 150  
 CEP 80135 040 | Fortaleza CE  
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 507632747

Rota 02 28000 02 064000 - 1 Data de Emissão 04/01/2018  
 Nome BENEDITO ANTONIO DA SILVA  
 End. Postal RU BENJAMIM BARROSO 00125  
 CENTRO - QUIXADA - 63900000 Poste 0000 0000  
 Medidor 3295626 Fator de Potência 0,00  
 Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO CGF  
 RG/CPF/CNPJ 825652443-04  
 Nome do Responsável

**DATAS**

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2018	04/01/2018	02/02/2018

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**  
 Veja a legenda no verso desta conta.  
 Conjunto OUTRA  
 Mês Nov/2017 EUSD 17,10  
 Padrão Individual  
 MIPOT = 0,00 P

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
50,32	27,00%	14,09

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**  
 F220.8619.8504.5371.0F30.88C7.6FFA.5486

	Mensal Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Annual	Mensal	Trim.	Annual
DIC	5,31	10,62	21,25	0,00	0,00	0,00
FIC	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00
DMIC	0,00			0,00		

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
19788	19716	1,00	72	0,00	72	0,74061	53,32
04/01/18	07/12/17		26 DIAS		72		53,32

**DESCRIÇÃO**  
 VALOR CONSUMO DO MÊS 53,32  
 ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 2,78

**VENCIMENTO** 05/01/2018  
**TOTAL A PAGAR (R\$)**

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Energia .....	17,86
Transmissão .....	12,78
Distribuição .....	12,13
Encargos Setoriais .....	4,20
Tributos (ICMS, PIS, COFINS) ...	17,35
<b>TOTAL .....</b>	<b>53,32</b>

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

MED	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Ma	Abr	Mar	Fev
	28	72	64	76	71	10	2	2	1	1	2	41

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 534 - 244 / 2018

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **16/01/2018 09:04:53**  
Data / Hora da Ocorrência: **13/11/2017 20:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA VALNEI PARACAMPOS**  
Complemento:  
Bairro: **CENTRO** Município: **CHORO/CE**  
Ponto de Referência: **FARMÁCIA**

Noticiante(s)

Nome: **JURANDIR DE LIMA CRUZ**  
Nascimento: **15/01/1988** CPF:  
RG: **2004024007343** Orgão Emissor: **SSPDC** UF:  
Filiação: **JURACI PAULINO DE LIMA CRUZ**  
**FRANCISCO SALES LOPES DA CRUZ**  
Endereço: **RUA ALEUDA , 355**  
Bairro: **MESSEJANA** CEP:  
Município: **FORTALEZA/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **3276-2231**

Dados do(s) Veículo(s)

**1) Placa: HYM4854 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2MD34007R024797 Renavam: 929792165 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/XR 250 TORNADO Ano Fabricação: 2007 Ano Modelo: 2007 Combustível: GASOLINA Cor: VERMELHA Proprietário: JURANDIR DE LIMA CRUZ Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO**

Histórico

BO PARA EFEITOS DE DPVAT; Que o noticiante informa que no dia , hora e local acima citados conduzia a motocicleta (HONDA/XR 250 TORNADO , ANO 2007/2007, COR VERMELHA, PLACA HYM4854, CHASSI 9C2MD34007R0244797, LICENCIADA EM NOME DE JURANDIR LIMA CRUZ) quando veio a colidir em um veículo; Que por conta da queda foi levado para o Hospital de Choró , para o Hospital Eudazio Barroso e em seguida para o Hospital IJF na cidade de Fortaleza por conta de uma fratura na face; Que ficou internado por 53 dias de onde teve alta para continuar a recuperação em casa.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

  
PEDRO CORREIA DA CUNHA - MAT.: 300069-1-

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Jurandir de Lima Cruz

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARCUS VINICIUS AZEVEDO DAMASCENO - MAT.: 300535-1-



PLANO TERAPEUTICO E TRATAMENTO - OBSERVAÇÃO EMERGÊNCIA  
 SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
 HOSPITAL MUNICIPAL DR EUDÁSIO BARROSO



NOME DO PACIENTE:	Funerária de Lima Cruz	Nº DO PRONTUÁRIO	LEITO	DATA
PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO		13.11.2017

Dr. De Castro Jony et  
 @ Hospital Barroso  
 1000 5009.1 et  
 21/40

Dr. Ericsony et  
 Iff - Gerente  
 21/40

HORA	GLICEMIA	TEMP	P.A.
21:28	112 mg/dl	-	130/60 mmHg

Prefeitura Municipal de Quixadá  
 Secretaria Municipal da Saúde  
 Hospital Mat. Dr. Eudásio Barroso  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 Data 16/11/2018

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*  
 Aux. de Enfermagem  
 COREN RJ 2017





MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ

Av. Padre Antônio Tomás, 2056 - Aldeota - CEP 60140-160 Fortaleza - Ceará

Fone: (85) 4005-2999 - Fax: (85) 4005-2945

JUZANDI DE LIMA LIMA  
ENCAMINHAMENTO

Pronto Atendimento

- Clinica Médica 24h
- Buco-Maxilo-Facial 24h
- Clinica de Imagens
- Tomografia, Ultra-som
- Raios X

Internamentos  
Clínicos & Cirúrgicos

- Cir. Buco-maxilo-facial
- Cirurgia Cardíaca
- Cirurgia Geral
- Cir. Neurológica
- Cir. Pediátrica
- Cirurgia Plástica
- Cir. Proctológica
- Cirurgia Ortopédica
- Cirurgia Urológica
- Cirurgia Vascular
- Cirurgia Médica
- Ginecologia
- Obstetrícia

UTI

- Rim Centro (Hemodiálise)
- Litotripsia Extra-Corpórea
- Fisioterapia

DATA: 28/11/2017

HORARIO: 10:00h

LOCAL: AMBULATÓRIO DE ODONTOLÓGIA  
DO DF (2º ANDAR)

- DR. MELLO

- PONTA DE MANDÍBULA  
C/2A @ E AZONAL

- AVALIAR NECESSIDADE CIRÚRGICA

MELLO  
RECEBI  
2017 7546

21/11/2017

Entidade de Utilidade Pública, Lei 3111/65 e Federal, decreto 1575/77

111544/07



Prefeitura de Fortaleza  
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

### AMBULATÓRIO da BMF

Nome: Juvenal de Lima Cruz RAE/Prontuário: 5537121

### RETORNO AMBULATORIAL

DATA: 07/02/18 (queria)

HORÁRIO: 14:00 horas

LOCAL: Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia  
Bucomaxilofacial

#### SITUAÇÃO:

Cou Dr Ricardo

- Osteossintese de fratura de mandíbula em 04/01/18

-> Solicitado R preventivo

Data: 09/01/18

Yuri Campelo Fraga  
Cirurgia e Traumatologia  
Buco - Maxilo - Facial  
Assinatura e Carimbo do Médico



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EUDÁSIO BARROSO



**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA**

Data: 13/11/17 Horário: 21:25 Nº 211461

**1. IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: JURANDIR DE LIMA CRUZ

Estado Civil: SOLTEIRO Sexo: M

Idade: 29 Data de Nascimento: 15/01/88

SUS: 705 0060 3769 4554

Naturalidade: CHORÓ Profissão: AGRICULTOR

Residência: PALESTINA Bairro: CHORÓ

2. Diagnóstico: \_\_\_\_\_

3. Procedimento: PACIENTE COM

COM HISSÉRIE IP COLHED

POSTO X CAMB, ESCALA COM

TC = GRAVE / GLASGOW = 10

Assinatura / Carimbo Médico

Prefeitura Municipal de Quixadá  
Secretaria Municipal da Saúde  
Hospital Mat. Dr. Eudásio Barroso  
**CONFERE COM O ORIGINAL**  
Data 16/11/2018  
  
Maria das Graças Lira de Vasconcelos  
Coordenadora do SAME





GOVERNO MUNICIPAL DE QUIXADÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
SUS - Sistema Único de Saúde



1. Preencha esta Ficha em 03 (Três) vias.  
2. Ao terminar a Consulta ou Tratamento, entregar 2 (duas) vias no usuário, orientado para retornar com a 3ª Via à unidade origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Emergência

UNIDADE DE ORIGEM:  
DISTRITO SANITÁRIO:

MUNICÍPIO:

Nome: Andréia de Lima Cruz Prontuário Nº:  
Sexo: M Data de Nascimento: 1/1/1978 Ocupação:  
Endereço: Chão Bairro: Telefone:

Motivo do encaminhamento: Pac. Politraumatizado e acidentado de trânsito

Resultado do Exame: o paciente chegou no regno pronto e elixado a sus parte de profusão de parte na perna esquerda. Paciente tratado

Conduta Realizada: Atendimento no atestado

Impressão Diagnóstica: Politraumatizado em parte de trânsito  
Assinatura do Encaminhador: Roberto Holanda Função: Plantão Data: 13/11/17 Hora: 20,45

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento:  Ambulatorial  Hospitalar  Serviço Diagnóstico  
Procedimento: Atendimento e curativos Profissional: serviço de emergência  
Unidade de Referência: Hsp. E. Barros Data: 13/11/17 Hora:

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência: Município: Prontuário Nº: Alta: 1/1/17

Resumo Clínico/Cirúrgico

Diagnóstico Principal: Secundário: Secundário:

Proposta de conduta para seguimento:

O Problema Justifica a referência:  Sim  Não O Motivo da Referência coincide com o diagnóstico?  Sim  Não

Assinatura do Encaminhador: Maria das Graças Lira de Vasconcelos Função: Coordenadora do SAME Data: Hora:

Prefeitura Municipal de Quixadá  
Secretaria Municipal da Saúde  
Hospital Mat. Dr. Eudásio Barroso

**CONFERE COM O ORIGINAL**

Data: 16/03/2018

[Assinatura]

Maria das Graças Lira de Vasconcelos  
Coordenadora do SAME

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 26/06/2018 às 10:47, sob o número 01427184920188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0142718-48.2018.8.06.0001 e código 38B37F8.

UNIDADE: \_\_\_\_\_ DATA: 19/11/17


1º Atendimento     outros     Previdenciário    Nº

1- Identificação:  
Nome: Jurandir de Lima Cruz  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ Profissão: PA 90X60  
Procedência: \_\_\_\_\_  
Categoria: \_\_\_\_\_  
Residência: \_\_\_\_\_

2- Queixa Principal: Por. politraumatizado e lesões graves no


3- História Atual: região frontal direita e suspenção de fratura  
do punho esquerdo, punho direito  
fratura exposta no punho direito

Exames Solicitados: em queda de moto (SIC)

  
Assinatura do Médico  
CRM: 1494 - CPF 034.816.703-20

paciente levada no braço direito OK!  
Atendimentos realizados no registro

Tranquilizado para ir  
após estabilizado

  
CRM: 1494 - CPF 034.816.703-20



MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ

Av. Padre Antônio Tomás, 2036 - Aldeota - CEP 60140-160 Fortaleza - Ceará

Fone: (85) 4005-2999 - Fax: (85) 4005-2945

JURANDI DE LIMA CRUZ  
ENCAMINHAMENTO

Pronto Atendimento

Clinica Médica 24h  
Buco-Maxilo-Facial 24h  
Clínica de Imagens  
Tomografia, Ultra-som  
Raios X

Internamentos  
Clínicos & Cirúrgicos

Cir. Buco-maxilo-facial  
Cirurgia Cardíaca  
Cirurgia Geral  
Clín. Neurológica  
Cir. Pediátrica  
Cirurgia Plástica  
Cir. Proctológica  
Cirurgia Ortopédica  
Cirurgia Urológica  
Cirurgia Vascular  
Cirurgia Médica  
Ginecologia  
Obstetrícia

UTI

Rim Centro (Hemodiálise)  
Litotripsia Extra-Corpórea  
Fisioterapia

DATA: 28/11/2017

HORÁRIO: 10:00h

LOCAL: AMBULATÓRIO DE ODONTOLOGIA  
DO EF (2º ANDAR)

- DR. MELO

- PQRST FX DE MANDÍBULA,  
CEN (D) E FRONTAL

- AVALIAR NECESSIDADE CIRÚRGICA

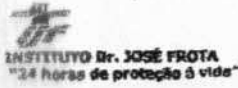
MURLO  
FISICIA  
CPF: 7546

21/11/2017

Entidade de Utilidade Pública, Lei 3111/65 e Federal, decreto 1575/77

111546/07





**RECEITUÁRIO**

Nome: Juvenir de Lima CIA BE/Prontuário: \_\_\_\_\_

Exame ambulatorial

Oftalmologia - SPA

Paciente com fratura de  
fósea, apresentando fratura de condilo,  
feto de órbita direita e zigueira  
direita.

Com queixas visuais.

Solicito exame logo

Data: 09/01/18

Yuri Campeio Fraga  
Cirurgia e Traumatologia  
Buro - Maxilo - Facial  
Instituição IJF - CRO-CE 7787

Assinatura e Carimbo do Médico

**PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.803 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 26/06/2018 às 10:47, sob o número 01427184820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0142718-48.2018.8.06.0001 e código 38B37F8.



# INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg.: 5537121

O Sr.(a) Juvenal de Lima Cruz

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 10/04/18, às 10:29 h.

Tendo como causa do socorro consulta retorno de  
Operação fratura de osso frontal  
CID: S02B

Observações: Nelant de 15 (quinze) dias  
de afastamento de suas atividades  
laborativas.

Fortaleza, 10 de Abril de 2018

Médico de Plantão - CRM: \_\_\_\_\_

*Dr. Jair Queiroz*  
CIRURGIÃO E TRAUMATOLOGIA  
BUCO-MAXILO-FACIAL  
RESIDENTE IJF CROUCE 8824

CPF: \_\_\_\_\_



**MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ**

Av. Padre Antônio Tomás, 2056 - Aldeota - CEP 60140-160 Fortaleza - Ceará  
Fone: (85) 4005-2999 - Fax: (85) 4005-2945

**Pronto Atendimento**

Clinica Médica 24h  
Buco-Maxilo-Facial 24h  
Clinica de Imagens  
Tomografia, Ultra-som  
Raios X

**Internamentos  
Clínicos & Cirúrgicos**

Cir. Buco-maxilo-facial  
Cirurgia Cardíaca  
Cirurgia Geral  
Cir. Neurológica  
Cir. Pediátrica  
Cirurgia Plástica  
Cir. Proctológica  
Cirurgia Ortopédica  
Cirurgia Urológica  
Cirurgia Vascular  
Cirurgia Médica  
Ginecologia  
Obstetrícia

**UTI**

Rim Centro (Hemodiálise)  
Litotripsia Extra-Corpórea  
Fisioterapia

Atesto p o h de me

Jurado de sua Ceg etio

nto nte cdb de 16 a

20.11.17 S NE (8069)

*[Handwritten flourish]*

20.11.17

*[Circular stamp: André Augusto Sobrinho CRM 7605 NEUROLOGIA]*

Entidade de Utilidade Pública, Lei 3111/65 e Federal, decreto 1575/77

111546/07

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 26/06/2018 às 10:47, sob o número 01427184820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0142718-48.2018.8.06.0001 e código 38B37F8.





# INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg.: 5537121

O Sr.(a) Jurandis de Lima Cruz

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 22/02/18, às 12:40 h.

Tendo como causa do socorro Reconstrução de  
osso frontal e teto de órbita.  
(CID: 5028)

Observações: Necessita de 15 (quinze) dias  
de afastamento de suas atividades  
laborais a contar da presente data.

Fortaleza, 19 de março de 2008

Médico de Plantão - CRM: Dra. Luiza Clertiani

Ortopedia e Traumatologia  
Buco - Maxilo - Facial  
Residente IJF - CRO/CE 9674

CPF: \_\_\_\_\_



Seguradora  
**LÍDER**  
Administradora do Seguro DPVAT

(1)

Buscar no site

A  
COMPANHIA

SEGURO  
DPVAT

PONTOS DE ATENDIMENTO  
(/Pontos-de-Atendimento)

CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICAS

SALA DE  
IMPRESA

TRABALHE  
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

### SINISTRO 3180096245 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JURANDIR DE LIMA CRUZ

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JURANDIR DE LIMA CRUZ

CPF/CNPJ: 03756982300

Posição em 26-04-2018 10:49:15

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/04/2018	R\$ 7.695,00	R\$ 0,00	R\$ 7.695,00

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
14/04/2018	Interrupção de Prazo	
07/03/2018	Interrupção de Prazo	