



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Deusime Maria de Freitas</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>solteira</u>	Profissão: <u>autônoma</u>	Nacionalidade: <u>brasileira</u>
RG: <u>2003032017486</u>	CPF: <u>011.825.213-55</u>	
Endereço: <u>Rua: B nº 77</u>		
Cidade: <u>Itaitinga - Ce</u>	CEP: <u>60.000.000</u>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE nº 23.787, 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 Convenio 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 médicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 10 de fev de 20 18.

Deusime Maria de Freitas
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Deusirre Maria de Freitas, residente e
 domiciliado na Pau: B 0569, nº 77,
 bairro: Caracas, na cidade de Itaitinga, portador(a) do
 RG nº 2003032017486, inscrito(a) no CPF nº 011.825.213-55
 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, 10 de fev de 20 18.

Deusirre Maria de Freitas
 DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela Sr(a) Deusione Maria de Freitas presente, o (a) Deusione Maria de Freitas 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, 10 de fev 2017.

Deusione Maria de Freitas

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Deusiane Maria de Freitas, brasi
leiro(a), solteira, autônoma, portador(a) de cédula
de identidade nº. 2003032017486, inscrito(a) no CPF sob o
nº 011.825.213-55, DECLARO que tenho domicílio e sou
residente na Pau: B, nº 77,
Bairro _____, CEP: _____ - _____/CE, conforme
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 10 de fev 20 18

Deusiane Maria de Freitas

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1226224020

PROIBIDA PLASTIFICAR
 1226224020

NOME
 DEUSIANE MAIA DE FREITAS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
 2003032017486 SSP CE

CPF
 011.825.213-55

DATA NASCIMENTO
 19/04/1986

FILIAÇÃO
 JOSE FREITAS DO
 NASCIMENTO
 MARIA ALVES MAIA

PERMISSÃO
 ACC
 CATHAR

Nº REGISTRO
 06231056400

VALIDADE
 12/09/2019

1ª HABILITAÇÃO
 12/11/2014

OBSERVAÇÕES

Assinatura de Deusiane Maia de Freitas

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 12/11/2015

40429119667
 CE150652313

40429119667
 CE150652313



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 504 - 2357 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **29/07/2016 09:20:20**
Data / Hora da Ocorrência: **30/06/2016 17:20:20**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA MANUEL DE CASTRO**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **MORADA NOVA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A USI**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DEUSIANE MAIA DE FREITAS**
Nascimento: **19/04/1986** CPF: **011.825.213-55**
RG: **2003032017486** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA ALVES MAIA**
JOSÉ FREITAS DO NASCIMENTO
Endereço: **RUA MUNDICO REGINO, 273**
Bairro: **GIRILÂNDIA** CEP:
Município: **MORADA NOVA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9916-4826**

Histórico

A vítima qualificada informa que no dia 30.06.2016, por volta das 17h, seguia conduzindo sua motocicleta Bros 150, ano 2008/2008, cor vermelha, placa HYO-4727, chassi.9C2KD0330BR078387; que seguia na avenida Manoel de Castro, e no momento em que cruzava a rua Duque Rabelo, um rapaz que seguia em uma motocicleta 50c, avançou o sinal e colidiu na lateral da vítima; que a vítima caiu ao asfalto e em seguida foi socorrida ao hospital local, Fundação São Lucas, pela ambulância municipal, onde deu entrada apresentando trauma com deformação em tornozelo direito, bem como escoriações; que são testemunhas do fato ora narrado, as pessoas de nome Lindinbergh Mala Góis e Fabiana Carneiro Saraiva. Nada mais disse.
//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANGELO WAGNER PONTES DE PAULA - MAT.: 198246-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Deusiane Maia de Freitas

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUCIANO BARRETO COUTINHO BENEVIDES - MAT.: 133843-1-2



Atifico que a presente cópia fotostática é reprodução fiel do original. Dou fé.
Atainga-CE,

27 ABR 2018

Francisco Nacélio Monteiro
Romário Felix da Silva
Adriano Moreira Silva

DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

Pág. 1 de 1

Impresso em: 29/07/2016 09:32:22

Nº DO CLIENTE
7923242-6
Para atualizar seu atendimento, utilize o link acima
sempre que entrar em contato conosco.

A linha de transmissão de energia elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



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

Rota 07 20084 06 182200 - 1
Nome DEUSIANE MAIA DE FREITAS
End. Postal RU B 00077 CS 69
Medidor GERERAU - ITAITINGA - 60000000
Classe 6292595
RG/CPF/CNPJ 011825213-55
Nome do Responsável
Data de Emissão 10/05/2018
Posto 0000 0000
CGF

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mai/2018	10/05/2018	12/06/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Mês			Apuração Individual		
Conjunta	Individual	Conjunta	Conjunta	Individual	Conjunta
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
107,90	27,00%	29,13

ÁREA RESERVADA AO CONTRIBUÍVEL E FISCAL

0421.6126.0496.0701.10FF.2018.5750.0041

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
2610	2452	1,00	158	0,00	158	1,12	177,76

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	107,90
MULTA MORATORIA REF 02/2018	1,99
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,63
JUROS DO MES	1,09
ILUMINACAO PUELICA MUNICIPAL	20,43
TAXA DE PESQUISA	2,62
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,74)	115,26

VENCIMENTO 25/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 139,67

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	40,61
Transmissão	4,32
Distribuição	25,15
Encargos Setoriais	6,12
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	39,57
TOTAL	107,90

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

173	152	146	138	145	132	93	192	213	391	287	123	71
-----	-----	-----	-----	-----	-----	----	-----	-----	-----	-----	-----	----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 59,34
Compensado kg (CO₂) 0,00
Consciência Ecológica (%) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA EXIBIR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE



FUNDAÇÃO SÃO LUCAS

SANTA CASA DE MORADA NOVA

Av. Manoel Castro, 237 – Centro – CEP: 62.940-000

C.G.C. 07.677.263 / 0001 – 89 / E-MAIL : santacasamnova@bol.com.br

Fones : 3422.1411/ 3422.3860

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que dando busca em nossos arquivos encontramos o registro do seguinte teor: que no dia 30/06/2016, às 17:40 horas, deu entrada no setor de Urgência/Emergência da Fundação São Lucas – Santa Casa de Morada Nova, a Sra. **DEUSIANE MAIA DE FREITAS** a mesma informou que foi vítima de acidente de motocicleta (colisão moto com moto) apresentando: **TRAUMA COM DEFORMIDADE (FRATURA FECHADA?) EM TORNOZELO DIREITO + ESCORIAÇÕES.**

Morada Nova, 12 de Julho de 2016.



07.677.263/0001-89

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
 SANTA CASA DE M NOVA SANTA CASA DE MORADA NOVA
 AV. MANOEL CASTRO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
 (CENTRO) CEP 62.940-000
 MORADA NOVA CE

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

PACIENTE: Delessiane Maia de Freitas DN 19/04/1986
 ENDEREÇO: Mundica Regino 273
 DIA: 30/06/2016 HORA: 17:40
 LOCAL DA OCORRÊNCIA: _____

DESCRIÇÃO DA LESÃO E DO PROCEDIMENTO ADOTADO:

Pac. deu entrada na Emergência com trauma
com deformidade (fratura fechada?) em tornozelo
direito + escoriações, a mesma informa que
foi vítima de acidente no trânsito (colisão
moto com moto)

PLANTONISTA: G. Gilmaris TÉC. ENF: _____



FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE MORADA NOVA
SUS-SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

GUIA DE REFERÊNCIA

FICHA DE REFERENCIA

UNIDADE DE ORIGEM:	F52		MUNICÍPIO:	M-Nova
NOME:	Ressane Maria de Freitas			
SEXO: M () F ()	DATA DO NASCIMENTO:	OCUPAÇÃO:		
	19/04/86			
ENDEREÇO:	BAIRRO:	RONE:		
Rua: Mundirio Seguro	273	9984-19		
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:				
Paciente com relato de acidente de trânsito há 4 dias, com dor + edema em tornozelo (D)				
RESULTADO DE EXAMES:				
Rx: Fratura luxação do tornozelo (D) OBS: Não realizou redução tração				
VA DEVIDO A FALTA DE ALTESTESJOTA NO PULSAO.				
CONDUTA REALIZADA:				

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura - luxação do tornozelo (D)

Dr. Fco Costa Neto
Ortopedista, Traumatologista
CRM: 12634 TEOT-1374

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO- Nº REGISTRO

FUNÇÃO

DATA

HORA

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA:			
MUNICÍPIO:	PRONTUÁRIO:	ALTA	/ /
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:			
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL			
CID:			
SECUNDÁRIO 1:			
CID:			
SECUNDÁRIO 2:			
CID:			
PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO:			
O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM () NÃO ()			
O MOTIVO DO DIAGNÓSTICO COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM () NÃO ()			
ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO- Nº REGISTRO	FUNÇÃO	DATA	HORA

07.770.001/0001-87
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE
DE RUSSAS
Rua: Dr. José Américo, 140
CENTRO
RUSSAS
CEP: 62.900-000
CEARA



HCSR
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

BOLETIM DE OPERAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Deborah Maria de Jesus

DATA: 05/07/2016

LEITO: _____

DIAGNOSTICO CLÍNICO:

Fract. lux. femur

DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:

CONDIÇÕES DO PACIENTE

TEMPO	PULSO	RESP.	P.A.	GERAIS

ANESTESIA:

Raquel

OPERAÇÃO:

CLASSIFICAÇÃO:

INÍCIO: 15:00h FIM: 15:45h

ACHADOS (DESCREVER OS ÓRGÃOS EXPLORADOS E REGISTRE OS OS ACHADOS PATOLÓGICOS)

O QUE FOI FEITO:

Muito bom o resultado
Integridade + tempo
sem mais nada
Redução + fixação
Sintoma
Controle

Dr. Marcelo Lopes Maia
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 11805
RQE: 1560

07.770.001/0001-64
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
RUA DR. JOSE RAMALHO, 1436
CENTRO
RUSSAS

CONTAGEM COMPRESSAS:

Dr. Marcelo Lopes Maia
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 11805
RQE: 1560

Operador

Auxiliar

Anestesiologista

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-0148

www.hcsrussas.com.br

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 06/08/2018 às 11:50, sob o número 073384-04.2018.8.06.0001 e código 3AB77B8. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0153184-04.2018.8.06.0001 e código 3AB77B8.


HCSR
 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas
**SANTAS
CASAS
UNIDAS**
BOLETIM DE OPERAÇÃO
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

 NOME: VERUSIA MAIA DE FREITAS

 DATA: 08 / Junho / 2016

LEITO: _____

DIAGNOSTICO CLÍNICO:
F. de fratura
DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:
CONDIÇÕES DO PACIENTE

TEMPO	PULSO	RESP.	P.A.	GERAIS

ANESTESIA:
Raqui
OPERAÇÃO:
770 cm Fr. de fratura
CLASSIFICAÇÃO:

INÍCIO: _____ FIM: _____

ACHADOS (DESCREVER OS ÓRGÃOS EXPLORADOS E REGISTRE OS OS ACHADOS PATOLÓGICOS)

O QUE FOI FEITO:
1) Sinal
2) Ponto a fratura
3) Alívio da dor com
plac. XCP 600
4) S
5) Sinal

 Dr. Victor Parahyba
 Clínica de Traumatologia
 CRP-GE 10600

CONTAGEM COMPRESSAS:

Operador _____

Auxiliar _____

Anest. _____

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (085) 3411-0147 / Telefax (085) 3411-0148

www.hcsrussas.com.br



HCSR

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

RESUMO DE ALTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Neuriani Moisés de Freitas

ENFERMARIA: 3 LEITO: 2 PRONTUÁRIO: 100

RESUMO CLÍNICO:

EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:

PROCEDIMIENTO REALIZADO:

TERAPÊUTICA UTILIZADA:

ADMISSÃO: 09/07/16 ALTA: 09/07/16 DIAS INTERN.: 1

CONDIÇÕES DE ALTA:

MOTIVO: CURADO (), MELHORADO (), APEDIDO (), EVASÃO (), TRANSFERIDO (), ÓBITO
INALTERADO (), ADMINISTRATIVO ()

ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO:

DIAGNÓSTICO FINAL:

OBSERVAÇÕES:

MÉDICO RESPONSÁVEL



HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas - Ceará



1600156017 05/07/2016 13:19:58 GUIA DE ADMISSÃO () GUIA DE ATENDIMENTO () TRAUMA/CIRURGICO-02.021.001

Paciente 00100626 - DEUSIANE MAIA DE FREITAS Nascimento 19/04/1986 Id: 30 A 2 M 16 D 706209024498564 CNS 011.825.213-55

Documento Sexo F Estado Civil Solteiro(a) Raça/Cor Branca - Escolaridade Ocupação SERVIÇOS GERAIS

Endereço RUA - MUNDICO REGINO - 273 - ZONA RURAL - MORADA NOVA - CE CEP 62.940-000 Complemento PROX AOS PREDIOS DO

Naturalidade MORADA NOVA - CE Contatos (88) 99984-1914

Mãe MARIA ALVES MAIA Pai JOSÉ FREITAS DO NASCIMENTO SisPreNatal

Plano - Convênio SUS - SUS Carteira Validade Autorização

Caráter de Atendimento Procedência Especialidade Profissional Solicitante

Urgência TRAUMA/ORTOPEDIA MARCELO LOPES MAIA

Clín Principal Procedimento Solicitado Form. Máxima (dias)

ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer () Exames Laboratoriais () RX () Ultrassonografia () Prótese () Mudança de Procedimento ()

Convênio: Autorizado Até: / / Prorrogado Até: / /

Outros () Especificar: _____

Data da Saída: 10/07/16 Motivo: () Curado () A pedido () Fuga () Transferido () Óbito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

OPERAÇÃO

PRINCIPAL:

SECUNDÁRIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO



Médico Responsável

Diretor Responsável

Paciente ou Responsável

Guia emitida por: maria.aubetiz

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS

Identificação do Paciente
5 - NOME DO PACIENTE
DEUSIANE MAIA DE FREITAS
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
706209024498564
11 - NOME DA MÃE
MARIA ALVES MAIA
13 - NOME DO RESPONSÁVEL
DEUSIANE MAIA DE FREITAS
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
RUA: MUNDICO REGINO - 273 - PROX AOS PREDIOS DO - ZONA RURAL
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MORADA NOVA

2 - CNIS
232800-3
4 - CNES
232800-3
8 - DATA DE NASCIMENTO
19/04/1986
9 - SEXO
3 - Feminino
10 - RAÇA/COR
Branca
12 - TELEFONE DE CONTATO
(88) 99984-1914
14 - TELEFONE DE CONTATO
(88) 99984-1914
17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
230870
18 - UF
CE
19 - CEP
62.940-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Fret. Unhas fongos
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
24 - CID 10 PRINCIPAL
M 869
25 - CID 10 SECUNDÁRIO
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO
27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Fto Unhas fongos
29 - CLÍNICA
TRAUMATOLOGICA
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGENCIA
31 - DOCUMENTO
C. N. S.
32 - Nº DO DOCUMENTO
980016284796167
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
MARCELO LOPES MAIA
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
05/07/2016
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0408060144
35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
MARCELO LOPES MAIA
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
39 - CNPJ DA SEGURADORA
40 - CNPJ DA EMPRESA
41 - CNPJ DA EMPRESA
42 - CNPJ DA EMPRESA
43 - CNPJ DA EMPRESA
44 - CNPJ DA EMPRESA
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () INADMISSÃO

AUTORIZAÇÃO
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - COD. ORGÃO EMISSOR
48 - DOCUMENTO
() CNS () CPF
49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
55 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
56 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
57 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
58 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
59 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
60 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
61 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
62 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
63 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
64 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
65 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
66 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
67 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
68 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
69 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
70 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
71 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
72 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
73 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
74 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
75 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
76 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
77 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
78 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
79 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
80 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
81 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
82 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
83 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
84 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
85 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
86 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
87 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
88 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
89 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
90 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
91 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
92 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
93 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
94 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
95 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
96 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
97 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
98 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
99 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
100 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SINISTRO 3180194644 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DEUSIANE MAIA DE FREITAS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO DEUSIANE MAIA DE FREITAS

CPF/CNPJ: 01182521355

Posição em 06-08-2018 11:44:31