

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE:

Nome: Antônio Edson da Costa Martins		Nacionalidade: Brasileiro	
Estado Civil: Casado	Profissão: conferente	Carteira de Identidade: 2000010178415	
CPF nº: 023.373.423-60	Residência: R. João Valdimiro Filho, 511		
Bairro: Pq. Santa Maria	Cidade: Fortaleza	Estado: CE	CEP: 60873-136

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na rua Barão do Rio Branco, nº 1782, Bairro Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.025-060, fone: **(85) 9657.0528**
e-mail: KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

Amplios poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instancia ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) autorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Fortaleza (CE), 10 de julho de 2018

x Antônio Edson da Costa Martins
Outorgante

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/07/2018 às 08:47, sob o número 01463508220188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0146350-82.2018.8.06.0001 e código 397206B

DECLARAÇÃO

Eu, Antonio Gibson da Costa Martins,
 brasileiro(a), Comarado, Conferente, portador da Carteira de Identidade/RG nº
2000010178415, e inscrito no CPF/MF sob o nº 023.373.423-60, residente e
 domiciliado na cidade de Fortaleza, estado do Ceará, na Rua
João Vardino Filho, nº 511, 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), 10 de Julho de 2.018.

Antonio Gibson da Costa Martins

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

CE

NOME
 ANTONIO EDSON DA COSTA MARTINS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 2000010178415 SSP CE

CNPJ
 023.373.423-60 DATA NASCIMENTO
 15/02/1986

FILIAÇÃO
 FRANCISCO MARTINS
 BENTO
 MARIA CLEONICE DA
 COSTA MARTINS

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
 AB

Nº REGISTRO 03759677868 VALIDADE 03/10/2019 1ª HABILITAÇÃO 29/12/2005

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO;

Antonio Edson da Costa Martins
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO 27/11/2017

Igor Vasconcelos Ponte
 ASSINATURA DO EMISSOR

29175118168
 CE144059215

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1548618767

PROIBIDO PLASTIFICAR 1548618767

REGISTRO AUTOMOTORES DE VIA FERRESTRHE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013868252320 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO DATA EMISSÃO 2017 09/11/2017

VIA 01 CPF/CNPJ 01054334382 PLACA NVA4099
CHASSI/MARCA/MODELO 00281618950 HONDA/CG 125 FAN KS
ANO FAB. CAT. TAB. Nº CHASSI 2010 09 9C2JC4110BR417926

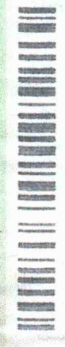
PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (RS) 81,29 DENATRAM (RS) 9,03 CUSTO DO SEGURO (RS) 90,33
CUSTO DO BILHETE (RS) 4,15 IOF (RS) 0,7 TOTAL SER PAGO PELO SEGURO (RS) 185,5
PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 08/11/2017
 COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.638/0001-04

MOTOR: JC41E1B417926 QUIT 2017 04915



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DETRAN - CE Nº 013868252320 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 00281618950 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCICIO 2017

NOME ANTONIO MARCOS DA SILVA BERNARDO
FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ 01054334382 PLACA NVA4099/CE

PLACA ANT / UF /CE 9C2JC4110BR417926 CHASSI

ESPÉCIE TIPO FAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2011

CAP / POT / CIL 2F/OCV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1ª ***** **/**/** 1ª *****
2ª ***** **/**/** 2ª *****
3ª ***** **/**/** 3ª *****

PREMIO TARIFARIO (RS) IOF (RS) PREMIO TOTAL (RS) DATA DE PAGAMENTO: *****

OBSERVAÇÕES *****

LOCAL FORTALEZA DATA 09/11/2017

Justiça do Trabalho
Superintendência do Trabalho
DETRAN CE

DETRAN

CONTRAN

Nº DO CLIENTE
6897522-8
 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
Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150
 CEP 60135 040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 521132842
 Rota 09 01220 13 456200 - 7 Data de Emissão 12/04/2018
 Nome MARONY LIMA
 End. Postal RU JOAO VALDIRO FILHO 00511
 PARQUE SANTA MARIA - FORTALEZA - 60873136
 Medidor 6439263 Poste 1000 K71C
 Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFÁSICO
 RG / CPF / CNPJ 605683463-86 CGF

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.		
Abr/2018	12/04/2018	14/05/2018	Conjunto	MESSE/JAN	EUSD 21,06
			Mês	FEV/2018	
				DICRI = 0,00 P	

ICMS			Padrão Individual			Apuração Individual			
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual	
ISENTO			DIC	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
			FIC	3,20	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
			DMIC	2,77			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 4460.7E7F.F0FD.0D6E.EFD7.F00F.600C.9C6A

INFORMAÇÕES SOBRE O FATORAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 14810	13875	1,00	135	0,00	30 70 35	0,17229 0,19536 0,44508	5,16 20,67 15,52
12/04/18	13/03/18		30 DIAS		135		41,35

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	41,35
MULTA MORATORIA REF 01/2018	1,36
JUROS DO MES	0,68
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	9,73
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,51

*18519.87950002
 (85)19.87740318*

VENCIMENTO 20/05/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 54,63

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	39,29	142	143
Transmissão	1,99	135	126
Distribuição	13,07	151	148
Encargos Setoriais	4,95	148	146
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	3,99	149	154
TOTAL	42,86	138	144
		132	142
		142	143

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
 Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido (kg CO₂) 58,35 Compensado (kg CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (%CO₂) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

DEBITOS ANTERIORES	
Mes/Ano	Valor R\$
02/2018	89,92
Total	89,92

Prezado Cliente, consta(m) em nossos controles conta(s) em atraso. Segue o detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Consta desta fatura R\$ 3,99 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1,08% e COFINS:4,94% (Art. 9, Res. 100/2005 - ANEEL e Lei n. 10.637/02 e 10.833/03)

Para este mês a bandeira seve verde, sem custo adicional para os consumidores. Mais informações em www.aneel.gov.br

Nº do Cliente: 6897522-8 Referência: Abr/2018
 Data de Emissão: 12/04/2018 Referência: 54,63
 Nº da Nota Fiscal: 521132842 Total a Pagar (R\$): 0006897522 00033 39352 44
 Nº de Controle: 0363000000-4 54630031000-5 00068975220-2 00333935273-0



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1916 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **04/05/2018 13:01:06**
Data / Hora da Ocorrência: **10/03/2018 19:10:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA ISABEL BEZERRA**
Complemento:
Bairro: **PARQUE SANTA MARIA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX COMEÇO DA LINHA 25**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO EDSON DA COSTA MARTINS**
Nascimento: **15/02/1986** CPF: **023.373.423-60**
RG: **2000010178415** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA CLEONICE DA COSTA MARTINS**
FRANCISCO MARTINS BENTO
Endereço: **RUA JOAO VALDIRO FILHO , 511**
Bairro: **PARQUE SANTA MARIA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.873-136**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98837-3212**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NVA4099** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC4110BR417926 Renavam: **281618950** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **ANTONIO MARCOS DA SILVA BERNARDO**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA NVA-4099-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. IZABEL BEZERRA E AO TENTAR ULTRAPASSAR UM VEICULO CARRO DE PLACAS NAO ANOTADAS QUE ESTAVA A SUA FRENTE NA VIA, COLIDIU EM UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NAO ANOTADAS QUE ESTAVA PARADO NO ACOSTAMENTO DA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SEU IRMÃO, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE. E NADA MAIS DISSE.//
OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antonio Edson da Costa Martins

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Antonio Edison da Costa Martins

CPF da Vítima

023 37342860

Data do Acidente

10/03/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Bot. ee, 11 de 05 de 18

Local e Data

Antonio Edison da Costa Martins

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ANTONIO PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **ANTONIO EDSON DA COSTA MARTINS** às **21:52** hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por **30 (TRINTA)** dias, a partir de **10/03/2018** , tendo como causa do atendimento o código abaixo:

V28

Código da Doença

10/03/18

Local e Data

Assinatura do Médico

JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO

CRM 12051

*Dr. Jose Neias A. Ribeiro
Residência em Pneumologia
CRM 12.051*

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BYAVK38U6N1K0

Solicitacao da Senha : 10/03/2018 19:33:51



**ANTONIO
PRUDENTE**

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **ANTONIO EDSON DA COSTA MARTINS** às 16:13 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por **60 (SESSENTA)** dias a partir de **15/03/2018** , tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S92

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

DAVI MARINHO DE ARAUJO

CRM 13177

Dr. Davi Marinho de Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM/REC 13177 / TRCOT 12781

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BUNQP38U6O6K0

Solicitacao da Senha : 15/03/2018 15:54:52

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/04/2018 16:24

Paciente: ANTONIO EDSON DA COSTA MARTINS Dt. Nasc.: 15/02/1986 Atendimento: 49215385 Prontuário: 13977731
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133225/1

Profissional(is): JOAO MARCOS LOPES MOREIRA CRM 18797 [1] Nº: 20270437 10/03/2018 às 20:04

ANAMNESE

Queixa Principal PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 20 MIN. DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA COM CAMISA ENSANGUENTADA AMARRADA NO ANTI-BRAÇO D (FX EXPOSTA ?). RELATA DOR EM PÉ E JOELHO D. [1]
RX: SEM EVIDÊNCIA DE FX DO ANTI-BRAÇO D AO ESTUDO RADIOGRAFICO DO MESMO.
LIBERADO PARA CIRURGIA GERAL P/ REALIZAÇÃO DE SUTURA.
SOLICITADO RX DO JOELHO E PÉ D.

Queixa Principal

CID10 V28 MOTOCICLISTA TRAUM ACID TRANSP S/COLIS [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 V28 MOTOCICLISTA TRAUM ACID TRANSP S/COLIS [1]

CID10 V28 MOTOCICLISTA TRAUM ACID TRANSP S/COLIS [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Brena Kelly Queiroz Monteiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 062775953,00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Edison da Costa Martins inscrito (a) no CPF sob o Nº 023373423,60, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antônio Edison da Costa Martins, inscrito (a) no CPF sob o Nº 023373423,60, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>R. Bar do Rio Branco</u>		Número <u>1782</u>	Complemento <u>Altos</u>
Bairro <u>José Bonifácio</u>	Cidade <u>Sertaleza</u>	Estado <u>Ceará</u>	CEP
Email <u>N/A</u>	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>9.87740318</u>	

Sert. ce, 11 de 05 de 2017
Local e Data

Brena Kelly Queiroz Monteiro
Assinatura do Declarante

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/07/2018 às 08:47, sob o número 01463508220188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0146350-82.2018.8.06.0001 e código 397206C.



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/04/2018 16:24

Paciente: ANTONIO EDSON DA COSTA MARTINS Dt. Nasc.: 15/02/1986 Atendimento: 49215385 Prontuário: 13977731
Convênio: HAPVÍDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133225/1

Profissional(is): JOAO MARCOS LOPES MOREIRA CRM 18797 [1] Nº: 20270437 10/03/2018 às 20:04

ANAMNESE

Queixa Principal

PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 20 MIN. DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA COM CAMISA ENSANGUENTADA AMARRADA NO ANTI-BRAÇO D (FX EXPOSTA ?). RELATA DOR EM PÉ E JOELHO D. [1]

RX: SEM EVIDÊNCIA DE FX DO ANTI-BRAÇO D AO ESTUDO RADIOGRÁFICO DO MESMO.

LIBERADO PARA CIRURGIA GERAL P/ REALIZAÇÃO DE SUTURA.

SOLICITADO RX DO JOELHO E PÉ D.

Queixa Principal

CID10

V28 MOTOCICLISTA TRAUM ACID TRANSP S/COLIS [1]

DIAGNÓSTICO

CID10

V28 MOTOCICLISTA TRAUM ACID TRANSP S/COLIS [1]

CID10

V28 MOTOCICLISTA TRAUM ACID TRANSP S/COLIS [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANTONIO
PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

20/03/2018 14:09

Paciente: ANTONIO EDSON DA COSTA MARTINS	Dt. Nasc.: 15/02/1986	Atendimento: 49446858	Prontuário: 13977731
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES CRM 12444 [1]		Nº: 20678106	20/03/2018 às 13:44
ANAMNESE			
Queixa Principal	FERIMENTO ANTEBRAÇO		[1]
Queixa Principal			
CID10	M255 DOR ARTICULAR		[1]
CID10			
Complemento/Justificativa do diagnóstico	PACIENTE SUMETIDO A SINTESE CUTANEA ANTEBRAÇO HA 10 DIAS, ONTEM PROCUROU A EMERGENCIA E FOI SOLICITADO A RETIRADA DOS PONTOS, EVOLUI HOJE COM DEISCENCIA DA FERIDA		[1]
DIAGNÓSTICO			
Complemento E Detalhes Do Diagnóstico	PACIENTE SUMETIDO A SINTESE CUTANEA ANTEBRAÇO HA 10 DIAS, ONTEM PROCUROU A EMERGENCIA E FOI SOLICITADO A RETIRADA DOS PONTOS, EVOLUI HOJE COM DEISCENCIA DA FERIDA		[1]
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação		[1]



ANTONIO PRUDENTE

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
49446858

!TOgJ" fls. 21

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

04/04/2018 16:33:15

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13977731	ANTONIO EDSON DA COSTA MARTINS	M	15/02/1986	32
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	2337342360		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R RUA JOCENO MONTEIRO 407,0 - SANTA MARIA, FORTALEZA(CE) CEP 61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
988373211				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
B3233000008001010			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
20/03/2018	13:43		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente		Clinica	
1888927 ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES		1-MEDICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/03/2018 17:18

Paciente: ANTONIO EDSON DA COSTA MARTINS	Dt. Nasc.: 15/02/1986	Atendimento: 49422987	Prontuário: 13977731
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	

Profissional(is): ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO CRM 11538 [1]	Nº: 20641424	19/03/2018	às 16:55
--------------------------------------------------------------------	--------------	------------	----------

ANAMNESE		
Queixa Principal	RETIRADA DE PONTOS	[1]
Queixa Principal		
CID10	M255 DOR ARTICULAR	[1]
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO		
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação	[1]

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/07/2018 às 08:47, sob o número 01463508220188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0146350-82.2018.8.06.0001 e código 397206E.



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
49422987

fls. 23
!TM@z

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

04/04/2018 16:29:58

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13977731	ANTONIO EDSON DA COSTA MARTINS	M	15/02/1986	32
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	2337342360		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R RUA JOCENO MONTEIRO 407,0 - SANTA MARIA, FORTALEZA(CE) CEP 61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
988373211				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
B3233000008001010			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
19/03/2018	16:52		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
3184358 ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/07/2018 às 08:47, sob o número 01463508220188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0146350-82.2018.8.06.0001 e código 397206E.

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/04/2018 16:36

Paciente: ANTONIO EDSON DA COSTA MARTINS	Dt. Nasc.: 15/02/1986	Atendimento: 49678548	Prontuário: 13977731
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	

Profissional(is): FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO CRM 13246 [1] Nº: 21068661 30/03/2018 às 10:16

ANAMNESE		
Queixa Principal	evidencia de consolidação ossea clinica sem dor a palpação. alta da to	[1]
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO		
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação	[1]

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/07/2018 às 08:47, sob o número 01463508220188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0146350-82.2018.8.06.0001 e código 397206E.

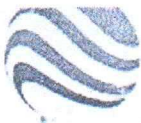
HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/04/2018 16:35

Paciente: ANTONIO EDSON DA COSTA MARTINS	Dt. Nasc.: 15/02/1986	Atendimento: 49678548	Prontuário: 13977731
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	

Profissional(is): FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO CRM 13246 [1]	Nº: 21068165	30/03/2018	às 09:59
------------------------------------------------------------------	--------------	------------	----------

ANAMNESE		
Queixa Principal	revisao de fx pe	[1]
Queixa Principal		
CID10	M255 DOR ARTICULAR	[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
49678548

fls. 26
!TfxS"

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

04/04/2018 16:36:51

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13977731	ANTONIO EDSON DA COSTA MARTINS	M	15/02/1986	32
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
	2337342360			2-SOLTEIRO
Endereço				
R RUA JOCENO MONTEIRO 407,0 - SANTA MARIA, FORTALEZA(CE) CEP 61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
988373211				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
B3233000008001010			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
30/03/2018	09:50		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente		Clinica	
2145553 FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO		1-MEDICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/07/2018 às 08:47, sob o número 01463508220188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0146350-82.2018.8.06.0001 e código 397206E.



ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/03/2018 16:12

Paciente: ANTONIO EDSON DA COSTA MARTINS	Dt. Nasc.: 15/02/1986	Atendimento: 49338195	Prontuário: 13977731
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	

Profissional(is): DAVI MARINHO DE ARAUJO CRM 13177 [1]	Nº: 20480654	15/03/2018	às 16:11
--------------------------------------------------------	--------------	------------	----------

ANAMNESE		
Queixa Principal	PACIENTE ORIENTADO SOBRE SEU QUADRO CLINICO E OPÇÕES TERAPEUTICAS DECIDE NAO ACATAR A OPÇÃO CIRURGICA	[1]
Queixa Principal		
CID10	S92 FRAT DO PE	[1]

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/07/2018 às 08:47, sob o número 01463508220188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0146350-82.2018.8.06.0001 e código 397206E.



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/03/2018 16:05

Paciente: ANTONIO EDSON DA COSTA MARTINS	Dt. Nasc.: 15/02/1986	Atendimento: 49338195	Prontuário: 13977731
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	

Profissional(is): DAVI MARINHO DE ARAUJO CRM 13177 [1]	Nº: 20480447	15/03/2018	às 16:07
--------------------------------------------------------	--------------	------------	----------

ANAMNESE

Queixa Principal FRATURA DE HALUX HA 6 DIAS [1]

Queixa Principal

CID10 S92 FRAT DO PE [1]

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados Alta após cuidados e/ou medicação [1]

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/07/2018 às 08:47, sob o número 01463508220188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0146350-82.2018.8.06.0001 e código 397206E.



ANTONIO PRUDENTE

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
49338195

ITDtÉ ins. 29

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

04/04/2018 16:28:03

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13977731	ANTONIO EDSON DA COSTA MARTINS	M	15/02/1986	32
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
	2337342360			2-SOLTEIRO
Endereço				
R RUA JOCENO MONTEIRO 407,0 - SANTA MARIA, FORTALEZA(CE) CEP 61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
988373211				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -		COLETIVO
Carteira	Validade		
B3233000008001010			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
15/03/2018	15:54		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente		Clinica	
1570625 DAVI MARINHO DE ARAUJO		6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

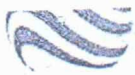
04/04/2018 16:

Paciente: ANTONIO EDSON DA COSTA MARTINS	Dt. Nasc.: 15/02/1986	Atendimento: 49215383	Prontuário: 13977731
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/4	
Profissional(is): BRUNO ROBERTO DA SILVA FERREIRA CRM 14065 [1]			
		Nº: 20269718	10/03/2018 às 19:37
ANAMNESE			
Queixa Principal	PACIENTE, 32 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO. AO EXAME: EGB, EUPNÉICO. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. CD: SOLICOT RX DE MSD		[1]
Queixa Principal			
CID10	R68 OUTR SINT E SINAIS GERAIS		[1]
Tipo De Acidente			[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação		[1]

Dr. Bruno Ferreira
Médico
CREMÉC 14065

CONFERE O PRONTUÁRIO
LEANDRO 431
Assinatura

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/07/2018 às 08:47, sob o número 01463508220188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0146350-82.2018.8.06.0001 e código 397206E.



ESTE PRONTUÁRIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

04/04/2018 16:22:29

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13977731	ANTONIO EDSON DA COSTA MARTINS	M	15/02/1986	32
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	2337342360		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R RUA JOCENO MONTEIRO 407,0 - SANTA MARIA, FORTALEZA(CE) CEP 61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
988373211				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
B3233000008001010			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
10/03/2018	19:33		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente		Clinica	
2062682 BRUNO ROBERTO DA SILVA FERREIRA		4-CIRURGICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

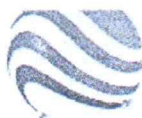
R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

CONFERE O PRONTUÁRIO
LEANDRO 431
Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/04/2018 16:34

Paciente: ANTONIO EDSON DA COSTA MARTINS	Dt. Nasc.: 15/02/1986	Atendimento: 49447120	Prontuário: 13977731
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/16		
Profissional(is): LEONARDO DE ARAUJO BRITO CRM 12370 [1]	Nº: 20679656	20/03/2018	às 14:18
ANAMNESE			
Queixa Principal	troca de curativo		[1]
Queixa Principal			
CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS		[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação		[1]



ANTONIO PRUDENTE

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
49447120

fls. 33
!TOj7"

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

04/04/2018 16:35:03

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13977731	ANTONIO EDSON DA COSTA MARTINS	M	15/02/1986	32
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	2337342360		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R RUA JOCENO MONTEIRO 407,0 - SANTA MARIA, FORTALEZA(CE) CEP 61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
988373211				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
B3233000008001010			

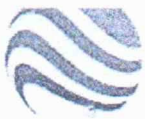
DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
20/03/2018	13:51		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
1669516 LEONARDO DE ARAUJO BRITO			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg) Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/07/2018 às 08:47, sob o número 01463508220180600001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0146350-82.2018.8.06.0001 e código 397206E.



ANTONIO PRUDENTE

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
49215385

!T8Xx fls. 34

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

04/04/2018 16:25:32

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13977731	ANTONIO EDSON DA COSTA MARTINS	M	15/02/1986	32
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
	2337342360			2-SOLTEIRO
Endereço				
R RUA JOCENO MONTEIRO 407,0 - SANTA MARIA, FORTALEZA(CE) CEP 61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
988373211				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
B3233000008001010			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
10/03/2018	19:34		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente		Clinica	
2575043 JOAO MARCOS LOPES MOREIRA		6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

SINISTRO 3180223614 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO EDSON DA COSTA MARTINS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO ANTONIO EDSON DA COSTA MARTINS

CPF/CNPJ: 02337342360

Posição em 10-07-2018 10:41:09

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
02/07/2018	R\$ 1.012,50	R\$ 0,00	R\$ 1.012,50

