



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <i>João da Cruz Rodrigues Marques</i>		Nacionalidade: BRASILEIRO(A)	
Estado Civil: <i>Casado</i>	Profissão: <i>Agricultor</i>	Carteira de Identidade: <i>01620592035 detran-ce</i>	
CPF nº: <i>067.869.708-69</i>	Residência: <i>Distrito de Poty</i>		
Bairro: <i>Zona Rural</i>	Cidade: <i>Crateús</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>	CEP: <i>63.700-000</i>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURÃO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 103, Fátima I, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicia 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 SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, 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 e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias medicas**, em nome do(a) outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

CRATEÚS – CE., 18 de Janeiro de 2019.

João da Cruz Rodrigues Marques
(outorgante)



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declarante: João da Cruz Rodrigues Marques		Nacionalidade: Brasileira
Residência: Distrito de Poty		Profissão: Agricultor
CPF nº: 067.869.708-69	RG nº: 01620592035 detran-ce	Estado Civil: Casado
Bairro: Zona Rural	Cidade: Crateús	Estado/UF: Ceará
CEP: 63.700-000	Telefone:	

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.

Crateús - ce, 18 de Janeiro de 2019.

João da Cruz R. Marques
Declarante



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranyvsantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declarante: João da Cruz Rodrigues Marques		Nacionalidade: Brasileira
Residência: Distrito de Poty		Profissão: Agricultor
CPF nº: 067.869.708-69	RG nº: 01620592035 detronce	Estado Civil: Casado
Bairro: Zona Rural	Cidade: Crateús	Estado/UF: Ceará
CEP: 63.700-000	Telefone:	

DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Crateús - ce., 18 de Janeiro de 2019.

João da Cruz R. Marques
 (declarante)



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº 543918322

Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
 foi criada pela Lei nº 10.438 de
 26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
OUT/2018

Utilize o nº abaixo sempre
 que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
6885832 DV **9**

VENCIMENTO
 15/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
 71,40

DADOS DO CLIENTE
 Rota 23 038005 01 021000 Medidor 5058656 Poste 0000 0
 Nome JOAO DA CRUZ RODRIGUES MARQUES
 Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora DT POTY 00000 ESPERANCA CRATEUS 63700000

RG / CPF / CNPJ 067.869.708-69 CGF
 Classe B2 - 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP	24459	24328	1	131	0	131
----	-------	-------	---	-----	---	-----

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA			
Consumo faixa 0-30 Kwh	131	0,42847	56,12

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 03/10/2018
 Prev. Próxima Leitura 05/11/2018

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

2AB6.DF2B.E81F.A26D.88DF.8C7A.E470.1550

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
ISENTO		

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	28,27
TRANSMISSÃO	3,01
DISTRIBUIÇÃO	16,11
ENCARGOS SETORIAIS	4,32
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	4,41

OUTROS PAGAMENTOS

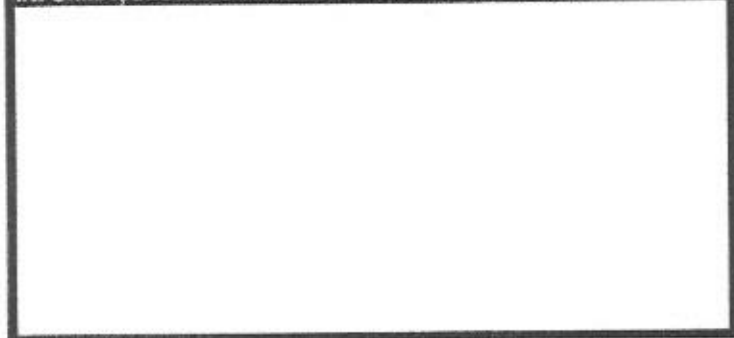
MULTA MORATORIA	0,88
JUROS DO MES	1,65
CORRECAO MONETARIA DO MES	1,85
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	10,90
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 7,10)	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

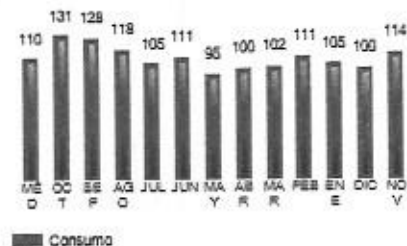


INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 19,77
 Conjunto CRATEUS
 Mês AGO/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Annual	Mensal	Trim.	Annual
DIC (h)	10,87	21,74	43,49	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,88			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica **cliente**

Nº do Cliente: **6885832-9** Nº da Nota Fiscal: **543918322** Total a Pagar (R\$): **71,40**
 Data de Emissão: **06/11/2018** Referência: **OUT/2018** Nº de Controle: **0006885832 00039 4342 2 17**

8388000000-3 71400031000-4 00068858320-2 00394342273-0





Impresso nº 2018158018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3781 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/10/2018 08:52:14**
Data / Hora da Ocorrência: **14/05/2018 09:30:00**
Endereço da Ocorrência: **POTY - DISTRITO DE CRATEÚS**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOÃO DA CRUZ RODRIGUES MARQUES**
Nascimento: **05/03/1965** CPF: **067.869.708-69**
CNH: **1289830612** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ENEDINA RODRIGUES DE MORAIS**
FELÍCIO RODRIGUES MARQUES
Endereço: **LARGO POVOADO DE POTY**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **CRATEUS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OSG2066 Uf: CE Município: CRATEUS Chassi: 9C2KC1680ER458164 Renavam: 596113374 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI Ano Fabricação: 2013 Ano Modelo: 2014 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: VERMELHA Proprietário: JOAO DA CRUZ RODRIGUES MARQUES Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Informa o declarante que é agricultor e no dia 14/05/2018 segunda feira às 09:30 da manhã, na propriedade em que tem uma plantação, sofreu um acidente pilotando a motocicleta de PLACA: OSG2066/CE HONDA/CG150 FANZ ESDI; QUE no momento pilotava a motocicleta carregando um reboque com melancia e feijão; QUE caiu em um buraco e perdeu o controle da motocicleta caindo ao solo; QUE saiu se arrastando em uma barreira e a mão esquerda bateu em um TOCO de uma árvore chegando a ter um grande ferimento na mão esquerda, ao levantar-se percebeu que havia perdido parte do dedo; QUE foi até o posto de saúde da localidade de POTY, onde foram prestados os primeiros socorros; QUE foi medicado e transferido para o HOSPITAL SÃO LUCAS DE CRATEÚS/CE ; QUE foi internado no HOSPITAL SÃO LUCAS chegando a realizar uma cirurgia para SUTURAR o dedo da mão esquerda; QUE passou três dias internado e depois recebeu alta; QUE afirma que as pessoas de nome: MARIA VALNEIR MARQUES ARAÚJO, CPF: 478.865.013-49 E RG:2007776007-1, E JOSÉ CLEYVANI SARAIVA DE OLIVEIRA, CPF: 030.449.533-67 E RG: 2006014098091 presenciaram o declarante em tratamento após o referido acidente; QUE viram o declarante usando uma proteção no dedo para concluir o tratamento realizado para sanar a lesão sofrida.

Daniela da Silva Pereira
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
MAT. 301186-2-6

João

x Maria

x José

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 28/03/2019 às 16:49, sob o número 01204879920198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0120487-90.2019.8.06.0001 e código 460953B.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



Impresso nº 2018158018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3781 / 2018

OBS. As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da lei (art. 339 e 340 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Danielo da Silva Paiva
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
MAT. 301186-2-6
DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

René Gomes Mesquita

VISTO DO DELEGADO(A) :

RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944

René Gomes Mesquita
DELEGADO DE POLÍCIA
MAT. 301249-4-4

r Maria Valneir Marques Araujo

x Zora é elis va m 5 arae va de 6 lei vltra

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 28/03/2019 às 16:49, sob o número 01204879201980600001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0120487-90.2019.8.06.0001 e código 460953B.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRATEÚS
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO



FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem ESF-DOTY
Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: João da Cruz R. Marques Prontuário Nº _____
Sexo: M F Data de Nascimento 05/03/1965 Ocupação: _____
Endereço: Doty

Motivo do Encaminhamento?
Paciente sofreu um trauma na mão (E) agora pela manobra
lesando a teta, da mão, apresentando edema e dor.

Resultado de Exames:

Consulta já realizada:
limpeza da lesão com 5% + cobertura com gaze

Impressão Diagnóstica:
Prof. Adriano Alves Freire
Enfermeiro - 14/05/18 10:30
Assinatura Função Data Hora

AGENDAMENTO
Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico
Procedimento: Curativo Profissional: médico
Unidade de Referência: H. P. S. URS Data 1/1 Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

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

Resumo Clínico / Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____
Secundário 1 _____ CID: _____
Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Conduta para seguimento

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincide com o Diagnóstico? Sim Não
Data _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 28/03/2019 às 16:49, sob o número 012048790201980600001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0120487-90.2019.8.06.0001 e código 460953B.



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 057753 | Atendimento 0025 | Nome do Paciente JOAO DA CRUZ RODRIGUES MARQUES
 Documento(s) | CPF: 067.869.708-69 | Estado Civil Casado(a) | Guia de Autorização 708701197464593
 Data de Nascimento 05/03/1965 | Local CRATEUS/CE | Sexo Masculino | Idade 53 Ano(s)
 Pai FELICIO RODRIGUES MARQUES | Mãe ENEDINA RODRIGUES DE MORAIS
 Endereço CAMPO POTY, SN | Bairro ZONA RURAL | CEP 63700-000 | Município CRATEUS | UF CE | Telefone 88 88036537
 Profissão AGRICULTOR | Empresa | Conjuge ANTONIA LOPES DE LIMA MARQUES | Município CRATEUS
 Responsável ANTONIA LOPES DE LIMA MARQUE | CPF do Responsável | Endereço CAMPO POTY, SN | Município CRATEUS

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 14/05/2018 | Hora 10:39 | Convênio SUS
 Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA | Matricula | CID
 Indicador de Acidente | CRM/UF 6945/CE | Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
 Funcionário ANTONIA VIERA DA SILVA

Observação
 Sala
 Sinais Vitais
 Peso (kg) 65,000 | Altura (cm) | T (°C) 36 | P (bpm) 108 | R (mpm) 20 | PA (mmHg) 130 X 90
 Data/Hora Liberação _____ às _____ hs. | Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito

Classificação de Risco
 Classificação de Risco: AZUL | Data e Hora: 14/05/2018 11:21
 Responsável pela Classificação: MARIA CARINA DANTAS
 Relatório:
 PACIENTE COM TRAUMA EM MMSS COM DOR E EDEMA . INICIO HOJE
 SPO2: 98

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

*Prise en rendez-vous
 na mão esquerda*

*axo lateral direito do
 Enxerto facial
 4/5/2018*

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável
 Responsável: ANTONIA LOPES DE LIMA

DADOS DO PACIENTE

Nome JOAO DA CRUZ RODRIGUES MARQUES		Prontuário/Atendimento 057753/0027	
Nascimento 05/03/1965	Local CRATEUS	País Nacionalidade Brasil	
Sexo Masculino	Raça/Cor Parda	Etnia	Idade 53 Ano(s)
Documento(s) CPF 067 869 708-69	Estado Civil Casado(a)	Religião	
Endereço CAMPO POTY	Nº SN	Bairro ZONA RURAL	CNS 70 8701 197.4645-93
Fone (88) 8803-6537	Profissão AGRICULTOR	Empresa	Município CRATEUS-CE
Responsável ANTONIA LOPES DE LIMA MARQUES	CPF do Responsável	Fone Empresa	CEP 63700-000
Endereço Responsável	Conjuge ANTONIA LOPES DE LIMA MARQUES	Mãe ENEDINA RODRIGUES DE MORAIS	
	Pai FELICIO RODRIGUES MARQUES		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 14/05/2018 13:13	Quarto/Lote 057-0006	Aposento ENFERMARIA	Clinica CIRURGICA	Setor OBSERVAÇÃO
Convênio SUS	Matricula	Matricula	Autorização	Dias 0
Médico JAMIL SANCHES JORQUEIRA	CID Principal	CID Complementar	CRM 6945	Gula
Observação				
Usuário VIVIANE BARBOSA LIMA	Procedimento SUS	Sisprenatal		
Data Saída	Hora	Condição da Saída	Usuário Saída	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

CRATEUS, 14 de maio de 2018.

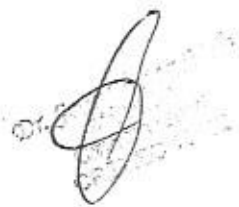
Assinatura do paciente
Responsável pela Impressão: VIVIANE BARBOSA LIMA
Assinatura do responsávelEste documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 28/03/2019 às 16:49, sob o número 01204879020198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0120487-90.2019.8.06.0001 e código 460953B.

Crateús, 20 de Agosto de 2018.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente JOÃO DA CRUZ RODRIGUES MARQUES, prontuário 057753, foi atendido nesta unidade hospitalar (Sociedade Beneficente São Camilo - Hospital São Lucas), no dia 14 de Maio de 2018, às 10h39, referindo haver sofrido acidente de trânsito.

Sem mais para o momento, me coloco a disposição para qualquer esclarecimento e apresento meus votos de elevada estima e consideração.



Dr. João Victor Leitão Melo
Diretor Técnico



Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÁO CAMILO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.S.L.

2 - CDES

2481073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.S.L.

4 - CDES

2481073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

João da Cruz Rodrigues Marques

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

57753

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/03/1965

9 - SEXO

Masc.

Fem.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Onedina Rodrigues de Moraes

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Paty

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Crato

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

CE 63700000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

para a consulta e
que não é possível
para a consulta

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

EM

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico normal

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

doença cardíaca

21 - CID 10 PRINCIPAL

I50.9

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Crise

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

02010160042

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Jamil S. Jorquera
CNPJ 6945

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

14/05/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ORGÃO EMISSOR

Dr. Gilvan Melo Marques

Médico Auditor CRM/CE: 10784

Secretaria Municipal da Saúde de Crato

Departamento de Controle, Avaliação,

Regulação e Auditoria

45 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

46 - DOCUMENTO

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SINISTRO 3180532906 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOAO DA CRUZ RODRIGUES MARQUES**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO JOAO DA CRUZ RODRIGUES MARQUES**CPF/CNPJ:** 06786970869**Posição em 29-11-2018 09:33:07**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
29/11/2018	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00