



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Antonio Arnaldo de Azevedo Brito</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>autonomo</u>	Nacionalidade: <u>brasileira</u>
RG: <u>03042251178</u>	CPF: <u>061.251.333-15</u>	
Endereço: <u>Rua: Ismael Pondeus nº 1305</u>		
Cidade: <u>Fortaleza-ce</u>	CEP: <u>60.181-714</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, Fortaleza-CE, Cep: 60.055-10, 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 e defender 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 FENASE, 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 medicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 26 de março de 2019.

Antonio Arnaldo de Azevedo Brito
OUTORGANTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/04/2019 às 11:05, sob o número 01222035520198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 012220355-2019-8-06-0001 e código 46593E0.



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Antonio Arnaldo de Azevedo Brito, residente e
 domiciliado na Rua: Ismael Pardo, nº 1305
 bairro: Wente Pinzani cidade de Fortaleza, portador(a) do
 RG nº 03042251178, inscrito(a) no CPF nº 061.231.333-15
 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, 26 de maio de 2019.

Antonio Arnaldo de Azevedo Brito
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela Antonio Amaldo de Araujo Brito presente, o (a) Sr(a) Antonio Amaldo de Araujo Brito 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, 26 de março 2019

Antonio Amaldo de Araujo Brito

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio Américo de Araújo Brito, brasileiro(a), solteiro, autônomo, portador(a) de cédula de identidade nº 03 012351178, inscrito(a) no CPF sob o nº 061.254.333-15, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Rua: Jonival Pinheiro, nº 1305, Bairro _____, CEP: _____ - _____/CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 26 de maio 2019.

Antônio Américo de Araújo Brito

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 969 / 2018

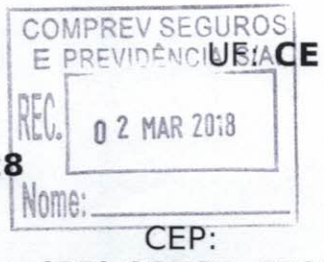
Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **27/02/2018 16:26:23**
 Data / Hora da Ocorrência: **10/10/2017 10:40:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA TENENTE BENEVOLO**
 Complemento: **C/ RUA NUNES VALENTE**
 Bairro: **PRAIA DE IRACEMA** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO ARNALDO DE ARAUJO BRITO**
 Nascimento: **03/07/1953** CPF: **061.254.333-15**
 CNH: **03042251178** Orgão Emissor: **DETRAN**
 Filiação: **PASTORA DIVINA DE ARAUJO BRITO**
RAIMUNDO RODRIGUES DE BRITO
 Endereço: **RUA ISMAEL POR DEUS , 1305 CASA 28**
 Bairro: **VICENTE PINZON**
 Município: **FORTALEZA/CE**
 País: **BRASIL**



Telefone: **(85) 98721-5563**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PMQ7570 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2KC1680FR002697 Renavam: 1020434799 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI Ano Fabricação: 2014 Ano Modelo: 2015 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: AMARELO Proprietário: ARNOBIO DOUGLAS DUTRA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA PMQ-7570/CE NA RUA TENENTE BENÉVOLO QUANDO UM CARRO DE PLACAS DE PLACAS NÃO ANOTADAS AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE.//////////
 OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : 
FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 
ARNOBIO DOUGLAS DUTRA

VISTO DO DELEGADO(A) :
DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/04/2019 às 11:05, sob o número 01222035520198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0122203-55.2019.8.06.0001 e código 46593EO.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

INTERPRINT LTDA

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1076132650

NOME: ANTONIO ARNALDO DE ARAUJO BRITO

DOC. ENTIDADE / CREDENCIADOR: 2000002310369 SSPDS CE

CPF: 061.254.333-15 DATA NASCIMENTO: 03/07/1953

FRANÇÃO: RAIMUNDO RODRIGUES DE BRITO PASTORA DIVINA DE ARAUJO BRITO

PERMISSÃO: ACC: CAIXA: A

Nº REGISTRO: 03042251178 VALIDADE: 01/12/2019 1ª HABILITAÇÃO: 15/12/1986

OBSERVAÇÕES

Antonio Arnaldo de Araujo Brito
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO: 16/01/2015

[Assinatura]
 36090845511
 CE145037401

DETRAN - CE (CEARA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1076132650

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 02 MAR 2018

Nome: _____



Nº de Inscrição:

004193474

fls. 21

DADOS DO CLIENTE

Nome: **ANTONIO ARNALDO DE ARAUJO BRITO**
 End. Leitura: **RU ISMAEL PORDEUS, 1305, 28, VICENTE PINZON**
 Cidade: **FORTALEZA**
 End. Entrega:
 Cidade:
 Local: **001** Setor: **011** Quadra: **0726** Lote: **0167**
 Subsetor: **00** Subquadra: **00** Comp: **0000**

CER: **80181-714**

CEP:

ECONOMIAS

Residencial: **001** | Comercial: **000** | Indústria: **000** | Públ: **000**

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	R12F218402	1033	1040	7	7

DATAS

Leitura Atual: **07/03/2019** Emissão: **07/03/2019** Lacre Água: **177548**
 Leitura Anterior: **05/02/2019** Próxima Leitura: **04/04/2019** Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA AGUA DISTRIBUIDA REFERENTE A: **01/2019**

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escharichia Coli
Exigidas	526	526	125	526	526
Analisadas	192	192	192	192	192
Em conformidade	187	192	184	189	192

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 14 m3 | META: 11 m3.

Agradecemos sua pontualidade. Agua tratada e saude.
 DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	24,40	mar/18	15	0
		abr/18	12	0
		mai/18	14	0
		jun/18	19	0
		jul/18	11	0
		set/18	10	0
		out/18	6	0
		nov/18	9	0
		dez/18	6	0
		jan/19	7	0
		fev/19	6	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,23	VALOR DO SERVIÇO	38,70
COFINS	1,16	VALOR DO SUBSÍDIO	14,30
		VALOR TOTAL A PAGAR	24,40

MÊS/ANO
03/2019VENCIMENTO
21/03/2019TOTAL A PAGAR (R\$)
24,40

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itau, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil.
 A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

I:353903055720013 L:4046 H:12:46:17 R:088 P:001

Central de Atendimento
Cagece
 0800 275 0195



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
 Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
 Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918; de 8h às 12h e 13h às 17h.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE		353903055720013 - 4046		Mês: 03/2019	
Inscrição: 004193474	Código de Responsável:	Local: 001	Setor: 011 Subsetor: 00	Quadra: 0726 Subquadra: 00	Lote: 0167 Comp: 0000
Cidade: FORTALEZA	Vencimento: 21/03/2019	Total (R\$): 24,40			

82650000000 3 24400009800 8 00419347401 4 00074322015 4





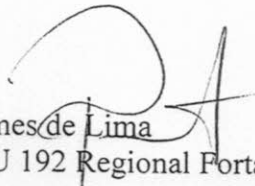
DECLARAÇÃO

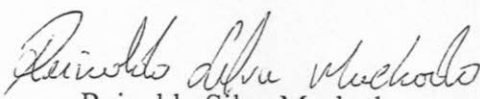
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Antonio Arnaldo de Araújo Brito**, no dia **10/10/2017**, às **11h45min**, na **Rua Tenente Benévolo c/ Rua Nunes Valente**, no **Bairro Praia de Iracema**, vítima de acidente de trânsito.

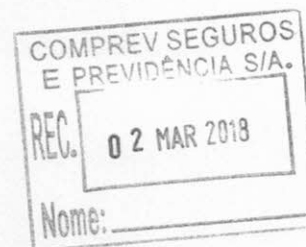
Documento requerido por meio do Processo nº **P066863/2018**.

Fortaleza, 21 de fevereiro de 2018.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza





TERMO DE ENTREGA

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

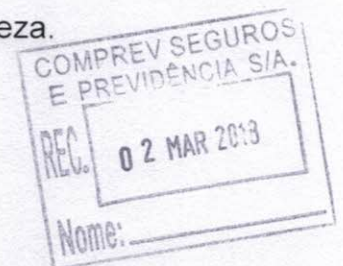
Conforme processo nº **P066863/2018**, estamos entregando ao Sr. **Antonio Arnaldo de Araújo Brito**, CPF: **061.254.333-15**, cópia do Prontuário de Atendimento realizado pelo SAMU 192 Regional Fortaleza, no dia **10/10/2017**.

Fortaleza, 21 de Fevereiro de 2018.

Atenciosamente,


 FRANCISCO RÔMULO SAMPAIO LIRA
 Diretor Médico - SAMU 192
 Regional Fortaleza
 CPF: 623.995.433-00 - Mat. 86920-1

Dr. Francisco Rômulo Sampaio Lira
 Coord. do Setor Médico do SAMU 192 Regional Fortaleza.



Nome do solicitante: _____

Assinatura: _____

CPF: _____ Data do recebimento: ____ / ____ / ____



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 16/02/2018 10:9:53

Por: EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 10/10/2017 12:27:03
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						
CNS: 704600605994228	NOME: ANTONIO ARNALDO DE ARAUJO BRITO			Registro: 5531920		
CPF: 06125433315	RG:	D. NASC: 03/07/1953	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda	
NOME DA MÃE: PASTORA DIVINA DE ARAUJO BRITO			NOME DO PAI: RAIMUNDO RODRIGUES DE BRITO			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: ALEXANDRINA		Nº: 170	BAIRRO: MANOEL DIAS BRANCO		
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60191685		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL						
NOME: SAMU USB-77 COND. RONALDO		PARENTESCO: MARIA SALES-PRIMA		TELEFONE: 988473692		
ACIDENTE DE TRABALHO						
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO						
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete						
QUEIXAS: trauma cranio e mid com lesao sangrante há horas, ecg15-trazido pelo samu						
OBSERVAÇÕES:						
SINAIS VITAIS						
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Area Publica	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:						
ATENDIMENTO MÉDICO						
Anamnese:						
Exame Físico:						
Conduta:						
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:						
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:						
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:						
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:			CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

COPIA DE PROTOCOLO - 10.
 RAE 13825
 PELO SISTEMA E-SUS
 DATA 16/02/2018
 MATRÍCULA 13825
 Eduardo Moreira
 SERVIDOR(A)

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.
 REC. 02 MAR 2018
 Nome: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/04/2019 às 11:05, sob o número 01222035520198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0122203-55.2019.8.06.0001 e código 46593EO.

No. HOSPGESTOR: 34930

LEITO: 1205

NOME: ANTONIO ARNALDO DE ARAUJO BRITO

DATA DE INTERNACAO: 10/ 10/ 2017

DATA DA ALTA: 20/11/2017

BE/PRONT: 5531920

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

NASCIMENTO: 03071953

IDADE: 64

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE TIBIA - DISTAL DIR (OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS- 1. SINTOMATICOS 2. ORIENTAÇÕES GERAIS 3. NAO PISAR 4.

OPERATORIOS: RETORNO AMBULAATORIAL

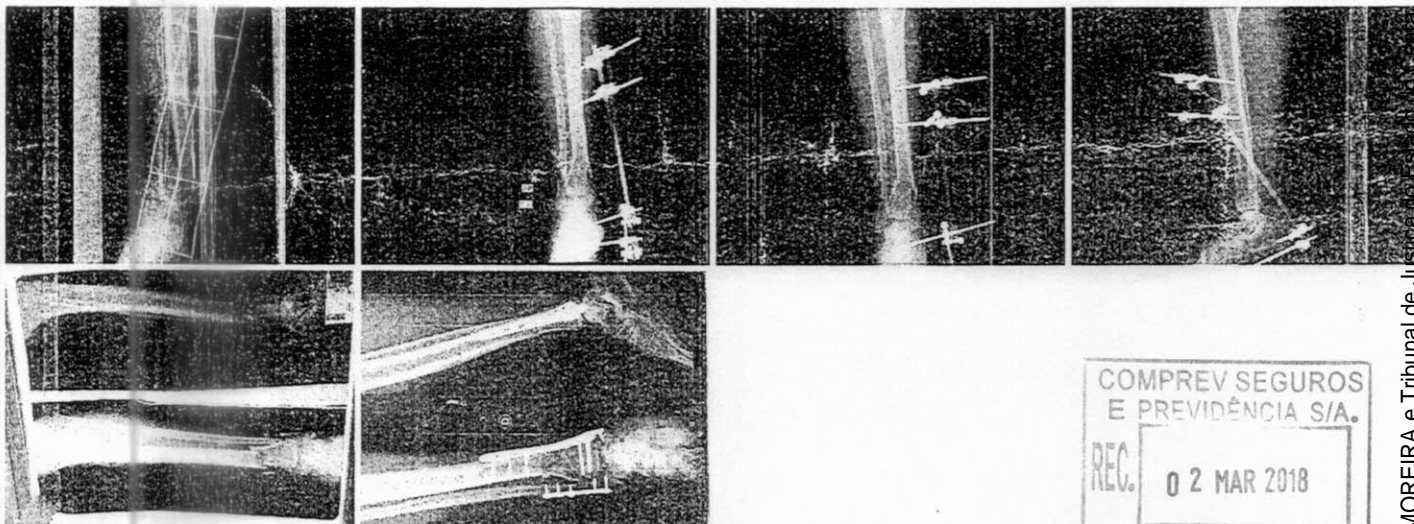
TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: LUIZ HOLANDA

RESIDENTE DO LEITO: DIEGO FRADE



COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 02 MAR 2018
Nome: _____
Status da marcação

Mapa de Cirurgias

Ordem	Id	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material	Observação
-------	----	------	-------	-----------	-----------	----------	------------

MAPA DO DIA 03/11/2017 - Sexta-Feira

38	1	07:30	1205	CLODOALDO	RESIDENTE INDEFINIDO	CAIXA BASICA + ALICATE DE PRESSAO E CHAVE DE BOCA 10	SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS	MARCADA
----	---	-------	------	-----------	----------------------	--	--------------------------------	---------

RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

Marcado por:
DIEGO FRADE BER em:
01-11-2017 17:22:44

MAPA DO DIA 09/11/2017 - Quinta-Feira

38	17	13:30	1205	LUIZ HOLANDA	RESIDENTE INDEFINIDO	+ PLACA BLOQUEADA PARA PILÃO TIBIAL + TREPANO PNEUMATICO MACON	INTENSIFICADOR DE IMAGENS	MARCADA
----	----	-------	------	--------------	----------------------	--	---------------------------	---------

FRATURA DE TIBIA - DISTAL DIR BE:5531920

Marcado por:
HALINE MAGALHAE em:
08-11-2017 10:29:42

Ass.: <u>1492</u>	Retornar dia: <u>15/01/18</u> Hora: _____ para Dr. <u>Luiz Holanda</u>
Data: <u>10/11/17</u>	
Imprimir	

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0122203-55.2019.8.06.0001 e código 46593E0. protocolado em 04/04/2019 às 11:05, sob o número 01222035520198060001.

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

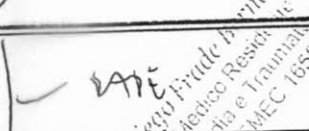
24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Atestado - Serviço de Traumatologia-

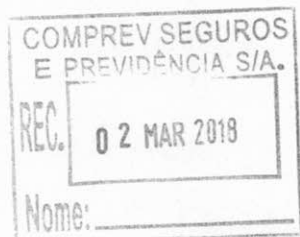
Ortopedia

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	ANTONIO ARNALDO DE ARAUJO BRITO		
LEITO:	1205		
DATA DE INTERNACAO:	10 10 2017	DATA DA ALTA:	20/11/2017
BE/PRONT:	5531920	CIDADE DE ORIGEM:	FORTALEZA
IDADE:	64		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE TIBIA - DISTAL DIR (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:	1. SINTOMATICOS 2. ORIENTAÇÕES GERAIS 3. NAO PISAR 4. RETORNO AMBULAATORIAL		
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	LUIZ HOLANDA		
RESIDENTE DO LEITO:	DIEGO FRADE		

Ass: 	Retornar dia: <u>15 dias</u> Hora: _____ para Dr. <u>Luiz Holanda</u>
Data: <u>20/11/17</u>	Dispensa do trabalho por: <u>30 dias (falta sigs)</u>
Imprimir	

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web



P. 0668631/2018



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 77 PONTO DE APOIO: Papiou Nº DA OCORRÊNCIA: 041
 DATA: 10/01/17 TURNO: mt EQUIPE: Shirley Silva | Arnaldo
 NOME: Antonio Arnaldo de Araújo Brito IDADE: 62 SEXO: M
 ENDEREÇO: R. Tenente Benévolo 2186 et Wences Valente
 REFERÊNCIA: Palácio Abolição - BAIRRO: Praia de Iracema
 QTY: 1:32 QUS: 11:45 QUR: 18:05 QUY: 12:23 QUU: 13:00
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão carro x moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO: RESPONSIVO NÃO RESPONSIVO
 EXPANSÃO TORÁCICA: PRESENTE AUSENTE
 PULSO CENTRAL (AGRAVO): PRESENTE AUSENTE

A vias aéreas: PÉRVEAS OBSTRUIDAS POR: _____

B respiração: **PADRÃO RESPIRATÓRIO**
 EUPNEICO TAQUIPNEICO BRADIPNEICO AGÔNICA/AUSENTE
INSPEÇÃO: NORMAL ALTERADA: _____
PALPAÇÃO/PERCUSSÃO: NORMAL ALTERADA: _____
AUSCULTAÇÃO: NORMAL ALTERADA: _____

C circulação: **PULSO**: NORMOCÁRDICO TAQUICÁRDICO BRADICÁRDICO
 CHEIO FILIFORME IMPALPÁVEL
PELE: CORADA PÁLIDA CIANÓTICA SUDOREICA SECA QUENTE FRIA
ENCHIMENTO CAPILAR: ≤ 2 seg > 2 seg
SANGRAMENTO EXTERNO: S N
 LOCAL: radial

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR: ESPONTÂNEA À VOZ À DOR NENHUMA
RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (A)/SORRI (P) CONFUSO (A)/CHORO CONSOLÁVEL (P) PALAVRAS INAPROPRIADAS (A)/INCONSOLÁVEL (P) SONS INCOMPREENSÍVEIS (A)/GEMENTE (P) NENHUMA
RESPOSTA MOTORA: OBEDECE A COMANDOS LOCALIZA A DOR MOVIMENTO DE RETIRADA FLEXÃO ANORMAL EXTENSÃO ANORMAL NENHUMA
 TOTAL: 15

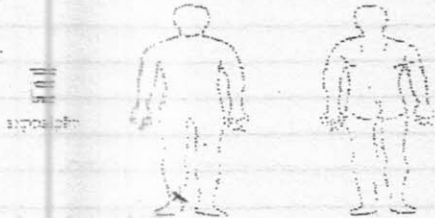
PUPILAS: NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCORICAS) ALTERADAS:

ADULTO

LESÕES

PEDIÁTRICO

Fratura exposta m
MJD



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 REC. 02 MAR 2018
 Nome: _____

SAMPLA

FE: 104 PA: 150 x 90 FR: 18 GLIC: _____ OXIM: 98% TEI: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/04/2019 às 11:05, sob o número 012220335520198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0122203-55-2019-8.06.0004 e código 46593E0.

SINISTRO 3180100978 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO ARNALDO DE ARAUJO BRITO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO ANTONIO ARNALDO DE ARAUJO BRITO

CPF/CNPJ: 06125433315

Posição em 26-03-2019 14:37:41

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

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/05/2018	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50