



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>Fátima Silva da Costa</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>Casada</u>	Profissão: <u>Autônoma</u>	Carteira de Identidade: <u>92002025428</u>	
CPF nº: <u>496.456.843-15</u>	Residência: <u>Rua 32, 210 B</u>		
Bairro: <u>Carlos Freissati I</u>	Cidade: <u>Maracanaú</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>61900-580</u>

OUTORGADA:

NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club – Fortaleza – CEP 60.440-160.

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 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 médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 27 de março de 20 19

Fátima Silva da Costa

outorgante



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Fátima Silva da Costa, brasileiro(a),
Basada, Autônoma, portador da Carteira de Identidade/RG nº
92002025428-SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 496.456.843-15
 residente e domiciliado na cidade de Maracanaú, estado de
 Ceará, na Rua 32, nº 210B,
Carlos Freissatis, 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), 27 de março de 20 19.

Fátima Silva da Costa

Declarante

**ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA**

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Pela presente, o Sr(a) Fatima Silva da Costa,
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 propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora
do consorcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora
representados.

Igualmente, DECLARA, ainda, estar ciente de sua Responsabilidade (civil e criminal),
pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo Judicial de
Cobrança de seguroDPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de
alterar a litude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a **Dra. NAJMA MARIA
SAID SILVA, OAB/CE Nº 28.394**, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza (CE), 27 de março de 20 19.Fatima Silva da Costa.*Declarante.***TESTEMUNHAS:**

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA

**ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA**

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com**DECLARAÇÃO**

Eu, Fátima Silveira da Costa,
Brasileiro(a), Casada, portador da cédula de Identidade Nº
92002025428 E CPF Nº 496.456.843-15,
capaz, nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
Rua 32, 210 B, Carlos Perissati F
na Cidade de Maracanaú, Estado _____, CEP
61900-580, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais
declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora
conveniada DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de
invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza, 27, de março, de 2019.

Fátima da Costa
Silveira
DECLARANTE



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>Fátima Silva da Costa</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>Rua 32, 210 - B</u>		Profissão: <u>Autônoma</u>
CPF nº: R.Gn: <u>92002025428</u> <u>496.456.843-15</u>		Estado Civil: <u>Casada</u>
Bairro: <u>Carlos Prussati I</u>	Cidade: <u>Maracanaú</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>61900-580</u>	Telefone: <u>986185947</u>	

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHODE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTOS, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o (a) acima qualificado (a) DECLARO(A), sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente:

Fortaleza, 27 de março de 2019

Fátima Silva da Costa

Assinatura

Lei Nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983

O PRESIDENTE DA REPUBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, hominímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único – O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em Processo Penal.

Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na Legislação aplicável.

Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.

Brasília, e, 29 de Agosto de 1983: 162º da Independência e 95º da República.

João Figueiredo / Ibrahim Arbi-Ackel / Hélio Beltrão



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 567299181

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
MAR/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
8628767 DV **2**

VENCIMENTO
01/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
47,13

DESCRIÇÃO DA CONTA Quantidade * Tarifa = Valor (R\$)

Rota 15 026000 19 059000 Medidor 9334100 Poste 0000 A665
Nome FATIMA SILVA DA COSTA
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU 0032 CONJ JEREISSATI I 00210 CS B JEREISSATI I
MARACANAU 61000000

RG / CPF / CNPJ 496.456.843-15

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 2024 Leitura Anterior 1917 Constante 1 Consumo (kWh) 107 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 107

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/Apresentação 22/03/2019 Prev. Próxima Leitura 23/04/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8B2F.3F79.C466.ED4A.DFF8.F940.3CDA.DB90

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES 0,32
MULTA MORATORIA 0,66
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA 0,82
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 16,51

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

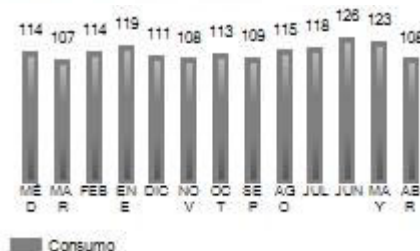
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 15,33

Conjunto DISTRITO INDUSTRIAL II

Mês JAN/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 8628767-2 N° da Nota Fiscal: 567299181 Total a Pagar (R\$): 47,13
Data de Emissão: 01/04/2019 Referência: MAR/2019 N° de Controle: 0008628767 00018 4319 2 54

83880000000-3 47130031000-0 00086287670-2 00184319279-6



2492c

CPE

Naturalidade
PACATUBA - CE

Cell: 85967432724

Authorized:

Page

Classificação de Risco

Assinatura e Contributo degli Autori:

Assinatura e Carimbo do Médico

CO = solicite transferência a unidade de destino (negada pelo ABMP, mesmo a não sendo referência da municipal para transferir)

Assinatura e Carimbo do Médico

Negado pelo Hospital, que deveria ser
responsável pelo atendimento, salienta
nova transferência deste vez ao IJF em

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura e Carimbo do Médico Data _____ Hora _____
Fonteleze + Super te' clinica arau...

Dr. Thomas Yuri N. M. Feitosa
Cirurgião Geral RQE 7070
CREMEC 13415

15/03/2017

CREMEC 13415 Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura e Carimbo do Sr(a)

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 24/05/2017
Georgina G. Lins
Comissão de Prontuário - HMJER
CREMEC 6812



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Fátima Lima da Costa

Idade: _____ anos _____ meses

Prontuário: 5499 342 Unidade: _____

Leito: SR 403

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente af. fratura da região distal em e
amputação traumática 4º DIT devido a queda
por uma escada no banheiro e regurgitando
do colo de amputação

Diagnóstico Principal: Fratura distal em e amputação

Diagnósticos Secundários: também 4º DIT de

Seqüelas Apresentadas:

Procedimentos Cirúrgicos:

1- Cirurgia realizada: Osteossíntese de pulso em e regurgitação do amputado () Não

Cirurgião: Cláudio Almeida

Tipo de anestesia/Sedação: Alto fluxo braço + sedação Data: 15/03/14

2- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____

3- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____

4- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____

5- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____

6- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____

Procedimentos Invasivos/Exames

() Sim

() Não

1- _____ Data: ____/____/____

2- _____ Data: ____/____/____



3- _____ Data ____/____/____
4- _____ Data ____/____/____
5- _____ Data ____/____/____
6- _____ Data ____/____/____

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência () Atendimento domiciliar () Transferência para: _____

Retornar: ☒ Ambulatório em ____/____/____ Dr.(a) Marcos Aurelio

Observações: anti herpes tipo 2 pi usu

Data: 16 / 03 / 14

Medico

Claudio Rocha
Médico
REMEC - 8075

CRM/Carimbo



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

24 horas de proteção à vida

Boletim de Emergência Reg.: 54 9834.2

O Sr.(a) Fátima Silva de Azeite

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 27/03/17, às 15:57 h.

Tendo como causa do socorro com queda em laço cervical

em 2 semanas de uso de

fratura de corpo distal F

+ em partagem de fratura de

de 4 mm.

Observações: cin 552.5

568.1

reciente de 60 (sessenta) dias

de reposição de um sítio

Fortaleza, 27 de 03 de 20017

Médico de Plantão - CRM: _____

CPF: _____

Dr. Marco Aurélio Lacerda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CREMEC 7418 - TEOT 9381

SairUsuário: DIEGO
15:27:18

ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO EDUCAÇÃO ADMINISTRAÇÃO COMUNICADOS MAIS RECENTES
PACIENTES ENVIO DE IMAGENS MAPA CIRÚRGICO

Cirurgia Marcada com sucesso !

Leito:

Paciente: FATIMA SILVA DA COSTA

Ciruriga: FRATURA DE RADIO DISTAL (PUNHO) ESQ (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

Staff : CLODOALDO

Data : 03/05/2017 - 07:30

Material: ALICATE DE PRESSÃO + CAIXA BASICA

ENFERMEIRA
ANA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 204 - 4026 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 11/05/2017 16:05:40
Data / Hora da Ocorrência: 15/03/2017 14:30:00
Endereço da Ocorrência: AVENIDA 08
Complemento:
Bairro: JEREISSATI I Município: MARACANAU/CE
Ponto de Referência: ESQUINA COM A RUA 32

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: FATIMA SILVA DA COSTA
Nascimento: 09/09/1963 CPF:
RG: 92002025428 Orgão Emissor: SSP UF:
Filiação: JOAQUINA EDUARDO DA SILVA
JOSÉ ALVES DA SILVA
Endereço: RUA 32, 210 CEP:
Bairro: JEREISSATI I
Município: MARACANAU/CE
País: BRASIL Telefone: 3382-0387

Histórico

Afirma a declarante que no dia 15/03/2017, por volta das 14h30min, trafegava pela Avenida 08 no Bairro Jereissati I, conduzindo uma bicicleta, ocasião em que a mesma passou no local citado quando o condutor de uma motocicleta de PLACA PNx-3739/CE saiu por detrás de um caminhão baú perdendo totalmente a visão da frente do motociclista; Que o condutor da motocicleta não viu que a declarante estava fazendo uma travessia para o outro lado da via; Que o motociclista colidiu com a declarante que caiu na pista de rolamento, declarando que foi socorrido por uma Unidade Móvel de Atendimento SOS MARACANAU, que conduziu a declarante o Hospital Municipal Dr. João Elisio de Holanda, localizado no município de Maracanaú, e posteriormente transferida para o IJF Fortaleza; Que em face do acidente a declarante teve o punho esquerdo quebrado e perda de substância no 4º dedo do pé direito; E nada mais disse:///////.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARCOS ANTONIO RODRIGUES DE SOUSA - MAT.: 300103-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Fátima Silva da Costa

VISTO DO DELEGADO(A):

VICENTE LUIS CARVALHO DE ALENCAR - MAT.: 300526-1-7

DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAU

16 MAIO 2017

Laércio Quirino de Oliveira - Oficial

Silvania Graça Leão Gomes - Substituto



Pág. 1 de 1
Impresso em: 11/05/2017 16:20:44



MINISTÉRIO DA ECONOMIA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
EMPRESAS DE PERSONAS FÍSICAS

CIC

Nº DE INSCRIÇÃO: **495456843 15**

NOME COMPLETO: **FATIMA SILVA DA COSTA**

NASCIMENTO: **09/09/63**

ASSINATURA: *Fatima Silva da Costa*

VALOR EM LINGUAGEM COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE CONTINGÊNCIA

VÁLIDO EM TODA A TERRITÓRIO NACIONAL

ESTE CARTÃO É DOCUMENTO COMPLEMENTAR DA INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E DE USO OBRIGATORIO NOS CASOS LEGALMENTE INTERPRETADOS PARA QUALQUER EMITÊNCIA DE NATUREZA FISCAL, DEPENDENTE DO DEPARTAMENTO DA RECEITA FEDERAL

CARTÃO DE PESSOAS FÍSICAS

30460/1455

10/01/92

ARF - MARANHÃO

EDILCE ALVES DA SILVA

8175.884-7

SEMPRE MATRICULAÇÃO E REGISTRO DE FUNCIONARIAS E FUNCIONARIOS PELA EMPRESA

APROVADO POR REGISTRO NACIONAL PARA O CPF

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

FRAJUS SILVIA DO CARVALHO

vítima de acidente de trânsito, em 15/03/2014, sofreu:

Fratura do osso distal do
membro superior direito do tipo
CII) - S52.5 S98

e submeteu-se a tratamento(s):

Cirurgia - osteossíntese do fratura
deformada do osso.Fisio terapia
encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:Segundo a avaliação no ponto de
bloqueio funcional do membro
superior direito do tipo II
dois, pontos, limitação
funcional importante.Ausência do 4.º dedo do tipo
dois, pontos, desconforto
da mão direita. Prejuízo da
mão direita.

29/05/2014

Dr. Fco. Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411 /

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.



Secretaria de Saúde de Maracanaú
SOS Ambulância

CERTIDÃO NARRATIVA

Certificamos, em virtude do direito que lhe é conferido por Lei a esta Coordenação, mediante ao requerimento por escrito da parte interessada que, o SOS AMBULÂNCIA de Maracanaú, prestou atendimento, Pré-Hospitalar ao Sr.(a) **FATIMA SILVA DA COSTA**, RG Nº **92002025428 SSP/CE**, filho(a) de **JOSÉ ALVES DA SILVA** e de **JOAQUINA EDUARDO DA SILVA**, nascido(a) em 09/09/1963, natural de PACATUBA-CE.

Residente na RUA: 32, Nº210, JEREISATI I MARACANAÚ-CE o qual na data de 15/03/2017, por volta de 15:00hs, foi vítima de colisão no trânsito. (MOTO X BICICLETA)

A vítima foi conduzida ao Hospital; JEH, Maracanaú/CE.

Em anexo, cópia da Ficha de Registro de Ocorrência de Socorro e Urgência.

MARACANAÚ-CE, 29 de MARÇO de 2017.

PRÉSENTAÇÃO
SECRETARIA DE SAÚDE
[Assinatura]

FRANCISCO GESSIVAL MARQUES DOS SANTOS
COORDENADOR DO S.O.S AMBULÂNCIAS

FICHA DE ATENDIMENTO S.O.S. MARACANAU Nº DA SOLICITAÇÃO		RS 05	
HORA DA SOLICITAÇÃO		HORA DE CHEGADA AO LOCAL	
HORA DA SAÍDA DO LOCAL		HORA DE CHEGADA AO HOSPITAL	
1 DATA		2 REFERÊNCIA	
3 SEXO		4 IDADE	
5 BARRIO		6 BARRIO	
7 NOME			
8 EXTERNA			
9 C. CLINICAS			
10 C. OBSTETRICAS			
11 C. PSICOLÓGICAS			
12 AVALIAÇÃO INICIAL			
13 AVALIAÇÃO MÉDICA MÉTODO AIDA			
14 ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO			
15 ESCALA DE TRATAMENTO			
16 PRINCIPAIS LESÕES			
17 SINAIS / SINTOMAS / QUEIXAS			
18 PROCEDIMENTO REALIZADO			
19 HISTÓRIA AMPLA			
20 MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS			
21 SOLUÇÕES INFUNDIDAS			
22 OBITO			
23 DESTINO			
24 CLIENTE ACOMPANHADO			
25 OBSERVAÇÕES			
26 PLANTONISTA			
27 ASSINATURA DO ACOMPAANHANTE			
28 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
29 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
30 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
31 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
32 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
33 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
34 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
35 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
36 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
37 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
38 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
39 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
40 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
41 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
42 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
43 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
44 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
45 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
46 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
47 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
48 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
49 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
50 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
51 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
52 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
53 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
54 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
55 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
56 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
57 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
58 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
59 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
60 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
61 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
62 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
63 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
64 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
65 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
66 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
67 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
68 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
69 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
70 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
71 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
72 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
73 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
74 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
75 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
76 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
77 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
78 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
79 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
80 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
81 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
82 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
83 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
84 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
85 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
86 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
87 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
88 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
89 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
90 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
91 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
92 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
93 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
94 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
95 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
96 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
97 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
98 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
99 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
100 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			

SINISTRO 3170317062 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FATIMA SILVA DA COSTA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO FATIMA SILVA DA COSTA

CPF/CNPJ: 49645684315

Posição em 01-04-2019 09:18:56

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
26/06/2017	R\$ 6.075,00	R\$ 0,00	R\$ 6.075,00