

PROCURAÇÃO AD JUDÍCIA**OUTORGANTE:**

Nome: Carlos André Abreu Freitas		Nacionalidade: Brasileiro	
Estado Civil: Casado	Profissão: Motorista	Carteira de Identidade: 94008000725	
CPF nº: 756.292.803-87	Residência: R. Dr. Ramundo Maia, 810		
Bairro: Itaipery	Cidade: Fortaleza	Estado: Ce	CEP: 60761-520

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na Rua Meton de Alencar, nº 106, Altos, Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.035-160, fones: (85) 98225-8282 (85) 3121-8383
E-mail: **KAIRO AKRS@YAHOO.COM.BR**

PODERES:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instância 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) outorgantes, 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.

Poderes especiais: Receber e fazer levantamento de alvará judicial, em nome dos outorgantes, em qualquer banco e/ou instituição financeira.

Fortaleza (CE), 25 de Fevereiro de 2019.

X Carlos André Abreu Freitas
Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Carlos André Isbreu Freitas, brasileiro(a),
casado, motorista, portador(a) da Carteira de Identidade/RG nº
94008000725, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 756.272.803-87, residente e
domiciliado(a) na Rua Dr. Ramonito Maia, nº 810,
Itaperi, Bairro: Itaperi, Cep nº 60761-520,
Fontalva-CE, 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.

Fontalva (CE), 25 de fevereiro de 2019.

x Carlos André Isbreu Freitas

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

NOME
CARLOS ANDRE ABREU FREITAS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 94008000725 SSPDS CE

CNP
 756.272.803-87

DATA NASCIMENTO
 15/10/1976

FILIAÇÃO
 JOSE ERBENE ALVES DE FREITAS
 MARIA ELIANE ABREU FREITAS

PERMISSÃO
 ACC CATHAB AD

Nº REGISTRO
 80494915633

VALIDADE
 11/07/2019

1ª HABILITAÇÃO
 01/04/1998

OBSERVAÇÕES
 EXERCE ATIV REMUNERADA;

ASSINATURA DO TITULAR
Carlos Andre Abreu Freitas

ASSINATURA DO EMISSOR
Igor Vasconcelos Ponte

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 09/09/2015

00586181918
CE149564082

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.
1158220627

PROBANDO PLASTIFICAR
1158220627

(85) 9.87950002
(85) 9.87740318



INOVE TELECOMUNICAÇÕES LTDA - ME

CPF/CNPJ: 10.746.239/0001-69

Rua Doutor Rodrigo Codes Sandoval, 369 - Mondubim

Fone: (85) 3038-9101 - SAC;

siara.net.br - atendimento@siara.net.br

Fatura Detalhada



0 0 0 0 2 4 1 5 6 2

Emissão

10/07/2018

Vencimento

10/08/2018

CONTRATO AGRUPADOR: 000010936

Destinatário:

10851 - VALDELENE FERREIRA DE ABREU

Fone:

Rua Doutor Raimundo Maia, 810 Itapery - MONDUBIM
Fortaleza / Estado do Ceará CEP: 60761-520

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 10

FLS.

RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL**BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 3351 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **02/08/2018 14:06:19**
Data / Hora da Ocorrência: **05/06/2018 12:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CORONEL CARVALHO**
Complemento: **C/ RUA GUILHERME MENDES**
Bairro: **JARDIM GUANABARA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CARLOS ANDRE ABREU FREITAS**
Nascimento: **15/10/1976** CPF: **756.272.803-87**
RG: **9400800725** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA ELIANE ABREU FREITAS**
JOSÉ ERBENE ALVES DE FREITAS
Endereço: **RUA DR. RAIMUNDA MAIA, 810**
Bairro: **MONDUBIM**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98624-7497**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **JFV5496** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **JMYLNH76WYYX00564** Renavam: **740888340** Tipo do Veículo: **CAMIONETA** Marca / Modelo: **I/MMC PAJERO IO** Ano Fabricação: **1999**
Ano Modelo: **2000** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AZUL** Proprietário: **DEOCLECIANO DA SILVA PESSOA** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **OHZ6809** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC4110DR105850** Renavam: **494346949** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **VALDERLENE FERREIRA DE ABREU** 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 OHZ-6809/CE NA FAIXA DA ESQUERDA AV. CORONEL CARVALHO QUANDO UM CARRO DE PLACAS JFV-5496 QUE TRANSITAVA NA FAIXA DO MEIO DA REFERIDA AVENIDA REALIZOU UMA CONVERSÃO PARA A ESQUERDA SEM OS DEVIDOS CUIDADOS E COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA - ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE.////////

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 17. DISTRITO POLICIAL**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

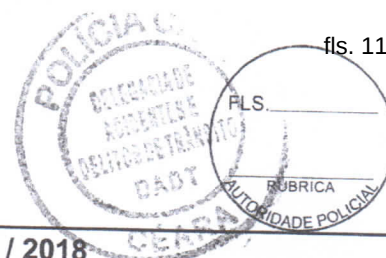
Impresso em: 02/08/2018 14:21:39



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



fls. 11

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3351 / 2018

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Delânio Campelo Almeida

VISTO DO DELEGADO(A) :

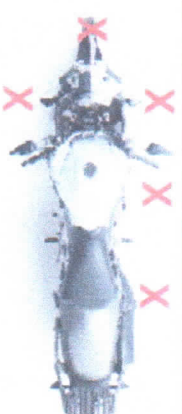
JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

4. DETALHES DOS VEÍCULOS

BO10747

VEÍCULO 1 PLACA: OHZ6809

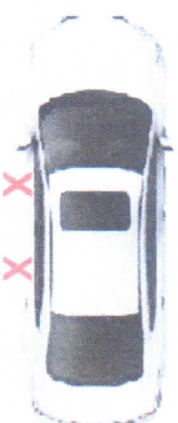
COR: PRETA MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS
TIPO: MOTOCICLETA ANO FABRICAÇÃO: 2012
ESPÉCIE: PASSAGEIRO CATEGORIA: PARTICULAR



MANOBRA REALIZADA:
CIRCULANDO

VEÍCULO 2 PLACA: JEV5496

COR: AZUL MARCA/MODELO: I/M/MC PALERO IO
TIPO: CAMIONETA ANO FABRICAÇÃO: 1999
ESPÉCIE: MISTO CATEGORIA: PARTICULAR



MANOBRA REALIZADA:
VIRANDO À ESQUERDA

5. CONDUTORES DOS VEÍCULOS / PEDESTRES / PASSAGEIROS FERIDOS OU MORTOS

ENVOLVIDO 1: CARLOS ANDRÉ ABREU FREITAS - CONDUCTOR

DT. NASC.: 15/10/1976 SEXO: MASCULINO CPF: 756.272.803-87
IDENTIDADE: 9408000725 SITUAÇÃO: GRAVE

AMC - 119 - FARIAS
SAMU - 88 - SENA

CONDUCTOR DO VEÍCULO DE PLACA: OHZ6809

Nº REGISTRO CNH: 00494915633 PRIMEIRA CNH: 01/04/1998
CATEGORIA CNH: AD VALIDADE CNH: 11/07/2019

ENVOLVIDO 2: DEOCLECIANO DA SILVA PESSOA - CONDUCTOR

DT. NASC.: 06/06/1974 SEXO: MASCULINO CPF: 517.824.723-04
IDENTIDADE: 92015019499 SITUAÇÃO: ILESO

CONDUCTOR DO VEÍCULO DE PLACA: JEV5496

Nº REGISTRO CNH: 01264829354 PRIMEIRA CNH: 29/12/1995
CATEGORIA CNH: B VALIDADE CNH: 25/10/2021

7. FOTOS DO ACIDENTE

BO10747



fls. 13

8. MATRÍCULA DO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO DA OCORRÊNCIA

53877

Segunda-feira 25 Junho 2018

PÁGINA 3 DE 3

CHAVE DE AUTENTICIDADE: e55e2b6cd21ab3a99a53fd6a6b6762f - Para consultar a autenticidade do documento acesse: http://geofi.fortaleza.ce.gov.br/boweb_amc/chaveBOAT.xhtml



DECLARAÇÃO

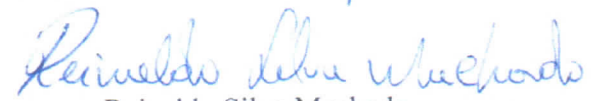
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Carlos André Abreu Freitas**, no dia **05/06/2018**, às **15h20min**, na **Avenida Coronel Carvalho c/ Rua Guilherme Mendes**, no **Bairro Jardim Guanabara**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido pela Sra. **Valderlene Ferreira de Abreu**. Processo nº **P259608/2018**.

Fortaleza, 10 de julho de 2018.

Atenciosamente,


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


Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

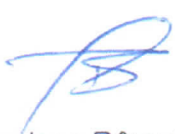
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMUPrefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde**TERMO DE ENTREGA****PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Conforme processo nº **P259608/2018**, estamos entregando ao Sr. **Carlos André Abreu Freitas**, CPF: **756.272.803-87**, cópia do Prontuário de Atendimento realizado pelo SAMU 192 Regional Fortaleza, no dia **05/06/2018**.

Fortaleza, 10 de julho de 2018.

Atenciosamente,

Francisco Rômulo Sampaio Lira
Diretor Médico - SAMU 192
Regional Fortaleza
CPF: 523.495.432-00 - RG: 38422.1


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

Nome do solicitante: _____

Assinatura: _____

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

1 - 22700012019

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: <u>Y10</u>		PONTO DE APOIO: <u>UFC</u>		Nº DA OCORRÊNCIA: <u>440</u>	
DATA: <u>05/06/17</u>		TURNO: <u>PM</u>		EQUIPE: <u>Serapi/Sava</u>	
NOME: <u>Carlos Andre Abreu Freitas</u>				IDADE: <u>41</u>	SEXO: <u>Masculino</u>
ENDEREÇO: <u>Av. Conselheiro 1000</u>					
REFERÊNCIA: <u>Carimato e Guilherme Mendes</u>				BAIRRO: <u>Parque das Belezas</u>	
QTY: <u>15:00</u>	QUS: <u>15:20</u>	QUY: <u>15:40</u>	QUU: <u>15:55</u>		
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: <u>Colapso Cardio Pulmão</u>					

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA onll Elizabeth 15:55

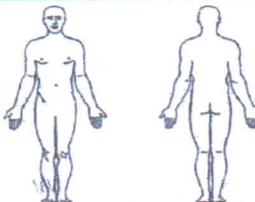
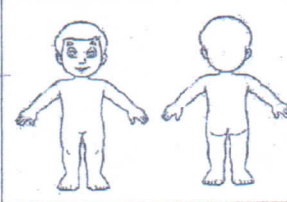
RESPOSTA AO CHAMADO		EXPANSÃO TORÁCICA		PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)	
☐ RESPONSIVO ☐ NÃO RESPONSIVO		☒ PRESENTE ☐ AUSENTE		☒ PRESENTE ☐ AUSENTE	

A Vias aéreas	☐ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS		POR: _____	
--	---	--	------------	--

B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO		INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
	☐ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/ AUSENTE		☐ NORMAL ☐ ALTERADA: <u>menor fratura</u>	☐ NORMAL ☒ ALTERADA: <u>plegia</u>	☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____

C Circulação	PULSO		PELE		ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	☐ NORMOCÁRDICO ☐ TRAQUICÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO ☐ CHEIO ☐ FILIFORME ☐ IMPALPÁVEL		☐ CORADA ☐ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA ☐ SUDOREICA ☒ SECA ☐ QUENTE ☐ FRIA		☐ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg	☐ SIM ☐ NÃO

D Neuroológico	ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)					
	ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
	ESPONTÂNEA ☒ 4 À VOZ ☐ 3 À DOR ☐ 2 NENHUMA ☐ 1		ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☐ 5 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2 NENHUMA ☐ 1		OBEDECE A COMANDOS ☐ 6 LOCALIZA A DOR ☐ 5 MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4 FLEXÃO ANORMAL ☐ 3 EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2 NENHUMA ☐ 1	
	TOTAL: <u>12</u>					

E Exposição	ADULTO		LESÕES	PEDIÁTRICO
			<u>Provável fratura na 1ª costela inf-ior da p. ca. D. C. fraturas na</u> <u>costelas</u>	

SAMPLA

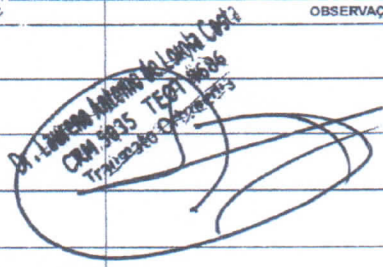
FC: <u>95</u>	PA: <u>140x90</u>	FR: <u>aprox 20</u>	GLIC.: <u>—</u>	OXIM.: <u>100</u>	TEMP.: <u>—</u>
---------------	-------------------	---------------------	-----------------	-------------------	-----------------

cliquei no botão de local da ocorrência, porém não foi possível localizar o local.

Logo após a chegada, o paciente foi retirado para o hospital.

QTY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUR: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUU: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

[illegible]

 Prefeitura de Fortaleza		PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA	
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL			
DADOS PESSOAIS NOME DO PACIENTE CARLOS ANDRE ABREU FREITAS		Nº DO PRONTUÁRIO 173144	Nº DO BE 220498
CADÚSUS 64	NASCIMENTO 15/10/1976 (41 ANOS)	SEXO M	RAÇA/COR PARDO
NOME MAE MARIA ELIANE ABREU FREITAS		NOME RESPONSÁVEL USB 88 SAMU FOR	
ENDEREÇO RUA DOUTOR RAIMUNDO MAIA 810 MONDUBIM		MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
CONTATO (85)98624-7497		CEP 60.761-520	
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEIXA COLISÃO CARRO MOTO DOR NA PERNA DIREITA		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA GOMES DE CASTRO	
DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 05/06/2018 15:41:33			
ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO TRAUMA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
ANAMNESE Fratura USM PERNA D INTERNAÇÃO PL CIRURGIC (030/060/00)			
DIAGNÓSTICO		COU. PROCEDIMENTO	CID
SINT. SOCIALIZADO: ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRÂNIO ☐ RAIO-X ☐ OUTROS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MEDICAMENTO RX para a D ALM	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES 	
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
ALTA/SAÍDA: ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Impresso por MARIA GOMES DE CASTRO em 05/06/2018 às 15:41:36

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

CARLOS ANDRE ABREU FREITAS

(31x35)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:31, sob o número 011351337201906060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01135133-37.2019.8.06.0001 e código 44BE89B.



**HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TAVORA**



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente CARLOS ANDRE ABREU FREITAS necessita de 120 dia(s) de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

CID: .S823/S826. OPERADO

FORTALEZA/CE, 16 de Junho de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO
CRM/CE 6193

Valterno Pinheiro
Traumatologista
CRM-CE 6193



**HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TAVORA**



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente CARLOS ANDRE ABREU FREITAS necessita de 120 dia(s) de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

CID: .S823/S826. OPERADO

FORTALEZA/CE, 16 de Junho de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO
CRM/CE 6193

Valterno Pinheiro
Traumatologista
CRM-CE 6193

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
CETRAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO Nº 011689961583			
VIA	ODD RENAVAM	ANEXO	EXERCICIO
01	004943469/49	0000000000	2014
VALDEREENE FERREIRA DE ALENTEU FORTALEZA CE			
CPF (CNPJ)	PLACA	CLASSE	COMBUSTIVEL
06581480304	DH26809/CE	9C230C4110D9105850	3650 LIT
PLACA ANT./UP	ESPECIE/TIPO	COMBUSTIVEL	
/CE	9C230C4110D9105850		
HONDA/CG 125 FAN KS 27/OCV/12400 PARTE PRETIA			
QAT /TOT /OI	CATEGORIA	COA /PREDOMINANTE	
27/OCV/12400	PARTE	PRETIA	
QOTA UNICA	VENG. COTA UNICA	VENG. COTAS	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
6	6	6	
7	7	7	
8	8	8	
9	9	9	
0	0	0	
1	1	1	
2	2	2	

DATA: 17/07/

1. 1.629,00 0,00 0,
Dra. Sônia Elaira
Série
Módulo 400
GRENEC 6175

MS-DATAUS

VERSÃO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL

PA: 011135133720198060001

ESPELHO DA AIH

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 08/2018

DATA: 17/08/2018

Num AIH: 231810238698-5

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 08/2018

Data de Emissão: 11/08/2018

"De acordo com a Portaria SAS/MS N. 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Agosto de 1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO

DIRETOR DO HOSPITAL



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

21/6

fls. 23

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600086472
NÚMERO DA AIH: 2318102386985

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 705206435385673 - CARLOS ANDRE ABREU FREITAS

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 15/10/1976 - 41 anos

NOME DA MÃE: MARIA ELIANE ABREU FREITAS

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

ENDEREÇO: RUA DOUTOR RAIMUNDO MAIA, Nº 810

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO: MONDUBIM

CEP: 60761520

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S822 - Fratura da diáfise da tíbia

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050500-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 980016003704808 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 11/06/2018 - 15:50 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 12/06/2018 - 12:55

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"

fls. 24



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA** 2 - CNES: **252914**
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **INSTITUTO PRAXIS** 4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **CARLOS ANDRE ABREU FREITAS** PRONTUÁRIO: **5566480**
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: **705206435385673** 8 - DATA NASCIMENTO: **15/10/1976** 09-SEXO: **()M ()F** 10-RAÇA/COR: 10.1 - ETNIA:
11 - NOME DA MÃE/PAI: **MARIA ELIANE ABREU FREITAS** 12 - TELEFONE:
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: **NI** 14 - TELEFONE DE CONTATO:
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO:): **DR. RAIMUNDO MAIA, 810 MONDUBIM**
16 - MUNICÍPIO: **FORTALEZA** 17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: 18 - UF: **CE** 19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE COM FRATURA DE TÍBIA, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **FX. DE TÍBIA** 24 - CID 10 PRINCIPAL: **S822** 25 - CID10 SECUNDÁRIO: 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA DE TÍBIA** 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0408050500**
29 - CLÍNICA: **TRAUMA** 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **EMERGENCIA** 31 - DOCUMENTO: **() CNS () CPF** 32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 34 - DATA SOLICITAÇÃO: **11/06/2018** 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 39 - CNPJ DA SEGURADORA: 40 - Nº DO BILHETE: 41 - SÉRIE:
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 42 - CNPJ DA EMPRESA: 43 - CNAE DA EMPRESA: 44 - CBOR:
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **Dr. Carlos Roberto Rodrigues Silva** 47 - Cód. Órgão Emissor: 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: () CNES () CPF 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **11/06/2018** 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do
Ceará
Coordenadoria de Regulação,
Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação
Estadual do SUS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

USUARIO: gleuce.lima - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Siga os passos abaixo:
 Seleção de situação
 Seleção da solicitação
 Visualização da solicitação
 Lista de ocorrência
 Inclusão de ocorrência
 Visualização de ocorrência
 Confirmação de cancelamento
 Registro de transferência
 Confirmação de transferência
 Operação finalizada com sucesso

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE

705206435385673 - CARLOS ANDRE ABREU

FREITAS



NOME DA MÃE

MARIA ELIANE ABREU FREITAS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5566480

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

15/10/1976 - 41 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

RUA DOUTOR RAIMUNDO MAIA, Nº 810

BAIRRO

MONDUBIM

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

Plantonista

MÉDICO

24459836300 - CARLOS EMANUEL
 VASCONCELOS

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE TRANSFERIDO P/ HOSP. DE APOIO
 - INSTITUTP PRAXIS

Solicitação

NÚMERO

12600086472

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

11/06/2018 - 15:50

PROFISSIONAL

24459836300 - CARLOS EMANUEL
 VASCONCELOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050500- - TRATAMENTO CIRURGICO DE
 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

CLÍNICA

13 - CIRURGICO -
 ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS
 INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

4 - URGÊNCIA

Justificativa da internação

FICHA DE INTERNAÇÃO

===[ADMISSÃO]=====

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201821002628	11/06/2018	19:38	PRAXIS	SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento			SISREG	AIH
ELETIVO				
Origem do Paciente			Clínica/Especialidade	
IJF			CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA	
Médico Solicitante			Médico Responsável	
6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI			6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI	
Procedimento Solicitado				Dias
0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA				4

===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]=====

Nome				Sexo
CARLOS ANDRE ABREU FREITAS				MASCULINO
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil	Religião
15/10/1976	41 Anos	PARDA	CASADO(A)	CATÓLICO (A)
Mãe			Pai	
MARIA ELIANE ABREU FREITAS			JOSE ERBENE ALVES DE FREITAS	
Conjuge			Responsável	Prontuário
VALEDERLENE FERREIRA ABREU			VALEDERLENE FERREIRA ABREU	2446400
CNS	Registro		Documento Informado	
705206435385673	201802570002520		RG: 94008000725	
País		Município de Naturalidade		CEP
BRASIL		ARATUBA/CE		60761-520
Município de Residência			Logradouro	
FORTALEZA/CE			RUA DOUTOR RAIMUNDO MAIA	
Número	Complemento		Bairro	
810			MONDUBIM	
Fone Móvel	Fone Fixo		Ponto de Referência	
(85)9862.47497	(85)9888.06035			
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)				
AUTÔNOMO / MOTORISTA DE CARRO DE PASSEIO				

===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]=====

Em caso de urgência avisar		Acomodação/Leito
VALEDERLENE FERREIRA ABREU - ESPOSA		223/4
Tipo de Acomodação	Clínica	Posto de Enfermagem
ENFERMARIA	CLÍNICA CIRÚRGICA	POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: maria.nataly	Data: 11/06/2018	Hora: 19:49:43
	Tempo: 00:10:50	

===[TERMO DE RESPONSABILIDADE]=====

VALEDERLENE FERREIRA ABREU, abaixo assinado, responsável pelo paciente CARLOS ANDRE ABREU FREITAS, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 11 de junho de 2018

RESPONSÁVEL

V. Salderlene Ferreira de Abreu

TESTEMUNHAS

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
201821002628 11/06/2018 19:38 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO - 6193
Médico Responsável
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO - 6193
Procedimento Solicitado
0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
223/4 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
CARLOS ANDRE ABREU FREITAS MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
15/10/1976 41 Anos CATÓLICO (A) 2446400 201802570002520

===[DADOS DA ALTA]=====

Diagnóstico Principal

Procedimento Realizado

0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Data Hora Motivo

18/06/2018 15:47 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente CARLOS ANDRE ABREU FREITAS, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 18 de junho de 2018

Responsável/

Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)

Responsável

pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo



**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555

www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 16/06/18

Nome do paciente: Carlos Andre de Sousa Gomes	
Nº Prontuário: 244640	Categoria:
Clínica: HFT	Leito:
Cirurgião: Dr. Manoel Roberto	
Anestesista: Dr. Paulo Roberto	
Tipo de Anestesia: Sedação com Propofol e Sís Rm	
1 Auxiliar:	
2 Auxiliar:	
3 Auxiliar:	
Instrumentadora: Patricia	
Circulante: Ueno	
Diagnóstico Pré-Operatório: Intussuscepção	
Tipo de Operação/ Código: 041503001	
Diagnóstico Pós-Operatório: - Intussuscepção	
Relatório Imediato do Patologista: - Intussuscepção	
Exame Radiológico no ato: 0408050144	
Acidente e Incidentes: - Intussuscepção	
Contagem de Compressas: 20	

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
09:30	10:40	
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA: X
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Enfermeira
CREF: 325707

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista

MODELO 8.0



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

CARLOS ANDRÉ ABAIXO AMTAS

LAPO MEIMO.

O Atento por o parente
e uma foi submetido a
cirurgia por Fúture e
tibia / tornozelo duplo.
Ficou 11 dias em
em tabela duplo.

Ficou - e em
duplo duplo

10/10/18

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyler - Fortaleza - CE. CEP: 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandes-tavora.com.br
E-mail: hospitalfernandes-tavora@gmail.com

Valterio Pinheiro
CRM-CE 6193

SINISTRO 3180394346 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CARLOS ANDRE ABREU FREITAS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO CARLOS ANDRE ABREU FREITAS

CPF/CNPJ: 75627280387

Posição em 25-02-2019 14:46:23

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
06/12/2018	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25