



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	LUCIELY GOMES BEZERRA		
NACIONALIDADE	BRASIL	NATURAL	
RG	20077784078 SSP CE	ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
CPF	607.161.033-89	PROFISSÃO	DO LAR
ENDEREÇO	RUA F, Nº 1150 CS A		
BAIRRO	CASTELÃO	CEP	60.867-062
MUNICÍPIO / UF	FORTALEZA - CE		
FONES	85989629210		
E-MAIL	nc527310@gmail.com		

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 Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo – Fortaleza – CEP 60.325-700.

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, desistir, 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 outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 03 de JANEIRO de 2019.

Luciely Gomes Bezerra
outorgante



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

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

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, LUCIELY GOMES BEZERRA, Brasileiro(a),
SOLTEIRA, DO LAR, portador da Carteira de
 Identidade/RG nº 20077784078 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o
 nº 607.161.033 - 89, residente e domiciliado na cidade de
FORTALEZA, estado Ceará, na Rua
RUA F, CASA A, Nº 1150, CASTELÃO,
 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), 03 de JANEIRO de 2019.

Lucely Gomes Bezerra

Declarante



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

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

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, LUCIELY GOMES BEZERRA, brasileiro(a),
SOLTEIRA, DO LAR, portador(a) do RG nº
20077784078, inscrito no CPF sob nº
607.161.033-89, residente e domiciliado no endereço
RUA F, Nº 1150 CSA, CASTELÃO, FORTALEZA - CE,

Declaro para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que tem total e plena consciência da propositura da **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT**, em seu nome e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo administrativo, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTA a **Dra. NAJMA MARIA SAID SILVA**, brasileira, solteira, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 28.394, com escritório profissional a Rua Antônio Drumond, nº 1051, bairro Monte Castelo, CEP 60.325-700, Fortaleza-CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e, ou administrativa no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

“AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI, ART. 339 E 340 DO CPB.”

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza (CE), 03 de JANEIRO de 2019.

Luciely Gomes Bezerra

Declarante.

TESTEMUNHA:
 CPF:
 NASC:

TESTEMUNHA:
 CPF:
 NASC:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:47, sob o número 01135272120198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.jfce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113527-21.2019.8.06.0001 e código 44BE647.



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

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

DECLARAÇÃO

Eu, LUCIELY GOMES BEZERRA,
 Brasileiro(a), SOLTEIRA, DO LAR, portador da cédula de Identidade N°
20077784078 E CPF N° 607.161.033-89, capaz,
 nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
RUA F, Nº 1150 CSA, CASTELÃO

na Cidade de FORTALEZA, Estado CEARA, CEP
60.867-062, 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, 03, de JANEIRO, de 2019.

Lucely Gomes Bezerra
 DECLARANTE



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

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

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: LUCIELY GOMES BEZERRA		Nacionalidade: Brasileira
Endereço: RUA F, Nº 1150		Profissão: DO LAR
CPF nº: 607.161.033 - 89	RG n°: 20077784078 SSP-CE	Estado Civil: SOLTEIRA
Bairro: CASTELÃO	Cidade: FORTALEZA	Estado: CE
CEP: 60.867 - 062	Telefone: 85989629210	

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 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, 03 de JANEIRO de 2019

Luciely Gomes Bezerra

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, homonímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.

Paragrafo 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

(+) 2700,00 +

13.500
13.500 → D

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



NOME
LUCIELY GOMES BEZERRA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
20077784078 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
607.161.033-89 10/09/1995

FILIAÇÃO
FRANCISCO DAS CHAGAS
GOMES
ANA LUCIA GOMES
BEZERRA

PERMISSÃO ACC CAT.HAB
PERMISSÃO [] AB

Nº REGISTRO
07065966079

VALIDADE
05/06/2019

1ª HABILITAÇÃO
05/06/2018

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Lucieleny Gomes Bezerra

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
06/06/2018

Igor Vasconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE
ASSINATURA DO EMISSOR

04046021649
CE164087389

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1642872359

PROIBIDO PLASTIFICAR
1642872359

Scanned by CamScanner

AGÊNCIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
18 SET. 2018

CLIENTE**6822743-4**

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.106.848-3

fls. 24

enel**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 528393914**

Rota 05 01210 26 177003 - 1 Data de Emissão 08/06/2018

Nome ANA LUCIA GOMES BEZERRA

End. Postal RU F CONJ JARDIM UNIAO 01150 CS A
CASTELAO - FORTALEZA -

Medidor 2764695 Poste 0000 H25T

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICÓ

RG/CPF/CNPJ 015374083-30 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jun/2018	08/06/2018	09/07/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto **MONDUBIM**
Mês **Abr/2018** EUSD 28,58

DICRI = 0,00 P

Padrão Individual Apuração Individual

	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC	3,17	6,35	12,70	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,77			0,00		

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do imposto
86,80	27,00%	23,43

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

EE58.93FD.F16B.09FC.729C.1295.B712.F2E7

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 3669	3552	1,00	117	0,00	117	0,74196	86,80
08/06/18	08/05/18		31 DIAS		117		86,80

DESCRIÇÃO**VALOR (R\$)**

VALOR CONSUMO DO MES	86,80
MULTA MORATORIA REF 03/2018	1,78
JUROS DO MES	0,42
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	11,69
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 3,43)	

CORRETORA DE SEG. LTDA

18 SET. 2018

VENCIMENTO**05/07/2018****TOTAL A****PAGAR (R\$)****100,69**

Scanned by CamScanner

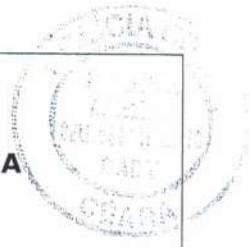
Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:47, sob o número 01135272120198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113527-21.2019.8.06.0001 e código 44BE64B.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3716 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/08/2018 14:36:08**
Data / Hora da Ocorrência: **18/06/2018 19:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DEPUTADO PAULINO ROCHA**
Complemento:
Bairro: **PASSARE** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A ARRENINHA**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUCIELY GOMES BEZERRA**
Nascimento: **10/09/1995** CPF: **607.161.033-89**
RG: **20077784078** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ANA LUCIA GOMES BEZERRA**
FRANCISCO DAS CHAGAS GOMES
Endereço: **RUA F, 1150 JARDIM UNIÃO I CS A**
Bairro: **PASSARE**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.867-062**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8962-9210**

Luciely

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **OCI9097** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BGPB69M0CB170964** Renavam: **372211976** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **CHEVROLET/CRUZE LT NB** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **ALENILDA BARRETO ALVES MARANHÃO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **OSU5018** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1680ER019727** Renavam: **1001973620** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **LUCIELY GOMES BEZERRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA OSU-5018-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. DEPUTADO PAULINO ROCHA; QUE UM OUTRO VEICULO DE PLACAS OCI-9097, AVANÇOU A PREFERENCIAL, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM A MOTO DA VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DA PARANGABA. E NADA MAIS DISSE.//
OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 16. DISTRITO POLICIAL

CARTÓRIO
Moreira
de Deus

10º Tabelionato de Notas de Fortaleza
R. Casimiro Montenegro, 70 - Monte Castelo • Fortaleza / CE • CEP 60.325-720
Fone: (85) 3223-9565 | Site: www.cartoriomoreiradeus.not.br
Tabelião: Maria de Fátima Botelho Moreira de Deus

AUTENTICACÃO
A presente cópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.
Fortaleza, 23/08/2018.
Válido somente com o selo de autenticidade.
Em testemunho da verdade.
Roberto da Silva Cavalcante - Esc. Autorizado

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
18 SET. 2018
ASS: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:47, sob o número 01135272120198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113527-21.2019.8.06.0001 e código 44BE64B.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3716 / 2018

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Lucivaly Gomes Bezerra

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

MD CARTORIO **Moreira de Deus** 10º Tabelionato de Notas de Fortaleza
R. Casimiro Montenegro, 70 - Monte Castelo • Fortaleza / CE • CEP 60.325-720
Fone: (85) 3223-9565 | Site: www.cartoriomoreiradeus.not.br
Tabelião: Maria de Fátima Botelho Moreira de Deus

AUTENTICAÇÃO

A presente cópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.

Fortaleza, 23/08/2018

Válido somente com o selo de autenticidade.

Em testemunho da verdade.

Roberto da Silva Cavalcante - Esc. Autorizado

Confira as datas de validade em: www.sigatfca.jca.jc.br



03

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:47, sob o número 01135272120198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113527-21.2019.8.06.0001 e código 44BE64B.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

32893690

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE LUCIELY GOMES BEZERRA		Nº DO PRONTUÁRIO 342667	Nº DO BE 222071
CADUS	NASCIMENTO 10/09/1995(22 ANOS)	SEXO F	RACIA/COR PARDO
NOME MAE ANA LUCIA GOMES BEZERRA	NOME RESPONSÁVEL NI	MUNICÍPIO FORTALEZA	
ENDEREÇO RUA F 1150 PASSARÉ	UF CE	CEP 60.867-310	
CONTATO 32895690 (Luciely)			

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/CADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA TRAZIDO PELA USU 090, COLISAO CARRO COM MOTO, CONDUZIA MOTO, PORTAVA CAPACETE, APRESENTANDO ABRASSAO EM MMSS E CREPITAÇÃO EM CLAVICULA ESQUERDA	MOTIVO AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA
SINTOMAS NI	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)

PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLUCEMA NI
TEMPERATURA NI	ALERGIAS NAO SABE			

CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO DANIELA DE SOUZA FEITOZA	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 18/06/2018 20:44:52
-------------------------------	---	--

ÁREA DE ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

ANAMNESE

Dr. Victor Morais Tenório
Cirurgião
CRM 119677-7/DF 13604

Dr. Victor Morais Tenório
Cirurgião
CRM 119677-7/DF 13604

DIAGNÓSTICO

SAC/ SOLICITADO
 HC SU US ABDOMINAL TC CRANIO RAIO-X OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA		
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>do de clon...</i>		

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 DANIELA DE SOUZA FEITOZA em 18/06/2018 às 20:44:55
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.

HOSPITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Mª Luciely Gomes
LUCIELY GOMES BEZERRA

Emanuelle Monteiro
Mat. 763

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
18 SET. 2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:47, sob o número 01135272120198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113527-21.2019.8.06.0001 e código 44BE64D.

ATO

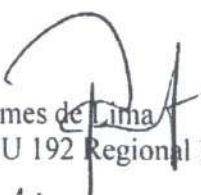
DECLARAÇÃO

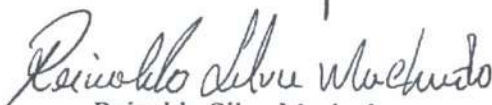
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. **Luciely Gomes Bezerra**, no dia **18/06/2018**, às **20h**, na **Avenida Deputado Paulino Rocha**, no **Bairro Passaré**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P303396/2018**.

Fortaleza, 13 de agosto de 2018.

Atenciosamente,


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


Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

LIBIA CORRETORA DE SERVIÇOS
18 SET. 2018
Ass: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:47, sob o número 01135272120198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113527-21.2019.8.06.0001 e código 44BE64D.



TERMO DE ENTREGA

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Conforme processo nº P303396/2018, estamos entregando a Sra. **Luciely Gomes Bezerra**, CPF: **607.161.033-89**, cópia do Prontuário de Atendimento realizado pelo SAMU 192 Regional Fortaleza, no dia **18/06/2018**.

Fortaleza, 13 de agosto de 2018.

ATO

Atenciosamente,

Francisco Rômulo Sampaio Lira
Diretor Médico - SAMU 192
Regional Fortaleza
CPF: 623.995.435-00 - Matr: 36929-1

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

18 SET. 2018

Nome do solicitante: _____ ASS: _____

Assinatura: _____

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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:47, sob o número 01135272120198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113527-21.2019.8.06.0001 e código 44BE64D.



P. 30.3396/2018

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 151-90 PONTO DE APOIO: SGR II Nº DA OCORRÊNCIA: 1064
 DATA: 13/06/2018 TURNO: SN EQUIPE: Gabon - Mawhona - Keyzia
 NOME: Luciele Gomes Bezerra IDADE: 22 SEXO: F
 ENDEREÇO: Av. Paulino Rocha S/Nº - Alameda Cravinho
 REFERÊNCIA: Rotatória BAIRRO: PASSAÍPE
 QTY: 19:51 QUS: 20:00 QUY: 20:20 QUU: 20:40
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão Carro X Moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

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

A Vias aéreas: PÉRVEAS OBSTRUÍDAS POR: _____

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

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

D Neuroológico: **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 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 ISOCÓRICAS) ALTERADAS

E Exposição: **ADULTO** **LESÕES**: L - Crepitação em elevação da E. **PEDIÁTRICO**

SAMPLA

FC: 103 PA: 140x80 FR: 17 GLIC: - OXIM.: 99% TEMP: -

Paciente vítima de colisão carro x moto, encaminhada a moto, portava capacete, consciente e orientada, surge síncope, mega alveolar, apresentando crepitação em elevação E com desventosa, estivesse hemostático e emite.

LIBIA CORRETORA DE SEG. TUBA

18 SET. 2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:47, sob o número 01135272120198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113527-21.2019.8.06.0001 e código 44BE64D.

Ato

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHEGAGEM

ANOTAÇÕES /CONDUTAS MÉDICAS

ASS. /CRM:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Realizado a avaliação primária, agido SCA, Remo-
vido ao Hospital Parangaba sem intercorrências

ASS. /COREN: Est. 452358

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

- UNIDADE DE SAÚDE: Parangaba BOLETIM EMERG: _____
- LIBERADO RECUSA REMOVIDO POR TERCEIROS OUTRO: _____
- ÓBITO → NO LOCAL DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO: _____

ASS. DO RESPONSÁVEL: _____

EM: ___/___/___ às ___ hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: _____

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES: _____

CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 SET. 2018

LOCAL: _____

EM: ___/___/___

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: _____

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG /CPF _____
DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO
SAMU EM: ___/___/___ às ___ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:47, sob o número 01135272120198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113527-21.2019.8.06.0001 e código 44BE64D.

23227



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação

CENTRAL DE INTERIORES E HOSPITALIZAÇÃO DE INTERIORES DO FORTALEZA - CCI - CCI - CCI

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH: 2315510 2144394



AV. Celso de Figueiredo, 1137 - Fortaleza - CEP 64.730-000
Fortealeza - Ceará
Telefone (081) 9230-7222

UNIDADE HOSPITALAR HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA		CGC / CNPJ 07.835.044 / 0002-61
--	--	---

DADOS DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE Luciely Gomes Bezerra			
ENDEREÇO DO PACIENTE RUA: F Nº 1150			
BAIRRO PASSARÉ	MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	CEP
DATA DO NASCIMENTO 27/09/1995	SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM	CONDIÇÃO <input type="checkbox"/> SEGURADO <input type="checkbox"/> CONJUGE <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> OUTRO DEP.	
NOME DA MÃE ANA LUCIA GOMES BEZERRA			

DADOS DA INTERNAÇÃO		
CPF MÉDICO SOLICITANTE	CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL	CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO
C. INT.	PROCEDIMENTO SOLICITADO	
DATA DA EMISSÃO 18/06/2018		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Do pedre cadente</i>
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA ATTESTO QUE É CÓPIA CONFERIR COM ORIGINAL Emanuelle Monteiro Mat. 763

INDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Fat. necessidade de cirurgia</i>

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS <i>lc</i>

DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fat de lc</i>	TIPO DE CLÍNICA <input type="checkbox"/> CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> OBSTÉTRICA <input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA <input type="checkbox"/> TISIOPEUMOL <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICA <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICA <input type="checkbox"/> OUTROS
PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>trat em fisio de fat de lc</i>	

CRM - MÉDICO SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE	DATA 18/06/18	HORA
--------------------------	--	-------------------------	------

Dr. Vitor Manoel Tenório
Cirurgião
13604

AGÊNCIA CORRETORA DE SEG. S/A
18 SET. 2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:47, sob o número 01135272120198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113527-21.2019.8.06.0001 e código 44BE64F.



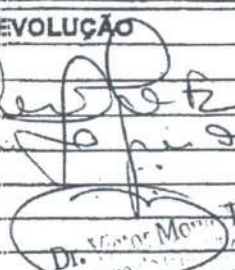
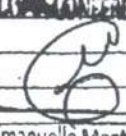

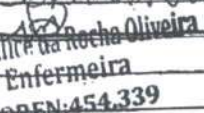
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HDMJBO-Frotinha de Parangaba

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome: Bianely Gomes Bezerra

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			18/06/2018	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
	18/06/18 <i>[Handwritten signature]</i>  Dr. Vinícius Monteiro Cirurgião CRM CE 11957 TEOT 13604
18/06/18	22:30h - L. G. B. feminino, 22a. HD: Enat. MSE. Admitido na emergência em ambiente, normotensa, VUB, deambulando. Negativa alterações laboratoriais. Aceita dieta líquida. AUP no uso. Acompanhamento com cuidados de enfermagem.
19/06/18	<i>[Handwritten signature]</i> Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4900  Emanuelle Monteiro Mat. 763 HOSPITAL DISTRIAL ANTONIO BARROSO DE OLIVEIRA ATESFO COM CÓPIA CONFERIR COM ORIGINAL
20/06/18	paciente do departamento de ortopedia receber a dor e edema local 
20/06/18	L. G. B., 22 a., HD = F7 de clavícula, estado consciente, orientada, VUBH, hemodinamicamente estável, deambulando aceita dieta, eliminando (+). Seguir com cuidados de enfermagem, em acompanhamento de enfermeira.
	 Maria Alice da Rocha Oliveira Enfermeira COREN: 454.339

18 SET. 2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:47, sob o número 01135272120198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113527-21.2019.8.06.0001 e código 44BE64F.

DATA	EVOLUÇÃO
22/10/18	Admissões: G.B, q. 28 anos com HD: fratura de clavícula E ciclunado consente, outrose dgo, eduitica proveniente da Emergencia, afelid, e no de 7 ipóia, Refirido dor intenso, lige abegia: ou pl, ou HAs, repere sob os cuidados de enfermeiros aguarda do unaga
	Post-mortem com 233 77
21/10/18	# FRATURA CLAVICULAR ADMISSÃO UNAGIA
	Dr Antonio Luiz V. Bonfante Ortopedia - Traumatologia Cirurgia do Quadril CRM 12447
22/10/18	Post-mortem
	Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4800
22/10/18	paciente com HD de 14 h fratura de clavícula. E com estado geral regular consente em ser tratado e despois zanos, enfermeiros aceita que deixada segue aos cuidados da enfermagem. Repare em 71589

LÍBIA CORRETOIRA DE

18 SET. 2018

ASS: _____

HOSPITAL DISTRITAL M. JOSÉ BANDEIRA DE OLIVEIRA
ESTE QUOTE COMPARA COM ORIGINAL


Eranuelle Monteiro

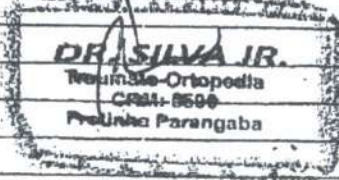
M: 763

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome: <u>Luciely Gomes</u>				
Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			<u>18/06/2018</u>	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
<u>23/06/18</u>	<u>Primeira consulta. Evoluiu estável, consciente, orientado, verbalizado, eufórico, normotensor, normo-oxigenado. Aceita a dieta oferecida. segue em observação. Aguarda cirurgia.</u>
<u>23/06/18</u>	<u>L.G.B. de Barros, HD: Fratura de clavícula e evoluiu estável, consciente, orientado, verbalizado, eufórico, normotensor, normo-oxigenado. Aceita a dieta oferecida. segue em observação. Aguarda cirurgia.</u>
<u>24/06/18</u>	<u>Luciely, 22 anos, HD: Fratura de clavícula e evoluiu estável, consciente, orientado, verbalizado, eufórico, normotensor, normo-oxigenado. Aceita a dieta oferecida. segue em observação. Aguarda cirurgia.</u>
<u>25/06/18</u>	<u>Luciely, 22 anos, HD: Fratura de clavícula e evoluiu estável, consciente, orientado, verbalizado, eufórico, normotensor, normo-oxigenado. Aceita a dieta oferecida. segue em observação. Aguarda cirurgia.</u>
<u>26/06/18</u>	<u>Luciely, 22 anos, HD: Fratura de clavícula e evoluiu estável, consciente, orientado, verbalizado, eufórico, normotensor, normo-oxigenado. Aceita a dieta oferecida. segue em observação. Aguarda cirurgia.</u>



Jamilis Vitorino
Coordenadora de Enfermagem

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedista - Traumatologia
CRM 4520

HOSPITAL DISTRITAL M^o JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Enauelle Monteiro
Mat. 763

LIDIA CORRETORA DE SEG. 418


18 SET. 2018

ASS: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:47, sob o número 011352721201908060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113527-21.2019.8.06.0001 e código 44BE64F.

DATA	EVOLUÇÃO
	<u>ec</u>
25/06/18	# Paciente submetido à tração cirúrgica de fratura de clavícula (F).
	Sem intercorrências.
	# Col: 1) à SPPA.
	<div style="text-align: right;"> <p>Dr. Marcos Silveira Matias Ortopedia - Traumatologia Rua Pediatra 098 FONE 15.415</p> </div>
26/06/18	
	<div style="text-align: right;"> <p>Dr. Roberto Mendes de Oliveira Ortopedia - Traumatologia Ceará 633</p> </div>
	<p>26/06/18, paciente obtém alta 10h Hospitalar - Refome Eufe 71.589</p>

HOSPITAL DISTRITAL M. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL


Emanuelle Monteiro
Nº 77

LIBIA CORRETOIRA DE SEC. 2018
18 SET. 2018

ASS: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:47, sob o número 01135272120198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.jfce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113527-21.2019.8.06.0001 e código 44BE64F.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HDM1380 - Protonda de Fortaleza

RESCRICÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

ME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

11:	
16:	
20:	
06:	

HORÁRIO:	12:00
P.A.	120x80
TEMP.:	
P./MIN.:	
M.V./MIN.:	

OME: Lucy Gomes Pereira (Nacional)

IDADE: 22

ENF.:

LEITO:

Nº PRONTUÁRIO:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORARIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Enf./Dieta)
11/09/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>	SND	23:25. Ombros e braços doloridos. Admitido em enfermaria. Encaminhado para o pronto-socorro. Emergência.	
12/09/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
13/09/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
14/09/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
15/09/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
16/09/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
17/09/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
18/09/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
19/09/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
20/09/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
21/09/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
22/09/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
23/09/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
24/09/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
25/09/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
26/09/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
27/09/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
28/09/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
29/09/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
30/09/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
01/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
02/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
03/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
04/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
05/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
06/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
07/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
08/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
09/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
10/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
11/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
12/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
13/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
14/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
15/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
16/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
17/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
18/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
19/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
20/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
21/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
22/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
23/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
24/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
25/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
26/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
27/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
28/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
29/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
30/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
31/10/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
01/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
02/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
03/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
04/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
05/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
06/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
07/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
08/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
09/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
10/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
11/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
12/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
13/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
14/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
15/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
16/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
17/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
18/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
19/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
20/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
21/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
22/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
23/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
24/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
25/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
26/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
27/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
28/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
29/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
30/11/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
01/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
02/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
03/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
04/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
05/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
06/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
07/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
08/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
09/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
10/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
11/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
12/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
13/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
14/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
15/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
16/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
17/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
18/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
19/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
20/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
21/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
22/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
23/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
24/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
25/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
26/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
27/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
28/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
29/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
30/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			
31/12/2018	<i>[Handwritten Signature]</i>			

Dr. *[Handwritten Signature]* Dentista
CRM CE 11997 TEOD 13614

10198 Roberta P. P. Técnico de Enfermagem
COREN/CE 826138

ATSTO QUE COM CONTEGE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteforte
MAT 763

18 SET. 2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:47, sob o número 01135272120198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113527-21.2019.8.06.0001 e código 44BE64F.

SCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

Observação: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável.

11:	
16:	
20:	
06:	

HORÁRIO:	
P.A.:	
TEMP.º:	
P./MIN.:	
M.V./MIN.:	

Nome: Bucilly Gomes Buzina IDADE: 22a ENF.: 16 LETO: 132 Nº. PRONTUÁRIO: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Ent./Dia)
<u>Justa gent</u>	<u>SND</u>	<u>Encaminhado para o alb. pap. falar com o 10.00</u>	
<u>Geolobum 1/1 6/15</u>	<u>18 24 06/12</u>		
<u>Regulador sur e 100mg</u>	<u>7 20 10/8h</u>		
<u>Silvere 500</u>	<u>SD</u>		
<u>→ 100</u>	<u>Refine</u>		
<u>Dr. Roberto Mendes Rodrigues</u> Oftalmologia - Traumatologia CPM 48330	<u>HOSPITAL DISTRIAL N.º JOSE BARROSO DE OLIVEIRA</u>	<u>Atendo com caráter CONTINGENTE</u>	
<u>1000</u>	<u>Planear</u>	<u>Emmanuel Monteiro</u>	
<u>pa</u>			
<u>Dr. Roberto Mendes Rodrigues</u> Oftalmologia - Traumatologia CPM 48330			

8 SET. 2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:47, sob o número 01135272120198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113527-21.2019.8.06.0001 e código 44BE652.



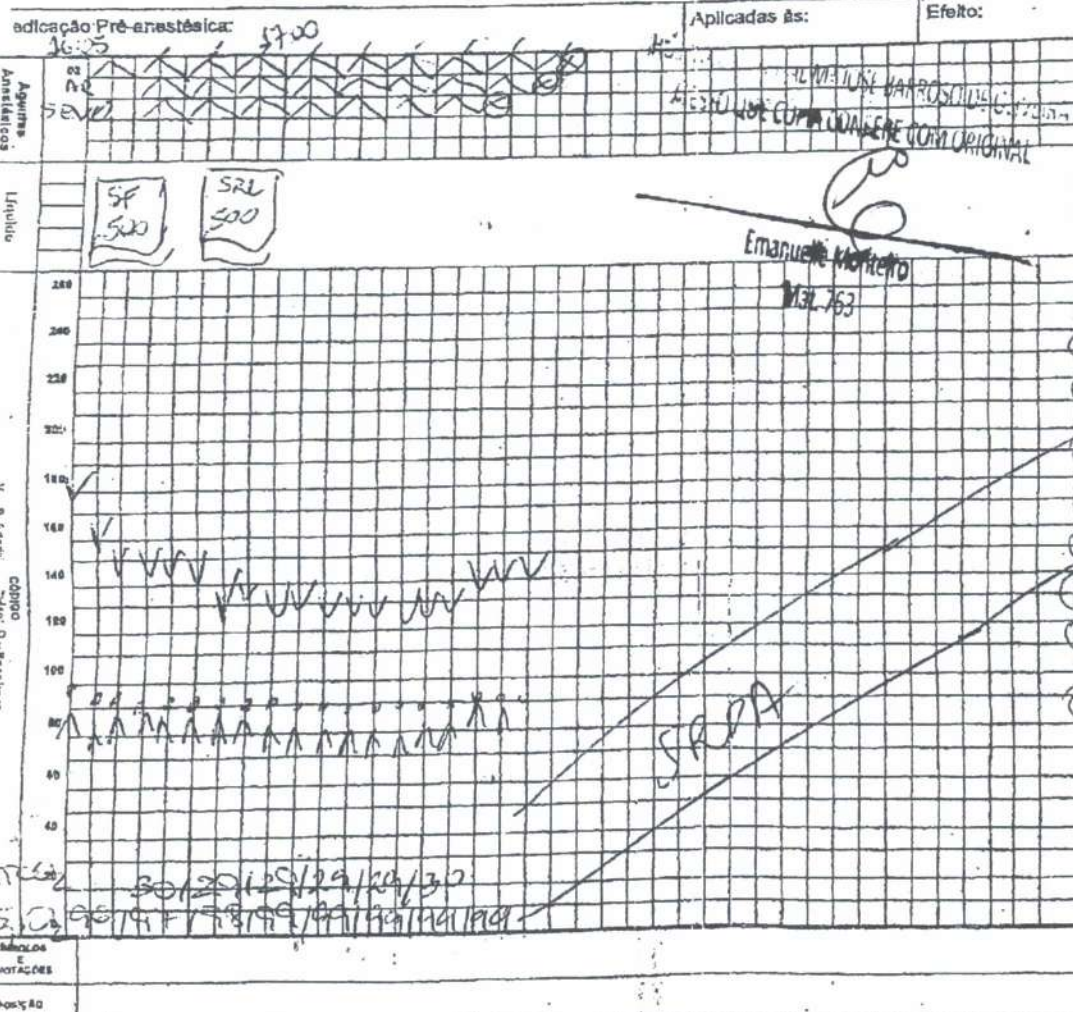
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
 HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
 FORTALEZA DE PARAIBARA
 AV. Odeão de Paula nº 1037 - Tremembé - CEP 84.720-000 - Fortaleza-Ce
 Telefone: (85) 312-7222 - Fax: 3171-0310

FOLHA DE ANESTESIA
 Prontuário Nº: _____

Nome: Luciely Gomes Bezerra
 Enfermaria: _____ Leito: _____

Data: <u>24/06/18</u>	Pres. Arterial: <u>180x90</u>	Pulso: <u>85 bpm</u>	Respiração: <u>espontânea</u>	Temperatura: _____	Peso: <u>73 kg</u>	Altura: _____
Tipo Sanguíneo: _____	Hemácias: _____	Hemoglobina: _____	Hematócrito: _____	Glicemia: _____	Uréia: _____	Outros: _____
Urina: <u>1 MALAMPATTI: I</u>				Asma: _____		Bronquite: _____
Ap. Respiratório: <u>NDN</u>				Eletrcardiograma: _____		
Ap. Circulatório: <u>NDN</u>				Ap. Urinário: _____		
Ap. Digestivo: <u>liquido > 8h</u>		Dentes: _____	Pescoço: _____	Alergia: <u>meiga</u>		Hipotensores: _____
Estado Mental: _____		Atarácicos: _____	Corticóides: _____	Estado Físico: <u>I</u>		Risco: _____
Diagnóstico Pré-operatório: <u>Fratura de clavícula (E)</u>				Estado Físico: <u>I</u>		

anestesias Anteriores: _____



INDUÇÃO
 Sufet: X Eritr: _____ Tosses: _____
 Laringe espasmo: _____ Lente: _____
 Náuseas: N Vômitos: N
 Outros: _____

- MANUTENÇÃO**
- 1) Fentanil 250mcg
 - 2) Hidrocortona 21.30
 - 3) Propofol 20mg
 - 4) Cisatracurio 3mg
 - 5) Sufururano 2l
 - 6) Espazolina 2g
 - 7) Dipirona 2g
 - 8) Cetoprofeno 100mg
 - 9) Oxametasona 8mg
 - 10) Ranitidina 50mg
 - 11) Atropina 1.5mg
 - 12) Neostigmina
- Anestesia Balda: sim não
 MHA, por qual? _____

DESPERTAR
 Reações na S.O.: _____
 Obst: _____ CO2: _____ Eritr: _____
 Náuseas: _____ Vômitos: _____
 Outros: _____

Agentes: Fentanil + Propofol + Sufururano
 Técnica: Anestesia geral combinada Cânulas: _____
 Operação: Tratamento cirurgico de clavícula Dra. Katiane Sousa
 Cirurgiões: Dr. Rafael + Dr. Marcelo
 Anestestistas: Dra. Katiane Sousa

18 SET. 2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:47, sob o número 011352721201908060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113527-21.2019.8.06.0001 e código 44BE652.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
 HOSPITAL DEBENEDICTO JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
 PRONTO-SOLUÇÕES DE DIAGNÓSTICO
 AV. Roberto de Faria nº 1337 - Jussara - CEP 61.720-000 Fortaleza-Ce
 Telefone: (85) 326-9213 - Fax: 326-9219

FOLHA DE ANESTESIA

MEDICAMENTO	UNID	QUANT	MEDICAMENTO	UNID	QUANT
ADRENALINA	AMPOLA		PROPOFOL 10ml	AMPOLA	
AGUA DESTILADA	AMPOLA		PROPOFOL 20ml	AMPOLA	
AMICACINA	AMPOLA		PROTAMINA	AMPOLA	
AMPICILINA 1G	AMPOLA		RANITIDINA	AMPOLA	
AMINOFILINA	AMPOLA		SEVCFLURANO	ML	
ATROPINA 0,25MG	AMPOLA		SUCCINILCOLINA	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% C/ ADRENALINA	FRASCO		TIOPENTAL	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% S/ ADRENALINA	FRASCO				
BUPIVACAÍNA 0,5% PESADA	AMPOLA				
BICARBONATO DE SÓDIO	AMPOLA				
BROMOPRIDA 10MG	AMPOLA				
CEFALOTINA 500MG	FRASCO				
CEFAZOLINA 500MG	FRASCO				
CEFTRIAXONA 1G	FRASCO				
CETOPROFENO 300MG	FRASCO				
CETAMINA	ML		SOROS		
CISATRACURIO	AMPOLA		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML	FRASCO	
CLINDAMICINA	AMPOLA		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FRASCO	
CLORETO DE POTÁSSIO 10%	AMPOLA		SORO GLICOSADO 5% 500ML	FRASCO	
DEXAMETASONA	AMPOLA		SORO GLICOFISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FRASCO	
DESLANOSÍDEO	AMPOLA		SORO RINGER LACTADO 500ML	FRASCO	
DIAZEPAM 10MG	AMPOLA		SOL. MANITOL 20% 250ML	FRASCO	
DIPIRONA	AMPOLA		FRUTOSE	FRASCO	
DIPIRONA + ESCOPOLAMINA	AMPOLA				
DOBUTAMINA	AMPOLA		SANGUE-HEMODERIVADOS		
DOPAMINA	AMPOLA				
ETILEFRINA 10MG	AMPOLA		PLASMA		
ETOMIDATO	AMPOLA		SANGUE TOTAL		
FENTANIL	AMPOLA		CONCENTRADO DE HEMACIAS		
FUROSEMIDA	AMPOLA		ALBUMINA		
GENTAMICINA	AMPOLA				
HEPARINA	AMPOLA		MATERIAS DESCARTÁVEIS		
HIROCORTISONA 100MG	FRASCO		CATETER VENOSO	UNIDADE	
HIROCORTISONA 500MG	FRASCO		EXTENSOR	UNIDADE	
INSULINA	AMPOLA		EQUIPO DE SORO	UNIDADE	
ISOFLURANO	ML		SONDA ASPIRAÇÃO	UNIDADE	
ISORDIL	AMPOLA		SONDA TRACHEAL	UNIDADE	
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA	FRASCO		SONDA NASAL METRICA	UNIDADE	
LIDOCAÍNA 2% S/ ADRENALINA	FRASCO		SCALP	UNIDADE	
LIDOCAÍNA GEL	FRASCO		AGULHA PERIDURAL	UNIDADE	
MEPERIDINA 100MG	AMPOLA		AGULHA RAQUI	UNIDADE	
METOCLOPRAMIDA	AMPOLA		TORÇÃO S VIAS	UNIDADE	
METRONIDAZOL 500MG	FRASCO				
MIDAZOLAN 5MG	AMPOLA				

18 SET. 2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:47, sob o número 01135272120198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113527-21.2019.8.06.0001 e código 44BE652.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DR. MARIA JOSÉ BARROSO DE ALVEIDA
PROTEÇÃO DE PARAGUAIÁ
Av. Duílio de Paula nº 1227 - Paraguanã - CEP 60.720-000 - Fortaleza-Ceá
Telefone (85) 3121-3331 - Fax (3331-3319)

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º: 342667

Paciente: LUCIELY GOMES BEZERRA
Data da Operação: 25/09/18 Enfermaria: _____ Leito: 132

Operador: <u>DR. RAFAEL CAVACANTE</u>	1º Auxiliar: <u>DR. MARCELO SILVEIRA</u>
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:
Instrumentador:	Anestesista:

Tipo de Anestesia: _____
Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE CLAVÍCULA (E), LOMINUTIVA

Tipo de Operação: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA (E) + ENXERTO ÓSSEO

Diagnóstico Pós-operatório: _____

Relatório Imediato Patologista: _____

me Radiológico no ato: _____

Acidente durante a operação: _____

Cirurgia: Contaminada Infectada

INSTITUTO DISTRITAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE CEARÁ
ARRECADAR COM O CONTEÚDO COM ORIGINAL
[Signature]
Emauelle Monteiro
MOL 763

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscemas

- 1) Paciente em BDA sob anestesia
- 2) antiseptia + anestesia + campos estéreis
- 3) Acesso à clavícula (E) + drenagem por Merco
- 4) Visualização de foco de fratura + observação contusão óssea local.
- 5) Redução aberta + osteosintese da fratura com placa e parafusos + enxertia óssea local
- 6) Lavagem com ST0,9%
- 7) Sutura por planos.
- 8) Curativo.

18-09-18
DR. RAFAEL CAVACANTE
Cirurgião Geral
CREMEL 12081/18
[Signature]

AGÊNCIA CORRETORA DE SEGUROS
18 SET. 2018

PRONTUÁRIO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:47, sob o número 01135272120198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113527-21.2019.8.06.0001 e código 44BE652.



RECEITA

Leite

no of

anti-inflamatório

retorno

Ibuprofeno 600

*2x 08h
5 dias*

1 ves 12/22

Dr. Claudio

Dr. Claudio de Souza

Dr. Marcelo

02/27

2º grau

700h

retorno

09/107

*26
/
6*

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 48001

DATA:

18 SET. 2018

CRM-MÉDICO(A)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

AV: OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE

TEL: (85) 313-17322 EMAIL: secretdg.hdmjbo@sms.fortaleza.ce.gov.br

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:47, sob o número 01135272120198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113527-21.2019.8.06.0001 e código 44BE656.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FROTIÑA DE PARANGABA
AV. Daltro de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 68.720-098 Fortaleza-Ceá
Telefones: (85) 3131-7321 - Fax: 3131-7319

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira
Endereço: Av. General Osório de Paiva, 1127 Bairro: Parangaba
Fone: 85 - 3131.7321 / 3131.7322 Cidade: Fortaleza UF.: Ceará
CNPJ.: 07.835.044/0002-61

Paciente: Jessily Gomes Bezerra

Endereço: Rua S. Carlos 150

Bairro: Parangaba Fone: _____

Prescrição: _____

antibiótico cefalexim 500 - 12

18 24 06 12. 1 em 6 hrs 50

5 dias.

26
6

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4890

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____

Identificação: _____

Órgão emissor: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____

Data: ____/____/____

1ª Via da Farmácia - 2ª Via do Paciente

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:47, sob o número 01135272120198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113527-21.2019.8.06.0001 e código 44BE656.



FROTINHA DE PARANGABA

Av. Osório de Paiva N° 1127 - Parangaba - CEP 60.720 - 000 Fortaleza - Ceará

Telefone (85) 3131-7322

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD : _____

Atesto que o (a) Sr. (a)

Bejane Jessely Gomes

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia ___/___/___ às ___ : ___ hs.

Tendo como causa de socorro _____

necessita de (30 trinta) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnostico (CID) _____

Observações:

sol. claustr

Fortaleza - Ce, 18 de 06 de 2018

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia Traumatologia
CRM - 1041400 (a)

18 SET. 2018

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N° 60.501 de 14/03/67, e será expedido para justificati-va de 01 (hum) a 15 (quinze) dias de afastamento.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:47, sob o número 01135272120198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113527-21.2019.8.06.0001 e código 44BE656.

HDMJBO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira



Prefeitura de Fortaleza

RECEITA

Retom do 03/09/18

Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedista e Traumatologista
CREMOC: 14.370/RQE: 85607/EOT: 16.316

SECRETARIA DE SAÚDE

18 SET. 2018

DATA: _____

CRM-MÉDICO(A)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
AV: OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE
TEL: (85) 313-17322 EMAIL: secretdg.hdmjbo@sms.fortaleza.ce.gov.br

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 15:47, sob o número 011352721201980660001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113527-21.2019.8.06.0001 e código 44BE656.



RECEITA

Luciely Soares Bezerra

Admitido

Fisioterapia manual — 20 sessões

Tratamento de APM e

fortalecimento muscular do

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

18 SET. 2018

Dr. Rafael da Silva Cavalcanti
Ortopedista e Traumatologista
CREMÉC: 14.370/RQE: 8560/TEOT: 16.316

DATA: 06/08/18

CRM-MÉDICO(A)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
AV: OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE
TEL: (85) 313-17322 EMAIL: secretdg.hdmjbo@sms.fortaleza.ce.gov.br

SINISTRO 3180434434 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** LUCIELY GOMES BEZERRA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO LUCIELY GOMES BEZERRA**CPF/CNPJ:** 60716103389**Posição em 03-01-2019 18:04:29**

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
28/11/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50