

# PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

|                          |                |                |
|--------------------------|----------------|----------------|
| Outorgante:              |                | Data Nasc:     |
| Wagner Vieira de Freitas |                |                |
| Estado Civil:            | Profissão:     | Nacionalidade: |
| solteiro                 | autônomo       | brasileiro     |
| RG:                      | CPF:           |                |
| 20070400428              | 060.280.913-40 |                |
| Endereço:                |                |                |
| Rua: SDO 508             |                |                |
| Cidade:                  | CEP:           |                |
| Barreira-Ce              | 62.795-000     |                |

**OUTORGADO:** CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir 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), 07 de maio de 2019.

Wagner Vieira de Freitas

OUTORGANTE

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, Wagner Vieira de Freitas,  
 brasileiro(a), solteiro, autônomo, portador(a) de  
 cédula de identidade nº. 20070400428, inscrito(a) no  
 CPF sob o nº 060.280.913-40, DECLARO que tenho  
 domicílio e sou residente na Rua: 500 508 Curumela,  
 nº 511, Bairro -, CEP: - /CE,  
 conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 07 de maio 2019.

Wagner Vieira De Freitas

**TESTEMUNHA:**

1. \_\_\_\_\_

RG Nº :

CPF Nº:

2. \_\_\_\_\_

RG Nº

CPF Nº

**DECLARAÇÃO DE POBREZA**

Declaro para os devidos fins que eu, Wagner Vieira de Freitas, residente e domiciliado na Rua: SDO 508 Parnaíba, nº 5113, bairro: -, na cidade de Bananeiras, portador(a) do RG nº 20070400628, inscrito(a) no CPF nº 060.880.913-40, estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 07 de maio de 20 19.

Wagner Vieira De Freitas

DECLARANTE

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Pela \_\_\_\_\_ presente, \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ (a)  
Sr(a) Wagner Vieira de Freitas Declara para os  
devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE  
COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no  
Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a  
presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de  
seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e  
criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial  
de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de  
alterar a litude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS  
MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 07 de maio 20 19

Wagner Vieira de Freitas

DECLARANTE

**TESTEMUNHAS:**

1. NOME:

CPF:

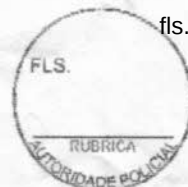
ASSINATURA:

2. NOME:



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARREIRA

Impresso nº 2018129050



fls. 19

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 422 - 414 / 2018**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **04/10/2018 09:04:34**  
Data / Hora da Ocorrência: **18/05/2018 12:36:00**  
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 354**  
Complemento:  
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **BARREIRA/CE**  
Ponto de Referência: **PERTO CENTRO DE TRATAMENTO DA CAGECE**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **WAGNER VIEIRA DE FREITAS**  
Nascimento: **25/10/1993** CPF:  
RG: **20070400428** Orgão Emissor: **SSP** UF:  
Filiação: **MARGARIDA CHAGAS VIEIRA**  
**ANTONIO EVANGELISTA DE FREITAS**  
Endereço: **SÍTIO CARNAÚBA**  
Bairro: **ZONA RURAL**  
Município: **BARREIRA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99425-8205**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HYW1277** Ur: **CE** Município: **BARREIRA** Chassi:  
**9C6KE091080058218** Renavam: **984548106** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **YAMAHA/YBR 125E** Ano Fabricação:  
**2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA**  
Proprietário: **ANTONIO EVANGELISTA DE FREITAS** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

Informa que na data e hora acima mencionados, o condutor estava trafegando na RODOVIA CE 354, BARREIRA sentido Córrego, QUE inclusive seu pai ANTONIO EVANGELISTA estava na garupa da motocicleta, quando o PNEU traseiro da motocicleta conduzida pelo declarante estourou, QUE o condutor tentou equilibrar a motocicleta, mas não deu, portanto, caíram ao chão, ou seja, no asfalto, QUE com queda o condutor bateu o tornozelo direito no fio de pedra, QUE teve uma fratura exposta, QUE seu pai não teve nada de grave apenas escoriações leves, QUE a polícia militar de Barreira chegou ao local do acidente e acionou ambulância de Barreira, QUE a vítima grave foi conduzida para o hospital de Barreira, QUE este foi logo encaminhado para um hospital de referência ( ABEMP); QUE no RX foi confirmado a fratura na TÍBIA E FÍBULA da perna direita, QUE a cirurgia foi realizada dia 04/06/2018. E nada mais disse.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARREIRA**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

  
**DIEGO MARADONA CEZARIO - MAT.: 301248-2-0**



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARREIRA



**Impresso nº 2018129050**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 422 - 414 / 2018**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** X Wagner Leira de Freitas

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**NÁRIO RENAN DE MACEDO FREIRE PEIXOTO - MAT.: 30122550**

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
WAGNER VIEIRA DE FREITAS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR W  
20070400428 SSP CE

CPF  
060.280.913-40

DATA NASCIMENTO  
25/10/1993

FUNCAO  
ANTONIO EVANGELISTA DE  
FREITAS  
MARGARIDA CHAGAS  
VIEIRA

PERMISSAO ACC CATARATA  
AD

Nº REGISTRO  
05432452766

VALIDADE  
17/11/2021

1ª HABILITACAO  
29/02/2012

VÁLIDA EM TODOS  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1404447780

OBSERVAÇÕES  
SEM OBSERVAÇÃO;

Wagner Vieira de Freitas  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
PORTALEZA, CE

DATA EMISSAO  
23/11/2016

52960858846  
CE156537133

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1404447780

DETRAN-CE (CEARA)

LIBIA CORREIA DE SEG. LTDA.  
21 NOV. 2018  
ASS:

endereço do Vítima  
Ponto de referência posto de saúde

DADOS DO CLIENTE

Nome: **WAGNER VIEIRA DE FREITAS**

End. Leitura: **RU SDO 508-CARNAUBA, CENTRO**

Cidade: **BARREIRA**

End. Entrega:

Cidade:

Local: **430** Setor: **008** Quadra: **0506** Lote: **1090** CEP: **62795-000**  
Subsetor: **00** Subquadra: **00** Comp: **000**

ECONOMIAS

Residencial: **001** Comercial: **000** Industrial: **000** Público: **000**

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

| Serviço | Médico     | Leitura Anterior | Leitura Atual | Volume (m <sup>3</sup> ) | Média Semestral (m <sup>3</sup> ) |
|---------|------------|------------------|---------------|--------------------------|-----------------------------------|
| ÁGUA    | AC9F095123 | 173              | 175           | 2                        | 1                                 |

DATAS

|                   |            |                  |            |               |         |
|-------------------|------------|------------------|------------|---------------|---------|
| Leitura Atual:    | 10/11/2018 | Emissão:         | 10/11/2018 | Leite  gua:   | 1632311 |
| Leitura Anterior: | 10/10/2018 | Próxima Leitura: | 11/12/2018 | Leite Esgoto: |         |

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 09/2018

| N  de Amostras  | Coro | Turbidez | Cor | Coliformes Totais | Escherichia Coli |
|-----------------|------|----------|-----|-------------------|------------------|
| Edif cias       | 014  | 014      | 010 | 014               | 014              |
| Análises        | 014  | 014      | 010 | 014               | 014              |
| Em conformidade | 014  | 014      | 008 | 014               | 014              |

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2017, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitações do período e de anos anteriores. Agradecemos sua pontualidade.  gua tratada e saúde.

| TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO |             | SUBSÍDIO            |             |
|------------------------------|-------------|---------------------|-------------|
| Descrição                    | Valor (R\$) | Descrição           | Valor (R\$) |
| PIS                          | 0,10        | VALOR DO SERVIÇO    | 13,74       |
| COFINS                       | 0,52        | VALOR DO SUBSÍDIO   | 2,86        |
|                              |             | VALOR TOTAL A PAGAR | 10,88       |

| MÊS/ANO | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|---------|------------|---------------------|
| 11/2018 | 04/12/2018 | 10,88               |


**INFORMAÇÕES PARA:**

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, SIC Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros Serviços  
 A Caixa Econômica Federal é a agência de atendimento em nome de sua filial. Para este serviço consulte sua agência.

I: 355491061771715 L: 0622 H: 10:50:03 R: 061 P: 001


 Central de Atendimento  
**Agência**  
 0800 275 0135


**Cagece**  
 MOBILE

|                                                                                                   |                              |                                                                                      |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|  <b>Cagece</b> |                              |  |            |
| DADOS DO CLIENTE                                                                                  |                              | 355491061771715 - 0622                                                               |            |
| Inscrição: 073509973                                                                              | Código do Responsável:       | Mês: <del>4</del> 2018                                                               |            |
| Local: 430                                                                                        | Sector: 008<br>Subsector: 00 | Quadra: 0506<br>Subquadra: 00                                                        | Lote: 1090 |
| Cidade: BARREIRA                                                                                  |                              | Vandimento: 04/12/2018                                                               | Comp: 0000 |
|                                                                                                   |                              | Total (R\$):                                                                         | 10,88      |



LIBIA CORRECTORA DE SEG. LTDA.  
21 NOV. 2018  
ACC.



# HOSPITAL DE BARREIRA

SOCIEDADE BENEFICENTE DE BARREIRA

## FICHA DE ATENDIMENTO

CNS: 160836089890009  
 DATA: 18/05/18 HORARIO: 13:11 Nº: 48

### 1) IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Carla Maria de Freitas IDADE: 25a  
 ENDEREÇO: Barreira SEXO: F  
 ESTADO CIVIL: Solteira

### 2) QUEIXA PRINCIPAL:

Ataques de Queda de Mito e/  
Insustentação em MTD.

### 3) HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente com história de  
doença cardíaca e

### 4) EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS: P.A. X mmHg; GLICEMIA: mg/Dl  
 TEMP: °C PESO: kg

### 5) PRESCRIÇÃO/CONDUTA:

V 7077 13:25

Assinatura do Paciente/Responsável

Dr. Otivar Forte  
 Clínica Cardiológica  
 CREMEC-5636  
 Assinatura do Médico/CRM

LIBIA-CORRETORA DE SEG. LTDA.  
 21 NOV. 2018

Assinatura: Maria Laudécia Rodrigues  
 05/07/2018  
 Agente Administrativa

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que, Wagner Vieira de Freitas, nascido em 25/10/1993, portador do RG. 2007986754-0 CPF: filho de Antônio Evangelista de Freitas e de Margarida Chagas Vieira, foi atendido nesta unidade no dia 18/05/2018, pelo médico plantonista, Dr. Odair Forte, CREMEC 5636, por acidente com moto (queda), foi transferido com trauma e fratura exposta no pé direito, porém com fortes dores. E medicado e encaminhado ao Hospital de referência IJF, conforme registro de atendimento.

Barreira- CE, 03 de julho de 2018

  
Maria Eleni de Lima  
Gerente Administrativa

LIBIA CORREIA DE SEG. LTDA.  
21 NOV. 2018  
ASS: \_\_\_\_\_

Rua Boanerges Jacó, 0011, centro, Barreira – CE  
CEP: 62795-000; contato: (85) 3331 1513  
e-mail: hospitaldebarreira@yahoo.com.br

## FICHA DE REFERÊNCIA

1 - Preencha esta ficha em 3 vias  
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento, entregue 2 vias ao usuário orientado para retornar com a 1ª via a Unidade de Origem

fls. 25

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Nome: Wagner Viana de FreitasSexo: ☒ M ☐ F

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Prontuário N°: \_\_\_\_\_

Endereço: CorumbáBairro: Barreira

Ocupação: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Motivo de Encaminhamento: paciente com fraturas expostas no pé D. vir com fortes doresResultado de exames já realizados: ExameConduta já realizada: P/ ortopedista

Impressão diagnóstica:

Dr. Odilmar Forte  
Clínica Radiológica  
CRM 5636

Assinatura do Consultante - n° Registro: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

Data: 18.05.2018

Hora: \_\_\_\_\_

## AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial ☐Hospitalar ☐Auxílio Diagnóstico ☐Procedimento: Hospitalarprofissional: BarreiraUnidade de Referência: UFCEData: contra

Hora: \_\_\_\_\_

## FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA(\*)

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Prontuário N°: \_\_\_\_\_

Data da Alta: \_\_\_\_\_

Resumo Clínico/Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_

C.I.D.: \_\_\_\_\_

Secundário 1: \_\_\_\_\_

C.I.D.: \_\_\_\_\_

Secundário 2: \_\_\_\_\_

C.I.D.: \_\_\_\_\_

Proposta de conduta para seguimento: \_\_\_\_\_

Carla05/07/2018

Maria Laudécia Rodrigues  
Agente Administrativa

LIBIA CORREIA DE SEG. LTDA.  
21 NOV. 2018  
Ass: \_\_\_\_\_



Governo Municipal de  
**Barreira**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BARREIRA**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## ATESTADO

### LAUDO DE ALTA

ATESTO P/ OS DEVIDOS FILS AVE WAGNER VIGIRA DE FREITAS, CPF: 060.280.913-40. FOI VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA EM 18.05.2018. SEGUNDO RELATO DA VITIMA E BOLETIM DE OCORRÊNCIA CNº 422-414/2018). OCASIONANDO FRATURA DE TIBIA E FIBULA DA PERNA DIREITA, RESSALTANDO DIFICULDADES EM REALIZAR SUAS ATIVIDADES LABORAIS, POIS, PCT NÃO CONSEGUE FICAR MUITO TEMPO NA POSIÇÃO ORTOSTÁTICA REFERINDO DORES E EDEMA. E QUANDO ANDA MUITO SENTE DORES NA REGIÃO DO TORNZELO D. PCT RECEBEU ALTA DO CENTRO DE FISIOTERAPIA

**Barreira - CE, 14/09/18**

Localidade e data

Dr. William Sousa Oliveira  
FISIOTERAPEUTA  
CREFITO 229005-F

Assinatura do Médico - CRM Nº

**"FUMAR É PREJUDICIAL À SAÚDE"**

LUBIA CORRETOIRA DE SEG. LTDA.  
21 NOV. 2018



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Wagner Vieira de Freitas

Atestado

Atesto que o portador  
automa e acompanhado em  
ps operatório L fratura  
L tibia tibia. Pede  
evidenci com condutas L  
fratura, boa ADM e um  
guixa. Pede até tanto  
ao retorno ao trabalho.

582

22/10/18

Frederico Thales de Vasconcelos  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 11.332

LUCIA CORREIA DE SEG. LTDA.  
21 NOV. 2018

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará - Fones: (85) 3215.3064  
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51

ASS:

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento Solicitante  
Associação Beneficente Médica Pajuçara

CNES  
2372150

Nome do Estabelecimento Executante  
Associação Beneficente Médica Pajuçara

CNES  
2372150

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente  
WAGNER VIEIRA DE FREITAS

Nome Social

Nº Prontuário  
7546

Cartão Nacional de Saúde (CNS)  
160836089890009

Data de Nascimento  
25/10/1993

Sexo  
Masculino ☒ 1

Feminino ☐ 3

Possui outro Convênio  
☐ Sim ☒ Não

Nome da Mãe ou Responsável  
MARGARIDA CHAGAS VIEIRA

DDD

Telefone de Contato

Município de Nascimento  
REDENAÇÃO

UF  
CE

Nacionalidade  
BRASILEIRA

Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento)  
CARNAUBA

Nº  
0

Bairro  
CARNAUBA

Município de Residência  
BARREIRA

Código IBGE do Município  
2301950

UF  
CE

CEP  
62795970

Ponto de Referência

Documento

☒ CPF

☐ RG

☐ R.Civil

☐ PIS/PASEP

☐ Ignorado

Nº 06028091340

DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante

Nº Cons. Classe

CPF

Ass. e Carimbo do Diretor Clínico

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

Intermitente - fratura - L. 1º -  
no 1º dia.

Condições que Justificam a Internação

Acumula L. 2º - fratura

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)

R - + Exame - fratura

Diagnóstico Inicial

CID 10 Principal

CID 10 Secundário

CID 10 Causas Associadas

Nº Notific. Compulsória

Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Código do Caráter de Internação

☒ U/E

☐ Eletivo

Clínica  
TRAUMATOLOGIA

Código do Procedimento Solicitado

Leto Complementar

Equipamentos Requeridos para Internação

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante

FREDERICO THALES DE VASCONCELOS

Documento

☒ CPF

☐ CNS

Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

78556660363

Nº do Conselho de Classe

11332

Data da Solicitação

04/06/2018

Assinatura e Carimbo do Profis. Solicitante/Nº do Conselho de Classe

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ AC DE TRÂNSITO

☐ ACID. TRAB./TÍPICO

☐ AC TRAB./TRAJETO

CNPJ da Seguradora

Número do Bilhete

CNPJ da Empresa

CNAE da Empresa

Série

CBO

Vínculo com a Previdência

☒ Empregado

☐ Empregador

☐ Autônomo

☐ Desempregado

☐ Aposentado

☐ Não Segurado

Nome do Profissional Autorizador

Documento

☐ CPF

☐ CNS

Nº do CNS/CPF Profis. Autorizador

Data da Autorização

Código do Órgão Emissor

M23C

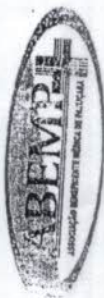
Nº Registro Cons. de Classe

Ass. do Autorizador/Carimbo

(Espaço Reservado para Colar Etiqueta com Dados da Autorização)

CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO  
CONFERE COM O ORIGINAL  
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA-ABEM  
Rua João Conrado, Nº 363-Pajuçara  
CEP: 61.941-330  
MARACANAÚ-CE

LIBIA CURIEL DE SOUZA  
21 NOV 2018



Convênios: SIMI/SUS - INAMP's  
Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú - CE  
Fone/Fax: (85) 3215.3120 - Fone: (85) 3215.3133

NOME DO PACIENTE

DATA E HORA  
07/06/18

EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO

ENF. OU APTO.

LEITO

PRONTUÁRIO

*Recebeu com o paciente L. J. Freire. Paciente com febre.*

*cr-ur*

*Flávia Thales de Vasconcelos*  
CRM-CE 1332

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO  
CONFERE COM O ORIGINAL  
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE MARACANAÚ - ABEMP  
Rua João Conrado, Nº 363 - Pajuçara  
CEP: 81.941-330  
MARACANAÚ - CE

LÍBIA CORREIA DE FEG. LTDA.  
21 NOV. 2018

ASS:

11 Dez 2018 Denúncia  
 21 Análise - L. Ambrósio  
 31 Análise - L. Ambrósio  
 41 Menor a febre  
 51 Redução e febre  
 61 Perda de peso  
 71 Febre  
 81 Unid.

61 Perda de peso  
 71 Febre  
 81 Unid.

04/06/18

LIBIA CORRÊA DE S&A, LTDA.  
 21 NOV. 2018

Date: \_\_\_\_\_  
 Assinatura e Carimbo do Assessor  
 Registrar as causas que justifiquem a longa duração da internação, a angústia e o maior consumo de material e medicamento

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE PAUÇARA-ABEM  
 Rua João Cordeiro, Nº. 363-Pauçara  
 CEP: 61.041-330  
 COORDENADOR  
 MARACANAÚCE

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL  
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO que o Segurado Wagner Vieira  
de Freitas portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ série \_\_\_\_\_ necessita de 60 dias  
Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

HD: Fratura ossos PEANA D

7 Pirajuba, 18-05-18  
Localidade e data  
Dr. Teodoro M. Nobrega  
Traumatologia-Ortopedia  
CRM 5619 TEOT-1543  
Ass. do Médico CRM nº \_\_\_\_\_

LUBIA CORRÊA DE SEG. LTDA.  
21 NOV. 2018  
455

# AVISO!

# É necessário apresentação do cartão em todas as sessões do tratamento:

# Se o paciente não puder comparecer ao tratamento fisioterápico deve ser justificada a ausência do mesmo.

# Após 5 sessões de ausência do tratamento, sem justificativa, o paciente terá que voltar ao médico para poder continuar realizando a Fisioterapia.

Lila Carla Souza  
FISIOTERAPEUTA  
1980-0-00000-0

Assinatura do Profissional



Prefeitura Municipal de Barreira

fls. 32

## FISIOTERAPIA

NOME: WAGNER VIEIRA DE FREITAS

DN: 25.10.93 IDADE: 24 SESSÕES: 20

ENDEREÇO: Calvinha PROFISSÃO:

DGT: FRATURA DISTAL TIBIA/FIBULA

DATA ADM: 31.07.18 DIAS: 2-4-6 TURNO: 1

CID:  CÓD. PROC.

SUS: 160.4360.4489.0009

| DATA | CONDUTA FISIOTERAPEUTICA    | DATA | CONDUTA FISIOTERAPEUTICA  |
|------|-----------------------------|------|---------------------------|
| 1    |                             | 11   | 22/08/18 CINESIO          |
| 2    | 01/08/18 CINESIOTERAPIA Q   | 12   | 24.08.18 CINESIOTERAPIA Q |
| 3    | 03/08/18 CINESIOTERAPIA Q   | 13   | 31/08/18 CINESIOTERAPIA Q |
| 4    | 06/08/18 CINESIA Q          | 14   | 03.09.18 CINESIO Q        |
| 5    | 08/08/18 CINESIO Q          | 15   | 05.09.18 CINESIO Q        |
| 6    | 10/08/18 CINESIOTERAPIA - f | 16   | 10.09.18 CINESIO Q        |
| 7    | 13.08.18 " A                | 17   | 12.09.18 CINESIO Q        |
| 8    | 15.08.18 " A                | 18   | 14.09.18 CINESIO Q        |
| 9    | 17/08/18 CINESIOTERAPIA - f | 19   |                           |
| 10   | 20.08.18 " A                | 20   |                           |

## SINISTRO 3180546750 - Resultado de consulta por beneficiário

---

**VÍTIMA** WAGNER VIEIRA DE FREITAS

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

**BENEFICIÁRIO** WAGNER VIEIRA DE FREITAS

**CPF/CNPJ:** 06028091340

**Posição em 02-05-2019 16:05:35**

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  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 19/12/2018        | R\$ 2.531,25         | R\$ 0,00         | R\$ 2.531,25 |