



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIÁ"

Outorgante: <u>Elilson Lima Magalhães</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>auto-nemo</u>	Nacionalidade: <u>brasileiro</u>
RG: <u>053947 48159</u>	CPF: <u>533.173.783-87</u>	
Endereço: <u>Rua Fomela nº 611</u>		CEP: <u>60.710-710</u>
Cidade: <u>Fortaleza</u>		

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 judicia 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 FENASEC 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 demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiência e perícias medicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 15 de maio de 2019.

Elilson Lima Magalhães
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Cleilson Lima Magalhães, residente e
domiciliado na Rua Francisco, nº 611,
bairro: -, na cidade de Fortaleza, portador(a) do
RG nº 05394748159, inscrito(a) no CPF nº 533.173.783-87
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, 15 de maio de 20 19.

Cleilson Lima Magalhães
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Pleilson Lima Magalhães, brasileiro(a), solteiro, autônomo, portador(a) de cédula de identidade nº 0539 47 48159, inscrito(a) no CPF sob o nº 533.173.783-87, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Rua: Fumêla, nº 611, Bairro -, CEP: - /CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 15 de maio de 20 19.

Pleilson Lima Magalhães

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

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

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

Fortaleza, 15 de maio 2019.

Elilson Lima Magalhães

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



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

Impresso nº 2018293202

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5270 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/12/2018 09:47:54**
Data / Hora da Ocorrência: **19/10/2018 09:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DUQUE DE CAXIAS C/**
Complemento: **RUA TRISTAO GONCALVES**
Bairro: **CENTRO** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE AO FORO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CLEILSON LIMA MAGALHAES**
Nascimento: **14/04/1975** CPF: **533.173.783-87**
CNH: **05394748159** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **MARIA ISaura MAGALHAES**
Endereço: **RUA FRANCA , 611**
Bairro: **PARQUE ALBANO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.710-710**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98658-4638**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **OCL0347** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC4110CR401091** Renavam: **371072867** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **CARLOS RAMON DA COSTA VIEIRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **PMS0317** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi: **9C2KC1670FR003907** Renavam: **1040097615** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 START** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **CLEILSON LIMA MAGALHAES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

A FIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA PMS-0317-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA TRISTÃO GONÇALVES E AO ENTRAR NA AV. DUQUE DE CAXIAS; QUE UMA OUTRA MOTO DE PLACA OCL-0347, QUE VINHA LOGO ATRÁS, OCASIONOU A COLISÃO NA TRASEIRA DA 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 HOSPITAL CENTRAL DE FORTALEZA. E NADA MAIS DISSE.///
OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 34. DISTRITO POLICIAL



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 20



Impresso nº 2018293202

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5270 / 2018

[Handwritten signature]

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Handwritten signature: Wilson Lima Magalhães]

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



RECEBEMOS

23 JAN 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Etc.
CNPJ: 21.487.738/0001-11

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

NOME
CLEILSON LIMA MAGALHÃES

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
 20078224599 SSPDS CE

CPF
 533.173.783-87

DATA NASCIMENTO
 14/04/1975

FIÇÃO
MARIA ISAURA MAGALHÃES

PERMISSÃO **ACC** **CATEG.**
 A

Nº REGISTRO
 05394748159

VALIDADE
 27/10/2021

1ª HABILITAÇÃO
 03/01/2012

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO:

Cleilson Lima Magalhães
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 31/10/2016

Igor Vasconcelos Ponte
 ASSINATURA DO EMISSOR

11511043868
 CE156189216

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1403942028

PROIBIDO PLASTIFICAR
1403942028

RECEBEMOS

23 JAN 2017

Maria Gecineide F. Nobre
 Corretora da Seguros Ex
 CNPJ: 21.487.738/0001-11



Nº de Inscrição:

004954548

DADOS DO CLIENTE

Nome: CLEILSON LIMA MAGALHÃES
 End. Leitura: RU FRANCA 611 PARQUE ALBANO
 Cidade: CAUCAIA
 End. Entrega:
 Cidade:
 Local: 129 Setor: 077 Quadra: 0179 Lote: 0174 Comp: 0000
 Subsetor: 00 Subquadra: 00

CEP: 60710-710

CEP: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	000F001010	666	676	10	0

DATAS

Leitura Atual: 24/11/2018 Emissão: 24/11/2018 Lacre Água: 391021
 Leitura Anterior: 21/10/2018 Próxima Leitura: 24/12/2018 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	100	100	0.17	100	100
Analisadas	100	100	100	100	100
Em conformidade	100	100	100	100	100

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 8 m³ | META: 10 m³.
 Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.
 DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
ÁGUA	34,80	Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
		MAI/17	11	0
		DEZ/17	11	0
		JUN/18	11	0
		FEV/18	11	0
		NOV/18	11	0
		AGO/18	10	0
		MAR/18	10	0
		OUT/18	10	0
		JUL/18	10	0
		ABR/18	10	0
		FEV/18	10	0
		OUT/18	11	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,33	VALOR DO SERVIÇO	33,70
COFINS	1,66	VALOR DO SUBSÍDIO	3,90
		VALOR TOTAL A PAGAR	34,80

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
11/2018	12/12/2018	34,80

ONDE PAGAR SUA FATURA: I: 357015053993116 L: 6227 H: 11:55:43 R: 017 P: 001

Bancos: Bradesco, BNBS, Itaú, BK, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Unibanco, Outros: Parâmetro A. Caso não disponibilidade o usuário deve efetuar o pagamento de sua fatura. Ative o serviço e consulte sua agência.



0800 275 0195



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 283 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br. Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site: www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.



RECEBEMO

23 JAN 2019

Maria Cecineide F. ...
 Corretora da Seguros ...
 CNPJ: 21.487.730/0001-11



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Cleilson Lima Magalhães** - C.P.F. **533.173.783-87**, no dia **19/10/2018**, às **09h26min**, na **Avenida Duque de Caxias c/ Rua Tristão Gonçalves**, no **Bairro Centro**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P426327/2018**.

Fortaleza, 09 de novembro de 2018.

Atenciosamente,

RECEBEMOS

23 JAN 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora da Seguros E...
CNPJ: 21.487.738/0001-46

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 07 PONTO DE APOIO: CSA Nº DA OCORRÊNCIA: 0231
DATA: 11/10/18 TURNO: M/T EQUIPE: Aquirino / Sônia
NOME: Cleiton Lima Aragão IDADE: 13 SEXO: M
ENDEREÇO: Av. Duque de Caxias e Av. Tiago Gonçalves
REFERÊNCIA: Próx. ao Fórum Thabathusca. BAIRRO: Centro
QTY: 016 QUS: 09:26 QUY: 09:50 QUU: 10:00
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão moto x carro fido moto x moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

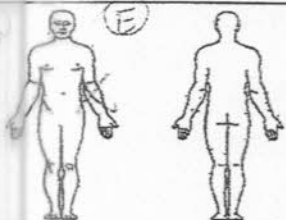
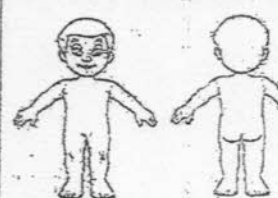
RESPOSTA AO CHAMADO EXPANSÃO TORÁCICA PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO ☒ PRESENTE ☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO ☐ AUSENTE ☐ AUSENTE

☐ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS POR:
A Vias aéreas

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

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

D Neurológico
ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (p)
ABERTURA OCULAR RESPOSTA VERBAL RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA ☒ 4 ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5 OBEDECE A COMANDOS
À VOZ ☐ 3 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4 LOCALIZA A DOR
À DOR ☐ 2 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3 MOVIMENTO DE RETIRADA
NENHUMA ☐ 1 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2 FLEXÃO ANORMAL
TOTAL: 15 NENHUMA ☐ 1 EXTENSÃO ANORMAL
PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS

E Exposição
ADULTO LESÕES PEDIÁTRICO
 Ectema (Dermatite?) 

SAMPLA
FC: 94 PA: FR: 18 GLIC.: OXIM.: 97% TEMP.:

Paciente consciente, orientado e deambulando. Relata que se acordou e nega síncope. Ref. alergia em MSE.



Omnimagem

diagnóstico para uma vida saudável



Atendimento.....: 1286929 Data: 19/10/2018
Paciente.....: CLEILSON LIMA MAGALHAES
Solicitante.....: DR. THIAGO PARENTE N. GOMES
Convênio.....: FREE - LIFE
Exame: TC COTOVELO
Qtde Películas.: 01 - Qtde Papéis: 02 - Qtde Cds: 01 - Qtde folhas laudo: 01

Motivo da solicitação: Fratura/luxação de cotovelo esquerdo, segundo solicitação médica.

As imagens foram obtidas através de aquisição volumétrica do cotovelo esquerdo por técnica multislice, com reconstruções multiplanares, sem a infusão venosa do meio de contraste iodado.

RELATÓRIO:

-Fratura cominutiva da epífise proximal/cabeça umeral, com envolvimento da superfície articular, associando-se diastase de fragmentos e deslocamento pósterolateral do maior fragmento ósseo, o qual tem grande extensão da superfície articular, em relação ao capítulo.

-Sinais de distensão articular, permeada por conteúdo amorfo espontaneamente hiperdenso e material com densidade de gordura.

-Há pequenos fragmentos ósseos livres intra-articulares.

-Borramento/densificação de planos gordurosos subcutâneos em torno do olécrano.

-Grupamentos musculares sem alterações.

OBSERVAÇÃO: Paciente com dificuldade de mobilização do membro superior esquerdo, dificultando a realização técnica, e conseqüente interpretação do exame.

DR. MARCILIO DIAS DE HOLANDA NETO
RADIOLOGISTA
CRM: 5505

RECEBEMOS

23 JAN 2019

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora da Seguros Eirel
CNPJ: 21.487.738/0001-00

RECEBEMOS

23 JAN 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Extr.
CNPJ: 21.487.738/0001-12

PatientID:
Name:

0962656
CLEILSON LIMA MAGALHAES

Sex:
BirthDate:
Age:

Masculino

Data do estudo: 08.12.2018

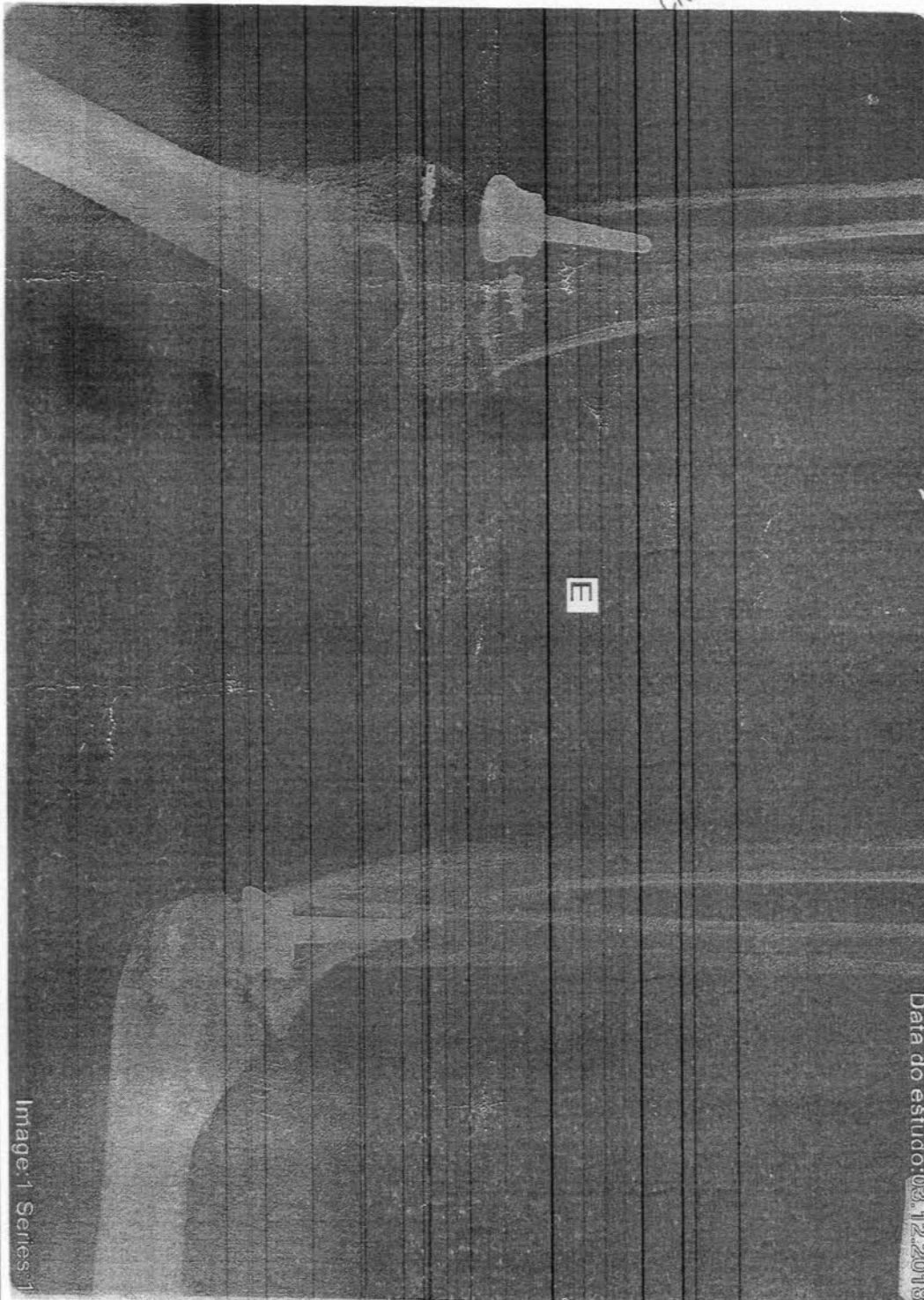


Image:1 Series:1

ru0
Ex:
Se: 1/1
Im: 1/1
PATA_ANT
Mag: 1.0x
W:1024 L 512

HOSPITAL CENTRAL DE FORTALEZA
LIMA MAGALHAES CLEILSON
M 0957914
Acc:
2018 Nov 05
15:41:31.000

E

fls. 27

RECEBEMOS

23 JAN 2019

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora da Seguros Eirel
CNPJ: 21.487.738/0001-06

	HOSPITAL CENTRAL DE FORTALEZA	Ficha de Atendimento Ambulatorial
---	--	--

Atendimento: 0957914 - Prontuario: 01975463

Dados do Paciente:

Nome: CLEILSON LIMA MAGALHÃES
Endereço: RUA FRANÇA, 611 - PARQUE DAS NAÇÕES
RG: 20078224599 SSP-CE Telefones: (85) 9865.84638 / () / (85) 8658.4638
Sexo: Masculino Data Nasc: 14/04/1975 - 43 Anos 6 Meses
Nome da Mãe: MARIA ISaura MAGALHÃES
Responsável:
Cadastrado por: JULIANA SOARES MARQUES

Dados do Atendimento:

Convenio:	FREE LIFE	Data Atendimento:	05/11/2018	Hora:	13:08
Matricula:	12292000201	Validade:	01/01/2020		
Medico Respon:	PEDRO PAULO GOMES VIANA FILHO	CRM	13038		
CID/Diagnostico:					
Procedimentos Autorizados:					
CBHPM	1.01.01.03-9 CONSULTA				

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

RECEBEMOS

23 JAN 2009

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.739/0001-06

04.07.2016

HOSPITAL CENTRAL DE FORTALEZA

Rua. Tristão Gonçalves, 1357 - Anjo
Benfica - CEP: 50.015-000

FORTALEZA

CONFIDENTIAL

Qui Therme 11.12.2018

Assinatura / Carimbo Medico

Leilton Lima Magalhães
Assinatura Paciente/Responsável

 HCF Hospital Central de Fortaleza Nossa Satisfação é o seu bem-estar	HOSPITAL CENTRAL DE FORTALEZA	Ficha de Atendimento Ambulatorial
--	---	---

Atendimento: 0955011 - Prontuario: 01975463

Dados do Paciente:

Nome: CLEILSON LIMA MAGALHÃES
Endereço: RUA FRANÇA, 609, 611 - PARQUE DAS NAÇÕES
RG: 20078224599 SSP-CE Telefones: (85) 0 / () / (85) 8658.4638
Sexo: Feminino Data Nasc: 14/04/1975 - 43 Anos 6 Meses
Nome da Mãe: MARIA ISAURA MAGALHÃES
Responsável:
Cadastrado por: ROCHELE

Dados do Atendimento:

Convenio: FREE LIFE Data Atendimento: 19/10/2018 Hora: 09:55
Matricula: 12292000201 Validade: 01/01/2020
Medico Respon: THIAGO PARENTE NEIVA GOMES CRM: 13558
CID/Diagnostico:
Procedimentos Autorizados:
CBHPM 1.01.01.03-9 CONSULTA

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

RECEBEMOS
23 JAN 2019

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros E
CNPJ 21.487.736/0001-11

04.870.928/0001-66

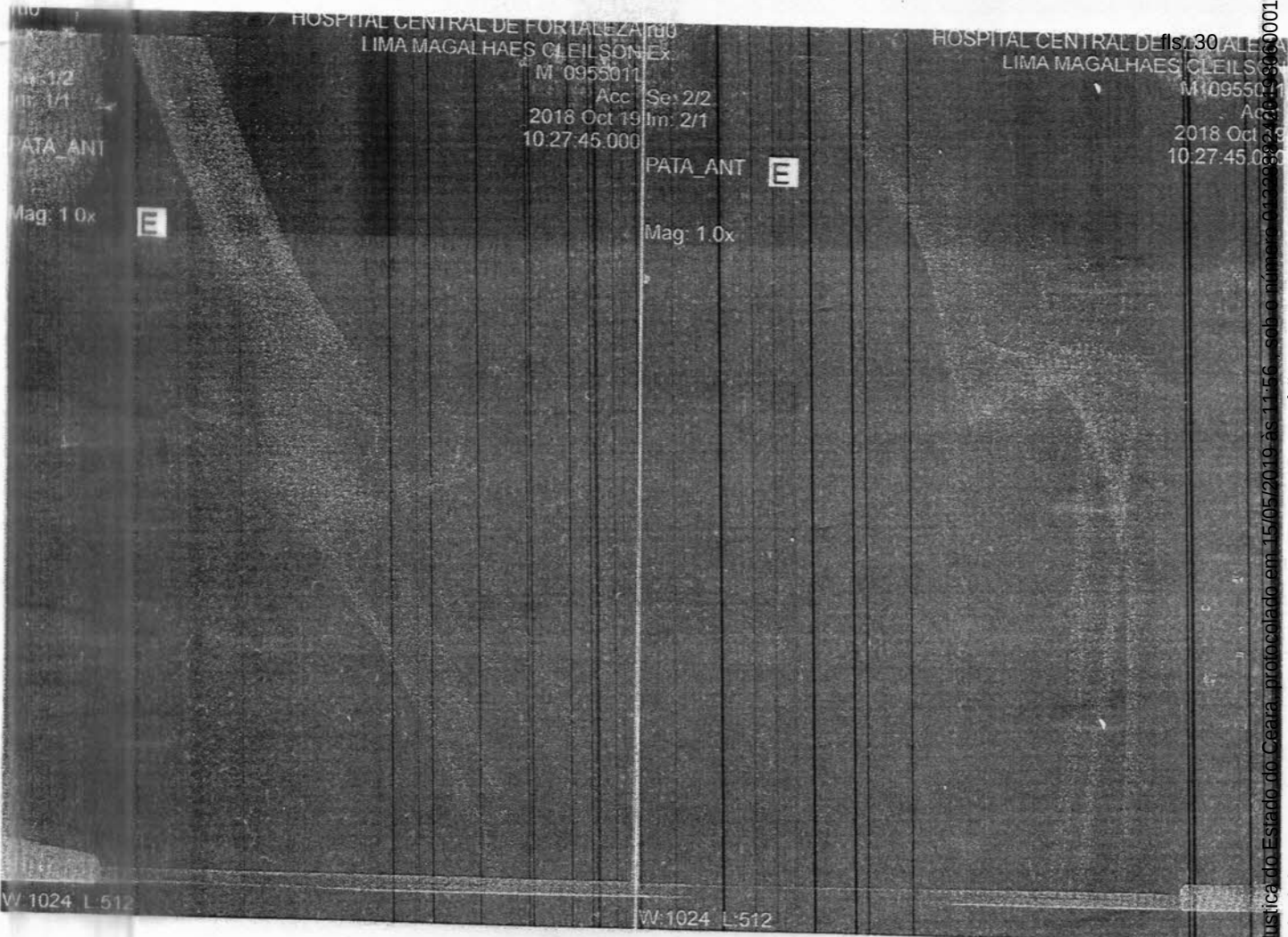
HOSPITAL CENTRAL DE FORTALEZA

Rua. Tristão Gonçalves, 1367 - Anaxá
Benfica - CEP: 60.016-002

FORTALEZA CEARÁ

Assinatura / Carimbo Médico

Assinatura Paciente/Responsável



HOSPITAL CENTRAL DE FORTALEZA
LIMA MAGALHAES CLEILSON Ex

M 0955011
Acc: Ser: 2/2
2018 Oct 19 Im: 2/1
10:27:45.000

1/2
1/1

PATA_ANT

Mag: 1.0x

E

HOSPITAL CENTRAL DE FORTALEZA
LIMA MAGALHAES CLEILSON Ex

M 0955011
Acc: Ser: 2/2
2018 Oct 19 Im: 2/1
10:27:45.000

PATA_ANT

Mag: 1.0x

E

W 1024 L 512

W 1024 L 512

RECEBEMOS

23 JAN 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros E.
CNPJ: 21.487.736/0001-11

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/05/2019 às 11:56, sob o número 0132888-24.2019.8.06.0001 e código 48A3E00. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0132888-24.2019.8.06.0001 e código 48A3E00.

SINISTRO 3190058909 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CLEILSON LIMA MAGALHAES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE COR. SEGUROS EIRELI

BENEFICIÁRIO CLEILSON LIMA MAGALHAES

CPF/CNPJ: 53317378387

Posição em 13-05-2019 10:08:49

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
28/03/2019	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25