

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Nome: <i>Maria do Socorro Cruz Brito</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: <i>casada</i>	Profissão: <i>agricultora</i>	Carteira de Identidade: <i>2171 587 91</i>	
CPF nº: <i>760.549.183-20</i>	Residência: <i>dt Baixa Pintada, SN</i>		
Bairro:	Cidade: <i>Atuaba</i>	Estado: CE	CEP: <i>63575-000</i>

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº 8.119.595 SSP/MG e CPF nº 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza – CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3231-6493

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastante procuradores, 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 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 pagamento e 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), 02 de 10 de 2015.

X *Maria do Socorro Cruz Brito*
Outorgante



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL
DPI/ DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE TAUÁ
(UNIDADE POLICIAL DE ARNEIROZ)

Nº da Ocorrência: 004/2015

Data Registro: 06/02/2015

Fone:

QUALIFICAÇÃO: APOLONIO DAVIR LEITE, brasileiro, casado, agricultor, natural de Aiuaba-Ce, nascido aos 19/02/1949, filho de Leandro Francisco de Souza e Maria Leite de Carvalho, residente no Sítio Baixa Pintada, Aiuaba/Ce.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE OUTROS

HISTÓRICO: Compareceu hoje o (a) noticiante (a), nesta Unidade da Policial Civil de Arneiroz/CE, e noticiou Que: no dia 06/01/2015, por volta das 16h00min, quando trafegava na MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN KS, PLACA HYB9573/CE, COR VERMELHA, CHASSI 9C2KC08107R161437, RENAVAN 922061106, ANO/MOD 2007/2007, pela estrada carroçal na Localidade de Confiança, Zona rural de Aiuaba, conduzindo na garupa sua esposa MARIA DO SOCORRO CRUZ LEITE (RG: 2171587/91 SSPCE), momento em que perdeu o controle da motocicleta em uma curva e caiu ao solo; QUE MARIA DO SOCORRO, em virtude da queda, sofreu fratura em tornozelo direito, conforme ficha de atendimento médico assinado pelo Dr. Antunes Moura; QUE testemunha o fato a pessoa de Antonio Andreazio Cardoso Bernardo e Erivelton Araujo Sampaio. E nada mais disse.

TICIANO VASCONCELOS LOBO
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL

Ticiano Vasconcelos Lobo
Escrivão de Polícia Civil
Matr 198.817-1-7

Responsável pela Informação:

Apolonio Davir Leite
APOLONIO DAVIR LEITE

OBS.: As informações contidas no presente documento são de inteira responsabilidade do queixoso.

X ANTONIO ANDRAZIO CARDOSO BERNARDO

X ERIVELTON ARAUJO SAMPAIO

Obs: As informações contida no presente documento são de inteira responsabilidade do queixoso.

BOLETIM DE CONSULTA MÉDICA E/OU PACIENTE EM OBSERVAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE / RESPONSÁVEL			
NOME DO PACIENTE <i>Mãe do Socorro Cruz Leite</i>		IDADE <i>64 anos</i>	SEXO <i>M () F ()</i>
ENDEREÇO DO PACIENTE <i>St. Barro Pintado</i>		TELEFONE	
TEMPERATURA DO PACIENTE Temp _____ °C		PRESSÃO ARTERIAL DO PACIENTE - P.A. P.A. _____ x _____ mmHg	
NOME DO RESPONSÁVEL <i>Epicleme Malt' Leite</i>		PARENTESCO <i>Esposo</i>	
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL		TELEFONE	

ATENDIMENTO MÉDICO			
HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL			
• RECUSOU INTERNAÇÃO! • Suposto acidente			
EXAME FÍSICO: <i>Fratura em</i>			
<i>TDANO 2do Dente</i>			
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS		RESULTADOS	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA			
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL <i>Epicleme Malt' Leite</i>		DATA <i>06/01/15</i>	HORA <i>16:33</i>
		ASSINATURA/CARIMBO DO MÉDICO <i>Dr. Antônio Siqueira Jr. Junior</i> MÉDICO CRM-CE 37	
CONSULTA MÉDICA ☐			
DESTINO APÓS 4 A 24 HORAS			
☐ ALTA HOSPITALAR ☐ ENCAMINHAMENTO INTERNAMENTO ☐ TRANSFERIDO ☐ ÓBITO			
DATA _/_/___	ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE		ASSINATURA DO DIRETOR DA UNIDADE

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

Prontuario: 064259 Atendimento: 0002 CNS: 898001990423606 Guia Aut:
 Paciente: MARIA DO SOCORRO CRUZ-LEITE Est. Civil: Casado(a) Sexo: F
 RG 217158791 Nascimento: 29/08/1950 Local: AIUABA/CE Idade: 64 Ano(s)
 Pai: FRANCISCO CRUZ DE ARAUJO Mãe: MARIA DAS DORES DA CONCEICAO
 Endereço: SÍTIO BAIXA PINTADA, SN Telefone: 88 96330873 CEP: 63575-000
 Bairro: AIUABA Município: AIUABA UF: CE
 Profissão: APOSENTADA Empresa:
 Convênio: SUS Matrícula:
 Cônjuge: APOLONIO DAVI LEITE Responsável: MARIA DA CONCEICAO LEITE SAMPAIO
 Endereço: SÍTIO BAIXA PINTADA, SN UF: CE
 Data Atendimento: 07/01/2015 Hora: 08:18 CID: Sala:
 Médico: JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR CRM/UF: 12185/CE
 Tipo Atendimento: Funcionário: ELIAQUIM CAVALCANTE GOMES DE F
 Indicador de Acidente: CPF do Responsável: 78856612372
 Observação:

Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (mpm): PA (mmHg): X
 Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Queda de moto na 3ª dia

Fratura bilateral Tornozelo (5)

TTT corrigido

José Ayres Pedreira Junior
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM 12.185 TEOT 11.977

JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR - CRM: 12185

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

- Tala bato

Maria das Dores Leite Sampaio
 Assinatura Paciente/Responsável

60.975.737/0071-4
 SOCIEDADE BENEF
 SÃO CAMILO
 Hospital Dr. Alberto F.
 CEP: 63.660-000
 TUAUA CEARA

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

Prontuário: 064259 Atendimento: 0001 CNS: 898001990423606 Guia Aut:
 Paciente: MARIA DO SOCORRO CRUZ LEITE Est. Civil: Casado(a) Sexo: F
 RG : 217158791 Nascimento: 29/08/1950 Local: AIUABA/CE Idade: 64 Ano(s)
 Pai: FRANCISCO CRUZ DE ARAUJO Mãe: MARIA DAS DORES DA CONCEICAO
 Endereço: SÍTIO BAIXA PINTADA, SN Telefone: 88 96330873 CEP: 63575-000
 Bairro: AIUABA Município: AIUABA UF: CE
 Profissão: APOSENTADA Empresa:
 Convênio: SUS Matrícula:
 Cônjuge: APOLONIO DAVI LEITE Responsável: MARIA DA CONCEICAO LEITE SAMPAIO
 Endereço: SÍTIO BAIXA PINTADA, SN UF: CE
 Data Atendimento: 07/01/2015 Hora: 08:08 CID: Sala:
 Profissional:
 Tipo Atendimento:
 Indicador de Acidente:
 Observação:
 Funcionário: ANTONIA JOZELIA DE FARIAS
 CPF do Responsável: 78856612372
 Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (mpm): PA (mmHg): X

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

- ao ORTOPEDISTA.

[Assinatura]
 Dr. Manoel Reis de Sousa
 MEDICO
 CRM: 15455 - CE
 Carimbo e Assinatura do Médico

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

[Assinatura]
 Assinatura Paciente/Responsável

60.975.737/0001-64
 SOCIEDADE BENEFICENTE
 SÃO CAMILO
 Hospital Dr. Alberto
 CEP: 63.600-000
 TAUA - CEARÁ



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: _____ PRONTUÁRIO _____

DATA: _____ QUARTO: _____ LEITO _____

07 - Fratura Torção VS
08 - Exame pré-op
15 - Realizar TTO urgente anestesia

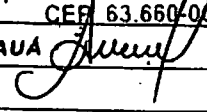
José Ayres Pedreira Júnior
Ortopedia / Traumatologia
CRM 12.185 TEOT 11.977

60.975.737/0071-64

SOCIEDADE BENEFICENTE

SÃO CAMILO

Hospital Dr. Alberto Feitosa Lima
CEP 63.660-000

TAUA  CEARÁ



SÃO CAMILO
TAUÁ

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

PRONTUÁRIO

64259

DATA

08/01/2015

PACIENTE

Maria do Socorro Cruz Leite

LEITO

INTERVENÇÃO

CIRURGIA

PROPOSTA

REALIZADA

Osteossíntese de tornozelo D

CIRURGIÃO

Dr. José Ayres

CRM

AUXILIARES

1º

CRM

2º

CRM

3º

CRM

4º

CRM

ANESTESIOLOGISTA

Dr. Hilton

CRM

TIPO DE ANESTESIA

Raque

PATOLOGISTA

INSTRUMENTADOR(A)

CIRCULANTE

ACHADOS OPERATÓRIOS

1. Raqui anterior

2. Ducto de Luschka

3. Concha média

4. Anestesia: Anterior, Cefalica

5. Incisão + drenagem pleural + drenagem de líquido

+ colocação pleural 1/2 tubo 6 fr. e punção intercostal

6. Drenagem pleural medial com 2 pontos de sutura

7. Sutura pleural

8. Curativo

Jose Ayres Pedreira Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM 12.103 - TEST 11.977

60.975.737/0071-64

SOCIEDADE BENEFICENTE

SÃO CAMILO

Hospital Dr. Alberto Figueira Lima
CEP 63.660-000

TAUÁ CEARÁ

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 16/12/2015 às 13:44, sob o número 02164601420158060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0216460-14.2015.8.06.0001 e código 1E62DEC.



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDQ PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 20

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

2 - CNES

2328046

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

4 - CNES

2328046

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MARIA DO SOCORRO CRUZ LEITE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

64259

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

89.8001.990.4236-06

8 - DATA DE NASCIMENTO

29/08/1950

9 - SEXO

Masc. ☐ 1Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

01 - Branca

10.1 ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARIA DAS DORES DA CONCEICAO

12 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 9633-0873

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

MARIA DA CONCEICAO LEITE SAMPAIO

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SÍTIO BAIXA PINTADA, SN, AIUABA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

AIUABA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2300408

18 - UF

CE

19 - CEP

63575-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com trauma ocular no olho direito
há 1 dia, apresenta fratura tarsal
(D).

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessária cirurgia

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

R.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura Tarsal D

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteossíntese

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

ORTOPÉDICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

31 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016277344817

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07/01/2015

35 - Nº DO REGISTRO NO CONSELHO

CRM 12.165 / Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () JCPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

60.975.737/0071-64

SOCIEDADE BENEFICENTE

SÃO CAMILO

Hospital Dr. Alberto Feitosa Lima

CEP: 63.600-000

TAUÁ JÚNIOR CEARÁ

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

DADOS DO PACIENTE

Nome MARIA DO SOCORRO CRUZ LEITE				Prontuário/Atendimento 064259/0003	
Nascimento 29/08/1950	Local AIUABA	País Nacionalidade Brasil		Idade 64 Ano(s)	
Sexo Feminino	Raça/Cor Branca	Etnia	Estado Civil Casado(a)	Religião	
Documento RG 217158791		CNS 898001990423606			
Endereço SÍTIO BAIXA PINTADA		Nº SN	Bairro AIUABA	Município AIUABA-CE	CEP 63575-000
Fone (88) 9633-0873	Profissão APOSENTADA	Empresa		Fone Empresa	
Responsável MARIA DA CONCEIÇÃO LEITE SAMPAIO				CPF do Responsável 78858612372	Fone Responsável
Endereço Responsável sítio baixa pintada			Cônjuge APOLONIO DAVI LEITE		
Mãe MARIA DAS DORES DA CONCEIÇÃO			Pai FRANCISCO CRUZ DE ARAUJO		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 07/01/2015 08:58	Quarto/Leito 028-0012	Aposento ENFERMARIA	Clinica ORTOPEDICA	Setor CLINICA MEDICA	
Convênio SUS	Matrícula	Autorização	Dias 0	Guia	
Médico JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR				CRM 12185	
CID Principal			CID Secundário		
Observação					
Usuário ANTONIA FLAVIA DE CASTRO		Procedimento SUS			Sispronatal
Data Saída 09/01/2015	Hora 10:37'	Condição da Saída Alta Médica		Usuário Saída	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

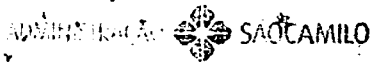
60.975.737/0071-64
SOCIEDADE BENEFICENTE
SÃO CAMILO
 Hospital Dr. Alberto Feitosa Lima
 CEP: 63.660-000
 (TAUA, *[assinatura]* CEARÁ)

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

TAUA, 7 de janeiro de 2015.

[assinatura]
 Assinatura do paciente
 Responsável pela Impressão: ANTONIA FLAVIA DE CASTRO

[assinatura]
 Assinatura do responsável



108-c

Paciente: ~~MARIA DO SOCORRO CRUZ LEITE~~ Prontuário: 064259/0004
Idade: 64 Ano(s) Sexo: Feminino
Data: 07/01/2015 12:06 Local: LABORATORIO
Setor: CLINICA MEDICA
Convênio: SUS

EMOGRAMA COMPLETO

Modo: Automatizado - Micro ABX 60

Material: Sangue Total Coleta: 07/01/2015 12:06 Digitador: RENATA GONCALVES Liberação: 07/01/2015

Valores Referenciais

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	7.300 /mm ³	3500 - 10000 /mm ³
NEÚTRÓFILOS	0 % 0 /mm ³	0 - 100 /mm ³
LINFÓCITOS	1 % 73 /mm ³	50 - 500 /mm ³
MONÓCITOS	0 % 0 /mm ³	0 - 840 /mm ³
ERITRÓCITOS BASTONETES	78 % 5.694 /mm ³	1700 - 8000 /mm ³
ERITRÓCITOS SEGMENTADOS	1 % 73 /mm ³	300 - 900 /mm ³
PLAQUETAS	20 % 1.460 /mm ³	900 - 2900 /mm ³

ERITROGRAMA

HEMÁCIAS /mm ³	4,20 milhões	4,0 - 5,2 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	11,8 g/dL	12,0 - 16,0 g/dL
HEMATÓCRITO	35,2 %	35,0 - 46,0 %
MC	83,8 fL	80,0 - 100,0 fL
MCH	28,1 pg	26,0 - 34,0 pg
MCHC	33,5 %	31,0 - 36,0 %
RDW	12,8 %	10 - 15,0 %
CONTAGEM DE PLAQUETAS	199.000	150.000 - 450.000 /mm ³

Dr. José Enéas de A. Lima Júnior
BIOMÉDICO
CRBM - 4885

R FENELON M. DE OLIVEIRA CRBM/CE 2629 JOSÉ ENÉAS DE A. LIMA JÚNIOR CRF/CE 4885 MARCIA LEITE S. DE OLIVEIRA CRBM/CE 2526

Rua Abigail Cidrão de Oliveira, 213 - Bairro: Planície dos Colibris - Cep: 63.660.000 - Tauá-CE
Fone: (88)3437-4299

ALVARO DE ALMEIDA SAO CAMILO

Paciente: MARIA DO SOCORRO CRUZ LEITE

RG : 217158791

Dt: Nasc.: 29/08/1950

Prontuário: 064259/0004

Médico: JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR

Fone: (88) 9633-0873

Data: 07/01/2015 12:06 Local: LABORATORIO

Idade: 64 Ano(s) Sexo: Feminino

Convênio: SUS

Quarto: 028 Leito: 0012

Setor: CLINICA MEDICA

TEMPO DE SANGRAMENTO (DUKE)

Material: Sangue Total Coleta: 07/01/2015 12:06 Digitador: RENATA GONCALVES Liberação: 07/01/2015

Valores Referenciais

Resultado : 1,00 min/seg

Normal: 1 - 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO

Material: Sangue Total Coleta: 07/01/2015 12:06 Digitador: RENATA GONCALVES Liberação: 07/01/2015

Valores Referenciais

Resultado : 9,05 min/seg

Normal: 5 - 12 minutos

GLICOSE

Método: Semi-Automatizado Bioplus - Bio 200

Material: Soro Coleta: 07/01/2015 12:06 Digitador: RENATA GONCALVES Liberação: 07/01/2015

Valores Referenciais

Resultado : 86 mg/dL

Normal: 60 - 100 mg/dL


Dr. José Enéas de A. Lima Júnior
BIOMÉDICO
CRBM - 4885CR FENELON M. DE OLIVEIRA
CRBM/CE 2629JOSÉ ENÉAS DE A. LIMA JÚNIOR
CRF/CE 4885MARCIA LEITE S. DE OLIVEIRA
CRBM/CE 2526

Impressão: 07/01/2015 17:39 RENATA GONCALVES BEZERRA

Rua: Abigail Cidrão de Oliveira, 213 - Bairro: Planalto dos Colibris - Cep: 63.660.000 - Tauá-CE
Fone: (88) 3437-4299

MARIA DO SOCORRO CRUZ LEITE

MARIA DO SOCORRO CRUZ LEITE

pagamento@comprevseguros.com.br

[Adicionar aos contatos](#)

14/09/2015

Para: boni.junior@hotmail.com



Informamos abaixo o processo que sofreu movimentacao durante o dia 14/09/2015, ficamos a disposicao para qualquer esclarecimento.

Responsavel pela alteracao: JOAO CAIO

Nome da Vitima	Cobertura	Nnmero do Sinistro	Situacao	Observacao
MARIA DO SOCORRO CRUZ LEITE	INVALIDEZ	3150498287	PROCESSO INDENIZADO	DATA PAGAMENTO: 14/09/2015 VALOR PAGAMENTO: 2531.25