

ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

v. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

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

PROCURAÇÃO

DE	ALAN OLIVEIRA DE ANDRADE		
	BRASILEIRO	NATURAL	PARACURU-CE
	2003010390028	RG Nº	CASADO
	POLICIAL MILITAR	CPF Nº	03206699398
	RUA PRIMEIRO DE ABRIL 239		
	BOA VISTA	CEP	60861-105
	FORTALEZA		
FONES	(85) 985084294 / (85) 986308463		
E-MAIL	alanoliveira-10@hotmail.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 Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club – Fortaleza – CEP 60.440-160.

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), 24 de Abril de 2019.

Alan Oliveira de Andrade
outorgante

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 10/06/2019 às 12:46, sob o número 01408007220198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0140800-72.2019.8.06.0001 e código 4A61561.

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, Alan Oliveira de Andrade, brasileiro(a),
casado, policial militar, portador(a) do RG nº
2003010390028, inscrito no CPF sob nº
03206699898, residente e domiciliado no endereço
Rua 1º de Abril nº 239 castela,

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, ISENTO 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), 24 de Abril de 20 19.

Alan Oliveira de Andrade.

Declarante.

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:



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, Manoel Pluena de Andrade,
Brasileiro(a), casado, portador da cédula de Identidade Nº
2003010390028 E CPF Nº 032066993-98, capaz,
nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
Rua 1º de Abril nº 239 Carletão

na Cidade de Fortaleza, Estado Ceará, CEP
60861-105, 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, 24, de Abril, de 2019.

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 HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Alan Oliveira de Andrade, Brasileiro(a),
casado, policial militar, portador da Carteira de
Identidade/RG nº 2003010390028 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o
nº 03206699898, residente e domiciliado na cidade de
Fortaleza, estado Ceará, na Rua
1º de Abril, Nº 239, 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), 24 de Abril de 20 19.

Alan Oliveira de Andrade

Declarante



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI

Impresso nº 2018238169

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 412 - 4789 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/11/2018 09:19:40**
Data / Hora da Ocorrência: **10/11/2017 10:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DRAGÃO DO MAR**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **ARACATI/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **ALAN OLIVEIRA DE ANDRADE**
Nascimento: **08/06/1989** CPF: **032.066.993-98**
RG: **2003010390028** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DO CARMO OLIVEIRA SANTOS**
DOMINGOS VICENTE DE ANDRADE
Endereço: **RUA PRIMEIRO DE ABRIL, 239**
Bairro: **BOA VISTA** CEP:
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98508-4294**

Histórico

Informa que é policial militar e, no dia e hora acima mencionados, estava conduzindo a moto de placa HYC4694, chassi 9C2ND07007R009863, de propriedade da Polícia Militar do Estado do Ceará, quando acabou perdendo o controle da moto, sendo inevitável a queda; QUE o veículo caiu por cima da perna do noticiante; QUE, conforme ficha de admissão da UPA de Aracati o noticiante foi "vítima de acidente de moto (...) com escoriações e dor em joelho direito", com "trauma em joelho direito"; QUE foi encaminhado para a UPA pela própria viatura da polícia militar local; QUE apresenta como testemunhas JENILSON VIANA DA COSTA (RG 2004010321725, CPF 02781644390, com endereço à Tr Mauricio Barcelos R Filho, 466 - Barroso Fortaleza/CE) e ANTONIO LOPES DA SILVEIRA FILHO (RG 95002424696, CPF 66823641304, residente à R. Rosa Virgínia, 372 - Cajazeiras, Fortaleza/CE) E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANTONIO ACACIO DO NASCIMENTO NETO - MAT.: 300687-1

RESPONSÁVEL PELO A INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

WAGNER LUIZ DE LIMA - MAT.: 3011967

03 DEZ. 2018



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO DISTRITAL DO MONDUBIM
ALEXANDRA JACKELINE MOURA ROLIM SILVA - OFICIALA INTERINA
SUBSTITUTA: SARAH PHILOMENO PONTES
CNPJ: 74.189.895/0001-90 - Rua Clemente Silva, Nº 251 A - Mondubim - CEP: 60.711-445 - Fortaleza - CE
Autentico a presente cópia de protocolo de ocorrência de acidente de trânsito, que confere com o original. Dou fé.
Fortaleza, 27 de novembro de 2018.
Em testemunho da verdade.
Fabiola Regina Vasconcelos Pinto (Escrevente Autorizada)
Valor Total R\$ 2,35

Confira os dados do ato em:
www.sigadigital.jus.br/portal

ASS:

Pág. 1 de 1

Impresso em: 20/11/2018 09:31:24

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 10/06/2019 às 12:46, sob o número 01408007220198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0140800-72.2019.8.06.0001 e código 4A61562.

slar

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA DO CARMO O SANTOS

End. Leitura: RU 1 DE ABRIL-CASTELAO, 239, CASTELAO

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60.861-105

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001

Setor: 062

Quadra: 0116

Lote: 1780

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A18N145392	32	47	15	7

DATAS

Leitura Atual: 06/11/2018

Emissão: 28/11/2018

Lacre Água: 3112139

Leitura Anterior: 04/10/2018

Proxima Leitura: 05/12/2018

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUIDA REFERENTE A: 09/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	533	533	126	533	533
Analisadas	535	535	535	535	535
Em conformidade	527	530	509	519	535

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 2 m3 | META: 10 m3.

Constatamos debito de R\$ 43,85. Caso pago, desconsiderar.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
			Mes/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA		45,20	NOV/2017	1	0
MULTA DE 2%		0,65	DEZ/2017	3	0
JUROS DE 0,033% AO DIA		0,15	JAN/2018	2	0
TARIFA DE CONTINGENCIA		24,95	FEV/2018	2	0
ACRESC.IMPONT.AGUA		0,21	MAR/2018	2	0
TARIFA CONTINGENCIA			ABR/2018	1	0
JUROS/MULTA TARIFA		0,05	MAI/2018	3	0
CONTINGENCIA			JUN/2018	2	0
			JUL/2018	2	0
			AGO/2018	10	0
			SET/2018	13	0
			OUT/2018	12	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSIDIO	
PIS	0,68	Descrição	Valor (R\$)
COFINS	3,40	VALOR DO SERVIÇO	84,06
		VALOR DO SUBSIDIO	12,85
		VALOR TOTAL A PAGAR	71,21

MÊS/ANO

11/2018

VENCIMENTO

21/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

71,21

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



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

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155 Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3938.

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0010201181

Código do Responsável:

Mês/Ano: 11/2018

Local: 001

Setor: 62

Quadra: 0116

Lote: 1780

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: FORTALEZA

Vencimento: 21/11/2018

Total (R\$): 71,21

82680000000-0 71210009100-8 01020118101-2 00068731025-0

ARCE - AGÊNCIA REGULADORA DE SERVIÇOS PÚBLICOS DELEGADOS DO ESTADO DO CEARÁ
03 DEZ. 2018

ASS:

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

NOME
ALAN OLIVEIRA DE ANDRADE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2003010390028 SSPS CE

CPF
032.066.993-98

DATA NASCIMENTO
08/06/1989

FILIAÇÃO
DOMINGOS VICENTE DE ANDRADE
MARIA DO CARMO OLIVEIRA SANTOS

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
04793560451

VALIDADE
25/09/2020

1ª HABILITAÇÃO
27/10/2009

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA:

Assinatura do Portador

Assinatura do Emissor

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
29/09/2015

82884486124
CE149904070

PROIBIDO PLASTIFICAR

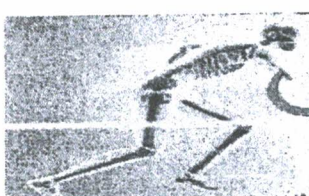
1158534731

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1158534731

LIBIA CORRÊA DE SEG. LTDA.
03 DEZ. 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 10/06/2019 às 12:46, sob o número 01408007220198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0140800-72.2019.8.06.0001 e código 4A61562.



Dr. João Batista G. da Silva
Ortopedista
CRM 5.55

3283.4784
8800.0778
CNPJ: 13.251.274/0001-03

RECIBO

R\$ R\$ 129,00

Recebi(mos) do (a) Sr.(s) ALAN OLIVEIRA DE ANDRADE

A quantia de R\$ CENTO E VINTE REAIS

Referente a 01 CONSULTA NO JOELHO A MEDIDA 60,00
MAIS 01 RETORNO NO JOELHO DE 60,00
EM TRAUMATOLOGIA

Pelo que firmamos o presente recibo Fortaleza 27 de 11 de 2018

Elizabeth Gomes da Silva
Assinatura

LÍDIA CORTEZ DE SFG. LT

03 DEZ. 2018

Ass:

pronto atendimento cardiológico s/c ltda.
Rua José Lourenço, 531 - Fone: (85) 3466.3000
CNPJ: 05.613.278/0001-58 - Fortaleza - Ceará

RECIBO R\$ 60,00

Recebemos do Sr(a): **ALAN OLIVEIRA DE ANDRADE**, a quantia de 60,00
(sessenta reais)
referente a realização de procedimentos médicos na pessoa do Sr.(a)
02814536 - ALAN OLIVEIRA DE ANDRADE

PRT: 0880096

FORTALEZA, 18 de Fevereiro de 2018

ALAN OLIVEIRA DE ANDRADE
CPF: 08.325.10001-28
Assinado digitalmente por ALAN OLIVEIRA DE ANDRADE
Data: 2018.02.18 14:50:00

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA) UPA - ARACATI

Prescrição: 137
1/2di

Paciente: **ALAN OLIVEIRA DE ANDRADE**
Data Solic: 10/11/2017 14:56:09
Data Pr Iml: 10/11/2017 15H
Data Atend: 10/11/2017 14:51:13
Prescrição: 1485
Presc. Prescritor: **GIORGIO BUENO DE LUCENA TORRES (CRM 14417)**
CID:
Diagnóstico: **DIAZEPAMICO MAC DEFINITO**

Endo: **MASTILINDO**
Genetico: **SUS ASSUNTADO**
Data Pr Enc: 11/11/2017 15H
Atendimento: 15071A
Lato: **CHB**
CTF: **032.066.993-08**
Presc. At: **MEDICO FARMACIA (CRM 0050001)**
Proced.: **030305018 AVALIAMENTO COM CAC. Curo: **EXERCICAO****

Medicação		Nome da Substância		Opção Comercial		Dose		Unid. Via	
Item	Ativ. Código	Descrição							
01	01	0001002Z	DIPOAM (ARACATI) 400MG/1,5ML			1		AMP IV	
02	01	0001002Z	DIPOAM (ARACATI) 400MG/1,5ML			1		AMP IV	
Exame									
Item	Ativ. Código	Descrição	Qtd. Total		Centro de Custo				
03	01	0001002Z	DIPOAM (ARACATI) 400MG/1,5ML	1					

Dr. Gilmarino Bueno
CRM 14417

Ass. Prescritor: **GIORGIO BUENO DE LUCENA TORRES (CRM 14417)**
Ass. Paciente: **10/11/2017 14:58:38** pelo usuário **ELIENAI**

Seg :

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO
DATA DE CADASTRO	UPA - Unidade de Pronto Atendimento - M

FICHA DE ADMISSÃO

Assinatura
 Leandro Bezerra

DADOS DO PACIENTE

NOME: Adriana de Jesus Silva IDADE: 45 ANOS
 MÃE: Maria de Jesus Silva IDADE: 45 ANOS
 1ª CONSULTA: SIM () NÃO () MÉDICO: Dr. Leandro Bezerra

ATENDIMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO: Transtorno de ansiedade
com sintomas de ansiedade e ataques de pânico

DIAGNÓSTICO:

Transtorno de ansiedade

PROCEDIMENTO:

Atende psicoterapia de grupo

EXAMES:

Psicoterapia em grupo

Transtorno de ansiedade

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

DATA DE CADASTRO

10/11/2019

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

UPA - Unidade de Pronto Atendimento - PA

DATA ATEND.: 10/11/2017
PACIENTE...: ALAN OLIVEIRA DE ANDRADE
DATA NASC.: 08/07/1969 IDADE: 28 N°ATEND.: 1887
RG.....: CPF...: 032.066.993-96 SEXO....: MASCULINO
MÃE.....: MARIA DO CARMO OLIVEIRA SANTOS
ENDEREÇO...: INDEFERIDO
BAIRRO....: CIDADE: ARACATI UF...: CE
TELEFONE 1: TELEFONE 2: CEP.:
PLANO DE SAÚDE: SUS AMBULATORIO CARTÃO SUS:

PRIORIDADE CLÍNICA.: URGENCIA / AMARELO

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

GRUPO DE PERGUNTAS: IOLIFE

INÍCIO DA CLASSIFICAÇÃO: 2017-11-10 14:52:14

TEMPO DE ESPERA: 61

DURAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO: 42

PRIORIDADE: AMARELO

QUEIXA: APÓS ACIDENTE PACIENTE RELATA DOR EM JOELHO D., HJ.

FLUXOGRAMA: Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR: Dor moderada *

COLETA NÃO-AUTORIZADA: NAU

AValiação E MEDIDAS CLÍNICAS: DOR 500R

SENHA: 1890

ENCAMINHAMENTO: Consultório Clínica Médica

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE.....:

PAC COM DOR EM JOELHO D APÓS AC MOTO....

EXAME FÍSICO.....:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA.:

CID:

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Médico
Dr. Gilmarino Bueno
Médico

UPA - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ARACATI-CE

PACIENTE: ALAN OLIVEIRA DE ANDRADE

IDADE...: 28a 4m

Nº ATENDIMENTO: 1887

DATA DO RECEITUÁRIO: 10/11/2017

MÉDICO...: GILMARIO BUENO DE LUCENA TORRES

RECEITUÁRIO MÉDICO

USO ORAL

NAPROXENO	500	1CX
CP 12/12 HRS		
MUSCULARE	5	1CX
CP 12/12		


Dr. Gilmario Bueno
Médico
CRM 14417



DATA ATEND.: 10/11/2017
 PACIENTE.: ALAN OLIVEIRA DE ANDRADE
 DATA NASC.: 08/07/1989 IDADE: 28 N°ATEND.: 1887
 RG..... CPF.: 032.066.993-98 SEXO....: MASCULINO
 MÃE.....: MARIA DO CARMO OLIVEIRA SANTOS
 ENDEREÇO.: INDEFERIDO
 BAIRRO....: CIDADE: ARACATI UF.: CE
 TELEFONE 1: TELEFONE 2: CEP.:
 PLANO DE SAÚDE: SUS AMBULATORIO CARTÃO SUS:

PRIORIDADE CLÍNICA.: URGENCIA

/ AMARELO

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

GRUPO DE PERGUNTAS: TOLIFE

INÍCIO DA CLASSIFICAÇÃO: 2017-11-10 14:52:14

TEMPO DE ESPERA: 61

DURAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO: 42

PRIORIDADE: AMARELO

QUEIXA: APOS ACIDENTE PACIENTE RELATA DOR EM JOELHO D., RJ.

FLUXOGRAMA: Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR: Dor moderada *

COLETA NÃO-AUTORIZADA: NAO

AValiação E MEDIDAS CLÍNICAS: DOR 500R

SENHA: 1890

ENCAMINHAMENTO: Consultório Clínica Médica

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE.....:

PAC COM DOR EM JOELHO D APÓS AC MOTO....

EXAME FÍSICO.....:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA.:

CID:

Assinatura do Paciente/Responsável

Dr. Gilmarcio Bueno
 Médico
 CRM 14417
 Assinatura do Médico



Relatório Médico



NOTE:

Don Cívica de Androde

EMP:

FOUO

CLINICAL:

[illegible]

Scanned by CamScanner

SINISTRO 3180568023 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ALAN OLIVEIRA DE ANDRADE
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO ALAN OLIVEIRA DE ANDRADE
CPF/CNPJ: 03206699398

Posição em 29-04-2019 13:49:28

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
24/12/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75