

Águia Assessoria jurídica

**Dr. Mamede Adriano Filho OAB/CE: 27490, Cels: (85)988081329(oi);
 (85)996298847(tim), Victor Hugo Lima de França, Cels: (85)986824574, (85)987579994
 e (85) 30559729 Rua Barão Do Rio Branco, 2027, sala 5, José Bonifácio - Fortaleza-Ce.
 CEP: 60.871-170-; e: e-mail – mamedeaf@gmail.com**

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA**OUTORGANTE:**

Nome: <i>Francisco Edinaldo da silva</i>	Nacionalidade: <i>Brasileiro</i>	
Estado Civil: <i>CASADO</i>	Profissão: <i>Autônomo</i>	Carteira de Identidade: <i>95021026595</i>
CPF nº: <i>642.679.973-49</i>	Residência: <i>Rua 2, 371</i>	
Bairro: <i>SALINAS</i>	Cidade: <i>Fortaleza</i>	Estado: <i>Ceará</i>
		CEP: <i>60870-700</i>

por este instrumento nomeio e constituo meu bastante procurador Dr. **MAMEDE ADRIANO FILHO**, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB-CE., sob o N°. 27490, com escritório na Rua Barão Do Rio Branco, 2027, sala 5, José Bonifácio - Fortaleza-Ce, CEP: 60.871-170-; e: e-mail – mamedeaf@gmail.com, onde recebe intimações, a quem concede poderes com cláusula **AD JUDICIA** e **EXTRA JUDICIA** para o foro em geral, conforme estabelecido no art.38 do Código de Processo Civil pátrio acompanhando-as e especialmente para onde esta se apresentar para defender os direitos do outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja autor ou réu, ou reclamar, defender direitos, podendo interpor todos os recursos permitidos, até final sentença, fazer e assinar requerimentos, apresentar documentos e testemunhas, produzir provas e justificações, transigir, desistir, firmar compromissos, acordo, renunciar direitos, **RECEBER E DAR QUITAÇÃO**, passar recibos, representar a outorgante em instituições públicas e privadas, bem como repartições públicas, seja Federal, Estadual ou Municipal, autarquias e fundações, podendo, ainda representar a outorgante e licitações, adjudicar bens, assinar contratos, homologar acordos, e tudo o mais, inclusive substabelecer a presente procuração com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza, 11/08/2019

Francisco Edinaldo da silva

OUTORGANTE

Águia Assessoria jurídica

**Dr. Mamede Adriano Filho OAB/CE: 27490, Cels: (85)988081329(oi);
 (85)996298847(tim), Victor Hugo Lima de França, Cels: (85)986824574, (85)987579994
 e (85) 30559729 Rua Barão Do Rio Branco, 2027, sala 5, José Bonifácio - Fortaleza-Ce.
 CEP: 60.871-170-; e: e-mail - mamedeaf@gmail.com**

2. _____ CPF

DECLARAÇÃO

Nome: FRANCISCO EDUARDO DA SILVA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado Civil: CASADO	Profissão: Autônomo	Carteira de Identidade: 95071026595	
CPF nº: 642.679.973-49	Residência: Rua 2, 371		
Bairro: SABINAS	Cidade: Fortaleza	Estado: Ceará	CEP: 60820-700

Em conformidade com o Art. 4º da Lei 1.060 de 05/02/1950 e o Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, **DECLARO SER POBRE DA FORMA DA LEI**, não podendo arcar com taxas, emolumentos, depósitos judiciais, custas, honorários advocatícios ou outras cobranças de qualquer tipo ou natureza sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza, 11/08/2019.

Francisco Edinaldo da Silva

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
 CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

NOME
FRANCISCO EDINALDO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 95021026595 SSPDC CE

CPF
 642.679.973-49 DATA NASCIMENTO
 22/01/1978

FILIAÇÃO
 JOSE GABRIEL DA SILVA
 ANTONIA ANA DA SILVA

PERMISSÃO ACC CATEGORIA
 AB

Nº REGISTRO
 04902603144 VALIDADE
 22/11/2022 1ª HABILITAÇÃO
 17/03/2010

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR
Francisco Edinaldo da Silva

LOCAL
 FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO
 27/11/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
Idor Vasconcelos Ponte
 18698281130
 CE162430434

CEARA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1548594860

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1548594860

IBNIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
 30 ABR. 2018
 ASS: _____

Endereço do Cliente: FRANCISCO F DA SILVA
RU 2 DO TASSO JEREISSATE, 371, SALINAS
Cidade: FORTALEZA CE 06670-700

Conta: 001 Subconta: 016 Subgrupo: 00 Quantidade: 0277 Letra: 0006 Cód. 0000

CDUPLAS: 001 Caracter: 000 Inicial: 000

Consumo: AQUA Medidor: A075039375 Leitura Anterior: 959 Leitura Atual: 964 Volume: 5 Med. Sem. (m³): 5

Data: 07/02/2018 Data: 07/02/2018 1103003
Data: 00/01/2018 Data: 00/03/2018 1103003

ANÁLISE DA ÁGUA ENTREGUE EM 12/2017

Parâmetro	Classe	Valor	Classe	Valor	Classe	Valor
PH	5-11	5-11	120	5-11	5-11	5-11
CONDUTIVIDADE	5-11	5-11	5-11	5-11	5-11	5-11
TEMPERATURA	5-11	5-11	5-11	5-11	5-11	5-11

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 7 m³ | META: 10 m³.
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 quitacoes do periodo e de anos anteriores.

ANÁLISE DE SERVIÇOS

Item	Valor	Item	Valor
ANUA	23,03	HISTÓRICO DE VOLUME	
FORNIT	19,06	FEV/17	5
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,32	MAR/17	5
RETA DE 2%	0,63	ABR/17	5
		MAI/17	5
		JUN/17	4
		JUL/17	5
		AGO/17	5
		SET/17	5
		OUT/17	5
		NOV/17	3
		DEZ/17	5
		JAN/18	9

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
30 ABR. 2018

VALORES DE PAGAMENTO

Item	Valor	Item	Valor
PIS	0,42	VALOR DO SERVIÇO	69,45
COFINS	2,10	VALOR DO SUBSÍDIO	25,41
		VALOR TOTAL A PAGAR	114,04

MES ANO: 02/2018 VENCIMENTO: 23/02/2018 TOTAL A PAGAR (R\$): 44,04

Telefone: 35390305798997 L: 0283 H: 10:52-49 R: 020 P: 001

Central de Atendimento Cagece 0900 278 0125

Cagece Mobile

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

Mais informações pelo telefone: 0800 278 0125 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. Ouvidoria estadual: Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MAMEDE ADRIANO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, liberado nos autos em 14/08/2019 às 17:04. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0162850-92.2019.8.06.0001 e código 4EEB93B.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1640 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **11/04/2018 10:43:23**
 Data / Hora da Ocorrência: **21/03/2018 16:20:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA ROGACIANO LEITE**
 Complemento:
 Bairro: **JARDIM DAS OLIVEIRAS** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência: **OFICINA DE BICICLETA O FABRICIO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO EDINALDO DA SILVA**
 Nascimento: **22/01/1978** CPF: **642.679.973-49**
 CNH: **04902603144** Orgão Emissor: **DETRAN**
 Filiação: **ANTONIA ANA DA SILVA**
JOSE GABRIEL DA SILVA
 Endereço: **RUA 02 TASSO JEISSATE , 371**
 Bairro: **SALINAS**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.820-700**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99748-0225**

LEIA CORRETAMENTE SEG. LTDA.
 30 ABR. 2018
DOCUMENTO ORIGINAL
 UF: **CE**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **OSF4514** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2HB0210DR446151** Renavam: **564884081** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/POP100** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor: **LARANJA** Proprietário: **DANIEL DOS SANTOS ROCHA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**
- 2) Placa: **OSL0754** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BGKS69B0DG332383** Renavam: **551480122** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **CHEV/PRISMA 1.0MT LT** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRATA** Proprietário: **WEBSTON ROQUE DE CASTRO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OSF-4514-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. ROGACIANO LEITE NA FAIXA DA DIREITA; QUE UM OUTRO VEICULO DE PLACAS OSL-0754, QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VIA E NA FAIXA DA ESQUERDA, QUE AO TENTAR EFETUAR UMA CONVERSÃO A DIREITA PARA ENTRAR EM UMA RUA PERPENDICULAR NA VIA E A VITIMA AO PERCEBER TAL MANOBRA, ACIONOU OS FREIOS DA MOTO, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTO E ACONTECEU A QUEDA NA VIA; QUE A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SEU PATRÃO (VALDEMAR), SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA, MAS NÃO FOI ATENDIDO E NO DIA SEGUINTE (22/03/2018) RETORNOU E TEVE ATENDIMENTO NO FROTINHA DE MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.//
 OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.

Edinaldo

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MAMEDE ADRIANO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, liberado nos autos em 14/08/2019 às 17:04. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0162850-92.2019.8.06.0001 e código 4EEB93B.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 1640 / 2018

PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 13. DISTRITO POLICIAL

AM

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Edinaldo da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) : DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÁ - MAT.: 012875-1-6

[Handwritten signature]

LIBIA CORRETORA DE SEG. 30
 30 ABR. 2018
 ASS: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MAMEDE ADRIANO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceara, liberado nos autos em 14/08/2019 às 17:04. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0162850-92.2019.8.06.0001 e código 4EEB93B.



A30

FROTINHA DE MESSEJANA

BOLETIM DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL Nº

CLINICA: TRAUMA

DATA: 22/03/2018

HORA: 6:36

NOME: FRANCISCO EDINALDO DA SILVA

SEXO: M

MÃE: ANTONIA ANA DA SILVA

NASC: 22/01/1978

ENDEREÇO: RUA 02

Nº 371

CEP:

COMPLEMENTO:

FONE:

BAIRRO: JARDIM DAS OLIVERAS

CIDADE: FORTALEZA

UF: CE

QUEIXA PRINCIPAL + HISTÓRIA CLÍNICA

*Febre intra-arterial. veia
injetada - Emergência*

PA X mmhg PR = MPRV FC PPM PESO

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

RAIO X ULTRASON SANGUE URINA ECG OUTROS

LIBA CORRETORA DESEMPENHO
30 ABR. 2018

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

CID

PROCEDIMENTO REALIZADO

*Carimbo Vinícius
30/03/2018
6202*

227

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

ACOLHIMENTO/ CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ATENDIMENTO: CLÍNICO TRAUMA CIRÚRGICO

PACIENTE: *Fº Edinaldo da Silva*

DATA: *22/03/18*

QUEIXA PRINCIPAL: *vitima de colisão moto/carro. Refere dor e edema em punho E.*

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO LARANJA AMARELO VERDE AZUL

Justina
Enfermeira
CE 456.134
CARIMBO E ASSINATURA ENFERMEIRO(A)

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

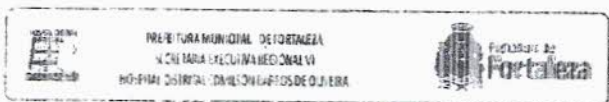
Edmilson

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Edmilson

Av. João ... 1578
Fortaleza - CEP: 60.804-810

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MAMEDE ADRIANO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, liberado nos autos em 14/08/2019 às 17:04. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0162850-92.2019.8.06.0001 e código 4EEB93B.



REGISTRO EMERGÊNCIA

MATRICULA NO HOSPITAL

PACIENTE **Fco Edinaldo Silva**

DATA OPERAÇÃO **50, 3, 18** ENFERMARIA LEITO

1º AUXILIAR INSTRUMENTADOR **0 ABR 2018**

2º AUXILIAR 3º AUXILIAR TIPO DE ANESTESIA

ANESTESISTA

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO **Fract. fechado distal**

TIPO DE OPERAÇÃO **osteossintese por rádio distal**

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO **neurotise nervo mediano**

RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA

EXAME RADIOLOGICO NO ATO

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA


HOSPITAL DISTRITAL EDMUNDO DE OLIVEIRA
RUA DE OLIVEIRA
Av. ...
CEP: ...

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCNICO LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS

- 1) Assepsia / antiseptia
- 2) Camisa
- 3) Incisão vertical em punho E, distal - 5 por planos, reparo de nervo mediano
- 4) Redes fixas de rádio distal fixadas a placa volar e 3 parafusos
- 5) Curativo CI AX
- 6) Lavagem exhaustiva
- 7) Sutura por planos talc 10/0 9

Grat HDEBO SAME-Desc. Oper.-003



 Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
 HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

ACOLHIMENTO/ CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ATENDIMENTO: CLÍNICO TRAUMA CIRÚRGICO

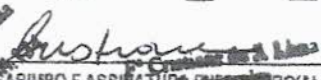
PACIENTE: F^{co} Edinaldo da Silva

DATA: 22/03/18

QUEIXA PRINCIPAL: Vítima de colisão moto/carro. Refere dor e edema em punho E.

PRESSÃO:
 TEMPERATURA:
 GLICEMIA:
 SpO2:
 FC:
 FR:

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO LARANJA AMARELO VERDE AZUL


 CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

TRIBUNAL CORRETORA DE SEG. JUR.
 30 ABR, 2018

Dr. Cristiano de S. Lima
 Enfermeiro
 COREN-CE nº 10.114

COPIA COM ORIGINAL
 09/04/18
Rafael

04355.187/0012-85
 HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
 BARROS DE OLIVEIRA
 Av. José Gomes Filho, 1000
 Fortaleza - CE 60201-100



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____

2 - CNES _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____

4 - CNES _____

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE Ev. Edmundo de Silva

6 - Nº PRONTUÁRIO 5101777

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____

8 - DATA DO NASCIMENTO 22/01/1978

9 - SEXO M F

10 - NOME DA MÃE O / RESPONSÁVEL ANTONIA MOTA DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO _____

12 - ENDEREÇO (CÓRUA, Nº, BAIRRO) Rua 02 N. 37 - Jardim da Oliveira

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Fortaleza

14 - CÓD. IGE MUNIC _____

15 - UF _____

16 - CEP _____

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Dor + im-privacidade no peito

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Necessidade de cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Anonense + RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Infarto MI

21 - CID 10 PRINCIPAL E50

22 - CID 10 SECUNDÁRIO _____

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

LIBRARIANA CORRETORA DE SEG. 1708
30 ABR. 2018

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO cto. bypass

25 - CLÍNICA _____

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO _____

27 - DOCUMENTO CHS CPF _____

28 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Rafael V. R. Costa

30 - DATA DA SOLICITAÇÃO 09/03/18

31 - ASSINATURA E CARIMBO DO REPRESENTANTE DO CONSELHO _____

CONSELHO REGIONAL DE ODONTÓLOGOS DO CEARÁ
1708

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

33 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

35 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURO

36 - CNPJ DA SEGURADORA _____

37 - Nº POLÍCETA _____

38 - CNPJ DA EMPRESA _____

39 - CNPJ DA EMPRESA _____

40 - CNAE EMPRESA _____

41 - CBOER _____

AUTORIZAÇÃO

42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA _____

43 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR _____

44 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____

45 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____

46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____

47 - DATA DO DOCUMENTO _____

48 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO
04.035.187100120

49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR _____

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARRIOS DE OLIVEIRA

Av. José Carlos Tornaz Coelho, 1576
Médio-ano - CEP: 90.304-810

Gráf. HDEBO-SAME-AIH-005

09/04/18
Rafael

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MAMEDE ADRIANO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, liberado nos autos em 14/08/2019 às 17:04. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0162850-92.2019.8.06.0001 e código 4EEB93B.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



AV. Jornalista Tomaz Coelho Nº 1578 - Messejana - fone - 3105.15.60

LIBIA CORRÊA DE SEG. LTDA.
30 ABR. 2018

ATESTADO MÉDICO

FORMULÁRIO DE EMERGÊNCIA Nº _____

Nome para fins legais que

Silva Francisco Edinaldo da

atendido neste hospital no dia 21/03/18 às _____

Necessita de 15 dias de afastamento de suas atividades profissionais,
a partir desta data por motivo de doença ou agravo à sua saúde.

Necessita de _____ dias de afastamento das atividades escolares por motivo de
doença.

Encontra-se () APTO () INAPTO a prática do componente curricular de educação
física no período de _____ a _____

Paciente foi atendido neste hospital às _____ hs, podendo retornar ao trabalho.

Paciente encaminhado para acompanhamento na especialidade _____

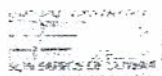
Paciente concorda com a posição do diagnóstico:
Fratura do rádio

OD-10: 5525; 254.0

Assinado em _____ de 03 de 18

[Signature]
Dr. Augusto Fado
Ortopedista
CREMED 9460

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MAMEDE ADRIANO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, liberado nos autos em 14/08/2019 às 17:04. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0162850-92.2019.8.06.0001 e código 4EEEB93B.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA
AV. Jornalista Tomaz Coelho Nº 1578 - Messejana - fone - 3105.15.60



ATESTADO MÉDICO

TIM DE EMERGÊNCIA Nº _____
razões para fins legais que Fra. Edmilson de Figue

atendido neste hospital no dia 29.03.18 às 19h.

Necessita de 15 () dias de afastamento de suas atividades profissionais,
partir desta data por motivo de doença ou agravo à sua saúde.

Necessita de _____ () dias de afastamento das atividades escolares por motivo de
doença.

Encontra-se () APTO () INAPTO a prática do componente curricular de educação
física no período de _____ a _____

Paciente foi atendido neste hospital às _____ hs, podendo retornar ao trabalho.

Paciente encaminhado para acompanhamento na especialidade _____

Paciente concorda com a posição do diagnóstico: _____

Ass:

Fratura (Cirurgica) perna E.

Fortaleza, _____ de _____ de 20_____

29.03.18

Dr. Roberto Vitalino
CRM 5223 - SBO 8202
ORTOPEDIA

LIBIA CORRETOIRA DE SEC. JOR.
30 ABR. 2018



(/)



Buscar no site



A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180194715 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO EDINALDO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO FRANCISCO EDINALDO DA SILVA

CPF/CNPJ: 64267997349

Posição em 14-08-2019 16:34:25

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
24/08/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
15/08/2018	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/qFuECu19CoyP8alldfw83api_key=X3ndwUbwtb34EZmjppqEBczkQrMIOcexcLRyDsYaiTe8=)
06/06/2018	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/zPxL9STbXxWwT5X3aUMapi_key=X3ndwUbwtb34EZmjppqEBczkQrMIOcexcLRyDsYaiTe8=)