



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo, Fortaleza-Ceará

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

PROCURAÇÃO

fls. 14

OUTORGANTE	Lucivalda da Silva Ferreira		
NACIONALIDADE	Brasileira	NATURAL	Fortaleza-CE
RG	2016290384-4	ESTADO CIVIL	viúva
CPF	682 245 753-49	PROFISSÃO	Aposentada
ENDEREÇO	R. Brumado, N° 1490		
BAIRRO	Parque Santa Rosa	CEP	60763095
MUNICÍPIO / UF	Fortaleza		
FONES	988705345 / 986440327 / 986477629		
E-MAIL	atendimento.alexandreseguros@gmail.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 Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo – Fortaleza – CEP 60.325-700.

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 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, desistir, 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 medicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 27 de Fevereiro de 2018.

Lucivalda Silva Ferreira
outorgante



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo, Fortaleza-Ceará

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

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

fls. 16

Eu, Lucivalda da Silva Ferreira, Brasileiro(a),
viúva, Aposentada, portador da Carteira de
Identidade/RG nº 2016290384-4-SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o
nº 682.245.753-49, residente e domiciliado na cidade de
Fortaleza, estado Ceará, na Rua
Brumado, Nº 1490, Parque Santa Rosa,
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), 27 de Fevereiro de 2018.

Lucivalda Silva Ferreira

Declarante



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo, Fortaleza-Ceará

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

fls. 17

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Lucivalda da Silva Ferreira, brasileiro(a),
viúva, Aposentada, portador(a) do RG nº
2016290 384-1, inscrito no CPF sob nº
682 245 753-49, residente e domiciliado no endereço
R: Brumado, nº 1190, Parque Santa Rosa,

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), 27 de Setembro de 2018.

Lucivalda Silva Ferreira.

Declarante.

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:

DECLARAÇÃO



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo, Fortaleza-Ceará

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

fls. 19

Nome:	<u>Racivalda da Silva Ferreira</u>	Nacionalidade:	Brasileira
Endereço:	<u>Rua: Brumado, Nº 1490</u>	Profissão:	<u>Aposentada</u>
CPF nº:	<u>682 245 753-49</u>	RG n°:	<u>2016290 384-1</u>
Bairro:	<u>Parque Santa Rosa</u>	Cidade:	<u>Fortaleza</u>
CEP:	<u>60763095</u>	Estado:	CE
		Telefone:	<u>988705345 / 98644 03 27 / 98647 76 29</u>

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o (a) acima qualificado (a) DECLARO(A), sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente:

Fortaleza, 27 de Fevereiro de 2018

Racivalda da Silva Ferreira

Assinatura

Lei Nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983

O PRESIDENTE DA REPUBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.

Paragrafo único – O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em Processo Penal.

Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na Legislação aplicável.

Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.

Brasília, e, 29 de Agosto de 1983: 162º da Independência e 95º da República.

João Figueiredo / Ibrahim Arbi-Ackel / Hélio Beltrão

PROIBIDO PLASTIFICAR

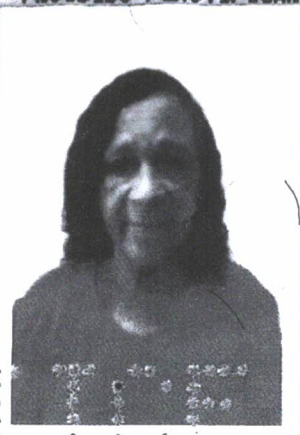
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

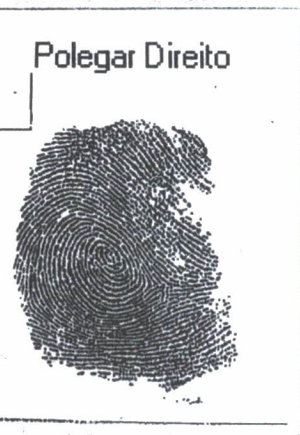
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



Polegar Direito



ASSINATURA DO TITULAR

Lucivalda da Silva Ferreira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

THOMAS GRIFF & SONS

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

REGISTRO GERAL 2016290384 - 1

DATA DE EXPEDIÇÃO 09/11/2016

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME LUCIVALDA DA SILVA FERREIRA

FILIAÇÃO JOAQUIM CAETANO DA SILVA

RAIMUNDA CAETANO DA SILVA

NATURALIDADE FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO 26/09/1949

DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: PARANGABA TERMO: 23834 FOLHA: 347

LIVRO: B-78 FORTALEZA - CE

CPF 682.245.753-49

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

RG: ANT: 1111477 P.: 6

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

THOMAS GRIFF & SONS



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 502302079

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

NOV/2017

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
8715671 DV **7**

VENCIMENTO
01/12/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

Rota 15 01230 40 0359000

Medidor

Poste

Nome LUCIVALDA DA SILVA FERREIRA

2878987

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU BRUMADO 01490 PQ. STA. ROSA FORTALEZA 60763095

RG / CPF / CNPJ 682.245.753-49

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 23774 0 1 29 0 30

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA CONSUMO 30 0,54243 16,27

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 23/11/2017 Prev. Próxima Leitura 22/12/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

508C.E535.44AD.B819.80AB.82E5.B541.3FCF

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 7,80
TRANSMISSÃO 0,78
DISTRIBUIÇÃO 5,29
ENCARGOS SETORIAIS 1,83
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 0,57

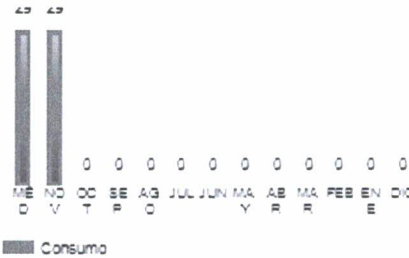
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 0,00
Conjunto

Mês SET/ 2017

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)
0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE
SEU NUMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DIGITO VERIFICADOR."

FATURADO TAXA MINIMA.

Consta desta fatura R\$ 0,57 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:0,64% e COFINS:2,93%
(Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03)

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 8715671-7 N° da Nota Fiscal: 502302079 Total a Pagar (R\$): 0,00
Data de Emissão: 12/12/2017 Referência: NOV/2017 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



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

fls. 22

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1695 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/07/2015 16:22:22**
Data / Hora da Ocorrência : **05/12/2014 09:20:22**
Endereço da Ocorrência: **AV CONEGO DE CASTRO**

PARQUE SANTA ROSA FORTALEZA /CE

Ponto de Referência: **FARMACIA TAYANA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUCIVALDA DA SILVA FERREIRA**
Nascimento : **26/09/1949**
RG: **1111477** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF:**
Filiação: **JOAQUIM CAETANO DA SILVA**
RAIMUNDA CAETANO DA SILVA
Endereço: **R SETEMBRINA 541 CASA 17 H**
PARQUE SANTA ROSA
FORTALEZA CE BRASIL Telefone:

Histórico

A NOTICIANTE, FILHA DA VÍTIMA, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA PARA INFORMAR QUE NA DATA E HORA ACIMA CITADOS, A SRA. LUCIVALDA DA SILVA FERREIRA, AO DESCER DE UM ONIBUS NA AVENIDA CÔNEGO DE CASTRO, NAS PROXIMIDADES DA FARMACIA TAYANA, FOI COLHIDA POR UMA MOTOCICLETA DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE SE EVADIU DO LOCAL. QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O IJF CENTRO. E NADA MAIS DISSE.
FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CP.

Noticiante(s)

Nome : **LUCINEIDE DA SILVA FERREIRA**
Endereço : **R SETEMBRINA 541 CASA 17H**
Bairro : **PARQUE SANTA ROSA**
Município/UF : **FORTALEZA CE BRASIL** Telefone: **86477629**

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FELIPE FERNANDES LIMA - MAT.: 404920-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : **Lucineide da Silva Ferreira**

VISTO DO DELEGADO(A) :

CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

A presente fotocópia é reprodução
fidel do documento original que lhe
dou origem. O referido é verdadeiro e
dou fé. Em: **16/06/16**
Escrivão: **Suzere**
Matr.: **133215**



Pág. 1 de 1

Impresso em: 22/07/2015 04:37

SINISTRO 3180017669 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUCIVALDA DA SILVA FERREIRA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO LUCIVALDA DA SILVA FERREIRA
CPF/CNPJ: 68224575349

Posição em 30-08-2019 11:37:31

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
21/02/2018	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
01/03/2018	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	
16/02/2018	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	
16/02/2018	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	
12/01/2018	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	
11/01/2018	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, e em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei a requerer por escrito, que o SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA prestou atendimento a Sra. Lucivalda da Silva Ferreira, no dia 05/12/2014, às 09hs:30min, na Rua Cônego de Castro, Bairro Parque Santa Rosa. Sendo vítima de acidente de trânsito. Paciente atendido no local e removido para o Instituto Doutor José Frota.

Fortaleza, 23 de Outubro de 2015.

Atenciosamente.



Alexandre Magno Balthazar
Núcleo de Informática SAMU 192 Regional Fortaleza



Márcia Rebouças
Assist. da Gerência SAMU 192 Regional Fortaleza

RUA PADRE GUERRA, 1350 - PARQUELANDIA - CEP: 60455-360
FONE: (085) 3452.9150 - FAX: (085) 3452.9151
FORTALEZA-CE
ouvidoria@samu.fortaleza.ce.gov.br



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5339485

NOME: LUCIVALDA DA SILVA FERREIRA

DATA DE NASCIMENTO: 26/09/1949

DATA DE ATENDIMENTO: 05/12/2014

SAIDA: 20/12/2014

MOTIVO: PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO, SENDO ADMITIDO NO IJF EM 05/12/2014, ÀS 10h49min, COM FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA JOELHO ESQUERDO NO DIA 18/12/2014 PELO DOUTOR TIAGO GOMES, TRAUMATOLOGISTA, SUBMETIDO A TRATAMENTO ANTIBIOTICOTERAPICO, EVOLUINDO SEM INTERCORRENCIAS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 20/12/2014.
"DECLARAÇÃO DIGITADA EM 11/04/2015"

DR. OSMAR AGUIAR
NEUROCIRURGIA - CLÍNICA DE DOR
CRM-CE 5102

**MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/BE**

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL



Prefeitura de
Fortaleza



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr(a) Leila Silva
da Silva Pereira, foi atendido(a)
serviço fisioterapêutico. Do Hospital da Mulher, no dia
05/12/2014 as _____ horas, necessitando de
30 (trinta) dias de repouso por motivo de
doença.

CID: _____

Fortaleza, 20 de 12 de 2014.

Marise Lima

Ortopedia

CRM 04761

médico (assinatura e carimbo)

INSTITUTO DR. JOSE FROTA
RUA BARÃO DO RIO BRANCO, 1816 CENTRO
CEP 60.025-061



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

AMS - Graciliano Murtinho
R 106, nº 345 - Conj. Esperança
3433-4912

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: Fernando
Ferreira de Carvalho
CRM/CRO: 6277 UF: CE
Endereço completo, telefone: Rua 106
Nº 345 conj. Esperança
Cidade: Fortaleza UF: CE

Fernando Ferreira de Carvalho
MÉDICO
Médico Cirurgião

Paciente: Lucivalda da Silva Ferreira
Endereço: R Petróbruma 541, casa 17
Prescrição: ① Amitriptilina 25 mg — 60

Tomar 01 cp ao dia.

Data: 05/01/15

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	
Ident: _____ Org. Emissor: _____	
End: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	
	ASS DO FARMACÊUTICO _____ DATA: ____/____/____



Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

Nome:

RECEITUÁRIO MÉDICO

Prontuário:

Atesto, para os devidos fins, que
a paciente está de alta definitiva
do tratamento amiguo de
fratura do plavulfo filial (E).

Fortaleza, 29 de 12 de 16.

Dr. Rodrigo Linhares
Ortopédia e Traumatologia
CRM: 8690 TEOT: 11925

Assinatura do(a) Médico(a)/CRM

Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann
Av. Lineu Machado, 145 - Jôquei Clube - Cep: 60.520 -101 - Fone: (85) 3233-3954
Fortaleza - Ceará



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS NEUMANN

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: Lucas de Silva Ferraz

Nº PRONTUÁRIO: _____

Lucas

Lesão intra de trauma,
sem fratura do plavito tibial
Lucas foi tratado de marcha
te prescrito de alto em 6 meses
cureto: 18/12/14

CID S82

Dr. Rodrigo Schroll Astolfi
Cirurgião de Trauma
CRM 14440 - TEST 13069

05/02/15

Assinatura do (a) médico (a) / CRM

Respeite os direitos humanos e sexuais das mulheres: saúde sim, violência não.
Av. Linneu Machado, nº 145, Jôquei Clube. CEP: 60.520-100. Fortaleza-CE.

SINISTRO 3180017669 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUCIVALDA DA SILVA FERREIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO LUCIVALDA DA SILVA FERREIRA

CPF/CNPJ: 68224575349

Posição em 21-02-2018 20:38:48

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
21/02/2018	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

Histórico das correspondências enviadas