

DECLARAÇÃO PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Eumerson Lima Simão, brasileiro, solteiro, Autônomo, portador do
Rg: 2004012040677, SSP/CE, CPF: 036.471.383-38,
com domicílio e residência na rua 412, Nº 304, A, bairro Conj.
Coara, cidade de Fortaleza, Estado do Ceará, CEP: 60531-056
Fortaleza/CE.

OUTORGADO: Nomeia e constitui como bastante procurador para defender seus direitos fundamentais e interesses jurídicos, Dr. **FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811 e a Dra. **SARAH BASTOS DE ALENCAR**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE 33.781, ambos com escritório profissional na Avenida Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, na Cidade de Fortaleza, no Estado Ceará, recebendo a comunicação de quaisquer atos processuais neste endereço.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere aos OUTORGADOS plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* e *et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para *receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica*, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Fortaleza, 25 de Novembro de 2019.

Eumerson Lima Simão
OUTORGANTE

Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP: 60.170-002, Fortaleza-CE /
 E-mail: wsdpvat.juridico@gmail.com | (85) 98786-0818 (85) 988882031

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

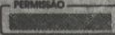
Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 7.115/83, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, 25 de Novembro de 2019.

Querson Lima Simão

Assinatura do declarante

Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP: 60.170-002, Fortaleza-CE /
E-mail: wsdpvat.juridico@gmail.com | (85) 98786-0818 (85) 988882031

 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1494287989	REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTILHA NACIONAL DE HABILITACAO		 CE
	NOME EVERSON LIMA SIMAO		
1494287989 PROIBIDO PLASTIFICAR 1494287989		DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR NF 2004012040677 SSP CE	
		CNP DATA NASCIMENTO 036.471.183-39 05/02/1990	
		FILIAÇÃO VALDECI SIMAO ALVES	
		ELIANE LIMA DE MENDONCA	
		PERMISSAO ACC CALHAIA   	
Nº REGISTRO 05436203867		VALIDADE 08/10/2019	
1ª HABILITAÇÃO 05/03/2012			
OBSERVAÇÕES EAR:			
Assinatura do Portador: <i>Everson Lima Simão</i>			
LOCAL FORTALEZA, CE		DATA EMISSAO 03/08/2017	
Assinatura do Emissor: <i>João Vitor de Souza</i> JOAO VITOR DE SOUZA		41860730706 CE160697352	
CEARA			

consumidor **gratuito**
É seu. É fácil. Participe.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019522641



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2561 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **31/07/2019 15:41:29**
Data / Hora da Ocorrência: **09/04/2019 17:42:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA RAIMUNDO NERI**
Complemento:
Bairro: **SIQUEIRA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EVERSON LIMA SIMAO**
Nascimento: **05/02/1990** CPF: **036.471.183-38**
RG: **2004012040677** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ELIANE LIMA DE MENDONCA**
VALDECI SIMAO ALVES
Endereço: **RUA 412, 104 A**
Bairro: **CONJUNTO CEARA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98613-8770**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMV9332** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC2200JR200282** Renavam: **1149775928** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 FAN** Ano Fabricação: **2018** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA**
Proprietário: **PAULO RODRIGUES DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA AFIM DE REGISTRA, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA DE SEU TRABALHO PARA SUA CASA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PMV-9332 NA RUA RAIMUNDO NERI NA FAIXA DA DIREITA QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS REALIZOU UMA MANOBRA INRREGULA VINDO A AVANÇAR A PREFERENCIAL, QUE UMA MOTO DE PLACAS NÃO ANOTADAS E QUE TRAFEGAVA AO LADO DA VITIMA DESVIU DO CARRO MAS COLIDIU COM A MOTO QUE A VITIMA PILOTAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA POR UM TÉCNICO DE SEGURANÇA DA EMPRESA SIRCTEC SERVIÇOS O SENHOR GLEDYSTONE PARA O HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE. E NADA MAIS DISSE.

////////

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Everson Lima Simão

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Consolidado em: 31/07/2019 15:53:04

Impresso em: 31/07/2019 15:53:04



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019522641



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2561 / 2019

VISTO DO DELEGADO(A) :

[Handwritten signature]

MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

FRANCISCO LIMA SIMÃO

vítima de acidente de trânsito, em 09/04/2019, sofreu:

Fratura da PLATA TRIBIAL DIREITA
CD. S 2.1

e submeteu-se a tratamento(s):

Clamagem
Redução e fixação da fratura
fisioterapia

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

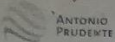
CICOMIL na medida medial
normal do joelho direito
dor e desconforto

Fadiga e cansaço no membro
afetado de trabalho
de permanecer em ortostase
por período. Para guiar a
melhora funcional
do membro afetado

1809 19

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
CRM 4411 - Traumatologia

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.



ANTONIO
PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR
06/05/2019 12:03

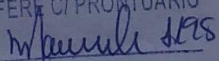
Paciente: EVERSON LIMA SIMAO	Dt. Nasc.: 05/02/1990	Atendimento: 58238331	Prontuário: 6719528
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1	
Profissional(is): CLAUDIO JOSE F. EUFRASIO CRM 4078 [1] PEDRO BARREIRA CABRAL CRM 13798 [2]		Nº: 36691895	09/04/2019 às 23:52

ANAMNESE

Queixa Principal	FX DE PLATO AGUARDO TC PARA DECISAO DE MATERIAL CIRURGICO	[2]
------------------	---	-----

EXAME FISICO

Aspecto Geral	FX DE PLATO AGUARDO TC PARA DECISAO DE MATERIAL CIRURGICO	[1]
---------------	---	-----

CONFERE O PRONTUÁRIO

Assinatura

ANTONIO PRUDENTE		FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO		Atendimento	
DADOS PESSOAIS		58238331		06/05/2019 12:13:33	
ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL					
Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade	
6719528	EVERSON LIMA SIMAO	M	05/02/1990	29	
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil		
2004012040677 SSP CE	3647118338		2-SOLTEIRO		
Endereço					
R 412,104 - CONJ CEARA, FORTALEZA(CE) CEP 60541010					
Telefone Residencial		Telefone Trabalho			
8586138770					
DADOS DO CONVENIO					
Convenio	SINOR ELETRICIDADE LTDA				
22 HAPVIDA MATRIZ	14 NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO			
Carteira	Validade				
03PV2000333000012					
DADOS DO ATENDIMENTO					
Setor					
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG					
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento		
09/04/2019	19:57		2 CONSULTA CLINICA		
Médico Atendente			Clinica		
1888927 ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES			1-MEDICA		
Médico Acompanhante			Peso (Kg)	Temperatura (°C)	
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO					
R4310RA -(1 10) MARLENE ARAUJO FERREIRA					
CONFERE O PRONTUÁRIO <i>mauder</i> 198 Assinatura					

 **ANTONIO PRUDENTE**

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR 06/05/2019 12:11

Paciente:	EVERSON LIMA SIMAO	Dt. Nasc.:	05/02/1990	Atendimento:	58426815	Prontuário:	6719528
Convênio:	HAPVIDA MATRIZ	Posto:	POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito:	133225/2		
Profissional(is):	DEGINALDO HOLANDA CHAVES CRM 13202 [1]	Nº:	37082065	17/04/2019	às	07:20	

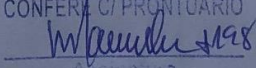
ANAMNESE

Queixa Principal	RETORNO DR THALES FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	[1]
CID10	S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI/PRONTUÁRIO

Assinatura

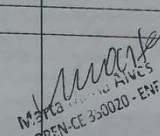
 BOLETIM DE CIRURGIA		Página 1 de 1
HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE		
Paciente: EVERSON LIMA SIMAO	Di. Nasc.: 05/02/1990	Atendimento: 58249929
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133450/1
Profissional(is): FREDERICO THALES DE VASCONCELOS, MÉDICO, CRM: 11332 [1]	Nº: 36721110	10/04/2019 às 13:32
DIAGNÓSTICO		
Diagnóstico Clínico	S821	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S821	[1]
DADOS DA CIRURGIA		
Data Da Cirurgia	10/04/2019	[1]
Hora Da Cirurgia		[1]
Cirurgia	OSTEOSINTESE DE PLANALTO	[1]
Cirurgião	FREDERICO THALES	[1]
1º Auxiliar	RAFAEL BEZERRIL	[1]
Anestesista	ANTONIO	[1]
Descrição Cirúrgica	1-ASSEPSIA E ANTESEPSIA 2-APOSIÇÃO DE CAMPOS 3-INCISÃO MEDIAL AO PLANALTO E ABERTURA POR PLANOS , COM ARTROTOMIA 4-REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA COM PLACA E PARAFUSOS 5-REALINHAMENTO DO APARELHO EXTENSOR 6-RX DE CONTROLE 7-HEMOSTASIA E LAVAGEM COM SORO 8-ENXERTO OSSEO 9-FECHAMENTO POR PLANOS 10-CURATIVO	[1]
Códigos Dos Procedimentos	30727138 30726042 30726239 30732026	[1]

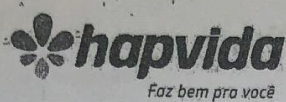
Frederico Thales de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 11332

Paciente: EVERSON LIMA SIMAO		Dt. Nasc.: 05/02/1990	Atendimento: 58249929	Prontuário: 6719528
Convênio: HAPVIDA MATRIZ		Nº Prescrição: 21261818	11/04/2019 às 01:57	
Posto: POSTO 3B		Leito: 3017B/1	Enfermeiro(a):	TAINA MENDES TAMBORIL
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO				
Profissionais:				
1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA				
Relacionado a: TRATAMENTO				
POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE Manhã Tarde Noite				
5 - DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO P/HIGIENE CORPORAL, ORAL, VESTIR-SE				
Relacionado a: MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA				
ORIENTAR HIGIENE CORPORAL/ORAL/INTIMA Mantido:				
8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A				
Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO				
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS 10:00				

Taina Mendes Tamboril
COREN-CE 522.000-ENF

ANTONIO PRUDENTE				DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		Pagina 1 de 1 10/04/2019 14:46	
Paciente: EVERSON LIMA SIMAO		Dt. Nasc.: 05/02/1990		Atendimento: 58249929		Prontuário: 6719528	
Convênio: HAPVIDA MATRIZ		Nº Prescrição: 21253106		10/04/2019 às 14:44			
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR		Leito: 133450/1		Enfermeiro(a): RAFAELE DE SOUSA DAMASCENO			
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO							
Profissionais:							
1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA							
Relacionado a: DOR							
POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE Mantido:							
4 - RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA							
Relacionado a: DISFUNÇÃO NEUROMUSCULAR OU SENSORIAL							
OBSERVAR PRESENÇA DE BEXIGOMA Mantido:							
8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A							
Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS							
10 - RISCO DE SANGRAMENTO							
Relacionado a: EFEITOS COLATERAIS							
EVITAR SANGRAMENTO Mantido:							


 MARIA DO CARMO ALVES
 COREN-CE 330020 - ENF



FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta.

Paciente: _____

Passagem: _____ Leitor: _____

Prontuário: _____

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (hs)	Sólidos	Líquidos	Adulto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
95	180						Desde	23h												

CIRURGIA/ PROCEDIMENTO	DIAGNÓSTICO
Px Tibia D	

AVALIAÇÃO CLÍNICA							
Cardio-circulatório ☒ Negativo ☐ Tolerância ao exercício ☐ Hipertensão ☐ Angina ☐ Coronariopatia ☐ Infarto do miocárdio ☐ Insuf. Cardíaca ☐ Outras	Câncer ☒ Negativo ☐ Quimioterapia ☐ Outras Infeccioso ☒ Negativo ☐ HIV ☐ Outras						
Respiratório ☒ Negativo ☐ Dependência O ₂ ☐ Apnéia do sono ☐ IVAS recente ☐ Expectoração ☐ Outras	Gravidez ☒ Negativo ☐ Idade gestacional _____ semanas Crianças abaixo de 1 ano ☒ Negativo ☐ Condições de Nascimento ☐ Internação ☐ Alta com a mãe						
Gastrointestinal/hepático ☒ Negativo ☐ Ref. Gastro-esofágico ☐ Úlcera péptica ☐ Vômito/ diarreia ☐ Hérnia de hiato ☐ Obsti. Intestinal ☐ Outras	Hábitos Sociais ☒ Negativo ☐ Tabaco ☐ Alcool ☐ Outras Alergias ☒ Negativo <table border="1"> <tr> <th>Tipo/Agente</th> <th>Reação</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Tipo/Agente	Reação				
Tipo/Agente	Reação						
Neurológico ☒ Negativo ☐ Convulsões ☐ Dormência/ fraqueza ☐ Lesão medular ☐ Outras	Exame Físico Cardíaco Resp. Neuro. Regional Outro Laboratório Hb Ht Na Ks Plaquetas Glicose Medicação (Venitranse tomou no dia da cirurgia) Nega uso						
Renal ☒ Negativo ☐ Doença renal crônica ☐ Insuficiência renal ☐ Outras	Via aérea História de via aérea difícil ☐ Sim ☒ Não Mallampati ☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV Distância estarno/mento > 12,5 cm Dentição/Prognatismo OK!						
Hematológico ☒ Negativo ☐ Transfusão prévia ☐ Plaquetopatia ☐ Outras	Cirurgia/anestesia prévia ☒ Negativo <table border="1"> <tr> <th>Cirurgia</th> <th>Anestesia</th> <th>Dados relevantes</th> </tr> <tr> <td>Laparot</td> <td>3/3</td> <td>intepic</td> </tr> </table>	Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes	Laparot	3/3	intepic
Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes					
Laparot	3/3	intepic					
Músculo esquelético ☒ Negativo ☐ Dor lombar ☐ Musculodistrofia ☐ Outras	Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório ☐ Sim ☒ Não Histórico familiar - problemas com anestesia ☐ Sim ☒ Não						
Endócrino ☒ Negativo ☐ Diabetes tipo ☐ Patologia da tireóide ☐ Outras	Outros Hemorragias ☒ Negativo Tipagem solicitada Reserva de _____ U Conc. Glob. Avaliação ASA ☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI Emergências ☐ Sim ☒ Não Planejamento Anestésico Raqui + sed						

Comentários sobre os achados:

DATA: 10/01/19 HORA: 11:10

ASSINATURA:

Anestesiologista: _____ CRM: _____

ANTONIO PRUDENTE		FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO		Página 1 de 2
HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE		Dt. Nasc.: 05/02/1990	Atendimento: 58238331	Prontuário: 6719528
Paciente: EVERSON LIMA SIMAO		Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI		
Convênio: HAPVIDA MATRIZ		Leito: 133227/1		
Profissional(is): RAIMUNDO PESSOA DE ARAUJO ENFERMEIRO(A) COREN 427217 (1)		Nº: 36692668	10/04/2019 às 00:23	
PACIENTE				
Data De Admissão	10/04/2019	[1]		
PRÉ-OPERATÓRIO				
Tipo De Cirurgia	Emergência.	[1]		
Data Da Cirurgia	10/04/2019	[1]		
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DO JOELHO D.	[1]		
Pulseira De Identificação	MSD.	[1]		
Comorbidades	NEGA	[1]		
Nome, dosagem, frequência	NEGA	[1]		
Alergia- Descrição	NEGA	[1]		
Tabagista	Não.	[1]		
Etilista	Não.	[1]		
Internações Anteriores	NEGA	[1]		
Motivo das Internações	NEGA	[1]		
Cirurgias Anteriores	Sim. LAPAROTOMIA	[1]		
Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa.	[1]		
Orientações Ao Paciente	Cirurgia.	[1]		
Reserva de Hemoderivados	Não.	[1]		
Reserva de Hemoderivados				
Higienização	Sim	[1]		
Exames E Procedimentos	Sangue.	[1]		
NUTRICIONAL / METABÓLICO				
Intolerância Alimentar	Não.	[1]		
Conservado	Sim	[1]		
Dentição	Preservada.	[1]		
TÓRAX				
Inspeção	SIMETRICO	[1]		
ABDOMEN				
Exame Abdominal	Flácido.	[1]		
Ruídos Hidroaéreos (RHA)	Presentes.	[1]		
ELIMINAÇÕES				
Intestinais	Presente.	[1]		
SONO / REPOUSO				
Concilia Sono e Repouso	Sim.	[1]		
COGNITIVO / PERCEPTIVO				
Em Ouvir	Não.	[1]		



ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

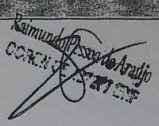
10/04/2019 00:31

Paciente: EVERSON LIMA SIMAO	Dt. Nasc.: 05/02/1990	Atendimento: 58238331	Prontuário: 6719528
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1	

Compreender	Não.	[1]
Memorizar	Não.	[1]
Falar	Não.	[1]

CONFORTO		
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	10/04/2019	[1]

INTRA-OPERATÓRIO	
PÓS-OPERATÓRIO	



Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190489631 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EVERSON LIMA SIMAO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO EVERSON LIMA SIMAO

CPF/CNPJ: 03647118338

Posição em 13-09-2019 13:18:05

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

12

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
16/09/2019	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75