



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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	Ismail Carneiro da Silva		
NACIONALIDADE	Brasileira	NATURAL	
RG	9693575 MT-CE	ESTADO CIVIL	Solteiro
CPF	029.266.043-00	PROFISSÃO	Colaborador
ENDEREÇO	Rua Emília Gonçalves, 266		
BAIRRO	Quintinho Cunha	CEP	60351-532
MUNICÍPIO / UF	Fortaleza - Ce		
FONES	85 988403434		
E-MAIL	10527310@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 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, 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), 28 de Janeiro de 2019.

Ismail Carneiro da Silva
outorgante



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, Ismael Carneiro da Silva, Brasileiro(a),
Solteiro, Colaborador, portador da Carteira de
 Identidade/RG nº 9693575 MT-Ce -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o
 nº 029.266.043-00, residente e domiciliado na cidade de
Fortaleza, estado Ceará, na Rua
Emilia Goncalves, Nº 266, Quintino Cunha,
 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), 28 de Janeiro de 20 19.

Ismael Carneiro da Silva

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 RESPONSABILIDADE

Eu, Ismail Carneiro da Silva, brasileiro(a),
solteiro, coautor, portador(a) do RG nº
9693575 MT-CE, inscrito no CPF sob nº
029.266.043 - 00, residente e domiciliado no endereço
Rua Emilia Gonzalves, 266 - Quintino Cunha,

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), 28 de Janeiro de 2019.

Ismail Carneiro da Silva

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, Ismail Corneiro da Silva,
Brasileiro(a), Solteiro, Colnador, portador da cédula de Identidade N°
9693575 MT-Ce E CPF N° 029.266.043-00, capaz,
nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:

Rua Emilia Goncalves, 266 - Quintino Cunha

na Cidade de Fortaleza, Estado Ceará, CEP
60351-532, 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, 28, de Janeiro, de 2019.

Ismail Corneiro da Silva

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 ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>Ismail Carneiro da Silva</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>Rua Emilia Gonalves, 266</u>		Profissão: <u>Colaborador</u>
CPF nº: <u>029.266.043-00</u>	RG n: <u>9693575</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Quintino Cunha</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>60351-532</u>	Telefone: <u>859 88403434</u>	

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTOS, 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, 28 de Janeiro de 2019

Ismail Carneiro da Silva

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.

Parágrafo 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 Figuciredo / Ibrahim Arbi-Ackel / Hélio Beltrão

1PA
e
DAM

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

NOME
ISMAEL CARNEIRO DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
9693575 MT CE

CPF DATA NASCIMENTO
029.266.043-00 09/01/1985

FILIAÇÃO

ELENICE CARNEIRO DA SILVA

PERMISSÃO ACC CATHAB
AB

Nº REGISTRO
05227144044

VALIDADE
05/12/2021

1ª HABILITAÇÃO
13/06/2011

OBSERVAÇÕES

EXERCE ATIV REMUNERADA;

Ismael Carneiro da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
19/12/2016

Igor Vasconcelos Ponte

00478481085
CE156883341

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1407079228

PROIBIDO PLASTIFICAR
1407079228

Scanned by CamScanner

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 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 15/03/2019 às 11:10, sob o número 01173778320198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0117377-83.2019.8.06.0001 e código 45694FO.

Nº DO CLIENTE

7874797

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tama Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 80135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

enel

fls. 24

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 539423061

Rota 20 01150 59 059000 - 4 Data de Emissão 29/08/2018

Nome CLIENTE PROCURE A ENEL

End. Postal RU EMILIA GONCALVES 00226 FD
QUINTINO CUNHA - FORTALEZA - 60351532

Medidor 3254556 Poste 0212 0000

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 000000000000048 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Ago/2018	29/08/2018	28/09/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto

Mês

Jun/2018

DICRI = 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
69,55	27,00%	18,77

Padrão Individual

Apuração Individual

	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC	0,00			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTÁVEL FISCAL

EB55.98F9.482D.D40F.1692.768D.1642.634B

INFORMAÇÕES SOBRE A NATUREZA DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 14303	14293	1,00	90	0,00	90	0,77283	69,55
29/08/18	28/07/18		32 DIAS		90		69,55

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 6,40)

VALOR (R\$)

69,55

4,96

VENCIMENTO

05/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

74,51

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	26,70
Transmissão	2,85
Distribuição	15,21
Encargos Setoriais	4,08
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	20,71
TOTAL	69,55

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MED	Ago	Jul	Jun	Mai	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO (R\$ 0,00)



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2511 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/06/2018 08:21:56**
Data / Hora da Ocorrência: **21/03/2018 00:20:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA DEMETRIO MENEZES**
Complemento:
Bairro: **ANTONIO BEZERRA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX AO TERMINAL DO ANTO BEZERRA**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ISMAEL CARNEIRO DA SILVA**
Nascimento: **09/01/1985** CPF: **029.266.043-00**
CNH: **05227144044** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **ELENICE CARNEIRO DA SILVA**
NC
Endereço: **RUA EMILIA GONÇALVES, 226 FONE: 85 987894849**
Bairro: **QUINTINO CUNHA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.351-532**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98840-3434**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **OCI3562** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0560BR101981** Renavam: **328303852** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS KS** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **ISMAEL CARNEIRO DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **OSU0997** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi: **9BD197132E3141865** Renavam: **627632319** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **FIAT/SIENA ATTRAC** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL/GAS NATURAL** Cor: **CINZA** Proprietário: **WALZENIR SALES SANTANA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA OCI-3562-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA DEMÉTRIO MENEZES; QUE UM OUTRO VEICULO DE PLACAS OSU-0997, QUE AO TENTAR EFETUAR UM RETORNO NA VIA E SEM OBSERVAR O FLUXO DA VIA, OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO DA VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL E LOGO DEPOIS LEVOU A VITIMA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE. E NADA MAIS DISSE.//
OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 10. DISTRITO POLICIAL

**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 - 2511 / 2018****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Ismael Carneiro da Silva***VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018

Ass:

21/03/2018 01:51

Paciente: ISMAEL CARNEIRO DA SILVA	Dt. Nasc.: 09/01/1985	
Atendimento: 49468991	Prontuário: 13116184	
Profissional: CLAUDIO JOSE F. EUFRASIO CRM 4078	Nº: 20701912	21/03/2018 às 01:01
leito:		

ANAMNESE	
Queixa Principal	AC DE MOTO
CID10	M542 CERVICALGIA
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO	
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Urgência	Sim
EXAMES/PROCEDIMENTOS SOLICITADOS	
52230015- Calha Ou Tala Membro Super	CRM-4078

PRESCRIÇÃO MÉDICA Nº 16347085		Peso Registrado: Kg	
1- CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR	1	1 Vez	CRM-4078

TAM AXILAR

DR. CLAUDIO JOSE F. EUFRASIO
CRM-4078

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO AZUL

ATO

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018

CONFERE O PRONTUÁRIO
LEANDRO Y31
Assinatura

R3001_MED

Paciente: ISMAEL CARNEIRO DA SILVA	Dt. Nasc.: 09/01/1985	
Atendimento: 49458091 Prontuário: 13116184	Convênio: HAPVIDA MATRIZ	
Profissional: CLAUDIO JOSE F. EUFRASIO CRM 4078	Nº: 20701912 21/03/2018	As 01:01 leito:

ANAMNESE	
Queixa Principal	AC DE MOTO
CID10	M542 CERVICALGIA
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO	
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Urgência	Sim
EXAMES/PROCEDIMENTOS SOLICITADOS	
52230015- Calha Ou Tala Membro Super	CRM-4078
PRESCRIÇÃO MÉDICA Nº 16347085	
1- CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR	1 1 Vez CRM-4078

TAL AXILAR

DR CLAUDIO JOSE F. EUFRASIO
CRM-CE-4078

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT, 2018

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO AZUL

CONFERE O PRONTUÁRIO

LEANDRO 431

Assinatura



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX REC TRAUMA - HAP FORTALEZA
NºPedido: 24718079

Data 19/04/2018
Pag 1 de 1

Paciente...: 13116184 ISMAEL CARNEIRO DA SILVA

Nascimento...: 09/01/1985 Sexo: M

CPF.: 02926604300

Endereco...: FORTALEZA CE 61000000

Tel.: 8588403434

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 57706000410006013

Solicitante: Dr(a) EDILMAR FERREIRA LE

Queixa Principal:

Exame:

RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS - ESQUERDO

!U5.y8

5018118621

RELATÓRIO:

Presença de fratura em rádio distal com envolvimento de superfície articular radiocárpica.

Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

Cosmo

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
49762960

! 1 0 @

fls. 30

ESTE PRONTUÁRIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

10/04/2018 17:02:48

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13116184	ISMAEL CARNEIRO DA SILVA	M	09/01/1985	33
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	2926604300		2-SOLTEIRO	
Endereço				
, - , FORTALEZA(CE) CEP 61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
8588403434				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
57706000410006013			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
03/04/2018	18:59		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
1888927 ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.

09 OUT. 2018

Ass:



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
49458091

!TPs~"

fls. 31

10/04/2018 17:01:17

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13116184	ISMAEL CARNEIRO DA SILVA	M	09/01/1985	33
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	2926804300		2-SOLTEIRO	
Endereço				
, - , FORTALEZA(CE) CEP 61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
8588403434				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
57706000410006013			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
21/03/2018	01:00		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
29246 CLAUDIO JOSE F. EUFRASIO			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

Dente inferior, dec 10k

gumada Fratura e Curva e
+ anel de

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

Fratura Curva e Curva e

LEANDRO GOMES FORTE 434

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

CARIMBO DE PRONTUÁRIO
Assinatura

ANTONIO
PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

10/04/2018 16:51

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente:	Dt. Nasc.: 09/01/1985	Atendimento: 49458091	Prontuário:
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is):	Nº: 20701912 21/03/2018 às 01:01		
ANAMNESE			
Queixa Principal	AC DE MOTO		
Queixa Principal			
CID10	M542 CERVICALGIA		
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação		

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018CONF. CI PRONTUÁRIO
LEANDRO 431
assinatura



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
49762960

!To@_

fls. 33

10/04/2018 17:02:48

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13116184	ISMAEL CARNEIRO DA SILVA	M	09/01/1985	33
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
	2926604300			2-SOLTEIRO
Endereço				
, - , FORTALEZA(CE) CEP 61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
8588403434				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
57706000410006013			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
03/04/2018	18:59		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
1888927 ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

10/04/2018 16:54

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente:	DL Nasc.: 00/01/1985	Atendimento: 40762960	Prontuário:
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133224/3	
Profissional(is):	Nº: 21238817	03/04/2018	às 19:02
ANAMNESE			
Queixa Principal	DOR PUNHO		
Queixa Principal			
CID10	S002 CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO		
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação		

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018
Ass:

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICAfls. 35
Página 1 de 1

10/04/2018 16:54

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente:	Dt. Nasc.: 09/01/1985	Atendimento: 49762960	Prontuário:
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133224/3	
Profissional(is):	Nº: 21240541	03/04/2018	às 19:50
ANAMNESE			
Queixa Principal	DOR PUNHO		
Queixa Principal			
CID10	S52 FRAT DO ANTEBRACO		

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018
Ass:



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **ISMAEL CARNEIRO DA SILVA** às 01:31 hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por **15 (QUINZE)** dias,
a partir de **21/03/2018**, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

M542

Código da Doença

+ 5521 (de net)
21-03-18

Local e Data

Assinatura do Médico

CLAUDIO JOSE F. EUFRASIO

Aceito a Colocação do CID. Assinado us

Código de Autenticação : BJFBV38E2K0K0
Solicitacao da Senha : 21/03/2018 01:00:05

Ismael Carneiro da Silva

22/3/18
23
Número Meio Atendimento
Médico do Trabalho
CRM 3497
OK 13690
[Signature]

31

OK
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018
Ass:



**ANTONIO
PRUDENTE**

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **ISMAEL GOMES DA SILVA** às **19:51** hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho/escola por **30 (TRINTA)** dias,
a partir de **05/04/2018**, tendo como causa do afastamento o código abaixo:

S52

Código da Doença

Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves
Ortopedia - Traumatologia Local e Data
Cirurgia do Quadril
CRM 12444 TEOT 14047

Assinatura do Médico
ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES

CRM 12444

Dr. Humberto Melo Mendonça
Médico do Trabalho
CRM 3407

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BQZTD48E2A0K0
Solicitacao da Senha : 03/04/2018 18:59:30

R3002

ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES

03.04/2018 19:51

192.85.4.101

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018

Ass:

SINISTRO 3180475396 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ISMAEL CARNEIRO DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO ISMAEL CARNEIRO DA SILVA
CPF/CNPJ: 02926604300

Posição em 26-01-2019 15:05:55

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
07/12/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75