

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 15

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	Maria de Fátima Ripardo Laureano		
Nacionalidade	brasileira	Natural	Fortaleza
Estado Civil	solteira	RG nº	2017010389-4
Profissão	autônoma	CPF nº	415.654.603-91
Endereço	Rua Cel. Fabriciano, 2348		
Bairro	Granga Portugal	CEP	
Município/UF	Fortaleza / CE		
Telefone	(85) 98642-1041 / 98620-9582		

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, casado, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua Carlos Ribeiro Pamplona – nº 100 – 1º Andar – Sala 101 – Bairro Edson Queiroz – CEP: 60.811-695 – Fortaleza/CE, Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030 / (85) 98853-0069. E-mails: saboyaebrandao@hotmail.com / brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao_@hotmail.com

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como realizar endosso em cheque nominal emitido em nome do outorgante, destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 16 de Junho de 2019.

Maria de Fátima Ripardo Laureano
OUTORGANTE

➤ RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE

➤ RUA LARGO MAJOR JOÃO RIBEIRO - Nº 35 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.811-695 - ITAPAJÉ/CE

Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: saboyaebrandao@hotmail.com brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao_@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 16

DECLARAÇÃO

OUTORGANTE	MARIA DE FATIMA RIPARDO LAUREANO		
Nacionalidade	BRASILEIRA	Natural	
Estado Civil	SOLTEIRA	RG nº	2017010389-1
Profissão	AUTONOMA	CPF nº	415654603-9
Endereço	RUA CEL. FABRICIANO		
Bairro	GRANJA PORTUGAL	CEP	
Município/UF	FORTALEZA/CE		
Telefone			

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com às custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, CF/88, Art. 98 e ss. do CPC, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, 16 de JUNHO de 2019

Maria de Fátima Ripardo Laureano

DECLARANTE

➤ RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE

➤ RUA LARGO MAJOR JOÃO RIBEIRO - Nº 35 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.811-695 - ITAPAJÉ/CE

Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: saboyabrandao@hotmail.com brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, MARIA DE FATIMA RIPARDO LOUREANO,
BRASILEIRO(A), _____ (ESTADO CIVIL), _____ (PROFISSÃO),
PORTADOR DO RG Nº _____ INSCRITO NO CPF SOB O
Nº _____ RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NO ENDEREÇO

DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELOS DRS. **BRUNO PEREIRA BRANDÃO, BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO, BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO, BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS, ATUALMENTE, COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO JUDICIAL, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, ISENTO O ESCRITÓRIO SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS, REPRESENTADO ATRAVÉS DOS ADVOGADOS **BRUNO PEREIRA BRANDÃO, BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO, BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO, BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE, TEL.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030 / (85) 98853-0069, 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 _____, DE _____ DE _____.

Maria de Fatima Ripardo Loureano
DECLARANTE

TESTEMUNHA
CPF:

TESTEMUNHA
CPF:

➤ RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE

➤ RUA LARGO MAJOR JOÃO RIBEIRO - Nº 35 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.811-695 - ITAPAJÉ/CE

Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: saboyaebrendao@hotmail.com brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrendao@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

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

PROIBIDO PLASTIFICAR

Polegar Direito




Maria de Fátima Ripardo Laureano

REGISTRO ALCO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

2017010389 - 1

DATA DE EXPEDIÇÃO

18/01/2017

NOME

MARIA DE FÁTIMA RIPARDO LAUREANO

FILIAÇÃO

RAIMUNDO DUARTE RIPARDO

MARIA ARAÚJO SOUSA

NATURALIDADE

SOBRAL - CE

DOC. ORDEM

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 2 OFÍCIO TERMO: 10512 FOLHA: 1

LIVRO: 8-54 SOBRAL - CE

CPF 415.654.403-91

DATA DE NASCIMENTO

22/02/1952

RG: ANT: 43288482

P: 4

LEI Nº 7.118 DE 20/06/03



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 539010679

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza-CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica
forçada pela Lei nº 10.428 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

AGO/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE	DV
563857	7

VENCIMENTO
01/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
109,72

DADOS DO CLIENTE

Rota 17 01250 15 0429800 Medidor Poste
Nome MARIA DE FATIMA PIPARDO LAUREANO 1845435 0000 N93W
Endereço Postal

End. da Unidade RU CEL FABRICIANO 02348 GRANJA PORTUGAL FORTALEZA
Consumidora 60000000

RG / CPF / CNPJ 415.654.603-91 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
5523	5360	1	162	0	162

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA			
Consumo faixa 0-30 Kwh	30	0,26097	7,82
Consumo faixa 31-100 Kwh	70	0,44739	31,31
Consumo faixa 101-220 Kwh	62	0,67110	30,81

OUTROS PAGAMENTOS

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	1,12
SEGURO FAMILIA RES. SUPER 3 + 1 PLANO1	4,60
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	10,61
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP	12,44
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R \$ 7,70)	

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
31/08/2018	25/09/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

2409.9142.C490.8E95.6496.6B90.58BD.E635

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
80,75	27%	32,61

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	30,99
TRANSMISSÃO	3,31
DISTRIBUIÇÃO	17,66
ENCARGOS SETORIAIS	4,73
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	35,99

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 25,84

Conjunto BONSUCESSO

Mes JUN/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,07	10,15	20,30	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,17	6,35	12,70	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,86			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



BARR Consumo

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
0	0	100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

A ENEL AGRADECE E PARABORIZA PELA POSICIONAR-SE NOS SEUS PAGAMENTOS.

*PARA CANCELAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE

SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.*

Chame ou visite-nos e clique e entre no sistema na pesquisa transmissões

Conta desta Tarifa no 2,26 referente a PIS e COFINS. Alíquota: PIS: 0,65% e COFINS: 3,00%
(Art. 9º Lei. 100/2000 - ANEXO à Lei nº 10.637/03 e 10.632/03)

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 563857-7 Nº da Nota Fiscal: 539010679 Total a Pagar (R\$): 109,72
Data de Emissão: 29/08/2018 Referência: AGO/2018 Nº de Controle: 0000563857 00528 4363 2 01

83830000001-2 09720031000-6 00005638570-6 05284363228-6





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 - 3243 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/07/2018 11:38:25**
Data / Hora da Ocorrência: **26/02/2018 09:40:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA H**
Complemento:
Bairro: **CONJUNTO CEARA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **AO LADO DA CEF**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA DE FATIMA RIPARDO LAUREANO**
Nascimento: **22/02/1952** CPF: **415.654.603-91**
RG: **2017010389-1** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA ARAUJO SOUSA**
RAIMUNDO DUARTE RIPARDO
Endereço: **RUA CORONEL FABRICIANO , 2348**
Bairro: **GRANJA PORTUGAL**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.540-835**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98642-1041**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMB7850** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9BM384067EB950132 Renavam: **1017015110** Tipo do Veículo:
ONIBUS Marca / Modelo: **M.BENZ/NEOBUS MEGA U** Ano Fabricação:
2014 Ano Modelo: **2014** Combustível: **DIESEL** Cor: **BRANCA**
Proprietário: **AUTO VIACAO SAO JOSE LTDA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

AFIRMA A DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, ENCONTRAVA-SE DENTRO DE UM ÔNIBUS DE PLACAS PMB-7850, DE PREFIXO Nº12432, QUE TRANSITAVA PELA AV. H E A VITIMA AO TENTAR DESCER DO VEICULO CITADO, FOI QUANDO O MOTORISTA COLOCOU O ÔNIBUS CITADO EM MOVIMENTO E DERRUBOU A VITIMA FORA DO ÔNIBUS NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECER NO LOCAL E LEVOU A VITIMA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DE PARANGABA. 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 12. DISTRITO POLICIAL

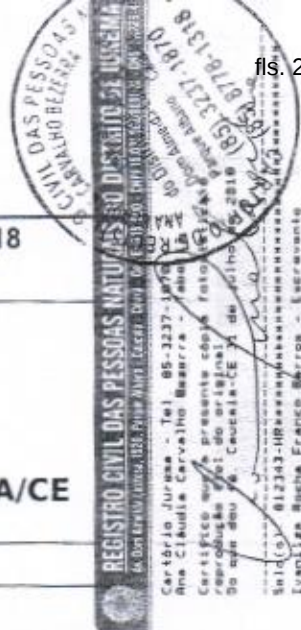
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Maria de Fatima Ripardo Laureano

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9





**Prefeitura de
Fortaleza**

HOSPITAL DIST

REFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
TAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE MARIA DE FATIMA RIPARDO LAUREANO		Nº DO PRONTUÁRIO 297257		Nº DO OE 200547	
CADUS		NASCIMENTO 22/02/1952(66 ANOS)		SEXO F	
NOME LÍNEA MARIA ARAUJO SOUSA		NOME RESPONSÁVEL NI		RACIA COR PARDO	
ENDEREÇO RUA CORONEL FABRICIANO 2348 GRANJA PORTUGAL		MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE	
CONTATO		CEP NI			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/LOGS DO INCIDENTE		OCORRÊNCIA			
QUEIXA RELATA TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO, DEFORMIDADE E DO EM CABEÇA		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO LOCAL, TRAUMA			
SINTOMAS NI		MOTIVO AValiação TRAUMATOLÓGICA			
PESO NI KG		SINAIS VITAIS		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
TEMPERATURA NI °C		SÍMPTOMAS NI		PULSO NI	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO		R. FONTE DA CLASSIFICAÇÃO ALYA LIANDE CAVALCANTE DE DEUS		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 26/02/2018 10:14:58	
ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		REA ATENDIMENTO			
ANAMNESE		INDICAMENTO MÉDICO			
<i>Fratura do punho E</i> <i>Dr. Antonio Luiz V. Gonçalves</i> Ortopedia - Traumatologia CRM 12444-CE <i>203080224</i>					
DIAGNÓSTICO <i>Fratura</i>		DOC. PROCEDIMENTO			
SAO SOLICITADO () HC () SU () US		OUTROS			
MÉDICAMENTO		ESCRITAÇÃO MÉDICA			
APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES			
<i>Re do punho e do pulso</i> <i>Prof. Dr. Antonio Luiz V. Gonçalves</i> Ortopedia - Traumatologia CRM 12444-CE <i>11/15</i>					
() DECISÃO MÉDICA () A VEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: () FAMILIA () IML () ANAT. PATOL					
IMPRESSO POR ZALYA LIANDE CAVALCANTE DE DEUS em 26/02/2018 às 10:15 DECLARO serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal					

MARIA DE FATIMA RIPARDO LAUREANO
HOSPITAL DISTRITAL M. JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro
Mat. 763



Prefeitura de
Fortaleza

REFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRI TAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS
fls. 22

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO ACIDENTE
MARIA DE FATIMA RIPARDO LAUREANO

Nº DO IDENTIFICADOR
297257

Nº DO BB
200762

NASCIMENTO
22/02/1952(66 ANOS)

SEXO
F

RACIA COR
PARDO

NOME RESPONSÁVEL
NI

MUNICÍPIO
FORTALEZA

UF
CE

CEP
NI

OCCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO
AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA

ESCALA DE RISCO
99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

SAT O2
NI%

PULSO
NI

GLUCOSE
NI

RESPONSÁVEL PEL ATENDIMENTO
DANIELA DE SOUZA FEITOZA

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
27/02/2018 07:39:45

DIAGNÓSTICO MÉDICO

fx de nervo do p. 2

No. 22 p. 2

07/03/2018

COD. PROCEDIMENTO

CD

() HC () SU () US () DOMINIAL () TC CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS

ESCRITAÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

Paulo Elivel Frota Ponte
Ortopedista Traumatologista
CREMEC: 9314-6807: 11263

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ENCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por DANIELA DE SOUZA FEITOZA em 27/02/2018 às 07:39:45

Declaram ser verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

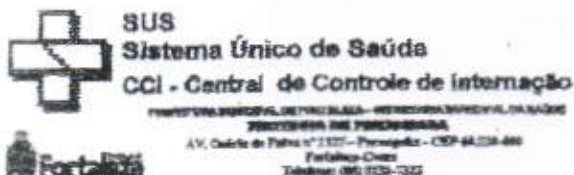
MARIA DE FATIMA RIPARDO LAUREANO

HOSPITAL DISTRITAL R. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

Mat. 763

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, liberado nos autos em 28/08/2019 às 10:31. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0167139-68.2019.8.06.0001 e código 4FF548E.



CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CERR - RUA - PMF
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º de AIH:

2318101716733

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Maria Fatima Riquardo Lourenço

ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA: CORONEL FABRIANO Nº 2348

Bairro

GRANJA PORTUGAL

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF

CE

CEP

DATA DO NASCIMENTO

22/02/1952

SEXO

1. ☐ MASC

3. ☒ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURADO

4. ☐ CONJUGE

6. ☐ FILHO

8. ☐ OUTRO DEP.

NOME DA MÃE

MARIA ARAUJO SOUSA

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

77939066225

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

1515

DATA DA EMISSÃO

27/02/18

Paulo Elvécio Ponte
Ortopedia e Traumatologia
CRM-EC: 9314-SSOT: 11263

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fratura de antebraço

em

R. fratura de antebraço

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ESTE É UM CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

MAR 2018

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fratura de antebraço

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Rt + radiografia

DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura de antebraço

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA

3. ☐ CLÍNICA MÉDICA

5. ☐ PSIQUIÁTRICA

9. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA

4. ☐ TISIOPEUMOL

6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Redução e imobilização

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA



DECLARAÇÃO

A **AUTO VIAÇÃO SÃO JOSÉ LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 41.329.129/0001-25, com sede e foro jurídico nesta capital, na Rua Cônego de Castro, nº 956, Parangaba, CEP: 60720-096, neste ato representada pelo seu administrador, **PAULO RODRIGUES MAGALHÃES**, brasileiro, casado, empresário CPF nº 000.881.737-55, identidade nº 105848790 SSP-RJ, com endereço profissional supracitado, **DECLARO** para fins de DPVAT que no dia 26 de fevereiro de 2018, a Sra. **Maria de Fátima Ripardo Laureano** sofreu um acidente dentro de um ônibus pertencente a esta empresa, prefixo nº 12432, de placas PMB7850.

DECLARO ainda que no dia 05 de julho de 2018, houve audiência judicial do processo nº 3000882-09 2018.8.06.0010 na 17ª Unidade dos Juizados Cíveis e Criminais de Fortaleza/CE, Av. Gen. Osório de Paiva, 1220 - Parangaba, Fortaleza - CE, 60720-000, tendo ficado acordado o pagamento do valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais) através de depósito bancário procedendo à plena e total quitação do referido processo que versava sobre o sinistro ocorrido no dia supracitado, conforme narrado acima.


PAULO RODRIGUES MAGALHÃES
ADMINISTRADOR

Nome: **MARIA DE FÁTIMA RIPARDO LAUREANO**

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			22/02/2018	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
27/02/18	fechando ant. @ A ee mangas Paciente submetida a redução incruenta seguida de imo- bilização com gesso fixador CD. Solicita RX controle nos membros Paulo Elzel Frota Ponte Ortopedia e Traumatologia CREMEC: 9314 SBOT: 11263 Paulo Elzel Frota Ponte Ortopedia e Traumatologia CREMEC: 9314 SBOT: 11263 Manoela Montenegro Mat. 763

:- Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

CAO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

	Glennias	Insulinas	Rubrica
11:			
10:			
20:			
06:			

SINAIS VITAIS			
HORARIO:	08:30	09:00	
P.A.:	140/90	145x92	
TEMP.°:			
P./MIN.:	93	90	
M.V./MIN.:	99	91	

LEITO:	ENF.:	IDADE:	LE:
Nº. PRONTUARIO:			

Maria da Glória Ricardo

IDADE:

ENF:

LEITO:

Nº. PRONTUARIO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA

**HORARIO DE APLICACAO
DOS MEDICAMENTOS**

OBSERVAÇÃO

RUBRICA
(Enf / Dieta)

① hot and heavy

② 195x 1000 6441

③ Major 1 ~~for~~ civil service

Dee

[Signature]

TESTO QUE COMEÇAR COM O

Emmeline

1000-7500

Paulo Elvira Rota Ponte
Unidade de Traumatologia
CRM: 3014 SGT - 11263

Paciente consciente
orientado, desamparado,
verbaliza a história da
eliminação urinária
presente e de outros
ADs evidentes de infecção -
09:00 - Jure.
09:00 gelug. Abc - cc
~~Paciente verbaliza~~
Jure - Jure
Lia E. Jure Jure Jure -
Jure Jure Jure Jure - Jure

Observações:	
	Perda Sanguinea:

Paciente: MARIA DE FÁTIMA RIBEIRO CAVALCANTEData da Operação: 27/01/18 Enfermaria: _____ Leito: _____

Operador: <u>Dr. VALLIN</u>	1º Auxiliar: _____
2º Auxiliar: _____	3º Auxiliar: _____
Instrumentador: _____	Anestesista: <u>Dr. MARCELO FOLTE</u>

Tipo de Anestesia: GENL ENDOLENTIADiagnóstico Pré-operatório: FISTULA NA COSTA VÍDEA ESQ.Tipo de Operação: RENUC INCUENTA + IMOBILIZAÇÃODiagnóstico Pós-operatório: OKRelatório Imediato Patologista: Dr. JOSÉ BARROSO DE FORTALEZAExame Radiológico no ato: ✓Acidente durante a operação: ✓Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

Emanuella Monteiro

Mat. 753

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras

- 1) PACIENTE EM DECUBITO LATERAL JOGO ANESTESIA GENL ENDOLENTIA
- 2) RENUC INCUENTA POR MANIPULAÇÃO SEGUNDA DE IMOBILIZAÇÃO COM CESSA A.C. - RALMA
- 3) RX CONTROLE POST RENUC
- 4) ORIENTAÇÃO + CONSULTA DE RETORNO

De: _____
Assinatura: _____
Cargo: _____
Data: _____
Assinatura: _____
Cargo: _____
Data: _____



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

fls. 29
SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MARIA DE FATIMA RIPARDO LAUREANO		PROFISSIONAL 297257	Nº DO EMP 27251
CADUS 704509385054719	NASCIMENTO 22/02/1952(66 ANOS)	SEXO F	RACAO PARD0
NOME MAE MARIA ARAUJO SOUSA		NOME RESPONSÁVEL	
ENDEREÇO RUA CORONEL FABRICIANO 2348, GRANJA PORTUGAL		MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
CONTATO 984-04-73-44. Josilene		CPF 60.540-835	

SEDO	PRESSÃO ARTERIAL	SINAIS VITAIS	TEMPERATURA	GLUCEMIA
------	------------------	---------------	-------------	----------

EXATIDÃO, PULSAÇÃO, FREQUÊNCIA	DATA E HORA DO ACDUENTE 13/03/2018 07:27
--------------------------------	--

ÁREA ATENDIMENTO	NOME DO MÉDICO PAULO ELYEL FROTA PONTE (CRM: 9314)
------------------	--

MEDICINA ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	ATENDIMENTO MÉDICO
--	--------------------

VALORES

fu para inf D de 15d

15 dias de repouso

DIAGNÓSTICO	COD. PROCEDIMENTO	CID
-------------	-------------------	-----

fratura

BAST. SOLICITADO	() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS
------------------	--

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
		<i>03073900.92</i>

*Paulo Elyel Frota Ponte
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 9314 SSO: 11283*

TIPO DE ALTA/SAÍDA

DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
() FIM DO CORPO: () FAMILIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ACDUENTE	CARTEIRO E IDENTIFICADOR MÉDICO ESPECIALISTA
-------------------------	--

REGISTRO

Impresso por MARIA EDVANEY DE OLIVEIRA MARIANO em 13/03/2018 às 07:27:02

Cadastrado por CLAUDIA MARIA PEREIRA ROCHA em 23/06/2017 23:47:34

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

MARIA DE FATIMA RIPARDO LAUREANO
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro
Mat. 763



U084

Nome: M^{te} de Fatima Ripardo

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			13/03/18	Fract Radio Distal

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
13/03/18	Fract Radio Distal @ Admissão a 1h da lesão
13/03/18	# Infecção # M. F. R. 12, 66a; Sexo feminino; admitida na unidade p/ TRO Traumatologia em HD. Fratura radio distal, deslocando, mióia DM e ulna mediana, hipotermia, febre, uso de oxiteno e HCTZ; exequ, aus cicatrizes de infecção
14/03/18	Fract de punho
15/03	+ Fractura Punho
16/3	Lesão punho

Paulo Ezequiel Frola Ponte
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 5857-1/2018

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 12444-1/2018

HOSPITAL DISTITAL N^o JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
 Dr. Roberto Mendes Rodrigues
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 12444-1/2018

Emanuelle Monteiro
 Mat. 763

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 12444-1/2018

Nome:

MARIA DE FATIMA RIPARDO LAUREANO

Prontuário

Enferm. ,

Leito

Data Internação

Diagnóstico

13/03/2018

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA

EVOLUÇÃO

18/03/18 M.F.R. 66a, HD: fratura rádio distal E. Consciente, orientada, verbalizando. As curvas de equipe de enfermagem

Clemilda Monteiro de Sa
Enfermeira
COREN: 476.842

19/03/18 Dent. utm

HOSPITAL DISTRITAL M^{te} JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE Cópia CONFERE COM ORIGINALDaniel Ayremora de Sousa
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-EC: 13635Eduardo Afonso
Mst. 763

19 M.F.R. 66a

HD: Fratura de rádio distal E. Evolui
consciente, orientada, verbalizando, pre-
sente, afim, normotensa, normo-
sada. Segue em observação, aguardando
condutaM^{te} Rosângela M^{te} de Sousa
COREN-CE: 111.217

20/03

Leito 17/18

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE: 111.217

20/3/18

15a paciente com HD de fratura
de rádio distal E. com estado geral
regular, consciente, orientada e verbal-
izando. Eupneica. MSE com gesso
imobilização. Segue aguardando
curação. E é ab. curado da su-
per. magem. Refere-se a

71589

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

[illegible]

SINAIS VITAIS			
HORARIO:	08:00		
P.A.:	140x100		
TEMP.º:	36°		
P./MIN.:	—		
M.V./MIN.:	—		

Nº. PRONTUÁRIO:

Prescriptions

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deve ser seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

14:	16:	20:	06:

SINAIS VITAIS			
HORÁRIO:			
P.A.:			
TEMP.°:			
P./MIN.:			
M.V./MIN.:			

NOME: **DR. de Fátima Riquelme** IDADE: **66** ENF.: **D** LEITO: **123** Nº. PRONTUÁRIO:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRIC (Ent. / Dig)
22/03/18	Dieta Dipirona 01 amp IV 6/6h s/n Tramal 100mg + sfo.9% 100ml IV 8/8h s/n Profenid 100mg + sfo.9% 100ml IV 12/12h s/n Plasil 01 amp IV 8/8h s/n SSV + CCGG	SND -SND -SND retineci	pac- sem conf na- bac d alta hospitalar para os 1120	C-123 Riquelme
	<i>Ass. Fátima Riquelme</i> <i>DR. Fátima Riquelme</i> DR. Fátima Riquelme Carimbo de Fátima Riquelme Carimbo de Fátima Riquelme			
			UNIDADE DISTITAL Nº JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA ALISTADA COM CONF. COM ORIGINAL <i>Emanuelle Monteiro</i> Mat. 763	



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PROTUBA DE PARAMARA
AV. Celso de Figueiredo nº 1127 - Parnaguá - CEP 61.720-000 - Fortaleza - CE
Telefone: (85) 3131-7221 - Fax: 3131-7212

FOLHA DE ANESTESIA

Nome: Maya de Fátima Ripardo Laureano

Prontuário Nº: _____

Enfermaria: _____ Leito: _____

Data: <u>210318</u>	Pres. Arterial:	Pulso:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
Tipo Sanguíneo:	Hemácias:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Uréia:	Outros:
	Urina:					
Ap. Respiratório:				Asma:		Bronquite:
Ap. Circulatório:				Eletrcardiograma:		
Ap. Digestivo:		Dentes:	Pescoço:	Ap. Urinário:		
Estado Mental: <u>Lúcido</u>		Alergias:	Corticóides:	Alergia:		Hipotensores:
Diagnóstico Pré-operatório: <u>Fract. antebraço</u>				Estado Físico: <u>ASA I</u>		Risco: <u>—</u>
Anestesias Anteriores:						

Medicação Pré-anestésica: _____ Aplicadas às: _____ Efeito: _____

Agentes Anestésicos	Agente	Indução	Efeitos
	Líquido	<u>F</u>	
V. Anest. e Tit. O. Operatório	Agente	Indução	Efeitos
	Líquido	<u>F</u>	
V. Anest. e Tit. O. Operatório	Agente	Indução	Efeitos
	Líquido	<u>F</u>	
V. Anest. e Tit. O. Operatório	Agente	Indução	Efeitos
	Líquido	<u>F</u>	

INDUÇÃO

Sedat: _____ Excit: _____ Tóxic: _____

Lentidão respirat: _____ Lentidão: _____

Náuseas: _____ Vômitos: _____

Citros: _____

MANUTENÇÃO

① Monit.

② Fentanyl 100 µg IV

③ Propofol 200 µg IV

HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATENDIMENTO COM QUALIDADE COM ORIGINAL

Emmanuel Monteiro
Méd. 763

CONDIÇÕES ANESTÉSICAS	CONDIÇÕES
MONIT. <u>—</u>	Resposta na S.O.: <u>—</u>
Agentes: <u>Fentanyl, Propofol</u>	Obstr.: _____ CO2: _____ Excit.: _____
Técnica: <u>Sedação</u>	Náuseas: _____ Vômitos: _____
Operação: <u>Fr. ant. antebraço</u>	Citros: _____
Cirurgiões: <u>Dr. Marcos Amador</u>	Com câmbio: _____
Anestesiistas: <u>Dr. Francisco André de Paiva</u>	Para o labor: ☒ sim ☐ não
<u>Imagem Dias Junior</u>	CONDIÇÕES: <u>Indic</u>
<u>Antonio Medeiros</u>	
<u>6085</u>	

Paciente: MARIA DE FÁTIMA R. AUNIMOData da Operação: 21/03/18

Enfermaria:

Leito:

Operador:

maria a. a. a.

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

Jonatan

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-operatório: fratura do Acromioclavicular (E)Tipo de Operação: Osteossíntese do Acromioclavicular (E)

Diagnóstico Pós-operatório:

Relatório Imediato Patologista:

Exame Radiológico no ato:

dente durante a operação:

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

1. Abc. Pólv. + Ar. 1.000ml2. Ar. 1.000ml3. Redução da fratura + fixação por cravos4. Ligadura5. ImobilizaçãoMARCOS AUGUSTO J. BARROSO
Enfermeiro e T. em Radiologia
CREMEC 7081HOSPITAL DR. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ESTO LHE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

Mat. 763

DATA	EVOLUÇÃO
15/03/18	# Enfermagem #
03/18	M. E. R. L. 66a, sexo masculino Digo feminino; HD Fratura Rádio distal E; evolui: consciente, orientado, verbalizando, idóculo, humilde, humilde, humilde, estável, em cu ambiente, eupneus, vacata dita vo orelha, eliminação fisiológica ⊕, umconhecida ao posto de L 131
	Barbara Rodrigues Enfermeira COREN-CE 499846
15/03/18	Maxim, 66 anos. Admitido no posto de emergência da emergência. HD fratura do rádio distal E + HAS. Neg. DM. Consciente, orientado, cooperação. Segue em observação.
	Assinatura Enfermeira COREN-CE 499846
16/3/18	10h paciente com HD de fratura do rádio distal E. evoluindo está- vel, consciente, orientado, verbal- izando, eupneus, aceto, de febre. da eliminação fisiológica pre- sente. Segue em cuidados de en- fermagem.
	Assinatura Enfermeira 74589
17/03/18	HOSPITAL DISTRITAL M. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL
	Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4600
	Emanuelle Monteiro
17/03/18	M. E. R. 66a HD: Fratura rádio distal E. evolui consciente, orientado, verbalizando, eupneus, febre. Aceto dita operada, eliminação presente. Segue em cuidados de enfermagem.
	Larissa Corrêa da Silva ENFERMEIRA COREN 466.729

matrículas

CRM - MÉDICO (A)

DATA	EVOLUÇÃO
21/03/18	M.F.R.L. q 66 anos 40: Externa de radiis dis- tal B. Evoluç. comissu. apendic. un- belyanda, suprema, apênd. Em disto gero, aguardando chamado do e.e.
	Maria Rosângela Melo de Moraes COREN - CE 5135 - ENF.
21/03/18	Reatizados RUC Coarimoras Cimãbulo
	Dr. Márcio André S. Medeiros Ortopedia e Traumatologia CREMEC 12081
21/03	10 do ortopedista RUC 001 ARTA Hospitalar
	Dr. Antonio V. G. de Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Ombro CRM 12444 TEO 1408
22/03/18	10 pte obtive Alta Hospi- talar Refome Guia 7/11/89
	HOSPITAL DISTRITAL DR JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL Emanuelle Monteiro Mat 763



DECLARAÇÃO

Declaro a pedido do senhor Maria de Fátima Ripardo Laureano, CPF nº 415.654.603-91, filho da Maria Araújo Sousa e Raimundo Duarte Ripardo, que o mesmo foi atendido nesta unidade hospitalar no dia 26.02.18 às 10:14 horas.

O mesmo informa que foi vítima de acidente de trânsito, porém não testemunhamos a referida ocorrência.

Orientamos o mesmo a relacionar testemunhas e registrar um Boletim de Ocorrência na Delegacia de Polícia Civil Especializada.

Caso o mesmo tenha sido socorrido pela ambulância do SAMU, informamos que aquele órgão possui documentação própria relatando o tipo de atendimento.

Fortaleza 07 de março de 2018

Hilmar Domingos de Aguiar
Diretor Executivo / HDMJBO
CPF: 510.778.253-15
MAT. 4650802

DIRETOR EXECUTIVO
HDMJBO



DECLARAÇÃO

Declaro a pedido do senhor Maria de Fátima Ripardo Laureano, CPF nº 415.654.603-91, filho da Maria Araújo Sousa e Raimundo Duarte Ripardo, que o mesmo foi atendido nesta unidade hospitalar no dia 26.02.18 às 10:14 horas.

O mesmo informa que foi vítima de acidente de trânsito, porém não testemunhamos a referida ocorrência.

Orientamos o mesmo a relacionar testemunhas e registrar um Boletim de Ocorrência na Delegacia de Polícia Civil Especializada.

Caso o mesmo tenha sido socorrido pela ambulância do SAMU, informamos que aquele órgão possui documentação própria relatando o tipo de atendimento.

Fortaleza 07 de março de 2018

Helton Domingos de Azevedo
Diretor Executivo / HDMJBO
CPF: 510.778.253-15
MAT. 4650802

DIRETOR EXECUTIVO
HDMJBO



Av. Humberto Monte, 1440 - Parquelândia - CEP: 60450-000
 Telefone: (85) 3283.4784 / 98800.0778

RECEITUÁRIO
LAVDO

Paciente: Manoel de Brito
 Riper de Brito
 26/02/2018, submetido a tra-
 tamento cirúrgico com im-
 planção de prótese de quadril
 com incapacidade fun-
 cional de 60%
 por dor e mobilização
 limitada dos membros
 inferiores e dor no local
 de incisão de 60%
 de limitação:

João Batista Gomes da Silva
 Médico
 CRM 5155 CPF: 228.775.923-9

Fortaleza, 01/11/18



Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: MARIA DE FATIMA RIPARDO LAUREANO

Nº Sinistro: 3180458810

Vítima: MARIA DE FATIMA RIPARDO LAUREANO

Data do Acidente: 26/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NAZARENO GOMES DE SOUSA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180458810**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **26/02/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01467A1468 - carls_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13458071