



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDÍCIA"

Outorgante: <u>Maria Aparecida Barbosa</u>		Data Nasc: <u>12/10/1977</u>
Estado Civil: <u>casada</u>	Profissão: <u>autônoma</u>	Nacionalidade: <u>brasileira</u>
RG: <u>96015012209</u>	CPF: <u>813.542.233-49</u>	
Endereço: <u>Rua Capitão Vasconcelos, nº 934, na Arolândia</u>		
Cidade: <u>Fortaleza</u>	CEP: <u>60.850-680</u>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, CEP: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

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, juntar, retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimação para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 18 de Dezembro de 20 19.

Maria Aparecida Barbosa
OUTORGANTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA, inscrita no OAB/CE nº 23.787, sob o número 02009398720198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 02009398720198060001 e código 5AC7188.



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Maria Aparecida Barbosa, residente e
domiciliado na Rua Capitão Urzanceles, nº 934,
bairro: Aerelândia, na cidade de Fortaleza, portador(a) do
RG nº 96015012209, inscrito(a) no CPF nº 813.542.233-49,
estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu
próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que
declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que
assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com
esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 18 de Dezembro de 20 19.

Maria Aparecida Barbosa
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOGADA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Aparecida Barbosa, brasi
leiro(a), casada, autônoma, portador(a) de cédula
de identidade nº. 96015012209, inscrito(a) no CPF sob o
nº 813.542.233-49, DECLARO que tenho domicílio e sou
residente na Rua Capitão Vasconcelos, nº ,
Bairro Arrolândia, CEP: 60.850 - 680 /CE, conforme
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 18 de Dezembro 20 19.

Maria Aparecida Barbosa

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a)
Sr(a) Maria Aparecida Barbosa Declara para os
devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 18 de Dezembro 2019.

Maria Aparecida Barbosa

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

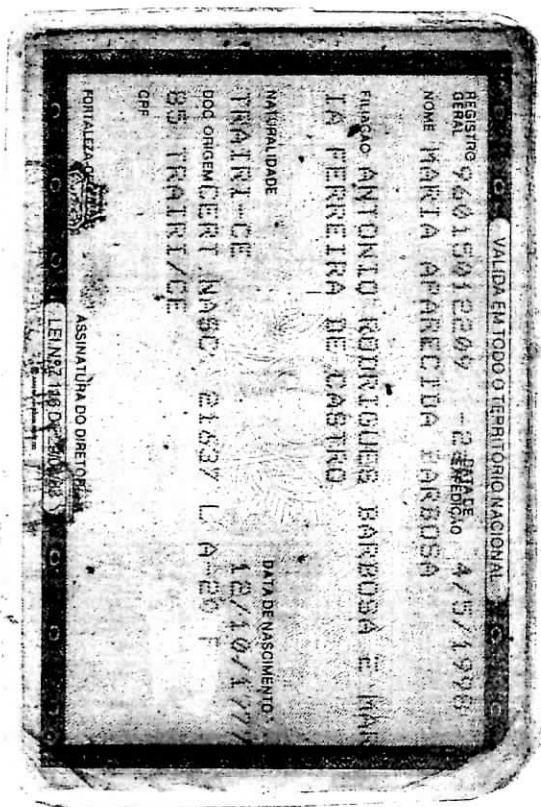
CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



5136548

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enei

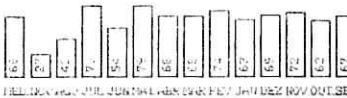
fls. 20

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 034205974

Rota F0008U11 - 269800 Referência 11/2019
Nome MARIA APARECIDA BARBOSA
Endereço RU CAP VASCONCELOS, 00934, AFROLANDIA, 60850-680,
FORTALEZA
Classificação Resid. Baixa Renda Emissão 13/11/2019
Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL Medidor 3912538-CPN-308
Ligação Monofásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO
ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)
DATAS DE LEITURA

P.F.: 33 dias
Anterior 11/10/2019 Atual 13/11/2019 Próxima prevista 13/12/2019


DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
EP	9,49	7,949	1,00	27	00	00	0,17567	5,27

DADOS DO FATURAMENTO
TARIFA
VALOR (R\$)

COFIN: COMPL BX RENDA	-	0,04
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-10,43
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	10,43
CREDITO DE PEQUENOS VALORES	-	-33,82
CUSTO DE DISPONIBILIDADE	-	5,27
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,00267	0,08
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,00533	0,16
DEBITO DE PEQUENOS VALORES	-	23,27
COB DOAÇÃO SANTA CASA FORT	85 339.20301	5,00

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	15,94	0,04	0,00
COFINS	15,94	0,30	0,04

01/12/2019

0,00

CONSUMO CONSCIENTE
CPF/CNPJ 813.542.233-49

 EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh). Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

10,54 | 0,00

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 12/10 - 31/10 Vermelha : 01/11 - 13/11

SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MÊS TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

Nº do Cliente: 5136548 Referência: 11/2019 V: [1.0.0.5]
Data de Emissão: 13/11/2019 Total a Pagar (R\$): 0,00
Nº da Nota Fiscal: 034205974 Nº de Controle: 30002641112

PARA CONFERÊNCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019622284



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2997 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **05/09/2019 16:17:54**
Data / Hora da Ocorrência: **30/07/2019 21:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV GENERAL MURILO BORGES , SALINAS - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA APARECIDA BARBOSA**
Nascimento: **12/10/1977** CPF: **813.542.233-49**
RG: **96015012209** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA FERREIRA DE CASTRO**
ANTONIO RODRIGUES BARBOSA
Endereço: **RUA CAPITÃO VASCONCELOS, 934**
Bairro: **AEROLANDIA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99805-9011**

Histórico

COMPARECE A ESTA DELEGACIA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, A VITIMA TRAFEGAVA PEDALANDO UMA BICICLETA NA AV. GENERAL MURILO BORGES, QUANDO FOI ATROPELADA POR UMA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA, E NADA MAIS DISSE.
OBS: COMUNICAÇÃO FALSA E CRIME PREVISTO NO ART. 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:
MARIA APARECIDA BARBOSA

VISTO DO DELEGADO(A) :
MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7



DECLARAÇÃO



192

REGIONAL FORTALEZA

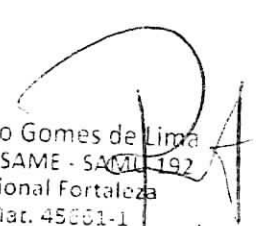
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. **Maria Aparecida Barbosa** - C.P.F. - **813.542.233-49**, no dia **30/07/2019**, às **22h10min**, na **Av. General Murilo Borges**, no **Bairro Salinas**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido pela Sra. **Francisca de Castro Barbosa Gomes** por meio do Processo nº **P829704/2019**.

Fortaleza, 30 de Agosto de 2019.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45651-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Mauricio Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Mauricio Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



P-829704/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USA 01	PONTO DE APOIO: SBT 4	Nº DA OCORRÊNCIA: 1074
DATA: 30/07/19	TURNO: SN	EQUIPE: Jorjete / Lorene / Rinaldonair
NOME: Maria Oparanda Barbosa	IDADE: 43	SEXO: F
ENDEREÇO: Munilo Borges	BAIRRO: Salinas	
REFERÊNCIA: prox à Residência Uite		
QTY:	QUS: 22:10	QUY: 22:40
QUU: 23:15		
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Dor de cabeça, náusea, vômito e tontura		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO	☒ PRESENTE	☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE

A	☒ PÉRVEAS	☐ OBSTRUÍDAS	POR:
---	---	-------------------------------------	------

B	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
	☒ EUPNEICO	☒ NORMAL	☒ NORMAL	☒ NORMAL
	☐ TAQUIPNEICO	☐ ALTERADA:	☐ ALTERADA:	☐ ALTERADA:
	☐ BRADIPNEICO			
	☐ AGÔNICA/ AUSENTE			

C	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	☒ NORMOCÁRDICO	☒ CORADA	☒ ≤ 2 seg	☐ SIM
	☐ TRAQUICÁRDICO	☐ PÁLIDA	☐ > 2 seg	☒ NÃO
	☐ BRADICÁRDICO	☐ CIANÓTICA		
	LOCAL:	☐ SUDOREICA		
		☒ SECA		
		☐ QUENTE		
		☐ FRIA		

D	ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (p)			
	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
	ESPONTÂNEA ☒ 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5	OBEDECE A COMANDOS ☒ 6	
	À VOZ ☐ 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4	LOCALIZA A DOR ☐ 5	
	À DOR ☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4	
	NENHUMA ☐ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2	FLEXÃO ANORMAL ☐ 3	
	TOTAL: 15	NENHUMA ☐ 1	EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2	
			NENHUMA ☐ 1	
	PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)			
	☐ ALTERADAS			

E	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		- Deformidades em pernas e ombros	

SAMPLA					
FC: 62	PA:	FR: 16	GLIC.:	OXIM.: 99%	TEMP.:

em 64

Nega sinais medulares

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 30/07/2019 22:34:20	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 701805285189670	NOME: MARIA APARECIDA BARBOSA				Registro: 5543544		
CPF: 81354223349	RG: 96015012209	D. NASC: 12/10/1977	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Amarela		
NOME DA MÃE: MARIA FERREIRA DE CASTRO				NOME DO PAI: ANTONIO RODRIGUES BARBOSA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: CAPITAO VASCONCELOS			Nº: 934	BAIRRO: AEROLANDIA		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 32726418, 987455090	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 60850680		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SAMU USA 01.COND. RIDOMARIO			PARENTESCO: MARIA -AMIGA		TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com ciclista, Colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas							
QUEIXAS: Vítima de colisão bicicleta x moto, apresenta deformidade em ombro e perna. Orientada.							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Forte		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
19 08 2019 13h26 Eduardo Moreira							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA** 2 - CNES: **2529149**
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **INSTITUTO PRÁXIS** 4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **MARIA APARECIDA BARBOSA** PRONTUÁRIO : **5543544**
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: **701805285189670** 8 - DATA NASCIMENTO: **12/10/1977** 09-SEXO: **() M () F** 10-RAÇA/COR: 10.1 - ETNIA:
11 - NOME DA MÃE/PAI: **MARIA FERREIRA DE CASTRO** 12 - TELEFONE: **32555040**
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: **N.I.** 14 - TELEFONE DE CONTATO:
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): **CAPITAO VASCONCELOS 934-AEROLANDIA**
16 - MUNICÍPIO: **FORTALEZA** 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 18 - UF: **CE** 19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE COM FRATURA DE TIBIA .NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO .
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **FX.TIBIA** 24 - CID 10: **S822** 25 - CID10 SECUNDÁRIO: 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE TIBIA .** 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0408050500**
29 - CLÍNICA: **TRAUMATO** 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **EMERGENCIA** 31 - DOCUMENTO: **() CNS () CPF** 32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 34 - DATA SOLICITAÇÃO: **31/07/2019** 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO):
Dr. Ricardo Azevedo
CRM 4794
Chefe de Equipe - IJF

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 39 - CNPJ DA SEGURADORA: 40 - Nº DO BILHETE: 41 - SÉRIE:
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 42 - CNPJ DA EMPRESA: 43 - CNAE DA EMPRESA: 44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 47 - COD. ORGÃO EMISSOR: 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
() CNES () CPF
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via - SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

===[ADMISSÃO]=====

Número Data Hora Convênio Classificação
201921003879 31/07/2019 21:33 PRAXIS SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento SISREG AIH
ELETIVO
Origem do Paciente Clínica/Especialidade
IJF CLÍNICA CIRÚRGICA/GERAL
Médico Solicitante Médico Responsável
6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI 6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI
Procedimento Solicitado Dias
0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA 4
===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]=====

Nome Sexo
✓ MARIA APARECIDA BARBOSA FEMININO
Nascimento Idade Raça/Cor Estado Civil Religião
12/10/1977 41 Anos PARDA SOLTEIRO(A) NÃO INFORMADO
Mãe Pai
MARIA FERREIRA DE CASTRO ANTONIO RODRIGUES BARBOSA
Conjuge Responsável Prontuário
FRANCISCA DE CASTRO BARBOSA 2452144
CNS Registro Documento Informado
701805285189670 201902570003280 RG: 960165012209
País Município de Naturalidade CEP
BRASIL TRAIRI/CE 60010-100
Município de Residência Logradouro
FORTALEZA/CE RUA CAPITAO VASCONCELOS
Número Complemento Bairro
934 B AEROLANDIA
Fone Móvel Fone Fixo Ponto de Referência
(85)9877.62451 (85)9861.20150

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)
AUTÔNOMO / EMPREGADO DOMESTICO NOS SERVICOS GERAIS

===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]=====

Em caso de urgência avisar Acomodação/Leito
FRANCISCA DE CASTRO BARBOSA - IRMÃ 227/2
Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
APARTAMENTO SIMPLES CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: maria.nataly Data: 31/07/2019 Hora: 21:39:38 Tempo: 00:06:00
===[TERMO DE RESPONSABILIDADE]=====

FRANCISCA DE CASTRO BARBOSA, abaixo assinado, responsável pelo paciente MARIA APARECIDA BARBOSA, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 31 de julho de 2019

RESPONSÁVEL *Francisca de Castro Barbosa Gomes*

TESTEMUNHAS

H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

Data: 04 108 119

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: <i>Marcelo Apizaco Barbosa</i>							
Nº Prontuário: <i>2452144</i>		Nº Controle:		Enf./		Leito:	
Cirurgião: <i>Dr. Jussé</i>		Tempo de Sala:		Tempo de Oxigênio:			
IDADE <i>41</i>	PESO	ALTURA	SEXO <i>F</i>	TEMP	PULSO	RESP.	PR. ART. MAX/MIN
TIPO SANGÜÍNEO		HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA <i>1</i>	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	URINA

Ap. Respiratório:	Clinicamente normal.		
Ap. Circulatório:	Clinicamente normal.		
Ap. Digestivo:	Clinicamente normal	Dentes	Pescoço
Ap. Urinário:	Clinicamente normal.		
Diagnóstico Pré-Operatório:	Fast & Safe	Risco	baixo

Anestesias Anteriores:		
Medicação Pré-Anestésica:	Aplicada às:	Efeito

Agentes Anestésicos	20	
Líquidos		

CÓDIGO

P. Arterial O. Pulso O. Respiração

Anestesia O. Operação

260

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

339

340

341

342

343

344

345

346

347

348

349

350

351

352

353

354

355

356

357

358

359

360

361

362

363

364

365

366

367

368

369

370

371

372

373

374

375

376

377

378

379

380

381

382

383

384

385

386

387

388

389

390

391

392

393

394

395

396

397

398

399

400

401

402

403

404

405

406

407

408

409

410

411

412

413

414

415

416

417

418

419

420

421

422

423

424

425

426

427

428

429

430

431

432

433

434

435

436

437

438

439

440

441

442

443

444

445

446

447

448

449

450

451

452

453

454

455

456

457

458

459

460

461

462

463

464

465

466

467

468

469

470

471

472

473

474

475

476

477

478

479

480

481

482

483

484

485

486

487

488

489

490

491

492

493

494

495

496

497

498

499

500

501

502

503

504

505

506

507

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	
POSIÇÃO	<i>deitada</i>
AGENTES	<i>2 médicos + 1 enfermeiro</i>
TÉCNICA	<i>curativo</i>
OPERAÇÃO	<i>1.º e 2.º curativos</i>
CIRURGIÕES	<i>2.º e 3.º</i>
ANESTESISTAS	<i>1.º e 2.º</i>

TEMPO DE ANESTESIA: Das: 1100 hrs às 1230 hrs = 90 Minutos
Anestesista: R. G. [assinatura] CRM 3332

Asma	Bronquite
E.C.G.	
Alergia:	
Estado Mental: <i>free</i>	
Ataraxicos:	
Corticóides:	
Hipotensores:	
Outras Drogas:	

INDUÇÃO	
Satisf. ☒	Excit
Tosse	
Larínquespasmo	Lenta
Náuseas	Vômitos
Outros	

MANUTENÇÃO

x - As per...
...
...
...
...

Dr. Paulo Fernando Chelira Braga
MÉDICO GINECOLOGISTA
MÉDICO DO TRABALHO
CRM-CE 3332

Anestesias Satisfatórias	
SIM	NÃO
DESPERTAR	
Reflexos na S.O	
Obstr.	Co2
Excit.	Náuseas
Vômitos	Outros
Para o leito com cânula	
SIM	NÃO
Condições	

Perda sanguínea aprox.	m
Volume sanguíneo repouso	m

MODELO 2.1



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 01/08

Nome do paciente: <i>Maria Aparecida Brito</i>	
Nº Prontuário: <i>2452144</i>	Categoria:
Clínica: <i>HFT</i>	Leito:
Cirurgião: <i>Dr. Jussé</i>	
Anestesista: <i>Dr. Paulo</i>	
Tipo de Anestesia: <i>Raquet sedação</i>	
1 Auxiliar:	
2 Auxiliar:	
3 Auxiliar:	
Instrumentadora: <i>Alexandra</i>	
Circulante: <i>Carla</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório:	
Tipo de Operação/ Código:	
Diagnóstico Pós-Operatório: <i>fract de torn = 101</i>	
Relatório Imediato do Patologista:	
Exame Radiológico no ato: <i>Raquet all 7</i>	
Acidente e Incidentes:	

Contagem de Compressas:

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA:
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Meiryane Gondim Leite
COREN-CE 133766-ENF

Assinatura da Enfermeira(o)

Dr. Paulo Fernando Almeida Braga
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
MÉDICO DO TRABALHO
Assinatura Anestesista

MODELO 8.0

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
201921003879 31/07/2019 21:33 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO - 6193
Médico Responsável
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO - 6193
Procedimento Solicitado
0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
227/2 APARTAMENTO SIMPLES CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
MARIA APARECIDA BARBOSA FEMININO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
12/10/1977 41 Anos NÃO INFORMADO 2452144 201902570003280

===[DADOS DA ALTA]=====

Diagnóstico Principal

Procedimento Realizado

0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Data Hora Motivo

07/08/2019 17:37 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente MARIA APARECIDA BARBOSA, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 07 de agosto de 2019

Responsável/

Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)

Responsável

pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: karoline.pontes

Data: 07/08/2019 Hora: 17:37:26

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190649933

Vítima: MARIA APARECIDA BARBOSA

Data do Acidente: 30/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA APARECIDA BARBOSA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MARIA APARECIDA BARBOSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000031

Conta: 0000050779-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

