



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <i>Célia Maria Rodrigues Sousa</i>		Data Nasc: <i>16/01/1963</i>
Estado Civil: <i>casada</i>	Profissão: <i>autônoma</i>	Nacionalidade: <i>brasileira</i>
RG: <i>6021063650</i>	CPF: <i>524.453.803-91</i>	
Endereço: <i>Tr. II Planalto das Oliveiras, nº 213, Jd. Petrópolis</i>		
Cidade: <i>Fortaleza</i>	CEP: <i>60.332-452</i>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de 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 e 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 intimações 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), 04 de Fevereiro de 2020.

Célia Maria Rodrigues Sousa
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS

ADVOCADA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, Célia Maria Rodrigues Sousa, residente e domiciliado na Tr. II Planalto das Oliveiras, nº 213, bairro: Jd. Petrópolis, na cidade de Fortaleza, portador(a) do RG nº 6021063650, inscrito(a) no CPF nº 524.453.803-91, 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, 04 de Fevereiro de 20 20.

Célia Maria Rodrigues Sousa
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS

Advogada

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Célia Maria Rodrigues Sousa, brasileira,
leiro(a), casada, autônoma, portador(a) de cédula
de identidade nº. 6021063650, inscrito(a) no CPF sob o
nº 524.453.803-91, DECLARO que tenho domicílio e sou
residente na Jr. II Planalto das Oliveiras, nº 213,
Bairro Jardim Petrópolis, CEP: 60.332 - 452 /CE, conforme
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 04 de Fevereiro 2020.

Célia Maria Rodrigues Sousa

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a)
 Sr(a) Célia Maria Rodrigues Sousa 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, 04 de Fevereiro 2020

Célia Maria Rodrigues Sousa

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

CÓDIGO DE CONTROLE
8711.2F5A.C111.F156



Emitida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 16:54:35 do dia 13/12/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

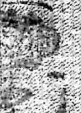


Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
524.453.803-91

Nome
CELIA MARIA RODRIGUES SOUSA

Nascimento
16/01/1963



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Carolina Freitas Moreira Sousa



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Carolina Freitas Moreira Sousa



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | Nº 048358119
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135 040 A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3 pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Esta é a sua conta de
01/2020

Nº DO CLIENTE
1537196 DV

VENCIMENTO
31/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
141,69

DATA EMISSÃO
24/01/2020

DADOS DO CLIENTE

Nome CELIA MARIA RODRIGUES SOUSA

Endereço TR II PLANALTO DAS GOIABEIRAS 00213
60332-452 FORTALEZA JARDIM PETROPOLIS
Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 1589291-INE-019 - FOF16U39

CPF / CNPJ
524.453.803-91

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

F1AE.B7E4.9344.75A1.AB69.47ED.CA80.0AB5

DATAS DE LEITURA

Anterior 24/12/2019 | Atual 24/01/2020 | Prev. Próx. Leitura 27/02/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	32675.00	32503.00	172.00	0.00	0.00	0.00	1.00	172.00	172.00	0.74762	128.59

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC			11,53
Juros Moratórios			0,53
Consumo	172	0,74762	128,59
Adicional Band. Amarela			3,25
DMIC			2,21

CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh) Atualizado	A Expirar Próximo Mês

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

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



Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
PIS/PASEP	131,84	0,4100	0,53
COFINS	131,84	1,7800	2,35
ICMS	131,84	27,00	35,60

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 25/12 - 24/01 SE VOCÊ RECEBEU DUAS FATURAS COM MESMO VENCIMENTO NO MÊS TEM OPÇÃO DE PARCELAR EM 20X SEM JUROS. CASO POSSUA FATURAS EM ABERTO REFERENTES A ESTA SITUAÇÃO REGULARIZE ATÉ 31/01/2020.

ATENÇÃO

DEBITOS ANTERIORES:
Mes/Ano Valor R\$

83830000001-2 41690031020-2 00552185607-9 00001537196-4



Autenticação Mecânica

Orgãos de Proteção ao Crédito, Cartórios de Protesto de Títulos e a Suspensão do Fornecimento de Energia Elétrica.
Pague sua conta até a data de vencimento. Você evita a cobrança de juros e multa, o envio de informações aos
Para a sua comodidade, utilize o sistema de débito automático em conta corrente.

DEBITO AUTOMÁTICO.

CELIA MARIA RODRIGUES SOUSA
TR II PLANALTO DAS GOIABEIRAS 00213
FORTALEZA JARDIM PETROPOLIS
60332-452

DADOS PARA ENTREGA

FOF16U39 1589291-INE-019
1537196
24/01/2020 24/01/2020

ENEL & VOCÊ

Central de Relacionamento 0800 285 0196
Atendimento 24 horas Internet
www.eneldistribuicao.com.br

OBSERVAÇÕES

As regras para a cobrança da Contribuição de Iluminação Pública poderão ser encontradas em www.eneldistribuicao.com.br

Informações sobre Legislação

Comunicamos aos nossos clientes que quaisquer informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores para consulta em todas as nossas lojas de atendimento e no nosso site.

Importante

Informações sobre os atendimentos comerciais realizados podem ser obtidas em todas as nossas lojas de atendimento e no nosso site.

LEGENDA DE TERMOS E ABREVIações

HFP: Hora fora ponta.
Contrat: Contratada.
Registr: Registrada.
Ultrapass: Ultrapassagem.
UFER: Unidade de faturamento de energia reativa.
DMRC: Demanda máxima correspondente ao Reativo.

LEGENDA DOS INDICADORES DE QUALIDADE E FORNECIMENTO

DIC: Número de horas que o cliente ficou sem energia.
FIC: Número de vezes que o cliente ficou sem energia.
DMIC: Duração máxima, em horas contínuas, que o cliente ficou sem energia.
DICRI: Duração de interrupções ocorridas em Dias Críticos.
Dias Críticos: Dias em que o número de ocorrências emergenciais supera o padrão normal.
Clientes cujos padrões de continuidade tenham sido violados, deverão receber uma compensação financeira através da conta de energia, conforme critérios definidos no Procedimento de Distribuição Módulo 8, além de poder solicitar à distribuidora a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI, sempre que for necessário. Para mais informações entre no site www.aneel.gov.br.

INFORMAÇÕES/RECLAMAÇÕES

Regionais de Atendimento Enel:
Fortaleza e Região metropolitana:
(85) 4353 4788/4988
Juazeiro: (88) 3566 2225
Iguatu: (88) 3581 1191
Limoeiro: (88) 3423 4101
Canindé: (85) 3343 2025
Sobral: (85) 3677 2234
Itapipoca: (88) 3631 4188

CENTRAL DE TELEATENDIMENTO

1 - Ouvidoria: 0800 280 4100, dias úteis, das 8h às 12h e das 14h às 18h, com protocolo de atendimento anterior
2 - Agência Reguladora de Serviços Públicos do Estado do Ceará
- ARCE - 0800 727 0167 - ligação gratuita de telefones fixos e móveis.
3 - Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167 - ligação gratuita de telefones fixos e móveis.
Em caso de falta de energia, envie um SMS para 26816 com: faltadeluz + espaço + número do cliente

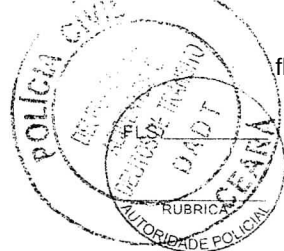


Formulário de devolução da conta com campos para Hora, Data, Rubrica, Matricula, e checkboxes para Casa fechada, Endereço insuficiente, Outros - especificar, e Não existe o nº indicado.

IMPORTANTE
Caso haja cobrança de valores referentes a serviços e/ou produtos não relacionados ao consumo de energia elétrica, o cliente poderá solicitar a emissão de nova fatura com a exclusão destes valores, com excesso de cobranças previstas em lei ou regulamentos, como a CIP (contribuição de iluminação pública). Para garantia dos dados impressos nesta conta, arquive a mesma em local seco, sem contato com plástico, óleo ou produtos químicos.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019913755



fls. 21

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4390 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data - Hora da Comunicação: **13/12/2019 12:15:43**
Data - Hora da Ocorrência: **15/01/2018 10:00:00**
Endereço da Ocorrência: **BARRA DO CEARA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CÉLIA MARIA RODRIGUES SOUSA**
Nascimento: **16/01/1963** CPF: **524.453.803-91**
RG: **6021063650** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **AUCÉLIA TEIXEIRA RODRIGUES**
JOSÉ RODRIGUES DE SOUSA
Endereço: **TRAVESSA DOIS, 213**
Bairro: **BARRA DO CEARA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.000-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **ORS5884** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **3BWD45UXET024042** Renavam: **558643299** Tipo do Veículo: **Automóvel** Marca / Modelo: **VW/NOVO VOYAGE 1.6** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **CINZA** Proprietário: **RAIMUNDO RODRIGUES BARROSO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **PMF0049** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BD195A42F0626247** Renavam: **1026024029** Tipo do Veículo: **Automóvel** Marca / Modelo: **FIAT/UNO ATTRACTIVE 1.0** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **AZUL** Proprietário: **LAURA TEREZINHA DA SILVA MAIA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

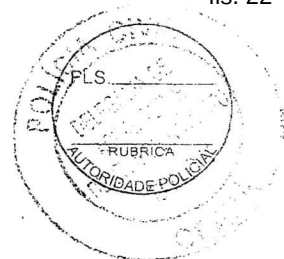
A DECLARANTE AFIRMA QUE, NA DATA DE 15 DE JANEIRO DE 2018, ÀS 10:00 HORAS DA MANHÃ, TRAFEGAVA, NO BANCO DO CARONA, DO VEICULO VOYAGE PLACA ORS 5884, CONDUZIDO PELO GENRO, DE NOME FRANCISCO WANDERLEY DE MOURA, QUANDO UM FIAT UNO ATTRACTIVE, DE PLACA PMF 0049, AO AVANÇAR A PREFERENCIAL, COLIDIU LATERALMENTE COM O VEICULO QUE A VÍTIMA ESTAVA, PELO LADO DO PASSAGEIRO; QUE A VÍTIMA FRATUROU O BRAÇO DIREITO, EM VIRTUDE DA PANCADA; QUE FOI SOCORRIDA POR POPULARES ATÉ O HOSPITAL FROTINHA DA PARANGABA; QUE A AMC ESTEVE NO LOCAL, APÓS A SAÍDA DA VÍTIMA. E NADA MAIS DISSE.

CONTRAFALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.

PRazo PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019913755



fls. 22

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4390 / 2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Celia Maria Rodrigues Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



**Prefeitura de
Fortaleza**

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

OK

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE
CELIA MARIA RODRIGUES SOUSA

NOME MAE
AUCELIA TEIXEIRA RODRIGUES

ENDEREÇO
TRAVESSA DOIS 213 BARRA DO CEARÁ

CONTATO
996033534 (Celia)

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO IDENTIFICANTE

QUEIXA
REFERE ALGIA E EDEMA EM MSD E ALGIA EM MIE APÓS TRAUMA

SINTOMAS
NI

PESO
NI KG

TEMPERATURA
36°C

CLASSIFICAÇÃO
RDE

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI

ALERGIAS
NEGA

RESPONSÁVEL
JOANA MOURA

CLASSIFICAÇÃO
AMOURA

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
15/01/2018 12:00:10

ÁREA DE ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

Trauma em cotovelo p

DIAGNÓSTICO

COD. PROCEDIMENTO

CID

SOLICITADO:

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

APAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

*ne cotovelo p 01/01/2018
ne braço p 01/01/2018*

*Amigração
Tela longa*

Dr. Glaucio Roberto Barreto
Traumatologia
CREMEC 8250 - TEOT 11057

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMILIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por JOANA MOURA em 15/01/2018 às 12:00:14

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.

Dr. Glaucio Roberto Barreto
Traumatologia
CREMEC 8250 - TEOT 11057

celia maria rodrigues sousa

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA

ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

Mat. 763



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação



PROFESSORIA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROFESSORIA DE FORTALEZA
AV. Odebrecht da Fátima nº 1117 - Parangaba - CEP 44.720-600
Fortaleza - Ceará
Telefone: (085) 3131-7332

CENTRAL DE REGISTRO E REGISTRAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CRR - CRR - PMF
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

UNIDADE HOSPITALAR

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ

07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Elia Maria Rodrigues Dunc

ENDEREÇO DO PACIENTE

TRAVESSA DOIS Nº 273

BAIRRO

BARRA DO CEARA

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF

CE

DATA DO NASCIMENTO

16/01/1963

SEXO

1. ☐ MASC2. ☒ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ OUTRO DEP.

NOME DA MÃE

AUCELIA TEIXEIRA RODRIGUES

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

545548103-72

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

5422 / 39015068

DATA DA EMISSÃO

15/01/2018

Dr. Glaucio Roberto Barreto
Traumatologia
CREMEC 0250 - TEQT 11057

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trauma em cotovelo direito com lesão
superficial de nervos distais

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Exame + RX + res

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura supracondilária do
ulnário P

TIPO DE CLÍNICA

1. ☒ CIRÚRGICA
3. ☐ CLÍNICA MÉDICA
5. ☐ PSIQUIÁTRICA
9. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA
4. ☐ TISIOPEUMOL
6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tx cirúrgica

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

8230

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

Dr. Glaucio Roberto Barreto
Traumatologia
CREMEC 0250 - TEQT 11057

DATA

15/01/2018

HORA

HOSPITAL DISTRITAL M^{te} JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Montenegro
Mat. 763

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome:

lelia maria Rodrigues Sousa

Prontuário

Enferm

Labo

Data Intermacção

Diagnóstico

15101178

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
15 -07 18	Paciente internado p Ht curtos m: m m - op
18/06/18	Paciente admitido para o tratamento de fratura de humero direito e fratura de fêmur esquerdo. Exames complementares: radiografia do membro superior direito e inferior, tomografia computadorizada da pelve e coluna cervical. Tratamento cirúrgico realizado com sucesso.
16 07	Recuperando-se bem. Atestado que cópia confere com original.
16/07	# Internagem H P.M.R.S. 054 a; sexo feminino; Hto. Fratura de um dos membros superiores, evoluindo com bom prognóstico, verbalizando bem, hidratado, hemodinamicamente estável, em ambiente adequado, dieta VO oferecida, eliminando fisiologicamente (+), transferida p/ hospital do município p/ Hto traumatológico.

Prontuár c

INTERNAÇÃO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

1) Eu, Diogo M. Lourenço Sousa, (usuário maior de 18 anos, pai ou mãe) (profissão)

Domiciliada à rua (av.) CR, nº 703, na cidade de Fortaleza, Estado de CE, RG nº 9607106385

AUTORIZO o corpo clínico do HOSPITAL E MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS NEUMANN, a praticar qualquer tratamento médico e cirúrgico (operação, anestesia, transfusão e exames complementares), bem como aos demais profissionais da equipe multiprofissional à executar medidas de tratamento e reabilitação, que sejam necessárias a minha recuperação;

2) AUTORIZO e concordo com saídas durante a internação, em transporte com acompanhante deste Hospital, para outros serviços da rede municipal de saúde, caso necessário;

3) AUTORIZO e concordo com a transferência para outros Hospitais, nesta cidade, com a finalidade de exames e/ou tratamentos não específicos deste Hospital;

4) RESPONSABILIZO-ME pela minha saída dentro de 03 (três) dias no máximo, após alta. Forneco o seguinte ENDEREÇO, para caso de emergência e facilidade de comunicação;

5) COMPROMETO-ME a respeitar e obedecer os regulamentos do Hospital quanto ao regime de internação.

Fortaleza, 10 de Januário de 2018.

X Diogo M. Lourenço Sousa
(Assinatura do Paciente maior de 18 anos, do pai ou da mãe)

1ª TESTEMUNHA / ASSINATURA

Nome: _____

Endereço: _____

Estado Civil: _____ RG nº: _____

2ª TESTEMUNHA / ASSINATURA

Nome: _____

Endereço: _____

Estado Civil: _____ RG nº: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/02/2020 às 15:02, sob o número 02086475720208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0208647-57.2020.8.06.0001 e código 5E555C37.



ADMISSÃO DE ENFERMAGEM – POSTO 6

LEITO: 02

PRONTUÁRIO: 62649

NOME: CÉLIA MARIA RODRIGUES SOUSA, 55 A

DATA: 16/01/2018

HORA: 17:10 HS

PACIENTE PROVENIENTE DO FROTINHA DE PARANGABA POR FRATURA ÚMERO DIREITO. CONSCIENTE, ORIENTADA, FÁSICA, DEAMBULANDO. DIETA VO COM BOA ACEITAÇÃO. ELIMINAÇÕES PRESENTES E ESPONTÂNEAS. PELE ÍNTEGRA PARA LPP. EUPNEICA EM AR AMBIENTE, NORMOTENSA, AFEBRIL E NORMOCÁRDICA. NORMOCORADA. PADRÃO DE SONO REGULAR. COM QUEIXAS ÁLGICAS. AGUARDA EXAME LABORATORIAL E ECG.

COMORBIDADES: OSTEOPOROSE

ALERGIAS: NEGA

MEDICAÇÕES EM USO: S/RELATOS

PARÂMETROS VITAIS: PA: 120X80 MMHG

T: 35,8 °C

FC: 80 BPM

FR: 17 RPM

Luiza Maiara F. da Silva
Enfermeira
COREN: 000.456.727

20523

SUS
Sistema Único de Saúde
CGI - Central de Controle de Internação
PRÉFATURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AV. Getúlio de Faria nº 1217 - Península - CEP 60.730-440
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3131-7372

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:	N.º da AIH:
------------	-------------

UNIDADE HOSPITALAR HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA	CGC / CNPJ 07.835.044 / 0002-61
--	---

DADOS DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE <i>Celia Maria Rodrigues Duro</i>			
ENDEREÇO DO PACIENTE			
CIDADE	MUNICÍPIO	UF	CEP
DATA DO NASCIMENTO	SEXO	CONDIÇÃO	
	1. ☐ MASC 3. ☐ FEM	2. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ OUTRO DEP.	
NOME DA MÃE			

DADOS DA INTERNAÇÃO		
CPF MÉDICO SOLICITANTE <i>545548103-72</i>	CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL <i>Dr. Glauco Roberto Barreto</i> Traumatologia CRMES 2250 - TROT 11067	CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO
C. INT. PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>5422 / 34915068</i>		
DATA DA EMISSÃO <i>15/01/2018</i>		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Trauma em cotovelo direito com fratura supracondilária do úmero direito.</i>
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade de cirurgia</i>

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS
 <i>Curva + de punho + re</i>

DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura supracondilária do úmero P.</i>	TIPO DE CLÍNICA 1. ☒ CIRÚRGICA 2. ☐ OBSTÉTRICA 3. ☐ CLÍNICA MÉDICA 4. ☐ TISIOPEUMOL 5. ☐ PSIQUIÁTRICA 6. ☐ PEDIÁTRICA 9. ☐ OUTROS
PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>TK unguento</i>	

CRM - MÉDICO SOLICITANTE <i>8230</i>	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE <i>Dr. Glauco Roberto Barreto</i> Traumatologia CRMES 2250 - TROT 11067	DATA <i>15/01/2018</i>	HORA
---	---	---------------------------	------

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado de Ceará, protocolado em 04/02/2020 às 15:02, sob o número 02086475720208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 02086475720208060001 e código 5E55C37.



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190714489

Vítima: CELIA MARIA RODRIGUES SOUSA

Data do Acidente: 15/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CELIA MARIA RODRIGUES SOUSA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Recebedor: CELIA MARIA RODRIGUES SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002608-5

Conta: 000001009913-7

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

Pag. 00711/00712 - carta_15R - INVALIDEZ

