



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Luciene Lopes de Sousa Barbosa</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>solteira</u>	Profissão: <u>autônoma</u>	Nacionalidade: <u>brasileira</u>
RG: <u>9404032287</u>	CPF: <u>703.588.503-01</u>	
Endereço: <u>Rua: Largo Truaca</u>		
Cidade: <u>Beberibe-CE</u>		CEP: <u>62.840-000</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 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), 08 de junho de 20 19.

Luciene Lopes de Sousa Barbosa
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Iuciene Lopes de Sousa Barbosa residente e
domiciliado na Rua: Largo Truacou, nº SLNº,
bairro: -, na cidade de Belém, portador(a) do
RG nº 94014037287, inscrito(a) no CPF nº 703.588.503-04,
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, 08 de junho de 2019.

Iuciene Lopes de Sousa Barbosa
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela Sr(a) Luciene Lopes de Sousa Barbosa presente, o (a) Luciene Lopes de Sousa 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, 08 de junho 2019.

Luciene Lopes de Sousa Barbosa

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luciene Lopes de Sousa Barbosa, brasi
leiro(a), solteira, autônoma, portador(a) de cédula
de identidade nº. 94014034287, inscrito(a) no CPF sob o
nº 703.588.503-04, DECLARO que tenho domicílio e sou
residente na Rua: Largo Tralcar, nº _____,
Bairro _____, CEP: _____ - _____/CE, conforme
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 08 de junho 20 19.

Luciene Lopes de Sousa Barbosa

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2018154396**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4412 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **16/10/2018 08:57:51**Data / Hora da Ocorrência: **15/07/2018 17:50:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DOMINGOS OLIMPIO**

Complemento:

Bairro: **CENTRO**Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **LUCIENE LOPES DE SOUSA BARBOSA**Nascimento: **13/11/1973** CPF: **703.588.503-04**RG: **94014037287**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **MARIA LOPES DE SOUSA****JOSE CONRADO DE SOUSA**Endereço: **LARGO TRACOA**Bairro: **TRACOA**Município: **BEBERIBE/CE**CEP: **62.840-000**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98890-8951****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **HYL7471** Uf: **CE** Município: **BEBERIBE** Chassi:**9C2JC30708R131989** Renavam: **951140841** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação:**2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **CINZA**Proprietário: **LUCIENE LOPES DE SOUSA BARBOSA** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

AFIRMA A DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE QUEM PILOTAVA A MOTOCICLETA ERA JOSE AIRTON DE SOUSA BARBOSA, HABILITADO, CNH:06191953830 DETRAN CE, CAT. HAB. AB, MAS NAO FICOU LESIONADO, DE PLACA HYL-7471-CE E A VITIMA NA SITUAÇÃO DE GARUPEIRA(LUCIENE LOPES DE SOUSA BARBOSA); QUE TRAFEGAVA PELA AV. DOMINGOS OLIMPIO; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, AVANÇOU O SEMÁFORO NO VERMELHO, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO CUNHADO, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO. E NADA MAIS DISSE.///

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

PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** _____*Luciene*

fls. 19

FLS. _____

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 09/01/2019 às 09:51, sob o número 01012576220198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0101257-62.2019.8.06.0001 e código 425E3AA.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 20

FLS. _____

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

Impresso nº 2018154396

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4412 / 2018

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Luciene Lopes de Souza Barbosa

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito



Luciene Lopes de Sousa Barbosa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

23/07/2010

DATA DE
EXPEDIÇÃO

REGISTRO 94014037287

DECLARANTE
LUCIENE LOPES DE SOUSA BARBOSA

RELACIONADO
JOSÉ CONRADO DE SOUSA

MARIA LOPES DE SOUSA

NATURALIDADE
FORTALEZA - CE

DATA DE REGISTRO
13/11/1973

OFÍCIO TERMO: 2.080 FOLHA: 422

ORIGEM
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1
LIVRO: B-18 BEBERIBE - CE

P.: 43

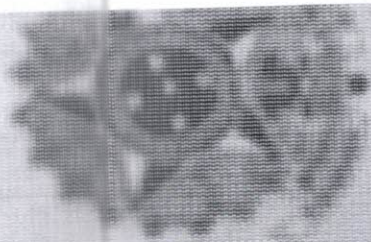
Procurador da Caixa
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29.06.65

2 VIA

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

703.588.503-04

Nome

LUCIENE LOPES DE SOUSA BARBOSA

Nascimento

13/11/1973

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 536018743

Companhia Energética do Ceará

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002Esta é a segunda via de
AGO/2018Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

4559603

DV 4

VENCIMENTO

17/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

Rota 03 020010 11 0204200

Medidor

Poste

Nome LUCIENE LOPES DE SOUSA BARBOSA

13286575

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade
Consumidora

PV TRACOA 00000 MORRO BRANCO BEBERIBE 62840000

RG / CPF / CNPJ 703.588.503-04

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☒ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

FP 10144

10144

1

0

0

0

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leitura

10/08/2018

05/09/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

2938.8E89.4DD1.AEB2.4424.B6F7.0797.525E

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

0,00

Aliquota

18%

Valor do Imposto

0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

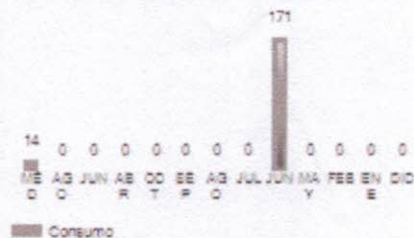
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 0,00

Conjunto

Mês JUN/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 4559603-4

Nº da Nota Fiscal: 536018743

Total a Pagar (R\$): 0,00

Data de Emissão: 31/08/2018

Referência: AGO/2018

Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial

SAÚDE **HOSPITALAR**

Emitido em: 15/10/2018 15:7:56

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 15/07/2018 19:07:56	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 702001888946181	NOME: LUCIENE LOPES DE SOUSA BARBOSA			Registro: 5571632			
CPF: 70358850304	RG: 94014037287	D. NASC: 13/11/1973	ESTADO CIVIL:		SEXO: F	RAÇA/COR: Parda	
NOME DA MÃE: MARIA LOPES DE SOUZA			NOME DO PAI: JOSE CONRADO DE SOUSA				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: MORRO BRANCO			Nº: S/N	BAIRRO: CENTRO		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: , 987145896	MUNICÍPIO: BEBERIBE		UF: CE	CEP: 62840000		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: VALDERLANIA ARAUJO DO NASCIMENTO		PARENTESCO: CUNHADA			TELEFONE: 987145896		
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 motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete							
QUEIXAS: Vítima de colisão moto x carro há 1 hora evolui com dor em MSD e MID. Orientada. NEga síncope.							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600089041
NÚMERO DA AIH: 2318102644880

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL
CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 702001888946181 - LUCIENE LOPES DE SOUSA BARBOSA

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 13/11/1973 - 44 anos

NOME DA MÃE: MARIA LOPES DE SOUSA

NOME DO RESPONSÁVEL: A MESMA

ENDEREÇO: SÍTIO TRACOA, Nº S/N - BEBERIBE

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF:

SEXO: FEMININO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO: MORRO BRANCO

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S423 - Fratura da diáfise do úmero

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408020393-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMER0

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 210157963640009 - RICARDO EVANGELISTA MARROCOS DE ARAGAO

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 20/07/2018 - 15:05 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 21/07/2018 - 00:23

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



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



Fortaleza 2

fls. 27

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 PRAXIS** 4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **LUCIENE LOPES DE SOUSA BARBOSA** PRONTUÁRIO: **5571632**
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: **702001888946181** 8 - DATA NASCIMENTO: **13/11/1973** 09-SEXO: **(M) (F)** 10-RAÇA/COR: 10.1 - ETNIA:
11 - NOME DA MÃE/PAI: **MARIA LOPES DE SOUZA** 12 - TELEFONE:
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: **NI** 14 - TELEFONE DE CONTATO:
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): **MORRO BRANCO SN CENTRO**
16 - MUNICÍPIO: **BEBERIBE** 17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 18 - UF: **CE** 19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE COM FRATURA DE UMEROS, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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.UMERO** 24 - CID 10 PRINCIPAL: **S423** 25 - CID10 SECUNDÁRIO: 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA DE UMEROS** 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0408020393**
29 - CLÍNICA: **TRAUMA** 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **EMERGENCIA** 31 - DOCUMENTO: **() CNS () CPF** 32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 34 - DATA SOLICITAÇÃO: **20/07/2018** 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

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: **Dra. Sunita E. Araújo** 47 - END. ÓRGÃO EMISSOR: 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **5571632**
() 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 201821003274 Data 20/07/2018 Hora 19:05 Convênio PRAXIS Classificação SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento ELETIVO SISREG 12600089041 AIH
Origem do Paciente IJF Clínica/Especialidade CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Médico Solicitante 5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO Médico Responsável 5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO
Procedimento Solicitado 0408020393 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO

==[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]=====

Nome LUCIENE LOPES DE SOUSA BARBOSA Sexo FEMININO
Nascimento 13/11/1973 Idade 44 Anos Raça/Cor PARDA Estado Civil CASADO(A) Religião CATÓLICO (A)
Mãe MARIA LOPES DE SOUSA Pai JOSE CONRANDE DE SOUSA
Conjuge JOSE AIRTON DE SOUSA BARBOSA Responsável JOSE AIRTON DE SOUSA BARBOSA Prontuário 2446913
CNS 898003949417208 Registro 201802570003096 Documento Informado RG: 94014037287 Emissão: 23/07/2010
País BRASIL Município de Naturalidade FORTALEZA/CE CEP 62843-000
Município de Residência BEBERIBE/CE Logradouro RUA SITIO TRACOA
Número Complemento SN Bairro MORRO BRANCO
Fone Móvel (85)9893.66653 Fone Fixo Ponto de Referência

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CB0)
EMPREGADO FORMAL / DO LAR

==[CONTATO/ACOMODAÇÃO]=====

Em caso de urgência avisar AIRTON Acomodação/Leito 226/1
Tipo de Acomodação ENFERMARIA Clínica CLÍNICA CIRÚRGICA Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: maria Data: 20/07/2018 Hora: 19:23:24 Tempo: 00:17:3

==[TERMO DE RESPONSABILIDADE]=====

JOSE AIRTON DE SOUSA BARBOSA, abaixo assinado, responsável pelo paciente LUCIENE LOPES DE SOUSA 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), 20 de julho de 2018

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
201821003274 20/07/2018 19:05 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342
Médico Responsável
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342
Procedimento Solicitado
0408020393 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMER

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
226/1 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
LUCIENE LOPES DE SOUSA BARBOSA FEMININO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
13/11/1973 44 Anos CATÓLICO (A) 2446913 201802570003096

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

Diagnóstico Principal
S423 - FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO
Procedimento Realizado
0408020393 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMER
Data Hora Motivo
25/07/2018 10:52 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente LUCIENE LOPES DE SOUSA 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), 25 de julho de 2018

Responsável/

Representante Legal

X Stephonie Lopes do Nascimento X Stephonie

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)

Responsável

pela Liberação

Rayssa C. Fernandes

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

Rayssa C. Fernandes
Enfermeira
CPF: 442.038



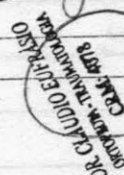
**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro 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: 17/18

Nome do paciente:	Luciene Lopes de Souza		
Nº Prontuário:			
Categoria:			
Clínica:			
Leito:			
Cirurgião:	Dr. Carlos Augusto		
Anestesista:	Dr. Manoel		
Tipo de Anestesia:	Sedação com Nitrito + Arco Reflexo		
1 Auxiliar:	Dr. José Jesus		
2 Auxiliar:			
3 Auxiliar:			
Instrumentadora:	Patrícia Martins		
Circulante:	Cláudia Ribeiro		
Diagnóstico Pré-Operatório:	Fratura de fêmur direito		
Tipo de Operação/ Código:	0508020393		
Diagnóstico Pós-Operatório:	0508060170		
Relatório Imediato do Patologista:			
Exame Radiológico no ato:			
Acidente e Incidentes:			



Contagem de Compressas: 60

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
15:50	16:50	01 h
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: X
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

17 Unice Goss e Joana Bonfim

Joana e Bruna

e Simone PL, etc

e auto ortopedica

definitiva, simulação

e no 12 de 12

17 5527

DR. CLAUDIO EUFRÁSIO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-CE: 4078

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

MODELO 4

SINISTRO 3180537768 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUCIENE LOPES DE SOUSA BARBOSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO LUCIENE LOPES DE SOUSA BARBOSA

CPF/CNPJ: 70358850304

Posição em 07-01-2019 11:55:23

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
05/12/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50