



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MARIA RODRIGUES D SOUSA TEIXEIRA		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: CASADA	Profissão: DO LAR	Carteira de Identidade: 124172386	
CPF: 322.752.503-87	Residência: RUA ROSALVO QUINDERE, 267 AP 03		
Bairro: QUINTINO CUNHA	Cidade FORTALEZA	Estado/UF: CE	CEP: 60351-200

OUTORGADO: Dra. **FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO**, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na **OAB/CE 35.010**, com escritório profissional na Rua Francisco Segundo da Costa nº 107, sala 08, Edson Queiroz, Fortaleza/CE - CEP 60.811-650. contato (085)9.9666-6848, onde receberá as intimações de estilo.

PODERES: Os da Cláusula "AD JUDITIA", para o foro em geral, a fim de que possa defender os interesses e direitos do OUTORGANTE, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o OUTORGANTE seja autora ou reclamante, e defendendo-o quando for réu, interessado ou requerido, podendo fazer acordo, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, fazer notificações e contra-notificações judiciais e extrajudiciais, firmar compromissos, prestar declarações, receber quitação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reserva de poderes, se assim lhe convier, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 15 de maio de 2018

x Maria Rodrigues Teixeira

OUTORGANTE



DECLARAÇÃO

Nome: MARIA RODRIGUES D SOUSA TEIXEIRA		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: CASADA	Profissão: DO LAR	Carteira de Identidade: 124172386	
CPF: 322.752.503-87	Residência: RUA ROSALVO QUINDERE, 267 AP 03		
Bairro: QUINTINO CUNHA	Cidade FORTALEZA	Estado/UF: CE	CEP: 60351-200

em conformidade com o Art. 4º da Lei 1.060 de 05/02/1950 e o Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, **DECLARO SER POBRE DA FORMA DA LEI**, não podendo arcar com taxas, emolumentos, depósitos judiciais, custas, honorários advocatícios ou outras cobranças de qualquer tipo ou natureza sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza / CE, 15 de Maio de 2018..

x Maria Rodrigues Silva

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE URUBURETAMA

FLS. _____

RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 566 - 505 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **25/07/2018 09:04:54**Data / Hora da Ocorrência: **13/10/2017 06:30:00**Endereço da Ocorrência: **RUA F -**

Complemento:

Bairro: **ESTÁDIO**Município: **URUBURETAMA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA**Nascimento: **04/06/1951** CPF:RG : **124172386**Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **JOANA RODRIGUES DE SOUSA****RAIMUNDO RODRIGUES DE SOUSA**Endereço: **RUA RUA DOS LAGEIROS, 24**

Bairro:

Município: **URUBURETAMA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **9969-8916****Histórico**

INFORMA QUE NO LOCAL E HORA ACIMA REFERIDOS SE CONDUZIA COMO GARUPEIRA NA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI, COR VERMELHA, ANO E MODELO 2012, PLACA OIE 6008-CE., CHASSI 9C2KC1670CR617853, LICENCIADA EM NOME DE JOÃO EVANGELISTA FERREIRA DUARTE, CONHECIDO POR MOTA E GENRO DA NOTICIANTE QUE AO CHEGAR DEFRENTE A CASA DA NOTICIANTE O PILOTO DA MOTOCICLETA NAO CONSEGUIU SEGURAR O VEÍCULO E O MESMO VEIO A TOMBAR QUANDO A NOTICIANTE TENTOU SAIR DA MOTOCICLETA E ACABOU CAINDO AO SOLO POR CIMA DO BRAÇO ESQUERDO, TENDO NO MOMENTO SIDO AJUDADA POR MOTA A LEVANTAR E DEVIDO AS FORTES DORES E UM CORTE NO SEIO ESQUERDO SEGUIU PARA A CIDADE DE FORTALEZA A CATA DE ATENDIMENTO MÉDICO NO IJF DE ANTONIO BEZERRA, CONFORME DOCUMENTO DE PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO, CÓPIA ANEXA, SENDO TESTEMUNHA DO ACIDENTE MARIA DAS GRAÇAS SOUSA LIMA, PORTADORA DO rg 20073463196-CR E ZILDA DE MESQUITA UCHOA, RG 20078380787-CE., RESIDENTES NO SÍTIO SÃO ROMÃO - RETIRO -URUBURETAMA E NA TRAVESSA DA FÁBRICA CAJU GOMES, BAIRRO SÃO JOÃO - URUBU

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE URUBURETAMA**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****AIRTON ROCHA DE OLIVEIRA - MAT.: 021722-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****PATRICIA PEREIRA GONÇALVES - MAT.: 30119584**

DELEGACIA MUNICIPAL DE URUBURETAMA

Pág. 1 de 1

Impresso em: 25/07/2018 09:22:55

João Evangelista Ferreira Duarte

Maria das Graças Sousa Lima
Zilda de Mesquita Uchoa

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2009084077 - 6 DATA DE EXPEDIÇÃO 97/05/2015

NOME MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA
FILIAÇÃO RAYMUNDO RODRIGUES DE SOUSA
JOANA RODRIGUES DE SOUSA

MORABETAMA - CE DATA DE VINCULAMENTO 04/06/1991

DOUTORADO EM DIREITO DO GRUPO CEF

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO. 1866 FOLHA. 184 LIVRO. B-20 URBURUBETAMA - CE

RG: AMT: 124172386 P.: 113

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 20/06/83

1 VIA

[illegible]

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE: **MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA**
 SOBRENOME: **JOANA RODRIGUES DE SOUSA**
 ENDEREÇO: **RUA ROSALVO QUINDERÉ 267 AP 03 OLAVO OLIVEIRA**
 CEP: **60.351-200** UF: **CE**

DATA E HORA DO REGISTRO: 13/10/2017 16:40:19

DATA E HORA DO ATO MÉDICO: 13/10/2017 16:40:19

ÁREA DE ATENDIMENTO: **AMARELO**

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO: **LANNAN NHAIVARA TEIXEIRA BRAZ**

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: **QUEDA DE MOTO, APRESENTA DOR EM BRAÇO.**

RELATA QUE SOFREU QUEDA DE MOTO, APRESENTA DOR EM BRAÇO.

SINAIS VITAIS: **PRÉSSÃO ARTERIAL: 120/80 mmHg, FC: 95 bpm, SAT O2: 98%, TEMPERATURA: 36,5°C, PULSO: 95 bpm, GLICÊMIA: 100 mg/dL.**

EXAME FÍSICO: **BOA P.A.T. M.O.S. P.E.G. Q.U.E.D.A. D.E. M.O.T.O.**

DIAGNÓSTICO: **FX M50 D12 @**

EXAME DE LABORATÓRIO: **HC: () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIOS-X**

PRESCRIÇÃO MÉDICA: **APAZAMENTO**

TIPO DE ATUAÇÃO: **INTERNAÇÃO**

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

DATA E HORA DO ATENDIMENTO: **13/10/2017 16:40:22**

IMPRESSO POR: **LANNAN NHAIVARA TEIXEIRA BRAZ**

DECLARO SEREM VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS, SOBRE AS QUAIS ASSUMO TODAS AS RESPONSABILIDADES, SOB PENA DE INCOMETER NAS SANÇÕES PREVISTAS NO ART. 299 DO CÓDIGO PENAL.

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: **Dr. Leandro Rêgo**

COORDENADOR DO SAME - HDEAM: **Marcia Ramos**

ATTESTO QUE É CÓPIA ORIGINAL

12670017887 - 12317103282637

Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES	
HOSPITAL E MATERNIDADE ZILDA ARNS NEUMANN				7 0 4 7 4 2 8	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
HOSPITAL E MATERNIDADE ZILDA ARNS NEUMANN				7 0 4 7 4 2 8	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Maria Rodriguez de Souza Teixeira				59278	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
7 0 2 1 0 6 7 6 0 7 6 9 9 9 6				04/06/1957	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				9 - SEXO	
Joana Rodriguez de Souza				Masc. ☐ Fem. ☒	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				11 - TELEFONE DE CONTATO	
R. Rosário Amindru, 267, 4ºº - Alvo Alveia				15 9 9 8 5 2 3 4 7	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
Ereazaba				15 - UF	
				16 - CEP	
				6 0 3 5 7 2 0 0	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Painéis Vindo com f. Tens. Baixo e. ps. - sujeitos em frotas					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Pressão alta crônica					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Auscult + ex. frotas + hdx					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
F. hipert. arterial (E)					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
S. 82.5					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
0580031000				0903060407	
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO	
				() CNS ☒ CPF	
				29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
				7 1 4 8 5 0 3 1 3 1 2 4	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
				4/10/19	
				32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				 Dr. Felipe Callegari Médico - Tratamento Ortopédico CRM - RJ 1788	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
				41 - CSOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
				49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
() CNS () CPF					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

MS-DATASUS
VERSÃO: 14.40

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
HOSPITAL E MATERNIDADE DRA ZILDA ARNS NEUMANN
ESPELHO DA AIH

59218

PAG.: 1

O.E: M230440001 ESFERA: PÚBLICO APRESENTAÇÃO: 12/2017 DATA: 17/11/2017
Num AIH: 231710328263-7 Situação: DIGITADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 12/2017 Data Autorização: 21/10/2017

Especialidade: 01 - CIRURGICO Orgão Emissor: M230440001 CRC:
Doc autorizador: 210157970340007 Doc med resp: 210157989330001 Doc diretor clínico: 200913803610006 Doc médico solíc: 210157969330001
CNS: 7047428 - HOSPITAL E MATERNIDADE DRA ZILDA ARNS NEUMANN CNS: 70210676076999-6
Paciente: MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA Prontuário: 59218
Data Nasc.: 04/06/1951 Sexo: FEMININO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: Identidade Doc: 20090840776
Responsável pac.: MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA Nome da Mãe: JOANA RODRIGUES DE SOUSA
Endereço: RUA ROSALVO QUINDERE 267 AP 03 Bairro: OLAVO OLIVEIRA Raça/Cor: 04-AMARELA Etnia: 0000-NAO SE APLICA
Município: 230440 - FORTALEZA UF: CE CEP: 60351-200 Telefone: (85)9998-52341 Muda Proc.: NÃO
Procedimento solicitado: 04.08.02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO
Procedimento principal: 04.08.02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO
Diag. principal: S525-FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO Diag. secundário:
Complementar: Causa Óbito:
Carater atendimento: 02 - URGENCIA Modalidade: HOSPITALAR
Data Internação: 21/10/2017 Data saída: 25/10/2017 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01: AIH Anterior: AIH Posterior:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador: . . . / -

Vínculo Previdência:

CNAER: -

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBQ	CNS/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpo	Descrição
1	0408020407	124612930410009	225151(6)	7047428	7047428	1	10/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408020407	124612930410009	225151(6)	7047428	7047428	1	10/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0802010040	980016000954102	223605	7047428	7047428	4	10/2017	CONSULTA/AVULSA EM PACIENTE INTERNADO
4	0802010040	980016000954102	223605	7047428	7047428	4	10/2017	DIARIA DE ACOMPANHANTE DE IDOSOS C/
5	0302040021	980016000954102	223605	7047428	7047428	2	10/2017	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM
6	0302040021	980016000954102	223605	7047428	7047428	2	10/2017	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE

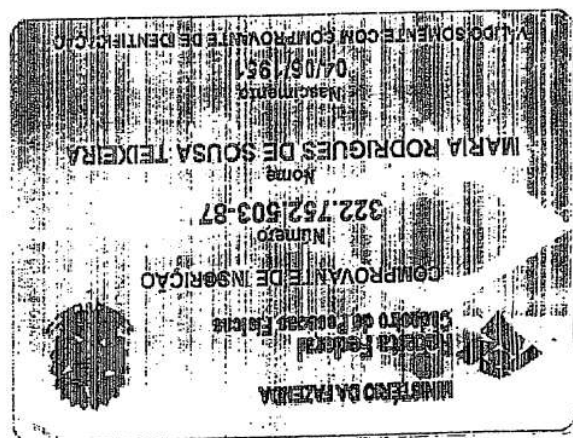
CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V289	ADQUIRIDO	MOTOCICLISTA TRAUM. EM ACIDENTE DE TRANSPORTE SEM COLISAO - MOTOCICLISTA ESPEC TRAUM EM ACID TRANSITO
Número de Nascidos		
Vivos:		
Mortos:		
Altas:		
Transf.:		
Óbitos:		
Número de Saídas		
Nº Pré-Natal:		

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

[Assinatura]
MARCIA RODRIGUES DE SOUSA
Diretora do Hospital
17/11/2017



fls. 15

SINISTRO 3180396499 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV
Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE
BENEFICIÁRIO MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA
CPF/CNPJ: 32275250387

Posição em 17-12-2018 14:46:17

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
30/10/2018		R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50