



CAROLINA FREITAS
ADVOCÁCIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Francisco Fernandes Torres Junior</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>autônomo</u>	Nacionalidade: <u>brasileiro</u>
RG: <u>2003021004612</u>	CPF: <u>018.270.633-86</u>	
Endereço: <u>Rua: PV Olívia S/Nº</u>		CEP: <u>62.795-000</u>
Cidade: <u>Bonfim-CE</u>		

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 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 intimações para audiência e perícias médicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 04 de maio de 2019.

FRANCISCO FERNANDES TORRES JUNIOR
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Francisco Fernandes Torres Junior, residente e
 domiciliado na Rua PV Olívia, nº SINº,
 bairro: -, na cidade de Buriti, portador(a) do
 RG nº 2003021004612, inscrito(a) no CPF nº 018.270.633-86,
 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, 07 de maio de 20 19.

FRANCISCO FERNANDES TORRES JUNIOR

DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a)
Sr(a) Francisco Fernandes Torres Junior 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, 07 de maio 2019

* FRANCISCO FERNANDES TORRES JUNIOR

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Fernandes Torres Junior, brasileiro(a), solteiro, autônomo, portador(a) de cédula de identidade nº 2003021004612, inscrito(a) no CPF sob o nº 018.270.633.86, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Rua: PV Oliveira, nº 511, Bairro -, CEP: - /CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 07 de maio 2019.

Francisco Fernandes Torres Junior

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 MUNICIPAL DE BARREIRA



Impresso nº 201935482

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 422 - 41 / 2019

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **15/01/2019 13:33:09**Data / Hora da Ocorrência: **09/09/2017 15:50:00**Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 354**

Complemento:

Bairro:

Município: **BARREIRA/CE**Ponto de Referência: **CERAMICA****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **FRANCISCO FERNANDES TORRES JÚNIOR**Nascimento: **14/12/1984** CPF:RG: **2003021004612** Orgão Emissor: **SSPDS**UF: **CE**Filiação: **MARIA JOSÉ DA SILVA TORRES****FRANCISCO FERNANDES TORRES**Endereço: **SITIO OLARIA I**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **BARREIRA/CE**CEP: **62.795-000**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 99403-4329****Noticiante(s)**Nome: **ANTONIO DIAS DE LIMA**Nascimento: **25/09/1986** CPF:CNH: **07018650104** Orgão Emissor: **DETRAN**

UF:

Filiação: **MARIA DE LIMA DIAS****FRANCISCO DE ASSIS DE LIMA**Endereço: **SITIO MEARIM I**Bairro: **MEARIM I**CEP: **62.795-000**Município: **BARREIRA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 99283-4428****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **NUU8871** Uf: **CE** Município: **BARREIRA** Chassi:**9C2JC4110AR024367** Renavam: **199057354** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** AnoFabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor:**PRETA** Proprietário: **ANTONIO DIAS DE LIMA** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

o noticiante declara que final de semana trabalha como mototaxista na sua motocicleta de placa NUU8871 e que o senhor FRANCISCO FERNANDES TORRES JUNIOR, solicitou seus serviços e que quando eles seguiam na CE-354 quando outro motociclista não identificado que vinha no sentido contrário ao desviar de uma cratera na rodovia colidiu de frente com o noticiante e ambos caíram da moto, sendo que somente o garupeiro saiu lesionado com fratura no braço esquerdo e uma forte pancada na cabeça. Afirma que de imediato ligou para o hospital solicitando a ambulância que

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARREIRA

Consolidado em: 15/01/2019 14:27:10

LÍDIA CORRETORA DE TEXTO

17 JAN. 2019

Pag. 1 de 2

Impresso em: 15/01/2019 14:27:25



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARREIRA

fls. 20

FLS.

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

Impresso nº 201935482

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 422 - 41 / 2019

levou a vítima ate o hospital municipal de Barreira onde recebeu o primeiro atendimento médico e depois encaminhado para o Instituto José Frota (IJF).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARREIRA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Patosa

13-326-J-g

"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

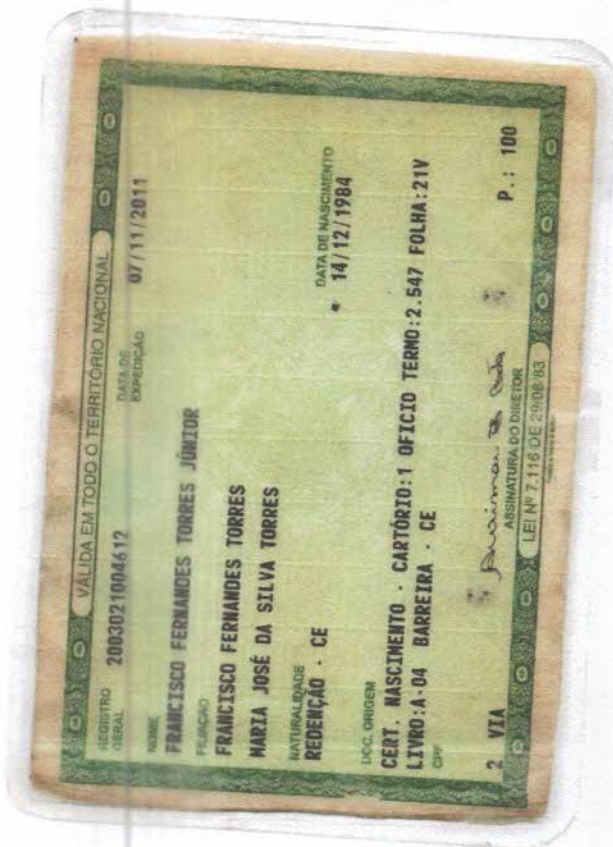
x Antonio dos Reis Lima

VISTO DO DELEGADO(A) :

NÁRIO RENAN DE MACEDO FREIRE PEIXOTO - MAT.: 30122550

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARREIRA

17 JAN. 2019



Nº DO CLIENTE
7662918

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

enel

fls. 22

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

08 27120 58 003000 - 6

549295509

Data de Emissão 12/11/2018

Rota

FRANCISCO FERNANDES TORRES

Nome

PV OLARIA 00000

End. Postal

DISTRITO SEDE - BARREIRA - 62795000

Medidor 23004495

Posto 0000 0000

Classe

B2 - 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ

010819603-88

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência

NOV/2018

Data da Apresentação

12/11/2018

Previsão Positiva

15/12/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto

Set/2018

EUSD 46,24

Mês

DICRI = 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Alíquota

Valor do Imposto

Padrão Individual

Apuração Individual

Base de Cálculo (R\$)

Alíquota

Valor do Imposto

Padrão Individual

Apuração Individual

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

437F.C4EC.C2B7.9C4D.D524.6769.C752.DAB5

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
24181	23886	1,00	295	0,00	295	0,40347	119,02
12/11/18	11/10/18		32 DIAS		295		119,02

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES

VALOR (R\$)

119,02

MULTA MORATORIA REF 10/2018

2,25

JUROS DO MES

0,67

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 10,97)

VENCIMENTO 20/11/2018

TOTAL PAGAR (R\$)

121,94

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	61,25
Transmissão	6,53
Distribuição	34,89
Encargos Setoriais	9,35
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	7,00
TOTAL	119,02

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

248	295	262	276	251	219	259	236	266	233	214	225	240
Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Ma	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

115,17

Compensado kg (CO₂)

0,00

Consciência Ecológica (%CO₂)

0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor

Da dengue, zika e chikungunya: Ministério da saúde, Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 7,00 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1,05% e COFINS:4,84%

(Art. 9 R\$3.100/2006 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03)

Bandeira amarela em nov-18 com custo de 1,00 real a cada 100kWh(quilowatt-hora).

Informacoes: www.aneel.gov.br

SECRETARIA DE SEG. LTU

17 JAN. 2019

endereço da vítima

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 09/05/2019 às 10:05, sob o número 01311803620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0131180-36.2019.8.06.0001 e código 4841ECF.



HOSPITAL DE BARREIRA

SOCIEDADE BENEFICENTE DE BARREIRA

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 09.09.17 HORÁRIO: 16:15 Nº: 21

1) IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Francisco Fernandes Torres Junior
 ENDEREÇO: Oliveira I IDADE: 32
 ESTADO CIVIL: Solteiro SEXO: M () F

2) QUEIXA PRINCIPAL:

Acidente de moto.

3) HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente, 32 anos, vítima de
acidente de trânsito.
Apresenta fratura de

4) EXAME FÍSICO:

Amers E. Paciente em braga.
Agitado. Lesão no couro cabeludo.
Pulso: 120 S.O₂: 99%.

SINAIS VITAIS: P.A.: X mmHg; GLICEMIA: mg/Dl

TEMP: °C PESO: kg

5) PRESCRIÇÃO/CONDUTA:

Pulso: 120 S.O₂: 99

Anna Carla
 Assinatura do Paciente/Responsável

Dr. Leomar Peixoto
 Médico
 CRM/CE-10627
 Assinatura do Médico/CRM

L BIA CORRETO 23 DE SEG. LTDA.

17 JAN. 2019

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
201721002460 10/09/2017 18:17 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
0408020334 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DA EXTREMIDADE PROX

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
223/2 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
FRANCISCO FERNANDES TORRES JUNIOR MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
14/12/1984 32 Anos NÃO INFORMADO 2426648 201202570003026

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

Diagnóstico Principal
S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO
Procedimento Realizado
0408020334 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DA EXTREMIDADE PROX
Data Hora Motivo
14/09/2017 11:21 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente FRANCISCO FERNANDES TORRES JUNIOR, 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), 14 de setembro de 2017

Responsável/ *Raysa Cavalcante da Silva Almeida* X *Carla*
Representante Legal Nome Legível Assinatura

Enfermeira(o) *Rayssa C. Fernandes*
Responsável Nome Legível Assinatura/Carimbo
pela Liberação

17 JAN. 2019

Usuário responsável: rayssa.cavalcante Data: 14/09/2017 Hora: 11:21:50

FICHA DE INTERNAÇÃO

==[ADMISSÃO]==

Número 201721002460 Data 10/09/2017 Hora 18:17 Convênio PRAXIS Classificação SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento ELETIVO SISREG AIH

Origem do Paciente
IJF

Clínica/Especialidade
CLÍNICA CIRÚRGICA/GERAL

Médico Solicitante

Médico Responsável

5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO

5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO

Procedimento Solicitado

0408020334 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DA EXTREMIDADE

Dias
4

==[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome

FRANCISCO FERNANDES TORRES JUNIOR

Sexo

MASCULINO

Nascimento Idade Raça/Cor

14/12/1984 32 Anos PARDA

Estado Civil

SOLTEIRO(A)

Religião

NÃO INFORMADO

Mãe

Pai

FRANCISCO FERNANDES TORRES

MARIA JOSE DA SILVA TORRES

Conjuge

Responsável

ANTONIO JOSE SILVA TORRES

Prontuário

2426648

CNS

Registro

Documento Informado

898002874716199

201202570003026

RG: 2003021004312 Emissão: 07/11/2011

País

Município de Naturalidade

CEP

BRASIL

REDENCAO/CE

61911-060

Município de Residência

MARACANAU/CE

Logradouro

RUA CENTO E QUINZE

Número Complemento

110

Bairro

TIMBO

Fone Móvel

Fone Fixo

Ponto de Referência

(85)9859.12260 (85)3382.2243

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)

AUTÔNOMO / TRABALHADOR VOLANTE DA AGRICULTURA

==[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==

Em caso de urgência avisar

ANTONIO JOSE

Acomodação/Leito

223/2

Tipo de Acomodação

ENFERMARIA

Clínica

CLÍNICA CIRÚRGICA

Posto de Enfermagem

POSTO DE ENFERMAGEM 03

Atendente: helenia

Data: 10/09/2017 Hora: 18:22:23 Tempo: 00:05:01

==[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

ANTONIO JOSE SILVA TORRES, abaixo assinado, responsável pelo paciente FRANCISCO FERNANDES TORRES JUNIOR, 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), 10 de setembro de 2017

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

FORTALEZA DE SEC. LIDA.

17 JAN. 2019

Antonio Jose Silva Torres



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



Fortaleza 2

fls. 26

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: **FRANCISCO FERNANDES TORRES JUNIOR**

6 - Nº PRONTUÁRIO:

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA NASCIMENTO:

14/12/1984

- SEXO:

☐ Masc ☐ Fem

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE:

MARIA JOSE DA SILVA TORRES

12 - TELEFONE DE CONTATO:

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

NI

14 - TELEFONE DE CONTATO:

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO)

HOLARIA I, S/N ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

BARREIRA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:
CE

19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM **FRATURA DE UMERO**. NECESSITANDO TRATAMENTO CIRURGICO DEFINITIVO.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

FRATURA DE UMERO

24 - CID 10 PRINCIPAL:

25 - CID10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

TTO CIRURGICO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

0408020334

29 - CLÍNICA:

TRAUMA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

EMERGENCIA

31 - DOCUMENTO:

() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

34 - DATA SOLICITAÇÃO:

10/09/2016

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGU RADORA:

40 - Nº DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ DA EMPRESA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - CÓD. ÓRGÃO 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

17 JAN. 2019

Dr. Félix Campos de Barros
Médico
CREMEC - 5024

O.E.: M230440001

ESFERA : PRIVADO

INSTITUTO PRAXIS
ESPELHO DA AIH

APRESENTAÇÃO: 11 / 2017

PAG.:

DATA: 07/11/2017

Num AIH : 231710302414-8

Situação : APURADA

Tipo : 01-INICIAL

Apresentação : 11/2017

Data Autorização: 10 / 09 / 2017

Especialidade : 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor : M230440001

CRC:

Doc autorizador : 980016293908789

Doc med resp : 210158059320008

Doc diretor clínico : 210158059320008

Doc médico solíc : 182215039540018

CNES : 3969800 - INSTITUTO PRAXIS

CNS : 70680479377892-1

Paciente : FRANCISCO FERNANDES TORRES JUNIOR

Prontuário : 24226648

Data Nasc. : 14 / 12 / 1984

Sexo : MASCULINO

Nacionalidade : 010 - BRASIL

Tipo Doc. : Identidade

Doc : 2003021004312

Responsável pac. : FRANCISCO FERNANDES TORRES JUNIOR

Nome da Mãe : MARIA JOSE DA SILVA TORRES

Endereço : RUA RUA CENTO E QUIZE 110 Bairro: TIMBO

Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Município : 230765 - MARACANAÚ

UF : CE CEP : 61911-060

Telefone : (85)9859-12260

Muda Proc. ? : SIM

Procedimento solicitado : 04.08.02.033-4 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERU

Procedimento principal : 04.08.02.039-3 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERU

Diag. principal : S423-FRATURA DA DIAFISE DO UMERU

Complementar :

Diag. secundário :

Carater atendimento : 02 - URGENCIA

Causa Obito :

Data internação : 10 / 09 / 2017

Data saída : 14 / 09 / 2017

Mot saída : 14 - ALTA A PEDIDO

Modalidade : HOSPITALAR

Liberação SISAIH01 :

AIH Anterior : -

AIH Posterior : -

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador : - / -

Vínculo Previdência :

CNAER : -

CBOR : -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0408020393	182215039540018	225270(1)		3969800	1	09/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408020393	210157919150018	225151(6)		3969800	1	09/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0702030910			15383215000106	3969800	1	09/2017	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM
4	0802010016			3969800	3969800	4	09/2017	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
5	0204040051			3969800	3969800	1	09/2017	RADIOGRAFIA DE BRACO

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	1374	15.383.215/0001-06				

VALORES DA PRÉVIA

		Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
		Direto		Direto		Rateado		
		Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
04.08.02-MEMBROS SUPERIORES		242,51		36,73		85,71		364,95
07.02.03-OPM EM ORTOPEDIA		296,13						296,13
08.02.01-DIARIAS		32,00						32,00
Total Geral:		570,64		36,73		85,71		693,08
CID SECUNDÁRIO								

CID SECUNDÁRIO

Cid Característica
V289 PREEXISTENTE

Descrição

MOTOCICLISTA TRAUM. EM ACIDENTE DE TRANSPORTE SEM COLISAO - MOTOCICLISTA ESPEC TRAUM EM ACID TRANSITO

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos : Mortos :

Altas :

Transf.:

Óbitos :

"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

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

17 JAN. 2019



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

fls. 28

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 13/01/17

Nome do paciente: FRANCISCO FERNANDES TORRES JUNIOR	
Nº Prontuário: 2426648	Categoria:
Clínica: CIRURGIA / TRAUMATOLOGIA	Leito:
Cirurgião: DR. VALTEIR NO	
Anestesista: DR. MAGALY	
Tipo de Anestesia: BLOCAGEM + SEDACAO	
1 Auxiliar: DR. NEAS	
2 Auxiliar:	
3 Auxiliar:	
Instrumentadora: BIANCA	
Circulante: ROSMEO	
Diagnóstico Pré-Operatório: Intusum F	
Tipo de Operação/ Código: 0408050393	
Diagnóstico Pós-Operatório: Intusum F	
Relatório Imediato do Patologista:	
Exame Radiológico no ato:	
Acidente e Incidentes:	
Contagem de Compressas:	

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração do Cirurgia
12:00	14:00	02h
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
12:00	14:00	02h
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA: 0
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Carolina Freitas Santiago
Enfermeira
COREN 340.709

Assinatura da Enfermeira(o)

Marcelo Magaly Marques Dantas
CRM 2021
Assinatura Anestesista

INSTITUTO DE SEG. LTDA.
MODELO 8.0
17 JAN. 2017

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 09/05/2019 às 10:05, sob o número 01311803620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0131180-36.2019.8.06.0001 e código 4841ECF.



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Fuamio Fernandes Távora
pinto
mundo pinto.

Atento por o parente
aviso foi recebido
a cirurgia por Fre-
tado em Sucesso
esperto.

03 Fretado - m
nito obfeto

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. Cep: 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 328.2555
www.hospitalfernandes-tavora.com.br
E-mail: hospitalfernandes-tavora@gmail.com

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

17 JAN. 2019

ASS: _____

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, Francisco Fernandes Torres Junior, nascido 14/12/1984, portador do RG. 2003021004612 SSP-CE, CPF: 018.270.633-86, filho de Francisco Fernandes Torres e Maria Jose da Silva Torres, foi atendido nesta unidade no dia 09/09/2017, pelo médico plantonista, Dr. Leomar Peixoto CRM-CE 10627, foi atendido com trauma com fratura de Úmero esquerdo e corte no couro cabeludo, o paciente foi transferido para hospital de referência, conforme registro de atendimento.

Barreira- CE, 15 de janeiro de 2019


Maria Eleni de Lima
Gerente Administrativa

Rua Boanerges Jacó, 0011, centro, Barreira – CE
CEP: 62795-000; contato: (85) 3331 1513
e-mail: hospitaldebarreira@hotmail.com

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

17 JAN. 2019

SINISTRO 3190041380 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO FERNANDES TORRES JUNIOR

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO FRANCISCO FERNANDES TORRES JUNIOR

CPF/CNPJ: 01827063386

Posição em 02-05-2019 16:08:43

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
15/03/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50