



Mônica Almeida

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: Raimundo Junior Alves da Cruz brasileiro(a),
estado civil SOLTEIRO, profissão DESEMPREGADO inscrito(a) sob o CPF nº _____
e RG nº _____, residente
e domiciliado na Rua _____, nº _____,
Bairro _____, na cidade de _____, telefone _____
abaixo firmado, nomeia e constitui o seu bastante procurador judicial:

OUTORGADO: MÔNICA ALMEIDA DA SILVA, brasileira, divorciada, advogada devidamente inscrito na OAB-CE sob os números 25.813, com endereço profissional, para onde deverão ser encaminhadas às intimações e notificações, Rua 24 de Maio, nº 220, Bairro Centro, Fortaleza-Ceará, telefones: (85) 98834.5308 - 99737.8888.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante acima qualificado nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado também supra qualificado, ao qual concede procuração para o foro em geral, com os poderes das cláusulas "ad judicium e et extra judicium", para sua representação e defesa, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, nos termos do artigo 5º, parágrafo 2º da Lei n.º 8.906/94, podendo portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado(a) acima descrito, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, renunciar o direito em que se funda a ação, firmar compromissos e acordos, ratificar em Juízo, receber, dar quitação, receber alvará judicial, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica requerer falência ou concordata, podendo, ainda, o outorgado, substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

Fortaleza (CE), _____ de _____ de 201_____.

Raimundo Junior Alves da Cruz

OUTORGANTE

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

3180005296

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5973 / 2017****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **27/11/2017 08:09:40**Data / Hora da Ocorrência: **20/08/2017 12:20:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DOM MANOEL**

Complemento:

Bairro: **PRAIA DE IRACEMA**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **PROXIMO AO DRAGÃO DO MAR****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **RAIMUNDO JUNIOR ALVES DA CRUZ**Nascimento: **19/01/1986** CPF: **018.395.563-31**CNH: **04442372106** Orgão Emissor: **DETRAN**UF: **CE**Filiação: **MARIA DAS DORES ALVES DA CRUZ****RAIMUNDO COELHO DA CRUZ**Endereço: **AVENIDA 2 DE MAIO, 1581 ALTOS**Bairro: **PASSARE**Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98914-8250****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **OCP4979** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2KC1670CR441607** Renavam: **403245133** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** AnoFabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**Cor: **PRETA** Proprietário: **RAIMUNDO JUNIOR ALVES DA CRUZ**Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

O DECLARANTE AFIRMA QUE NO LOCAL, HORARIO E DATA ACIMA MENCIONADOS TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN DE PLACA OCP-4979-CE, DE SUA PROPRIEDADE E QUANDO VINHA NA AV. DOM MANOEL SENTIDO SERTÃO/PRAIA UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO FEZ UMA ULTRAPASSAGEM, "FECHANDO SUA VIA", MOMENTO EM QUE O GUIDON DA MOTOCICLETA "BATEU" NA LATERAL DO REFERIDO VEICULO; QUE SE DESEQUILIBROU E CAIU; QUE FICOU LESIONADO E FOI SOCORRIDO POR MEIOS PROPRIOS PARA O HOSPITAL FROTINHA DE MESSEJANA, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO. E NADA MAIS DISSE////

OBS: A FALSA COMUNICAÇÃO É PREVISTA NO ART. 340 DO CPB E O PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO É DE SEIS MESES A PARTIR DA DATA DO FATO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****MARIA GORETE TOMAZ VIANA - MAT.: 133917-1-8****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**
VISTO DO DELEGADO(A) :

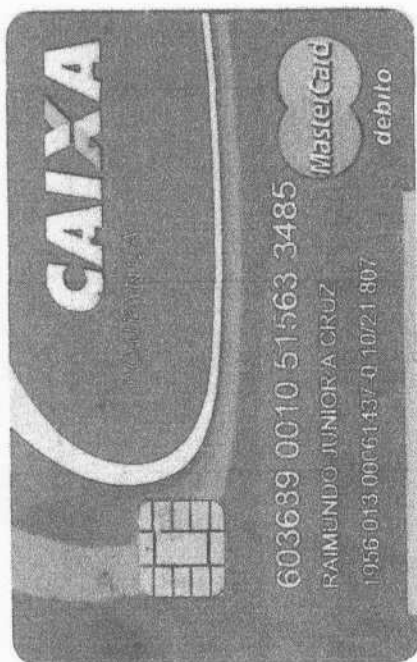
**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5973 / 2017****DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
FUNDO HABITACIONAL DE HABITAÇÃO

RAIMUNDO JUNIOR ALVES DA CRUZ

CPF 2003005213520 SSP CE

CPF 018.395.563-31 DATA NASCIMENTO 19/01/1986

RAIMUNDO CORLEO DA CRUZ
MARIA DAS DORES ALVES DA CRUZ

RAIMUNDO JUNIOR ALVES DA CRUZ

CPF 033 42372108

DATA 07/12/2015

DATA 28/08/2008

EXERCE ATIV. REMUNERADA:

Raimundo Junior Alves da Cruz

LOCAL FORTALEZA, CE

DATA 07/12/2015

19810458605
01151027412

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO

1226552892

1226552892

PROTEÇÃO PLÁSTICA



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE RAIMUNDO JUNIOR ALVES DA CRUZ		DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 5076824	Nº DO BE 224318
CADOSUS		NASCIMENTO 19/01/1986(31 ANOS)	SEXO M	RAÇA/COR PARDO	
NOME MÃE MARIA DAS DORES ALVES DA CRUZ		NOME RESPONSÁVEL NI			
ENDEREÇO RUA J 1041 JARDIM UNIAO PASSARÉ		MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE		
CONTATO		CEP 60.867-350			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE					
OCORRÊNCIA					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
QUEIXA DOR NO MIE		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO		ESCALA DE DOR 8 (ADULTO)	
SINTOMAS NI					
SINAIS VITAIS					
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLUCEMIA NI	
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS BENZETACIL	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO GREYCE MARIA CARVALHO PONTES		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 20/08/2017 13:47:56	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO					
ÁREA DE ATENDIMENTO					
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA					
ATENDIMENTO MÉDICO					
NESE					
<i>Cit. dor em miedy pós queda de moto - SFC</i> <i>na salturadora Hto ca suador.</i>					
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO		CID	
SADY SOLICITADO: ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIO-X		<i>Artro E/AP</i>		<i>OUTROS</i>	
PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
<i>Curativo</i>		<i>Heim em Hto</i>		<i>Torçao E/AP</i>	
<i>303090200</i>		<i>Dr. João Manoel</i>		<i>Ortopedia e Traumatologia</i>	
<i>CREMEC 12218 / TEST 1340</i>					
TIPO DE ALTA/SAÍDA					
☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS					
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO					

Impresso por GREYCE MARIA CARVALHO PONTES em 20/08/2017 13:47:56

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 Penal.

Raimundo Junior Alves da Cruz
RAIMUNDO JUNIOR ALVES DA CRUZ

Dr. João Manoel
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 12218 / TEST 1340

CONFERE COM ORIGINAL
20/11/2017

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

R. Jornalista Tereza Cristina, 1578
Meiojardim - CEP 60.000-140

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 26/01/2018 às 18:47, sob o número 01059736920188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0105973-69.2018.8.06.0001 e código 32E5F50B.

Ortopedia
L-132

J. Joubert + J. Be.

Atendimento 4588131	Reserva/Guia *12730026650*
------------------------	-------------------------------

Sexo: M	Est. Civil: Solteiro	Di Nasc.: 19/01/1986	Idade: 31	Telefone: 95989148250	R.G.: 2033005213520	Código CNS: 70100482643888
---------	----------------------	----------------------	-----------	-----------------------	---------------------	----------------------------

Num. Complemento: 1081	Cidade: FORTALEZA	UF: CE
------------------------	-------------------	--------

Endereço: DOIS DE MAIO	Cidade: FORTALEZA	Cep: 60661490	Telefone: 85989148250
------------------------	-------------------	---------------	-----------------------

Profissão:	Num. 158:
------------	-----------

Origem: ELETIVA	Num. 158:
-----------------	-----------

Médico Acompanhante: JOAO BOSCO SALES NOG [CRM: 10639] [CPF: 63082900330]	Cid: M238
---	-----------

OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS	OUTR TRANST INTERNOS DO JOELHO
--	--------------------------------

Convênio: 50	Origem: ELETIVA
--------------	-----------------

Posto: POSTO 5 - ORTOPEDIA	Enfermaria: PORT 51 - ENFERMARIA 21	Leito: 132 - L-132
----------------------------	-------------------------------------	--------------------

Data alta: 23/10/2017	Data máx. para alta: 27/10/2017	Atendente: TATIANE OLIVEIRA DE SOUSA
-----------------------	---------------------------------	--------------------------------------

Sim? []	Não? []	Data admissão: 23/10/2017	Data alta: 25, 10, 17
----------	----------	---------------------------	-----------------------

Sim? []	Não? []	Hora admissão: 16:30	Hora alta: 10:30 h
----------	----------	----------------------	--------------------

Durado: []	Melhorado: [X]	Inalterado: []	Clinica: Médica: []
-------------	----------------	-----------------	----------------------

Indo: []	A pedido: []	Indisciplina: []	Cirúrgica: []
-----------	---------------	-------------------	----------------

Referido: []	Falecimento: []	Evasão: []	Obstétrica: []
---------------	------------------	-------------	-----------------

Cid: M238

Cid: M238

Cid: M238

Cid: M238

Cid: M238

Cid: M238

Cid: M238

Cid: M238

Cid: M238

Cid: M238

Cid: M238

Cid: M238

Cid: M238

Cid: M238

Grade: 11/17
Lat: 243



IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|--|---|
| ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | ☐ USO DE PRÓTESE, ÓRTESE |
| ☐ DIÁRIA DE UTI | ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO |
| ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE | ☐ USO DE OXIGENADORES |
| ☐ VACINA ANTI RH | ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL |
| ☐ | ☐ |

HOSPITAL Santa Casa CNPJ _____
PACIENTE Raimundo Junior Alves da Silva Nº AIH _____
PROCEDIMENTO ANTERIOR _____ PROCEDIMENTO SOLICITADO _____
MÉDICO SOLICITANTE João Bosco CRM _____ CPF _____

JUSTIFICATIVA:

- 1 ponteira de shaver de partes moles
- 1 radiofrequência
- 2 parafusos de interferência de titânio
- 1 agrafe para ligamento
- 1 bomba infusão

Compatível:

0408050179 - 0408060719 - 1
0408050179 - 0102030716 - 2

AUTORIZADO
05/10/17
Iris Nogueira
Gerente Financeira
SANTA CASA DE FORTALEZA

Dr. João Bosco S. Nogueira
Cirurgia de Joelho
CRM 10699 TEOT 12305

DATA: 1 / 1 / 1

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

Não compatível:

AUDITOR:
Ponteira de shaver de partes moles
Radiofrequência
Agrafe para ligamento
Bomba infusão

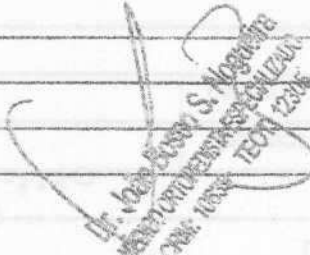
Material não compa-
tível, porém coberto
pelo convênio HGF.

04/10/17

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

1. Paciente em DDH sob raquianestesia
2. Assepssia e Antissepsia
3. Campeamento estéril
4. Insufiação de Manguito Pneumático em 280 mmHG
5. Acesso ântero-medial à perna
6. Identificação e individualização dos tendões Semi-tendíneo e grácil
7. Retirada dos tendões supracitados e confecção de enxerto quádruplo
8. Artroscopia com visualização de:
 - lesões do LCA
 - lesões do menisco medial
 - lesões do LCL
 - lesões capsulares menis - ML
9. Procederam-se aos seguintes reparos:
 - Rep. do LCA
 - Sutura do ML
 - Reparo capsular lateral.
10. Fresagem de túnel femoral e tibial em posição anatômica
11. Transposição dos tendões semitendíneo e grácil com fixação aos túneis por parafusos de interferência (2)
12. Fixação suplementar à tibia com agrafe
13. Aposição de dreno portovac 3.2mm
14. Síntese por planos
15. Curativo estéril
16. Envio à SRA

2


 Dr. Ivan Estevão S. Nogueira
 CRM: 10336 - RQE 12306

Assinatura do Cirurgião (Carimbo)



INFORMAÇÕES DO EMITENTE:

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DA
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA
ENDEREÇO: RUA BARÃO DO RIO BRANCO, 20
CENTRO, FORTALEZA - CEARÁ 60025-060
FONE: 85 - 3455- 9100

Paciente: *Raimundo Junior Alves
da Cruz*

ATESTADO MÉDICO

Atestamos para devidos fins que o(a) paciente submeteu-se a
cirurgia ortopédica e necessita de afastamento de suas atividades
laborativas por 90 dias.

CID: S83.5 / M23

24.10.17

Dr. João Bosco S. Nogueira
MÉDICO ORTOPEDISTA ESPECIALIZADO
CRM: 10639 TEOT: 12305

Imagem para Todos
Diagnóstico por imagem
Laboratório de Análise Clínica

PACIENTE: RAIMUNDO JUNIOR ALVES DA CRUZ

ATEND. 16386

SOLICITANTE: FELIPE SALES

DATA: 28/08/2017

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

LAUDO

COMENTÁRIOS:

Presença de fratura no aspecto posterior do platô tibial lateral, sem desvio dos fragmentos. Associa-se acentuado edema ósseo na região proximal da tibia e também da cabeça da fíbula.

Cartilagem de revestimento da patela exibindo intensidade de sinal heterogêneo, sem delimitação de erosões, compatível com condropatia grau I.

Demais cartilagens articulares com morfologia e sinal preservados.

Ruptura completa do ligamento cruzado anterior.

Sinais de estiramento do ligamento colateral lateral e da cápsula articular na região do canto pósterolateral.

Ligamentos cruzado posterior e colateral medial íntegros.

Ruptura vertical do corno posterior do menisco medial.

Irregularidade na borda livre do corno posterior do menisco lateral, sugestivo de ruptura.

Derrame articular de grande volume.

Tendões de morfologia e intensidade de sinal preservados.

Presença de cisto de Baker, com sinais de ruptura associada.

Imagem para Todos
Diagnóstico por imagem
Laboratório de Análise Clínica

PACIENTE: RAIMUNDO JUNIOR ALVES DA CRUZ

ATEND. 16386

SOLICITANTE: FELIPE SALES

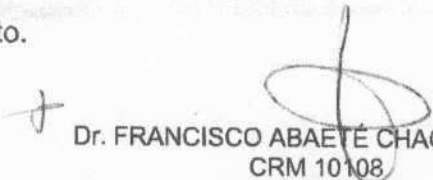
DATA: 28/08/2017

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

LAUDO

CONCLUSÃO:

- Ruptura completa do ligamento cruzado anterior e estiramento do ligamento colateral lateral e da cápsula articular no canto póstero-lateral.
- Ruptura vertical do corno posterior do menisco medial e sinais sugestivos de pequena ruptura na borda livre do corno posterior do menisco lateral.
- Derrame articular de grande volume.
- Fratura no aspecto posterior do platô tibial lateral.
- Sinais de cisto de Baker rôto.


Dr. FRANCISCO ABAETE CHAGAS NETO
CRM 10108

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia
Doutorado em Ciências Médica pela Universidade de São Paulo
International Fellowship Massachusetts General Hospital - Harvard Medical School

Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Procedimentos Específicos (Cirurgias e Procedimentos Invasivos)

Autorizo a realização do seguinte Procedimento (s) e/ou Cirurgia (s):

1. ARTROSCOPIA COM RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR.

Indicado pelo medico Dr. JOÃO BOSCO SALES NOGUEIRA, que assina este termo.

1. Tive acesso as informações relativas ao meu procedimento cirúrgico, no que se refere ao tipo de procedimento a ser realizado, a estratégia de reabilitação pós-operatória, as órteses que poderão ser utilizadas durante a reabilitação, aos medicamentos e aos custos que possam estar relacionados aos mesmos.
2. A proposta de procedimento, cirurgia, tratamento ou exame a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram claramente explicadas. Tive a oportunidade de perguntar e esclarecer minhas duvidas. Tais perguntas foram respondidas de forma satisfatória e minhas duvidas esclarecidas. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Descrição de riscos: infecção, necessidade de nova cirurgia, lesão nervosa com perda de sensibilidade e movimentos do membro, formação de trombos.

3. Autorizo qualquer outro procedimento, cirurgia, tratamento ou exames que sejam necessários em decorrência de situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
4. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido(s) durante o procedimento realizado seja encaminhado para exames complementares, quando necessários para esclarecimento diagnostico e implicações terapêuticas.
5. **Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos**

☐ Paciente ☐ Responsável

Nome legítimo: **Raimundo Júnior Alvez da Cruz**

X Raimundo Júnior Alvez da Cruz

Grau de Parentesco: _____ Identidade: _____

6. ☐ **Declaro que NÃO autorizo o procedimento(s) proposto(s), estando ciente dos riscos de minha decisão.**

_____/_____/_____
data hora

assinatura

DEVE SER PREENCHIDO PELO MEDICO

Expliquei de forma clara, objetiva e compreensível todo o procedimento, cirurgia, tratamento ou exame a que o (a) paciente acima referido esta sujeito, ao próprio paciente e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, tendo respondido as perguntas que me foram formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável esta em condições de compreender o que lhes foi informado.

JOÃO BOSCO SALES NOGUEIRA

João Bosco Sales Nogueira
Cirurgião de Membro
CRM 105973-69

Nº AIH: 2317103191337 Situação: Tipo: 1 Inicial Apresentação: 01/12/2017 Data Autorização: 23/10/2017
 Modalidade: 01 CIRURGICO Órgão Emissor: Enfermaria: P241 Leito: 132
 Autorizador: 9144587368 Doc mes resp: 10129847372 Doc diretor clínico: Doc médico solíc: 63082900330
 S: 2651394 SANTA CASA DE MISERICORDIA FORTALEZA CNS: 701004828436998
 Nome: RAIMUNDO JUNIOR ALVES DA CRUZ Prontuário: 1126227
 Nasc.: 19/01/1986 Sexo: M Nacionalidade: 01(BRASIL Tipo Doc.: Nº RG Documento: 20030052135
 Responsável pac: RAIMUNDO JUNIOR ALVES DA CRUZ Nome da mãe: MARIA DAS DORES ALVES DA CRUZ
 Endereço: AV DOIS DE MAIO Nº: 1581 Complemento:
 Município: FORTALEZA UF: CE CEP: 60861500 Raça: 03 Telefone: Muda proc?
 Procedimento Solicitado: 0415020034 OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS
 Procedimento Principal: 0415020034 OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS
 Diagnóstico Principal: M238 OUTROS TRANSTORNOS INTERNOS DO JOELHO Diagnóstico Secundário:
 Causa óbito:
 Tipo atendimento: 01 ELETIVO Modalidade:
 Internação: 23/10/2017 Data saída: 25/10/2017 Mot. Saída: 12 ALTA MELHORADO
 Ação SISAH01: AIH Anterior: AIH Posterior:
 Alimento: 4588131 Cobrança: 1861916
 Causas Externas (Acidente ou Violência):
 Nome do Empregador: CNAER
 Culo Previdência: Empregador CBOR

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Procedimento	CNS/CPF	CBOR	CNES/CNPJ	Apurar valor p/	Qtde	Cmpt. UTI	Descrição	Valor Total
350179	63082900330	225270 1		2651394	1	10/2017	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR I	1.270.15
350179	73276561387	225151 6		2651394	1	10/2017	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR I	1.270.15
350888	63082900330	225270 1		2651394	1	10/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE R	326.75
350888	73276561387	225151 6		2651394	1	10/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE R	326.75
350667	63082900330	225270 1		2651394	1	10/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE LE	161.83
350667	73276561387	225151 6		2651394	1	10/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE LE	161.83
310016	7273592000164		2651394	2651394	2	10/2017	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADL	16.00
360125	7273592000164		2651394	2651394	1	10/2017	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP +	0.00

RESUMO DE OPM

Nota Fiscal CNPJ Fornecedor Lote Série Reg. ANVISA CNPJ Fabricante

RESUMOS DA PRÉVIA

	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				Total
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
1.06 EXAMES RADIOLOGICOS DA CINTURA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
3.05 MEMBROS INFERIORES	1,758.73	0.00	625.42	0.00	0.00	0.00	2,384.15
3.01 DIARIAS	16.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	16.00
Total Geral:	1,774.73	0.00	625.42	0.00	0.00	0.00	2,400.15

Nascidos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos: Nº Pré-Natal:

Relatório com a portaria S.A.S. Nº 92, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário.

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Galeno Taumaturgo Lopes

CRM 5014
Auditor / SMS
CPF: 274.029.893-87

Dra. Maria do Socorro Oliveira
Diretora Técnica - CRM 5223
SANTA CASA DE FORTALEZA

Orientações Gerais:

Data de Retorno:

29.10.17 a 7:30

- Iniciar a Fisioterapia antes de retirar os pontos
- Andar com muletas
- Procurar Emergência da Santa Casa De Misericórdia de Fortaleza se alguma intercorrência - Contato: 3455-9100
- Trocar o curativo diariamente: Calçar luvas de procedimento, Limpar com Soro, aplicar Rifocyna. Cobrir com gases e atadura de crepom.

**RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL****INFORMAÇÕES DO EMITENTE:**

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DA
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA
ENDEREÇO: RUA BARÃO DO RIO BRANCO, 20
CENTRO, FORTALEZA - CEARÁ 60025-060
FONE: 85 - 3455-9100

1a via: Farmácia

2a via: Paciente

24.10.17

Cliente: *Rdo ju. A. de Ly*

Endereço: RUA BARÃO DO RIO BRANCO, 20 CENTRO, FORTALEZA

1. Tramal 50mg ----- 1 caixa

Tomar 1 comprimido, Via Oral, de 6/6h se dor intensa

Dr. João Bosco S. Nogueira
MÉDICO ORTODONTISTA ESPECIALIZADO
CRM: 10639 TEOT: 12305

INFORMAÇÕES DO COMPRADOR:

NOME:
INDENT: ORGAO EMISSOR
END:
CIDADE UF:
TELEFONE:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDORASS DO FARMACEUTICO
J J



Santa Casa de Fortaleza

INFORMAÇÕES DO EMITENTE:

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DA
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA
ENDEREÇO: RUA BARÃO DO RIO BRANCO, 20
CENTRO, FORTALEZA - CEARÁ 80026-080
FONE: 85 - 3465-9100

Paciente: *Acimenes Jân A de Cy*

1. Lisador _____ 1 caixa

Tomar 1 comprimido, Via Oral, de ate 6/6h se dor e/ou T>37,8 C

X 2. Omeprazol 20mg _____ 7 comprimidos

Tomar 1 comprimido, Via Oral, pela manha, por 7 dias

< Δ 3. Flancox 400 mg _____ 1 caixa

Tomar 1 comprimido, Via Oral, de 12/12h por 5 dias.

USO EXTERNO

f Δ 4. Xarelto 10 mg _____ 10 comprimidos

Aplicar 1 comprimidos 1 vez/dia por 10 dias após alta hospitalar.

Fortaleza

24.10.17

Dr. João Bosco S. Nogueira
MÉDICO ORTOPEDISTA ESPECIALIZADO
CRM: 10639 TEOT: 12305

APAC - Laudo de Solicitação / Autorização

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

Estabelecimento: 2819481 - UAPS ALARICO LEITE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: RAIMUNDO JUNIOR ALVES DA CRUZ

Cartão Nacional: 701004828436998

Data Nascimento: 19/01/1986

Nº Prontuário: 6255617

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES ALVES DA CRUZ

Sexo: M Raça/Cor: 4 Etnia:

Nome do Responsável:

Celular: (85)99704236

Endereço: AVENIDA DOIS DE MAIO, 1581 - PASSARE

Telefone:

Município Residência: FORTALEZA

Cód. IBGE: 2304400

UF: CE

CEP: 60867105

Peso: 89

Altura: 1,73

Cintura (cm): 0

Quadril (cm): 0

Índice Cintura/Quadril:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Principal: 0207030030 - RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)

Qtde: 1

Serviço: Classificação:

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

Diagnóstico: ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DO JOELHO

CID Principal: S836

CID Secundário:

CID Causas Associadas:

Observações:

RNM DE JOELHO ESQUERDO

QP: DOR/EDEMA JOELHO ESQUERDO QUE AGRAVOU APOS QUEDA DE MOTO 20/08/17. FEZ EXAMES NO FROTINHA, DESCARTADO FRATURA.

SOLICITAÇÃO

Nome Profissional Solicitante:
FELIPE DE CASTRO DANTAS SALES

Data da Solicitação:
23/08/2017 08:52

Assinatura e Carimbo (Registro Conselho):

Cartão Nacional de Saúde do Profissional Solicitante:
980016295300141

Felipe Sales
Médico
CRM-CE 14.488
CRM-MA 7

AUTORIZAÇÃO

Nome Profissional Autorizador:

Cód Órgão Emissor:

Nº da Autorização (APAC)

Cartão Nacional de Saúde do Profissional Autorizador:

Data Autorização:

Assinatura e Carimbo (Registro no Conselho):

Período de Validade da APAC

a

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

Estabelecimento:



IRMANDADE BENEFICENTE DA
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

1126227

HGF

NOME	UNIDADE	CÓDIGO/CGO
SANTA CASA DE FORTALEZA		

PACIENTE	NOME	ORGÃO EMISSOR
	Raimundo Junior Alves da Cruz	
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	MUNICÍPIO	UF
Av. Duas de Maio, 1581 Castellas	Fortaleza	CE
CEP	DATA DO NASCIMENTO	MASCULINO
60.861-490	19/01/1986	☒
		FEMININO
		☐
		OUTRO SEXO
		☐
		SEGURADO
		☐
		CONJUGE
		☐
		FILHO
		☐
		OUTRO DEP
		☐

SEGURADO	NOME DO SEGURADO
PIS/PASEP/INº INDIVIDUAL	VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
	EMPREGADO
	☐
	EMPREGADOR
	☐
	AUTÔNOMO
	☐
	DESEMPREGADO
	☐
	APOSENTADO
	☐
	NÃO SEGURADO
	☐
	CGC DA EMPRESA

CPF DO MÉDICO SOLICITANTE	PROCED. SOLICITADO	CAR. INT.	DATA DA EMISSÃO	CPF DO MÉDICO RESPONSÁVEL	ASSINAT. MÉDICO RESPONS.
630.829.003-30	041502003-4				

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO	CAUSA EXTERNA	CGC DA SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
---------------------------------------	---

Paciente vítima de contusão grave por acidente de moto (sic) do esquerdo HÁ 3 meses evoluindo com instabilidade, falseio e dor e travamento.

EF: Creptação, dor, derrame e dor à palpação de interlinha medial e lateral, Pivot Shift Positivo, Gaveta Anterior Positiva

Traz RNMs de joelho E: Lesão DO LCA, rotura do menisco lateral e medial, derrame, edema osseo com fratura alinhada, lesão capsular do complexo lateral, cisto de

- CONDIÇÃO = ker roto

04.08.05.088-8: sutura meniscal

04.08.05.017-9: Rec do LCA

04.08.05.066-7: tratamento de lesão aguda cápsulo ligamentar

12730025650

1038633

Tto cirúrgico

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA DIAGNÓSTICAS

Anamnese + Exame Físico + Rnm

DIAGNÓSTICO INICIAL	CLÍNICA
Lesão ligamentar e lesões associadas	ORTOPÉDICA
PROCEDIMENTO SOLICITADO	☐
	1
	2
	3
	4
	5
	6
	7
	8
	9

Artroscopia do joelho

ASSIN

CRM

DATA

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Falta
Bó e TELEFONE AO KIT
CONTRATANTE(S)

Nome:

RG:

SSP/CE

CPF:

Endereço:

TEL.:

CONTRATADO(S): MARIA DANIELE MIRANDA, brasileira, solteira, portador do RG nº 98010172255 SSP/CE e CPF nº 009.163.773-26, podendo ser intimado a Rua 25 de março nº 705 1º andar Centro, Fortaleza/CE. Tel.: (85) 31319980 – 98637-6496

As partes acima nomeadas e qualificadas têm entre si como justo e combinado o presente contrato de prestação de serviços, que se regerá pelas cláusulas e condições adiante articuladas:

1. DO OBJETO DO CONTRATO

O presente contrato tem como objeto a prestação de serviços inerentes ao corretor de seguros, para conseguir em nome do CONTRATANTE quaisquer valores referentes ao Seguro Obrigatório DPVAT..

2. DOS SERVIÇOS

2.1. Os serviços a serem prestados compreenderão:

- 2.1.1. Elaboração de defesa escrita e apresentação na respectiva vara;
- 2.1.2. Comparecimento às Audiências até a sentença de 1º instância;
- 2.1.3. Atendimento e orientação ao contratante na referida causam..

3. DO VALOR

3.1. A remuneração de serviços objeto do presente contrato dar-se-á da seguinte forma:

- 3.1.1. Valor de 20% (VINTE por cento), por ações a título de despesas do corretor de seguro, devendo tal valor ser pago concomitantemente com o recebimento do valor do Seguro Obrigatório DPVAT. Tal valor não será devido caso o CONTRATADO não consiga a liberação de algum valor;
- 3.1.2. Em caso de desistência contratual o contratante deverá pagar uma taxa referente as despesas administrativas no valor de R\$ 200,00.

4. DA VALIDADE

4.1 O presente contrato passa a vigorar a partir da data de sua assinatura e produzirá efeito na forma da Lei Civil, constituindo-se título executivo extrajudicial;

5. DO FORO

As partes elegem como competente para qualquer ação decorrente deste contrato, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, o foro da Capital do Fortaleza.

E, por estarem, assim, de pleno e comum acordo com as condições estatuidas no presente instrumento, as partes contratantes o assinaram com 2(duas) testemunhas, em 2(duas) vias de igual teor e forma, para um só efeito.

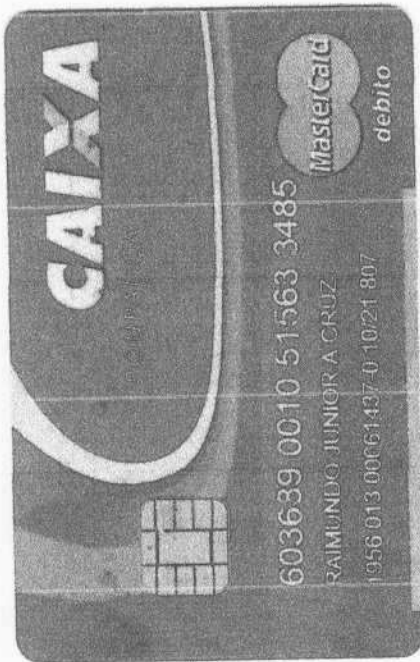
Fortaleza/CE, ____ de ____ 2017.

CONTRATANTE:

Raimundo Junior dos Santos

CONTRATADO:

TESTEMUNHAS:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
PARTIDO NACIONAL DE JUBILADOS

RAIMUNDO JUNIOR ALVES DA CRUZ

DOC. IDENTIFIC. / CDS. ENDOR. Nº
2003005213520 ESP CE

CPF
018.395.563-31 DATA NASCIMENTO
19/01/1986

RESIDUO
RAIMUNDO COELHO DA
CRUZ
MARIA DAS DORES ALVES
DA CRUZ

RESIDUO
RAIMUNDO COELHO DA
CRUZ

DATA
03/12/2020

1ª SITUACAO
28/08/2008

CPF
018.395.563-31

DATA
03/12/2020

1ª SITUACAO
28/08/2008

EXERCE ATIV. REMUNERADA.

LOCAL
PORTALEZA, CE

DATA
07/12/2015

19810456605
CEL51027412

PROIBIDA PLASTIFICAR

1226552892

1226552892

Alh: 2317103191337 Situação: Tipo: 1 Inicial Apresentação: 01/12/2017 Data Autorização: 23/10/2017
 clidade: 01 CIRURGICO
 Autorizador: 9144587368
 Doc mes resp: 10129847372 Doc diretor clínico:
 i: 2851394 SANTA CASA DE MISERICORDIA FORTALEZA
 nte: RAIMUNDO JUNIOR ALVES DA CRUZ
 Nasc.: 19/01/1986 Sexo: M Nacionalidade: 01(BRASIL) Tipo Doc.: N° RG Documento: 20030052135
 onsável pac: RAIMUNDO JUNIOR ALVES DA CRUZ Nome da mãe: MARIA DAS DORES ALVES DA CRUZ
 reço: AV DOIS DE MAIO Nº: 1581 Complemento:
 ípio: FORTALEZA UF CE CEP: 60861500 Raça: 03 Telefona: Muda proc?
 idimento Solicitado: 0415020034 OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS
 idimento Principal: 0415020034 OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS
 ióstico Principal: M238 OUTROS TRANSTORNOS INTERNOS DO JOELHO Diagnóstico Secundário:
 lementar:
 ter atendimento: 01 ELETIVO Causa óbito:
 ernação: 23/10/2017 Data saída: 25/10/2017 Mot. Saída: 12 ALTA MELHORADO Modalidade:
 ção SISAIO1:
 imento: 4588131 Cobrança: 1861916 AIH Anterior: AIH Posterior:
 Causas Externas (Acidente ou Violência)]
 do Empregador:
 uio Previdência: Empregador CNAER CBOR

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Idimento	CNS/CPF	CBO	CNES/CNPJ	Apurar valor p/	Qtde	Compt. UTI	Descrição	Valor Total
50179	63082900330	225270 1	2651394	2651394	1	10/2017	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR I	1.270.15
50179	73276561387	225151 8	2651394	2651394	1	10/2017	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR I	1.270.15
50888	63082900330	225270 1	2651394	2651394	1	10/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE R	326.75
50888	73276561387	225151 6	2651394	2651394	1	10/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE R	326.75
50667	63082900330	225270 1	2651394	2651394	1	10/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE LE	161.83
50667	73276561387	225151 6	2651394	2651394	1	10/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE LE	161.83
10016	7273592000164		2651394	2651394	2	10/2017	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADL	16.00
60125	7273592000164		2651394	2651394	1	10/2017	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP +	0.00

NOTAS DE OPM

Nota Fiscal CNPJ Fornecedor Lote Série Reg. ANVISA CNPJ Fabricante

RES DA PRÉVIA

	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				Total
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
06 EXAMES RADIOLOGICOS DA CINTURA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
05 MEMBROS INFERIORES	1,758.73	0.00	625.42	0.00	0.00	0.00	2,384.15
01 DIARIAS	18.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	18.00
Total Geral:	1,774.73	0.00	625.42	0.00	0.00	0.00	2,400.15

Nascidos Mortos: Números Saídas Altas: Transf.: Óbitos: Nº Pré-Natal:

do com a portaria S.A.S. Nº 92, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário.

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Galeno Taumaturgo Lopes
 CRM 5014
 Auditor / SMS
 CPF: 27.029.893-87

Dra. Maria do Socorro Oliveira
 Diretora Técnica - CRM 5223
 SANTA CASA DE FORTALEZA



Irmandade Beneficente da Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

Número do Prontuário: _____

Nome: <i>Raimundo Jônior A. da Luz</i>	Idade: _____	Sexo: _____
Clinica: _____	Enf.: _____	Leito: _____
Endereço do Paciente: _____	Procedência: _____	
Nome do Responsável: _____	Telefone: _____	
Data da Internação: <i>23.10.19</i>	Data da Alta: <i>25.10.19</i>	
	Telefone: _____	

Resumo Clínico

Paciente vítima de acidente de moto (SIC) há > 3 meses, evoluindo com dor, instabilidade de joelho (E).

*EF: 6A(+1) mm murgu(+1) mm + m
PS(+)*

Exames Realizados

RX + RNM

Terapêutica Utilizada

Reconstrução ligamentar por artroscopia

Condições de Alta

Melhorado: _____	Curado: _____	Encaminhamento: _____
------------------	---------------	-----------------------

Retorno em: _____

Diagnóstico Final

Lesão do LCA, meniscal, sinovite, CONDRAL ; capsula ligamentar lateral

Observações

Necessitará de fisioterapia diária e acompanhamento ambulatorial

Data: *24/10/19*

*Dr. João Bosco S. Nogueira
ORTOPEDISTA ESPECIALISTA
FEOT: 12305*

2018.8.06.0001 e código



INFORMAÇÕES DO EMITENTE:

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DA
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA
ENDEREÇO: RUA BARÃO DO RIO BRANCO, 20
CENTRO, FORTALEZA - CEARÁ 60025-060
FONE: 85 - 3466-9100

Paciente:

*Raimundo Junior Almeida
da Cruz*

ATESTADO MÉDICO

Atestamos para devidos fins que o(a) paciente submeteu-se a
cirurgia ortopédica e necessita de afastamento de suas atividades
laborativas por 90 dias.

CID: S83.5 / M23

24.10.17

Dr. João Bosco S. Nogueira
MÉDICO ORTOPEDISTA ESPECIALIZADO
CRM: 10639 TEO: 12305

Orientações Gerais:

Data de Retorno:

29.10.17 a 2:30

- Iniciar a Fisioterapia antes de retirar os pontos
- Andar com muletas
- Procurar Emergência da Santa Casa De Misericórdia de Fortaleza se alguma intercorrência - Contato: 3455-9100
- Trocar o curativo diariamente: Calçar luvas de procedimento, Limpar com Soro, aplicar Rifocyna. Cobrir com gases e atadura de crepom.

Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Procedimentos Específicos (Cirurgias e Procedimentos Invasivos)

Autorizo a realização do seguinte Procedimento (s) e/ou Cirurgia (s):

1. ARTROSCOPIA COM RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR.

Indicado pelo medico Dr. JOÃO BOSCO SALES NOGUEIRA, que assina este termo.

1. Tive acesso as informações relativas ao meu procedimento cirúrgico, no que se refere ao tipo de procedimento a ser realizado, a estratégia de reabilitação pós-operatória, as órteses que poderão ser utilizadas durante a reabilitação, aos medicamentos e aos custos que possam estar relacionados aos mesmos.

2. A proposta de procedimento, cirurgia, tratamento ou exame a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram claramente explicadas. Tive a oportunidade de perguntar e esclarecer minhas duvidas. Tais perguntas foram respondidas de forma satisfatória e minhas duvidas esclarecidas. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Descrição de riscos: infecção, necessidade de nova cirurgia, lesão nervosa com perda de sensibilidade e movimentos do membro, formação de trombos.

3. Autorizo qualquer outro procedimento, cirurgia, tratamento ou exames que sejam necessários em decorrência de situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
4. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido(s) durante o procedimento realizado seja encaminhado para exames complementares, quando necessários para esclarecimento diagnostico e implicações terapêuticas.
5. **Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos**

☐ Paciente ☐ Responsável

Nome legítimo: **Raimundo Júnior Alvez da Cruz**

X

Grau de Parentesco: _____

Identidade: _____

6. ☐ **Declaro que NÃO autorizo o procedimento(s) proposto(s), estando ciente dos riscos de minha decisão.**

_____/_____/_____
data

_____:_____
hora

assinatura

DEVE SER PREENCHIDO PELO MEDICO

Expliquei de forma clara, objetiva e compreensível todo o procedimento, cirurgia, tratamento ou exame a que o (a) paciente acima referido esta sujeito, ao próprio paciente e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, tendo respondido as perguntas que me foram formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável esta em condições de compreender o que lhes foi informado.

JOÃO BOSCO SALES NOGUEIRA



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA



APAC - Laudo de Solicitação / Autorização

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

Estabelecimento: 2819481 - UAPS ALARICO LEITE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: RAIMUNDO JUNIOR ALVES DA CRUZ

Cartão Nacional: 701004828436998

Data Nascimento: 19/01/1986

Nº Prontuário: 6255617

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES ALVES DA CRUZ

Sexo: M Raça/Cor: 4 Etnia:

Nome do Responsável:

Celular: (85)99704236

Endereço: AVENIDA DOIS DE MAIO, 1581 - PASSARE

Telefone:

Município Residência: FORTALEZA

Peso: 89 Altura: 1.73 Cintura (cm): 0 Cod. IBGE: 2304400

UF: CE CEP: 60867105

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Principal: 0207030030 - RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)

Serviço Classificação:

Qtde 1

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

Diagnóstico: ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DO JOELHO

CID Principal: S836

CID Secundário:

CID Causas Associadas:

Observações:

RNM DE JOELHO ESQUERDO

QP. DOR/EDEMA JOELHO ESQUERDO QUE AGRAVOU APOS QUEDA DE MOTO 20/08/17. FEZ EXAMES NO FROTINHA, DESCARTADO FRATURA.

SOLICITAÇÃO

Nome Profissional Solicitante:
FELIPE DE CASTRO DANTAS SALES

Data da Solicitação: 23/08/2017 08:52

Assinatura e Carimbo (Registro Conselho)

Cartão Nacional de Saúde do Profissional Solicitante:
980016295300141FELIPE SALES
CRM-CE 14.488
CRM-MA 2*

AUTORIZAÇÃO

Nome Profissional Autorizador

Cod Órgão Emissor

Nº da Autorização (APAC)

Cartão Nacional de Saúde do Profissional Autorizador

Data Autorização: Assinatura e Carimbo (Registro no Conselho)

Período de Validade da APAC

a

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

Estabelecimento:

 Prefeitura de Fortaleza Secretaria Municipal das Finanças		PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA MUNICIPAL DAS FINANÇAS NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e				Número da NFS-e 6391					
Data e Hora da Emissão		26/08/2017 10:52:58		Competência		08/2017		Código de Verificação		253270058	
Número do RPS				No. NFS-e substituída				Local da Prestação		FORTALEZA - CE	
DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS											
Razão Social/Nome		CLINICA DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM PARA TODOS LTDA									
Nome Fantasia		IMAGEM PARA TODOS									
CPF/CNPJ		17.900.936/0001-71		Insc. Municipal		280.749-1		Município		FORTALEZA - CE	
Endereço e CEP		R SEN POMPEU, 1426 - CENTRO CEP: 60.025-000									
Complemento				Telefone		(85)4005-9020		E-mail		boghos@veloxmail.com.br	
DADOS DO TOMADOR DE SERVIÇOS											
Razão Social/Nome		RAIMUNDO JUNIOR ALVES DA CRUZ									
CPF/CNPJ		018.395.563-31		Inscrição Municipal				Município		FORTALEZA - CE	
Endereço e CEP		AV 2 DE MAIO, 1581 A - PASSARE									
Complemento				Telefone				E-mail			
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS											
REFERENTE A EXAMES MEDICO											
CÓDIGO DE ATIVIDADE CNAE											
4.02 / 864020501 - SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM COM USO DE RADIAÇÃO IONIZANTE, EXCETO TOMOGRAFIA											
DETALHAMENTO ESPECÍFICO DA CONSTITUIÇÃO CIVIL											
Código da Obra				Código ART							
TRIBUTOS FEDERAIS											
PIS		COFINS		IR(R\$)		INSS(R\$)		CSLL(R\$)			
Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços						Cálculo do ISSQN devido no Município					
Valor dos Serviços R\$		450,00		Natureza Operação		Valor dos Serviços R\$		450,00			
(-) Desconto Incondicionado				1-Tributação no Município		(-) Deduções Permitidas em Lei					
(-) Desconto Condicionado				Regime Especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado					
(-) Retenções Federais		0,00		0-Nenhum		Base de Cálculo		450,00			
Outras Retenções				Opção Simples Nacional		(X) Alíquota %		3,00			
(-) ISS Retido		0,00		2 - Não		ISS a reter		() Sim (X) Não			
(=) Valor Líquido R\$		450,00		Incentivador Cultural		(=) Valor do ISS R\$		13,50			
				2 - Não							
Avisos		1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços, no site http://iss.fortaleza.ce.gov.br 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser validada no site, com a utilização do Código de Verificação.									



Santa Casa de Fortaleza

INFORMAÇÕES DO EMITENTE:

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DA
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA
ENDEREÇO: RUA BARÃO DO RIO BRANCO, 20
CENTRO, FORTALEZA - CEARÁ 60025-060
FONE: 85 - 3455-9100

Paciente: *Rdo Junior A. de Cruz*
Solicitação de Fisioterapia - 40 Sessões

URGENTE : Pós-operatório de Cirurgia Ortopédica de Alta Complexidade

- INICIAR ANTES DE RETIRAR OS PONTOS
- A FISIOTERAPIA É DIÁRIA
- FISIOTERAPIA RETARDADA E ALTERANADA PODE COMPROMETER O RESULTADO CIRÚRGICO

Orientações:

- Analgesia e Anti-inflamatória
- Treino de Marcha
- Propriocepção
- Ganho e manutenção de Extensão completa
- Ganho de Flexão progressiva
- Tens

Dr. João Roberto S. Menezes
CRM 105973-69
24/10/17

fls. 38

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2003005213520
DATA DE EXPEDIÇÃO	29/12/2003
NOME	RAIMUNDO JUNIOR ALVES DA CRUZ
FILIAÇÃO	RAIMUNDO COELHO DA CRUZ E MARIA DAS DORES ALVES DA CRUZ
NATURALIDADE	QUIXADA-CE
DATA DE NASCIMENTO	19/1/1986
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 827 L A02 F
CPF	37V ITANS-ITAPIUNA-CE
 ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº
Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

496213191

A Tabela Social de Energia Elétrica
 da Companhia de Leitura IC 436 de
 20 de abril de 2007

DADOS DO CLIENTE

Rota 05 01210 42 082200 - 1 Medidor 2579757 Poste 0000 H18T
 Nome RAIMUNDO JUNIOR ALVES DA CRUZ SMC 008002587275
 Endereço Postal AV 0002 DE MAIO 01581 ALTOS - CASTELAO
 FORTALEZA CEP 60000-000
 End. da Unidade AV 0002 DE MAIO 01581 ALTOS - FORTALEZA
 Consumidora

OUT/2017

Utilize o nº abaixo sempre
 que entrar em contato conosco

3372650

7

01/12/2017

163,79

DESCRIÇÃO DA CONTA

VALOR CONSUMO DO MES - 130,20
 ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079 11,52
 MULTA MORATORIA RSF 07/2017 2,64
 JUROS DO MES Ref. 08/2017 0,14
 ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 12,34
 PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 2,13
 SEQURO RESIDENCIAL 3 + 1- 0000 600 0560 4,82
 ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES [R\$ 6,71]

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 23579 Leitura Anterior 23338 Constante 1 Consumo (kWh) 241 Consumo Incl 0 Consumo Faturado 241
 10/10/17 11/09/17 29 DIAS

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 16/10/2017 Prev Proxima Leitura 10/11/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

6063.08A1.F3B8.771A.9589.F8EF.4777.32B3

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
 172,88 27,00% 46,67

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 43,97
 Transmissão 4,33
 Distribuição 29,96
 Encargos Setoriais 10,33
 Tributos [ICMS PIS/COFINS] 55,39
 Total 143,85

FAIXAS CONSUMO BAIXA RENDA

Faixa	De	Para	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
Faixa 0 a 30	0	30	0,25107	7,53
Faixa 31 a 100	31	100	0,43041	30,12
Faixa 101 a 220	101	220	0,64564	77,47
Faixa > 220	221	> 220	0,71736	3,56

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES CO₂ (kg/kWh)

Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica
 Emitido kg CO₂ Compensado kg CO₂ Consistência Ecológica (%CO₂)

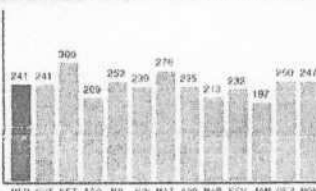
104 0 0%

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto MONDURIM
 Mês AGO/2017 - EU\$D 54,79
 Padrão Individual Mensal Tím. Anual Mensal Tím. Anual
 DIC (h) 4,95 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
 PIC (min) 3,17 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
 DMIC (h) 2,77 0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



*PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE
 SEU NUMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DIGITO VERIFICADOR.*

Consta desta fatura R\$ 8,63 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:
 0,90% e COFINS: 4,10%. [Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e leis n.
 10.637/02 e 10.833/03]
 A bandeira para o mês de outubro será vermelha passar 2 com acréscimo de
 R\$ 3,50 [mais tributos] a cada 100 kWh. Mais informações em
 www.aneel.gov.br

Nº do Cliente: 3372650-7 Nº da Nota Fiscal: 496213191 Total a Pagar (R\$): 163,79
 Data de Emissão: 11/10/2017 Referência: OUT/2017 Nº de Controle: 0003372650 00123 40492 40

83640000001-1 63790031000-3 00033726500-3 01234049240-9

