



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Francisco Reginaldo Costa Soares Filho</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>autônomo</u>	Nacionalidade: <u>brasileiro</u>
RG: <u>20083885190</u>	CPF: <u>076.124.403-42</u>	
Endereço: <u>Rua Dos Milagres nº 161</u>		
Cidade: <u>Fortaleza - Ce</u>		CEP: <u>60.766-815</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 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), 15 de fevereiro de 20 19.

Francisco Reginaldo Costa Soares Filho
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Francisco Reginaldo Costa Soares Filho residente e
domiciliado na Rua Dos Milagres, nº 561,
bairro: -, na cidade de Fortaleza, portador(a) do
RG nº 20083885190, inscrito(a) no CPF nº 076.124.403-02
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, 15 de junho de 2019.

Francisco Reginaldo Costa Soares Filho

DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela Sr(a) Francisco Reginaldo Costa Soares Filho presente, o (a) Declarante 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, 15 de junho 2019.

Francisco Reginaldo Costa Soares Filho

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Reginaldo Costa Soares Filho, brasileiro(a), solteiro, autônomo, portador(a) de cédula de identidade nº 20083885490, inscrito(a) no CPF sob o nº 096.124.403-42, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Rua Dos Milagres, nº 461, Bairro -, CEP: - /CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 15 de janeiro 2019.

Francisco Reginaldo Costa Soares Filho

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

fls. 19

FLS. _____

RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 860 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/02/2018 15:35:38**
Data / Hora da Ocorrência: **08/10/2017 13:08:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA CONEGO DE CASTRO**
Complemento:
Bairro: **PARQUE SANTA ROSA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **POSTO CEARA 3**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO REGINALDO COSTA SOARES FILHO**
Nascimento: **03/08/1997** CPF: **076.124.403-42**
RG: **2008388519 0** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA REGINA FERREIRA MOREIRA**
FRANCISCO REGINALDO COSTA SOARES
Endereço: **RUA DOS MILAGRES, 161**
Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.766-815**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98621-9793**

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO REGINALDO COSTA SOARES**
Nascimento: **30/08/1972** CPF: **484.589.293-68**
RG: **2000010056050** Orgão Emissor: **SSPDC** UF: _____
Filiação: **MARIA FRANCINETE COSTA SOARES**
RAIMUNDO SOARES NETO
Endereço: **RUA DOS MILAGRES, 161**
Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.766-815**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98621-9793**

**Histórico**

QUE O NOTIFICANTE VINHA PILOTANDO A MOTO DE PLACAS OIE9251 DE SUA PROPRIEDADE QUE EM SUA GARUPA ESTAVA SEU FILHO DE NOME FRANCISCO REGINALDO COSTA SOARES FILHO, QUE TRAFEGAVAM PELA RUA: CONEGO DE CASTRO SENTIDO/PRAIA, QUANDO UM CARRO SEM PLACAS ANOTADAS AVANÇOU A PREFERENCIAL E COLIDIU COM O DECLARANTE, QUE COM A COLISÃO A MOTO CAIU DERRUBANDO O GARUPEIRO QUE AO CAIR SE LESIONOU, QUE O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL INSTITUTO DR. JOSE FROTA ONDE A VITIMA RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS. QUE O DECLARANTE E PILOTO NADA SOFREU.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** _____**"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** _____



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 860 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-4

1 FRANCISCO REGINALDO COSTA SOARES FILHO



COMPREV SEGUR
E PREVIDÊNCIA S

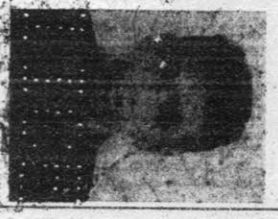
REC.

28 FEV 2018

Nome: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Francisco Reginaldo Costa Soares Filho

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008388519 - 0 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/11/2012 fls. 21

NOME FRANCISCO REGINALDO COSTA SOARES FILHO

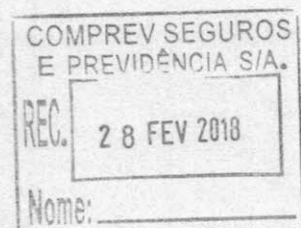
FILIAÇÃO MARIA REGINA FERREIRA MOREIRA

NATURALIDADE FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO 03/08/1997

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: GUERREIRO TERMO: 57262 FOLHA: 95 LIVRO: A-49 MARACANAÚ - CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número
076.124.403-42

Nome
FRANCISCO REGINALDO COSTA SOARES FILHO

Nascimento
03/08/1997

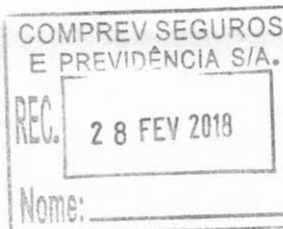
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
9ACC.3C53.8689.DB28

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 15:06:15 do dia 23/04/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 512241817
Rota 05 01230 15 116600 - 3 Data de Emissão 06/02/2018
Nome CLEUDIONOR PINTOMENDES DE AQUINO
End. Postal RU DOS MILAGRES 00161
CONJUNTO PREF. JOSE WALTER - FORTALEZA - 60766815
Medidor 9018372 Poste 1036 0000
Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 637105363-91 CGF
Nome do Responsável

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO					
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta					
Fev/2018	06/02/2018	08/03/2018	Conjunto	DISTRITO INDUSTRIAL I		EUSD 11,25		
			Mês	Dez/2017		DICRI= 0,00 P		
ICMS			Padrão Individual			Apuração Individual		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
ISEMTO			5,91	10,62	21,25	0,00	0,00	1,17
			DIC	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00
			FIC					
			DMIC	3,03			0,00	
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL								
5938.C4AC.1ESC.A65E.F2D7.BFEC.6FE3.D47A								
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO								
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (KWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)	
FP 29763	29752	1,00	11	0,00	30	0,49258	14,77	
06/02/18	09/01/18		28 DIAS		30		14,77	
DESCRIÇÃO							VALOR (R\$)	
VALOR CONSUMO DO MÊS							14,77	
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO							-39,40	
COB. SALDO FATURA ANTERIOR							24,63	

VENCIMENTO	15/02/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	0,00										
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)											
Transmissão	0,70	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54
Distribuição	4,79	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Encargos Setoriais	1,66	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	0,56	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
TOTAL	14,77	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)		
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		
Emitido 10,37	Compensado 10,37	Consciência Ecológica (%CO ₂)
		0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO		
CONTAS EM ATRASO		
AVISO DE DÉBITO VENCIDO:		DÉBITO ANTERIOR
Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 77,04. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.		Mes/Ano Valor R\$
		11/2017 49,27
		12/2017 27,77
FATURADO TAXA MINIMA.		
Consta desta fatura R\$ 0,56 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,68% e COFINS: 3,14% (Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03)		
Para o mês de fevereiro-18 a bandeira será VERDE, sem custo adicional para os consumidores.		

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 28 FEV 2018
Nome: _____

6336845-5 - Fev/2018
Nº do Cliente: 06/02/2018 Referência: 0,00
Data de Emissão: 512241817 Total a Pagar (R\$): 0006336845 00041 39432 61
Nº da Nota Fiscal: Nº de Controle:
PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.

DECLARAÇÃO

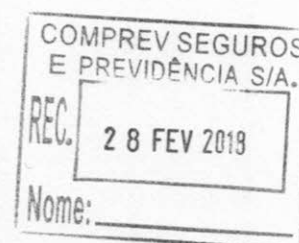
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Francisco Reginaldo Costa Soares Filho**, no dia **08/10/2017**, às **13h08min**, na **Rua Cônego de Castro**, no **Bairro Parque Santa Rosa**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido pela Sra. **Maria Regina Ferreira Moreira**, Processo nº **P997448/2017**.

Fortaleza, 26 de dezembro de 2017.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
SME do SAMU 192 Regional Fortaleza
Reinaldo Silva Machado
Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 08/10/2017 14:23:32	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700505343200354	NOME: FRANCISCO REGINALDO COSTA SOARES FILHO				Registro: 5531601		
CPF: 07612440342	RG: 20083885190	D. NASC: 03/08/1997	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA REGINA FERREIRA MOREIRA			NOME DO PAI: FRANCISCO REGINALDO COSTA SOARES				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: VINTE E CINCO DE MAIO		Nº: 320	BAIRRO: MONDUBIM		
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:		MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60764640		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: samu uso 62 cond padua		PARENTESCO: regina - mae			TELEFONE:		
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: colisão moto carro com tce ferimento proximo ao pescoço ha 2 hs							
OBSERVAÇÕES: dor							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica		Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
SERVIÇO DE PROTOCOLO - JF RAE TIRADA PELO SISTEMA E-SUS DATA 02/13/2018 MATRICULA 13896 Eduardo e Moreira							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					





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



fls. 26

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/ AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE (APAC)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA** 2 - CNES: **2529149**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: **Emarcação Reginaldo Costa Soares Filho** 4 - Nº PRONTUÁRIO: **5531601**

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 6 - DATA DE NASCIMENTO: 7 - SEXO: ☒ MASCULINO ☐ FEMININO

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: 9 - TELEFONE DE CONTATO: DDD: Nº TELEFONE:

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 12 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 13 - UF: 14 - CEP:

PROCEDIMENTO PRINCIPAL SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **RNM da Col. cervical** 17 - QTDE: **01**

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S) SOLICITADO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: 19 - NOME PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: 20 - QTDE

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: 22 - NOME PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: 23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: 25 - NOME PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: 26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: 28 - NOME PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: 29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: 31 - NOME PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: 32 - QTDE

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

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: 34 - CID 10 PRINCIPAL 35 - CID 10 SECUNDÁRIO 36 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

37 - OBSERVAÇÕES:

Paciente com lesão do plexo braquial.
Houve avulsão do raiz?

COMPREV SEGURO
E PREVIDÊNCIA S/A

REC. 28 FEV 2018

Nome:

PROFISSIONAL SOLICITANTE

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 39 - DATA SOLICITAÇÃO: **13/03/2018** 42 - ASSINATURA/ CARIMBO COM N.º

40 - DOCUMENTO: 41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO SOLICITANTE: **11318191991173139111**

() CNES () CPF

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: 49 - Nº AUTORIZAÇÃO (APAC)

45 - DOCUMENTO: 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO AUTORIZADOR:

() CNES () CPF 47 - DATA AUTORIZAÇÃO: 48 - ASSINATURA/ CARIMBO (No REGISTRO DO CONSELHO) 50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: / / a / /



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
horas de proteção à vida



fls. 27
Fortaleza

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA** 2 - CNES: **252914**
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **INSTITUTO PRAXIS** 4 - CNES: **11111**

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **FRANCISCO REGINALDO COSTA SOARES FILHO** 6 - Nº PRONTUÁRIO: **11111**
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **03/08/1997** 8 - DATA NASCIMENTO: **03/08/1997** - SEXO: ☐ Masc ☒ Fem 10 - RAÇA/COR: **10.1 - E**
11 - NOME DA MÃE: **Mª REGINA FERREIRA MOREIRA** 12 - TELEFONE DE CONTATO: **11111**
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: **NI** 14 - TELEFONE DE CONTATO: **11111**
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): **VINTE E CINCO DE MAIO 320 MONDUBIM**
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **FORTALEZA** 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO: **11111** 18 - UF: **CE** 19 - CEP: **11111**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR . 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 - DIAGNOSTICO INICIAL: **FRATURA DE FEMUR** 24 - CID 10 PRINCIPAL: **11111** 25 - CID10 SECUNDÁRIO: **11111** 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: **11111**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **TTO CIRURGICO** 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0108050539**
29 - CLÍNICA: **TRAUMA** 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **EMERGENCIA** 31 - DOCUMENTO: **() CNS (X) CPF** 32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE: **11111**
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **11111** 34 - DATA SOLICITAÇÃO: **14/10/2017** 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR): **11111**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 39 - CNPJ DA SEGU RADORA: **11111** 40 - Nº DO BILHETÉ: **11111** 41 - SÉRIE: **11111**
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 42 - CNPJ DA EMPRESA: **11111** 43 - CNAE DA EMPRESA: **11111** 44 - CBOR: **11111**
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **11111** 47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: **11111** 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: **11111**
48 - DOCUMENTO: **() CNES () CPF** 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **11111**
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **11/11** 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO): **11111**

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

FICHA DE INTERNAÇÃO

==[ADMISSÃO]==

Número 201721002945 Data 14/10/2017 Hora 15:18 Convênio PRAXIS Classificação RUE - SMS
Caráter de Atendimento ELETIVO SISREG AIH
Origem do Paciente IJF Clínica/Especialidade CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Médico Solicitante 5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES Médico Responsável 5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
Procedimento Solicitado 0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR Dias 4

==[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome FRANCISCO REGINALDO COSTA SOARES FILHO Sexo MASCULINO
Nascimento 03/08/1997 Idade 20 Anos Raça/Cor PARDA Estado Civil SOLTEIRO(A) Religião CATÓLICO (A)
Mãe MARIA REGINA FERREIRA MOREIRA Pai FRANCISCO REGINALDO COSTA SOARES
Conjuge Responsável FRANCISCO REGINALDO COSTA SOARES Prontuário 2443277
CNS 700505343200354 Registro 201702570003161 Documento Informado RG: 2008388519
País BRASIL Município de Naturalidade FORTALEZA/CE CEP 60764-640
Município de Residência FORTALEZA/CE Logradouro RUA VINTE E CINCO DE MAIO
Número 320 Complemento Bairro MONDUBIM
Fone Móvel (85)9860.35308 Fone Fixo (85)9862.19379 Ponto de Referência
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO) EMPREGADO INFORMAL / PROMOTOR DE VENDAS

==[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==

Em caso de urgência avisar FRANCISCO REGINALDO COSTA SOARES - PAI Acomodação/Leito 222/4
Tipo de Acomodação ENFERMARIA Clínica CLÍNICA CIRÚRGICA Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: maria.nataly Data: 14/10/2017 Hora: 15:25:01 Tempo: 00:06:16

==[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

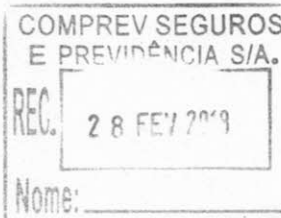
FRANCISCO REGINALDO COSTA SOARES FILHO, abaixo assinado, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao seu diagnóstico, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 14 de outubro de 2017

RESPONSÁVEL

Francisco Reynold Costa Soares

TESTEMUNHAS



TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

==[INTERNAÇÃO]==

Número Data Hora Convênio/Plano
201721002945 14/10/2017 15:18 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Médico Responsável
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Procedimento Solicitado
0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

==[ACOMODAÇÃO]==

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
222/4 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM

==[PACIENTE]==

Nome Sexo
FRANCISCO REGINALDO COSTA SOARES FILHO MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontoatório Registro
03/08/1997 20 Anos CATÓLICO (A) 2443277 20170257000316

==[DADOS DA ALTA]==

Diagnóstico Principal
S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR
Procedimento Realizado
0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
Data Hora Motivo
20/10/2017 12:25 ALTA MELHORADO

==[DECLARAÇÃO]==

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente FRANCISCO REGINALDO COSTA SOARES FILHO, 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), 20 de outubro de 2017

Responsável/

Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)

Responsável

pela Liberação

Nome Legível

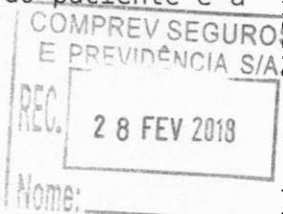
Assinatura

Rayssa C. Fernandes
Enfermeira
COREN: 442.038

Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: rayssa.cavalcante

Data: 20/10/2017 Hora: 12:26:05





H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda. fls. 30
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

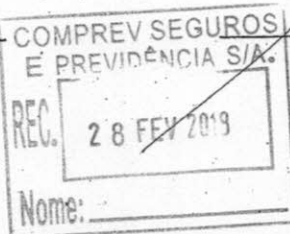
Data: 17/10/19

Nome do paciente: <u>Francisco Reginaldo Costa Soares Filho</u>	
Nº Prontuário: <u>2443277</u>	Categoria:
Clínica: <u>HFT</u>	Leito:
Cirurgião: <u>Dr. Valtério</u>	
Anestesista: <u>Dr. Marcelo</u>	
Tipo de Anestesia: <u>surto medado</u>	
1 Auxiliar:	
2 Auxiliar:	
3 Auxiliar:	
Instrumentadora: <u>Bianca</u>	
Circulante: <u>Bruna</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Filho do juv D</u>	
Tipo de Operação/ Código: <u>Intus juv D</u>	
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>D. Uro</u>	
Relatório Imediato do Patologista:	
Exame Radiológico no ato:	
Acidente e Incidentes:	
Contagem de Compressas:	

Início da Cirurgia <u>13:20</u>	Término da Cirurgia <u>14:30</u>	Duração da Cirurgia <u>1h 10 min</u>
Início do Oxigênio <u>13:20</u>	Término do Oxigênio <u>14:30</u>	Duração do Oxigênio <u>1h 10 min</u>
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

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

Assinatura da Enfermeira(o)



Assinatura do Anestesista

MODEL 8

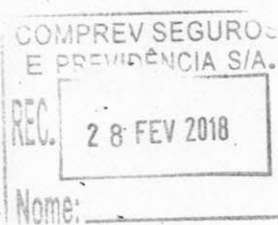
ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE O PACIENTE FRANCISCO REGINALDO COSTA SOARES FILHO FOI SUBMETIDO A CIRURGIA POR FRATURA DO FÊMUR DIREITO. SOLICITO AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES POR 120 DIAS.

FORTALEZA/CE, 17 de Outubro de 2017

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO
CRM/CE 6193

Avenida Francisco Sá, 5445 - Bairro Álvaro Weyne - Fortaleza/CE CEP 60310-002
Fone/Fax: (85) 3228.2555 Site: www.hospitalfernandestavora.com.br





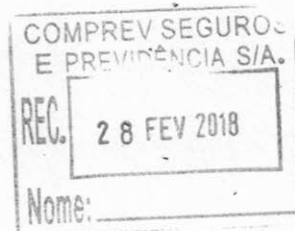
Fuam Regrada Auto
Seus Filhos

hubs m'no.

Part voluntas e
CIRURGIA por pety
do fume dinto
Tutpinto comprados
Futuro do colchoa dty

Entre - u e
16/01/18
alta d'funt'p

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.000-000
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 15/01/2019 às 14:00, sob o número 01028209120198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0102820-91.2019.8.06.0001 e código 429FD4F.



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

fls. 33

Francisco Nivaldo Azeiteiro
seus Filhos

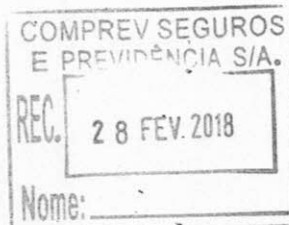
- Eletroencefalograma
do MSO

- laudo pelo Dr. J. P. Pinheiro

14/01/18

Dr. J. P. Pinheiro

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-000
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com





RECEITUÁRIO

Paciente: Fco. Reginaldo C. Soares Filho
BE / Prontuário: _____

Solcito

Fisioterapia

Just:

Paciente com lesão
parcial do plexo braquial
direito.

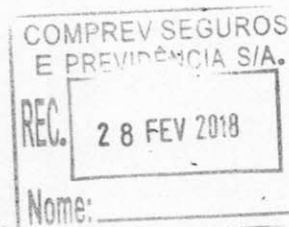
Dr. Flávio Leitão Filho
Neurocirurgia
CRM 6222 - CPF: 389.047.739-91

Data: 13 / 01 / 18

Ass./Carimbo do Médico

MA 000.003 - Versão 2 - 01/DEZ./17 - 1 via - Formato A5 (148/210).

► Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061 • Fortaleza, Ceará, Brasil
(85) 3255-5000.



SINISTRO 3180096052 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO REGINALDO COSTA SOARES FILHO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO FRANCISCO REGINALDO COSTA SOARES FILHO

CPF/CNPJ: 07612440342

Posição em 14-01-2019 11:41:57

Após a liberação do pagamento da indenização, recebemos seu pedido de reanálise do processo. No entanto, após a realização da perícia médica e análise de sua documentação, não foram identificadas novas lesões permanentes ou agravamento daquelas já indenizadas. Por esse motivo, informamos que o seu pedido de reanálise foi encerrado e que fica mantido o valor pago anteriormente, conforme carta abaixo enviada para seu endereço.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/04/2018	R\$ 6.412,50	R\$ 0,00	R\$ 6.412,50