

PROCURAÇÃO AD JUDÍCIA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Jefferson Gadelha Lima</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>Segurança</u>	Carteira de Identidade: <u>20085285530</u>	
CPF nº: <u>614.390.793-58</u>	Residência: <u>R. Bragança, 1211</u>		
Bairro: <u>Grande Portugal</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>60545-282</u>

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na Rua Meton de Alencar, nº 106, Altos, Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.035-160, fones: **(85) 98225-8282 (85) 3121-8383**
E-mail: **KAIRO AKRS@YAHOO.COM.BR**

PODERES:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instância ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Poderes especiais: Receber e fazer levantamento de alvará judicial, em nome dos outorgantes, em qualquer banco e/ou instituição financeira.

Fortaleza (CE), 27 de Dezembro de 2018.

x Jefferson Gadelha Lima
Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Jefferson Gadelha Lima, brasileiro(a),
Solteiro, Segurança, portador(a) da Carteira de Identidade/RG nº
20085285530, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 614.390.793-58, residente e
domiciliado(a) na Rua Brasão, 1, nº 1211,
Fontalva, Bairro: Grande Portugal, Cep nº 60545-282,
Fontalva -CE, declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira,
não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem
prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº
1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fontalva (CE), 27 de Dezembro de 2018.

x Jefferson Gadelha Lima

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1403944127

NOME
JEFFERSON GADELHA LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
20085285530 SSP CE

CPF
614.390.793-58

DATA NASCIMENTO
09/09/1995

RELACÃO
MARIA DO SOCORRO GADELHA LIMA

PERMISSÃO
ACC CATAR A

Nº REGISTRO
06492423473

VALIDADE
21/07/2020

1ª HABILITAÇÃO
26/10/2015

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR
Jefferson Gadelha Lima

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
31/10/2016

ASSINATURA DO EMISSOR
38155092583
CE156188791

DETRAN-CE (CEARA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1403944127



Nº de Inscrição:
008929696

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA DO SOCORRO GADELHA LIMA
End. Leitura: RU BRAGANCA, 1211, GRANJA PORTUGAL
Cidade: FORTALEZA

End. Entrega: CEP: 60545-282

Cidade: 001
Local: 001 Setor: 088 Quadra: 0203 Lote: 0194 CEP: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00 Comp:

ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumem³	Média Semestral (m³)
ÁGUA	A13F200725	501	510	9	9

DATAS

Leitura Atual: 19/10/2018 Emissão: 19/10/2018
Leitura Anterior: 18/09/2018 Próxima Leitura: 20/11/2018
Lacre Água: 5 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	533	533	126	533	533
Analisadas	561	561	561	561	561
Em conformidade	558	554	529	548	561

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.
Constatamos debito de R\$ 45,11. Caso pago, desconsiderar.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA
ESGOTO
Juros de 0,033% ao dia
Multa de 2%

Valor (R\$)

24,40
19,52
0,03
0,88

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
out/17	8	6
nov/17	10	8
dez/17	11	8
jan/18	7	5
fev/18	8	6
mar/18	9	7
abr/18	8	6
mai/18	11	8
jun/18	9	7
jul/18	9	7
ago/18	9	7
set/18	9	7

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição
PIS
COFINS

Valor (R\$)
0,43
2,14

SUBSÍDIO

Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO
VALOR DO SUBSÍDIO
VALOR TOTAL A PAGAR

69,21
24,38
44,83

MÊS/ANO
10/2018

VENCIMENTO
08/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
44,83

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNBS, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Trilíngua. Outros: PaoFacil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

I: 352623052090399 L: 0292 H: 06:07:14 R: 105 P: 001

Central de Atendimento
Cagece
0800 275 0195



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br. Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE
Inscrição: 008929696

352623052090399 - 0292

Local: 001 Código de Responsável: 10/2018
Setor: 088 Quadra: 0203 Lote: 0194 Mês/Ano: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00 Comp:

Cidade: FORTALEZA Vencimento: 08/11/2018 Total (R\$): 44,83



(85) 987950002
(85) 987740318

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DO EUSEBIO



Impresso nº 2018212421

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 206 - 5058 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/11/2018 11:27:56**
Data / Hora da Ocorrência: **22/04/2018 15:42:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA CORONEL EDNARDO WEINE**
Complemento:
Bairro: **MANGABEIRA** Município: **EUSEBIO/CE**
Ponto de Referência: **PRÓX. A PRAÇA DA MANGABEIRA**

Noticiante(s)

Nome: **JEFERSON GADELHA LIMA**
Nascimento: CPF: **614.390.793-58**
RG: **20085285530** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DO SOCORRO GADELHA LIMA**

Endereço: **RUA BRAGANÇA, 1211**
Bairro: **GRANJA PORTUGAL** CEP: **60.545-282**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98942-5718**

Histórico

Narra o noticiante que em local, data e hora acima mencionados foi vítima de acidente de motocicleta quando conduzia a referida moto de propriedade de seu irmão (Honda/CG 160 FAN de placa POK8671); Que conduzia a moto no sentido a Fortaleza e ao tentar fazer uma conversão a esquerda perdeu o controle da moto vindo a colidir com um poste; Que de imediato populares acionaram o SAMU, que se dirigiu até o local encaminhando o acidentado até o Instituto Dr. José Frota, onde foi constatado fratura da perna direita, sendo submetido a duas cirurgias para colocação de material ortopédico. O declarante está ciente que todas as informações repassadas são de sua inteira responsabilidade. E nada mais disse///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DO EUSEBIO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****LUIZ RUY LEITE DE OLIVEIRA JÚNIOR - MAT.: 30119142****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****FRANCISCO FERNANDO CAVALCANTE NOGUEIRA - MAT.: 404578-1-X**

Bel. Fco. Fernando Cavalcante Nogueira
Delegado de Polícia Civil/CE
Mat. 404578-1-X



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao Sr. **JEFERSON GADELHA LIMA**, portador do RG n.º 20085285530, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 614.390.793-58, no dia 22/04/2018, às 15h42, no município de Eusébio/CE, na Rua Coronel Ednardo Weine, Bairro Mangabeira, próximo a praça da Mangabeira, vítima de acidente, queda de motocicleta, sendo removido para **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES**, **ASSESSORA EXECUTIVA DO SAMU 192 CEARÁ**.

Eusébio, 18 de outubro de 2018.

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

DETRAN - CE
Nº 013789709130
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA
CLAY 01 1145687552 0000000000 2018

LEANDRO CADELHA LIMA
FORTALEZA/CE

60344841383
PLACA ANT/UF

9C2KC2200JRL141273
CHASSI

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC
GASOL/ALCO

HONDA/CG 160 FAN
2P/OCV/162CC

2018 2018
PRETA

1º 2º 3º
VENC/COTAS

180.65 0.70 185.50
PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

AL.FID. BANCO HONDA S.A.
OBSERVAÇÕES

20/03/2018

FORTALEZA

20/03/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUAS CARGAS A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU SEGURO DPVAT

CE Nº 013789709130 BILHETE DE SEGURO DPVAT

60344841383 2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

013789709130 65850271604

2018 20/03/2018

01 60344841383

1145687552 HONDA/CG 160 FAN

2018 09 9C2KC2200JRL141273

PRÊMIO TARIFÁRIO

81.29 9.03 90.33

4.15 0.70 185.50

185.50

09/03/2018

PROPRIETÁRIO
LOTE/DSEGHBR000096LIDECRDPVAT028958

MOTOR: KC22E0314136508/0001-04



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 17/10/2018 16:14:9

Por: UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 22/04/2018 16:34:56	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 700005496728708	NOME: JEFERSON GADELHA LIMA		Registro: 5559730		
CPF: 61439079358	RG:	D. NASC: 09/09/1995	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA DO SOCORRO GADELHA LIMA			NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO		
TIPO DE LOGRADOURO:	ENDEREÇO DO PACIENTE: BARAO DE AQUIRAZ		Nº: 1772	BAIRRO: MESSEJANA	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: , 986038459	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60840730	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: MARILENE MIRANDA		PARENTESCO: PRIMA		TELEFONE: 986038459	
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, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta					
QUEIXAS: Vítima de vítima de queda de moto. Nega síncope e vômitos. TRAUMA sangrante em MID.					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

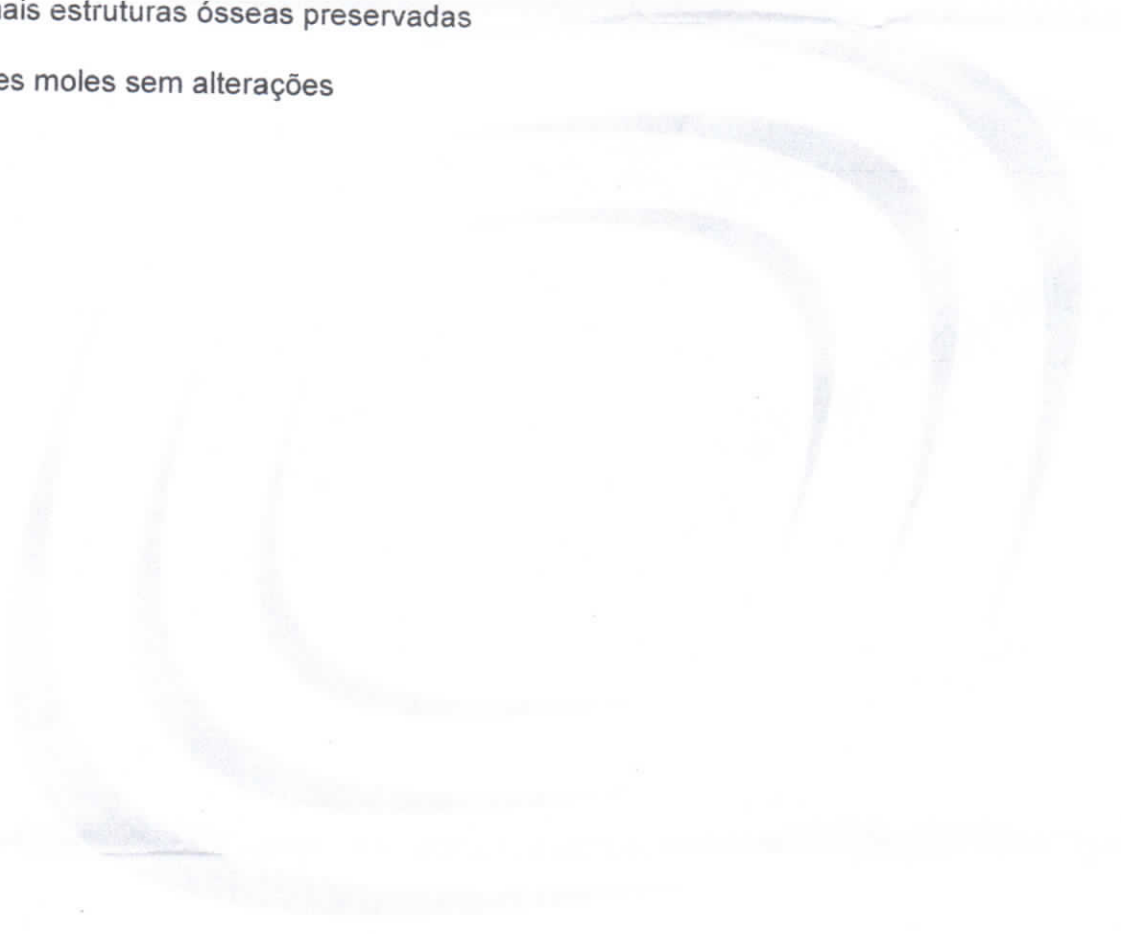
Nome:	JEFFERSON GADELHA LIMA	Pedido:	3355
Idade:	22	Data do Pedido:	06/09/2018 10:51:00
Convênio:	PARTICULAR	Atendimento:	1779337
Médico Solicitante:	MEDICO PADRAO		

RX PERNA DIREITA

Fratura metadiafisária proximal na tíbia, alinhada mediante fixação com placa e parafusos

Demais estruturas ósseas preservadas

Partes moles sem alterações




ELAINE FERNANDES ANDRADE
TEIXEIRA
CRM: 13240

UNIDADE ALDEOTA

Av. Antônio Sales, 990 - Hospital Otológica
Fortaleza - Ceará CEP 60135-100
85 3466.1170 - 3466.1171



UNIDADE CAUCAIA

Rua Pedro Gomes da Rocha, 550
Centro - Caucaia - Ceará
85 3011.1172 - 3011.1173 - 99755.1234

UNIDADE MESSEJANA

Rua Manoel Castelo Branco, 533
Messejana - Fortaleza - Ceará
85 3023.1508 - 99688.0111



HOSPITAL FERNANDES TÁVORA

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Jefferson
Acidônio Lima foi tratado
todo acompanhamento de
futura de tratamento dentário
e necessário a 120 (cento e
vinte) dias a partir da
data de alta - data
40/5/22

Dr. Carlos Macedo
Ortopedia
CREMEC 5342

2416 2718

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
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

MODEL 4



**HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TÁVORA**



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente JEFERSON GADELHA LIMA necessita de 180 (cento e oitenta) dias de licença para tratamento de saúde a partir de 24.04.18.

CID: S821.

FORTALEZA/CE, 25 de Abril de 2018

FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO
CRM/CE 5342

Dr. Carlos Macedo
Ortopedia
CREMEQ 5342



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Jefferson Gedeon Lima

Solteiro

- 20 anos de profissão

- Tratado de Hipertensão

25/07/18

Dr. Carlos Marcelo
Otopedista
CREMEC 5342

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
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

MOB/IC 4



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Jefferson
Acunha Lima foi pro-
tudo acompanhado de
futura da esposa durante
a permanência no hospital (entre
ampli) dos procedimentos -
médicos desta data
até 5/22

2416 2718

Dr. Carlos Macedo
Otorrinolaringologista
CREMEC 5342

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
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

MODELO 4

MS-DATAUS
VERSÃOPROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL
ESPELHO DA AIH

PAG.: 1

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 06/2018

DATA: 17/05/2018

Num AIH: 231810209251-5 ✓ Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 06/2018 Data de Emissão: 24/04/2018

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL

Órgão Emissor: M230440001

Lote:

Enfermaria: 0224/ Leito: 0003/

Doc autorizador: 201700675690018 Doc med resp: 107185222700006 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 107185222700006

CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL

CNS: 700005496728708

Paciente: JEFERSON GADELHA LIMA ✓

Prontuário: 2445785 ✓

Laudo:

Data Nasc.: 09/09/1995 Sexo: MASCULINO ✓ Nacionalidade: 10 - BRASIL

Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 20085285530

Responsável pac.: JEFERSON GADELHA LIMA

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO GADELHA LIMA ✓

Endereço: BARAO DE AQUIRAZ, 1772 - MESSEJANA

Raça/Cor: PARDA

Município: 230440 - FORTALEZA ✓

UF: CE CEP: 60840-730 Telefone: (85) 9860.38459

Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Muda Proc.?: Não

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Diag. principal: S822-FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE

Diag. complementar: ✓

Causa Óbito: ✓

Carater atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO

Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 24/04/2018 Data saída: 28/04/2018 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01: ✓ -

===[CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)]=====

CNPJ do Empregador:

CNAER: -

Vínculo com a previdência: -

CBO: -

===[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]=====

Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmp	Descrição
1 04.08.05.050-0	✓ 107185222700006	1 225270	107185222700006	3969800	1 042018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFI
2 04.08.05.050-0	✓ 210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1 042018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFI
3 07.02.03.090-2	✓ 09069959000158	0	09069959000158	3969800	✓ 1 042018 PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTR
4 04.08.06.019-0	✓ 107185222700006	1 225270	107185222700006	3969800	1 042018 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO
5 04.08.06.019-0	✓ 210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1 042018 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO
6 04.01.01.001-5	✓ 107185222700006	0 225270	107185222700006	3969800	✓ 1 042018 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
7 02.04.06.016-8	✓ 3969800	0	3969800	3969800	✓ 1 042018 RADIOGRAFIA DE PERNA ✓

===[VALORES DA PRÉVIA]=====

Forma de Organização	+--Serv. Hospitalar+ +----- Serviço Profissional -----+ +-----+ +---- Direto -----+ +---- Direto -----+ +---- Rateado -----+ +-----+ Próprio Terceiro Próprio Terceiro Próprio Terceiro +- Total +-							
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS				129,60	0,00	0,00	0,00	129,60
04.08.05 MEMBROS INFERIORES				631,25	0,00	0,00	0,00	882,54
04.08.06 GERAIS				460,58	0,00	0,00	0,00	609,48
07.02.03 OPM EM ORTOPEDIA				235,88	0,00	0,00	0,00	235,88
Total Geral:				1.457,31	0,00	0,00	0,00	1.857,50

===[DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES]=====

Linha Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Registro ANVISA	CNPJ Fabricante
3 20902 ✓	09.069.959/0001-58 ✓				

Número de Nascidos Número de Saídas N. Pré-Natal

Vivos: 0 Mortos: 0 Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

"De acordo com a Portaria SAS/MS N. 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Agosto de 1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Dra. Summa Elarrat
Médica Auditora
CREMEC 6175



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

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600083474
NÚMERO DA AIH: 2318102092515

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 700005496728708 - JEFERSON GADELHA LIMA

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 09/09/1995 - 22 anos

NOME DA MÃE: MARIA DO SOCORRO GADELHA LIMA

NOME DO RESPONSÁVEL: JEFERSON GADELHA LIMA

ENDEREÇO: R.BARAO DE AQUIRAZ, Nº 1772

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 32555040

BAIRRO: MESSEJANA

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S821 - Fratura da extremidade proximal da tíbia

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050551-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

CARATER DA INTERNAÇÃO: INTERNAÇÃO EM AIH DE ALTA COMPLEXIDADE

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 170224967980002 - JONAS ARAUJO E SILVA

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 24/04/2018 - 11:40 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 27/04/2018 - 10:47

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



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

24.04.2018 fls. 21



Pop: 60: 196000 83474

AS - 17

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: **11111**

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **JEFERSON GADELHA LIMA** 6 - Nº PRONTUÁRIO: **5559730**
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **700005496728708** 8 - DATA NASCIMENTO: **09/09/1995** 9 - SEXO: ☐ Masc ☐ Fem 10 - RAÇA/COR 10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE/PAI: **MARIA DO SOCORRO GADELHA LIMA** 12 - TELEFONE DE CONTATO: **986038459**
13 - NOME DO RESPONSÁVEL **NI** 14 - TELEFONE DE CONTATO:
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): **BARAO DE AQUIRAZ, 1772, MESSEJANA**
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **FORTALEZA** 17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: 18 - UF: 19 - CEP: **60.840.730**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE COM FRATURA DE TIBIA PROXIMAL. NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO.

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: **TIBIA PROXIMAL.** 24 - CID 10 PRINCIPAL: **S821** 25 - CID10 SECUNDÁRIO: 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE TIBIA PROXIMAL.** 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0408050551**
29 - CLÍNICA: **TRAUMA** 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **EMERGENCIA** 31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF 32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 34 - DATA SOLICITAÇÃO: **24/04/2018** 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 39 - CNPJ DA SEGURADORA: 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

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **Dra. Surama Elarrat** 47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
CREMEC 6175

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



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



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

USUARIO: charlene.nobre - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Siga os passos abaixo:
 Seleção de situação
 Seleção da solicitação
 Visualização da solicitação
 Lista de ocorrência
 Inclusão de ocorrência
 Visualização de ocorrência
 Confirmação de cancelamento
 Registro de transferência
 Confirmação de transferência
 Operação finalizada com sucesso

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE	700005496728708 - JEFERSON GADELHA LIMA	
NOME DA MÃE	MARIA DO SOCORRO GADELHA LIMA	
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	5559730	
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	09/09/1995 - 22 anos	
SEXO	MASCULINO	
NOME DO RESPONSÁVEL	JEFERSON GADELHA LIMA	
TELEFONE DO RESPONSÁVEL	(85) 32555040	
ENDEREÇO	R.BARAO DE AQUIRAZ, Nº 1772	
BAIRRO	MESSEJANA	
ESTADO DE RESIDÊNCIA	CEARA	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	FORTALEZA	
Plantonista		
MÉDICO	10473629372 - JONAS ARAUJO E SILVA	
TELEFONE PARA CONTATO	(85) 32555000	
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	PACIENTE SERA TRANSFERIDO PARA HOSPITAL DE APOIO INSTITUTO PRAXIS.	
Solicitação		
NÚMERO	12600083474	
SITUAÇÃO	SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO	
CENTRAL DE REGULAÇÃO	23044021 - FORTALEZA	
DATA - HORA	24/04/2018 - 11:40	
PROFISSIONAL	10473629372 - JONAS ARAUJO E SILVA	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0408050551- - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	
PROCEDIMENTO REALIZADO		
CLÍNICA	13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
CLÍNICA COMPLEMENTAR		
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	4 - INTERNAÇÃO EM AIH DE ALTA COMPLEXIDADE	
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	5 - INTERNAÇÃO LOCAL	
Justificativa da internação		
DIAGNÓSTICO INICIAL	S821 - Fratura da extremidade proximal da tibia	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL		
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO		
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS		
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	PACIENTE COM FRATURA DE TIBIA PROXIMAL,NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURUGICO.	
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	RISCO DE COMPLICAÇÃO.	
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	ANAMNESE + EXAME FISICO + RX.	

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

===[ADMISSÃO]=====

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201821001839	24/04/2018	17:04	PRAXIS	RUE - SMS
Caráter de Atendimento			SISREG	AIH
ELETIVO				
Origem do Paciente		Clínica/Especialidade		
IJF		CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA		
Médico Solicitante		Médico Responsável		
6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI		6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI		
Procedimento Solicitado				Dias
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL				3

===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]=====

Nome	Sexo		
JEFERSON GADELHA LIMA	MASCULINO		
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil
09/09/1995	22 Anos	PARDA	SOLTEIRO(A)
Mãe	Religião		
MARIA DO SOCORRO GADELHA LIMA	NÃO INFORMADO		
Conjuge	Responsável	Prontuário	
	MARIA DO SOCORRO GADELHA LIMA	2445785	
CNS	Registro	Documento Informado	
700005496728708	201802570001826	RG: 20085285530 Emissão: 26/10/2015	
País	Município de Naturalidade		CEP
BRASIL	FORTALEZA/CE		60840-730
Município de Residência	Logradouro		
FORTALEZA/CE	RUA BARAO DE AQUIRAZ		
Número	Complemento	Bairro	
1772		MESSEJANA	
Fone Móvel	Fone Fixo	Ponto de Referência	
(85)9860.38459			

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)

EMPREGADO FORMAL / AGENTE DE SEGURANCA

===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]=====

Em caso de urgência avisar	Acomodação/Leito
MARIA DO SOCORRO	224/3
Tipo de Acomodação	Clínica
ENFERMARIA	CLÍNICA CIRÚRGICA
Atendente: helenia	Posto de Enfermagem
	POSTO DE ENFERMAGEM 03
Data: 24/04/2018 Hora: 17:07:57 Tempo: 00:03:44	

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

MARIA DO SOCORRO GADELHA LIMA, abaixo assinado, responsável pelo paciente JEFERSON GADELHA LIMA, 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), 24 de abril de 2018

RESPONSÁVEL

Maria do Socorro Gadelha Lima

TESTEMUNHAS

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
 AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
 CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número	Data	Hora	Convênio/Plano
201821001839	24/04/2018	17:04	INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante			
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO - 6193			
Médico Responsável			
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO - 6193			
Procedimento Solicitado			
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL			

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito	Tipo de Acomodação	Clínica	Posto de Enfermagem
224/3	ENFERMARIA	CLÍNICA CIRÚRGICA	POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome	Sexo		
JEFERSON GADELHA LIMA	MASCULINO		
Nascimento	Idade	Religião	Prontuário
09/09/1995	22 Anos	NÃO INFORMADO	2445785
			Registro
			201802570001826

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

Diagnóstico Principal
 S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

Procedimento Realizado
 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Data Hora Motivo
 28/04/2018 10:49 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente JEFERSON GADELHA LIMA, 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), 28 de abril de 2018

Responsável/
 Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)
 Responsável
 pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

Brenda Façanha
 Enfermeira
 COREN-CE 486024



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. 25

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 25/04/18

Nome do paciente:	Jefferson Jaelle Lima		
Nº Prontuário:	1445785	Categoria:	
Clínica:	HFT	Leito:	
Cirurgião:	Dr. Carlos Magalhães		
Anestesista:	Dr. Carlos Magalhães		
Tipo de Anestesia:			
1 Auxiliar:	Dr. Valter Contino		
2 Auxiliar:			
3 Auxiliar:			
Instrumentadora:	Joqueline		
Circulante:	Uelso		
Diagnóstico Pré-Operatório:			
Tipo de Operação/ Código:	0 4 1 5 0 5 0 0 1.2		
Diagnóstico Pós-Operatório:	0408050500 + 0408060190		
Relatório Imediato do Patologista:			
Exame Radiológico no ato:			
Acidente e Incidentes:			
Contagem de Compressas:	20 ✓		

Dr. Carlos Magalhães
CRM 2021
CPF: 04.185.213-04

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
10:20	11:20	01:00
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

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

Bárbara Farias Feitor
Enfermeira
COREN: 326707

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista

Maria Magaly Marinho
CRM 2021
CPF: 04.185.213-04

MODELO 8.0



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

ATESTADO MEDICAL

Atesto que Jefferson
Cedeira Lima foi
tratado ambulatorialmente
por uma lesão de nível
L5/S1 a nível da coluna.

30/10/11

Dr. Carlos Menezes
CRM 53.383
Ortopedia

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228-2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- Anestesia
- Incisão - anteflexão
- Com o curio
- mar no punho
- Reduz a pressão da tórax
- fixar o bloco a parede
- orostoma
- se confere
- limpa o plano
- curativo

Assinatura do Cirurgião (Carimbo)

SINISTRO 3180554467 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JEFERSON GADELHA LIMA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO JEFERSON GADELHA LIMA
CPF/CNPJ: 61439079358

Posição em 27-12-2018 10:12:13

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
19/12/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50