



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SEGURANÇA, CIDADANIA, TRÂNSITO E TRANSPORTE
SUPERINTENDÊNCIA DA GUARDA MUNICIPAL, TRÂNSITO E TRANSPORTE

CERTIDÃO Nº01/2018 – DEMUTRAN

Certifico, para os devidos fins, que ocorreu um acidente de trânsito, conforme abaixo discriminado, o qual foi atendido pelos Agentes deste Demutran.

Data	22/10/2017, 16h50min
Local	Rua Ana Nogueira Lopes, s/n.
Vítima	Raimundo Vanderley Soares Felix.
Descrição do Agente	
As 16h50min registramos uma ocorrência de trânsito na Rua Ana Nogueira Lopes, s/n, próximo ao canal da integração, Distrito de Queimadas. Tratava-se de um atropelamento envolvendo uma motocicleta com um animal (vaca). No local do acidente, encontramos a vítima, o Sr. Raimundo Vanderley Soares Felix, RG 97021026982, CPF 971.621.673-49, endereço Rua Luiz Inácio de Sousa - 1575 e Telefone 991485210, o qual foi socorrido pelos socorristas do SAMU – Wellington Freitas e Luiz Beth, VT USB-16, para a UPA local. A motocicleta não foi identificada porque já havia sido retirada do local. Era o que continha o original, registrado no livro de ocorrências de trânsito, folha 78, lavrado pelo agente de trânsito matrícula 090466-0.	

Horizonte, 16 de janeiro de 2018.


Francisco Leite de Sousa
Superintendente

GOVERNHO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde

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. RAIMUNDO VANDERLEY SOARES FELIX, portador do RG 97021026982 inscrito no CPF 971.621.673-49 no dia 22/10/2017, às 16h45, no município de Horizonte/CE, no Distrito de Queimadas, vítima de colisão moto com animal, sendo encaminhado para o Hospital I.J.F. Messejana. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 02 de Abril de 2018


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVASAMU 192 Ceará
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro-Sul - Ce
Fones: (85) 3433 7434



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 26/03/2018 17:37:31

Por: UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 22/10/2017 19:39:13	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
ONE: 700000270164205	NOME: RAIMUNDO VANDERLEY SOARES FELIX				Registro: 5533713		
CPF: 97162167349	RG: 97021026982	D. NASC: 04/06/1980	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA SOARES FELIX			NOME DO PAI: JOAO FELIX SOBRINHO				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: JOAO JOANA			NP: 414	BAIRRO: QUEIMADAS		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: ,001165210	MUNICÍPIO: HORIZONTE		UF: CE	CEP: 62884060		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SAMUEL HORIZONTE USB 16 CONDI WELLINGTON			PARENTESCO: CLAIRTON (IRMÃO)		TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADOR:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um pedestre ou um animal							
QUEIXAS: colisão moto animal há 2 hs com fx exposta punho							
OBSERVAÇÕES: dor moderada							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
RECIBO DE ATENDIMENTO PELO(A) MÉDICO(A) RESPONSÁVEL DATA: 26/03/18 MATRÍCULA: 10.888.1 _____ SERVIDOR(A)							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



**PREFEITURA DE
HORIZONTE**
Secretaria de Saúde



FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: Unidades
 Distrito Sanitário: Horizonte Município: _____
 Nome: Raundo Vanderley Prontuário Nº _____
 Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____
 Endereço: Unidade Bairro: _____ Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento: Psicoterapia 10-5.
 Resultado de Exames: Antibiograma e punção
14D: Rx no antebraço consolidado
 Conduta já realizada: _____
 Impressão Diagnóstica: Modo de Ponto
CPF: 08.02.2017
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro Função 13/12/2017 Data Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio diagnóstico ☐
 Procedimento: _____ Profissional: _____
 Unidade de Referência: _____
 Data _____ Hora _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
 Município: _____ Prontuário Nº.: _____
 Alto: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico _____

Resultado de Exames _____

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____
 Secundário 1 _____ CID: _____
 Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Conduta para Seguimento _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____ Função _____ Data _____



24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Atestado - Serviço de Traumatologia-

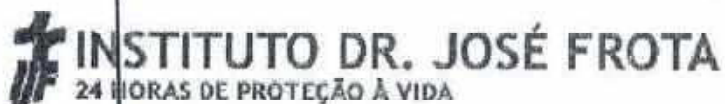
Ortopedia

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	RAIMUNDO VANDERLEY SOARES FELIX		
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	22 10 2017	DATA DA ALTA:	25/10/2017
BE/PRONT:	5533713	CIDADE DE ORIGEM:	HORIZONTE
IDADE:	37		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE PUNHO DIR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:			
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	STAFF INDEFINIDO		
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO		

Ass: 	Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr. ____
Data: 25/10/17	Dispensa do trabalho por: 30 (Trinta) dias
Imprimir	

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web



Serviço de Traumatologia-Ortopedia

Laudo Médico/Resumo de Alta -

No. HOSPGESTOR: 35115

LEITO:

NOME: RAIMUNDO VANDERLEY SOARES FELIX

DATA DE INTERNACAO: 22/ 10/ 2017

DATA DA ALTA: 25/10/2017

BE/PRONT: 5533713

CIDADE DE
ORIGEM: HORIZONTE

NASCIMENTO: 04061980

IDADE: 37

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE PUNHO DIR (AGUARDA CIRURGIA
DEFINITIVA)CONDUTAS E CUIDADOS POS-
OPERATORIOS:

TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA
EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Mapa de Cirurgias

Dias Int.	#	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material	Observação	Status da marcação
Ass.:				Dr. Angelo Luz Cirurgião do Joelho			Retornar dia: ____ / ____ / ____ Hora: ____ para Dr. _____	
Data:								
Imprimir								

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Rdo. Vanderley J. Félix

- Solicito fisioterapia
p/o antebraço D e
punho D (30us)
HD: fratura no antebraço
consolidada

08/12/17

Dr. Josafá Fernandes
Traumato-Ortopedista
CREMEC 5253

Instituto Clinico 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

MODELO 4

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

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 12/2017

DATA: 04/12/2017

Num AIH: 231710341981-8 / Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 12/2017 Data de Emissão: 12/12/2017

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0222 Leito: 0002

Doc autorizador: 980016293908789 Doc med resp: 182215039540018 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 182215039540018

CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 700000270

Paciente: RAIMUNDO VANDERLEY SOARES FELIX / Prontuário: 2443678 / Laudo:

Data Nasc.: 04/06/1980 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 97021026982

Responsável pac.: RAIMUNDO VANDERLEY SOARES FELIX Nome da Mãe: MARIA SOARES FELIX /

Endereço: JOAO JOANA, 414 - QUEIMADAS Raça/Cor: SEM INFORMAÇÃO

Município: 230523 - HORIZONTE UF: CE CEP: 62880-022 Telefone: (85)9940.9900

Procedimento solicitado: 04.08.02.043-1 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA Muda Proc.

Procedimento realizado: 04.08.02.043-1 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA

Diag. principal: S522-FRATURA DA DIAFISE DO CÚBITO [ULNA] Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE

Diag. complementar: / Causa Óbito:

Carater atendimento: 06 / OUTROS TIPOS DE LESOES E ENVENENAMENTOS POR AGENTES QUIMICOS OU FISICOS Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 12/11/2017 Data saída: 15/11/2017 Motivo saída: 12 / ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01: -

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

CNU do Empregador: CNAER: - CEO: -

Vínculo com a previdência: -

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

Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNAU	Apurar Valor p/ Qtde Cnpt	Descrição
1 04.08.02.043-1	182215039540018	1 225270	182215039540018	3969800	1 112017 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA
2 04.08.02.043-1	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1 112017 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA
3 07.02.03.039-9	15383215000106	0	15383215000106	3969800	✓1 112017 PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM
4 08.02.01.001-6	3969800	0	3969800	3969800	✓3 112017 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COMPANHANTE)
5 04.01.01.001-5	182215039540018	0 225270	182215039540018	3969800	✓2 112017 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
6 02.04.04.001-9	3969800	0	3969800	3969800	✓1 112017 RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO /

===[VALORES DA PRÉVIA]=====

Forma de Organização	+ Serv. Hospitalar +		+ Serviço Profissional +		+ +	
	Direto	Rateado	Direto	Rateado	Direto	Rateado
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	64,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
04.08.02 MEMBROS SUPERIORES	169,35	0,00	0,00	0,00	95,94	0,00
07.02.03 ODM EM ORTOPEDIA	183,81	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
08.02.01 DIARIAS	24,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Geral:	441,96	0,00	0,00	0,00	95,94	0,00

===[DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES]=====

Linha Nota Fiscal	CNU Fornecedor	Lote	Série	Registro ANVISA	CNU Fabricante
3 16937	15.383.215/0001-06				

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."

Denise Azevedo Cavalcante
Auditora CRM-5162
CPF: 244.554.933-34
SISAIH01/EM
ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL



12/10/17

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: 12600073630
NÚMERO DA AIH: 2317103419818

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 70000270164205 - RAIMUNDO VANDERLEY SOARES FELIX
DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 04/06/1980 - 37 anos
NOME DA MÃE: MARIA SOARES FELIX
NOME DO RESPONSÁVEL: FAMILIARES
ENDEREÇO: RUA JOAO JOANA, Nº 414
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230523 - HORIZONTE

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 991485210

BAIRRO: QUEIMADAS

CEP: 62884060

UF:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S525 - Fratura da extremidade distal do rádio

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408020431-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 124289450940004 - FERNANDO OTAVIO FIDELIS GUIMARAES RABELO

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 12/11/2017 - 13:43 **DATA-HORA INTERNAÇÃO:** 14/11/2017 - 09:14

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



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

União - 12600073630



Prefeitura de
Fortaleza

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 PRÁXIS				4 - CNES:
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE: RAIMUNDO VANDERLEY SOARES FELIX				PRONTUÁRIO: 5533713
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 700000270164205	8 - DATA NASCIMENTO: 04/06/1980	09 - SEXO (X) M () F	10 - RAÇA/COR	10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE/PAI: MARIA SOARES FELIX		12 - TELEFONE DE CONTATO		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL NI		14 - TELEFONE DE CONTATO:		
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO) JOAO JOANA 414 QUEIMADAS				
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: HORIZONTE		17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: CE	19 - CEP:
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACIENTE COM FRATURA DE RADIO ,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 + EXAMES LABORATORIAIS				
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FX.RADIO	24 - CID 10 PRINCIPAL: S525	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:	
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA			28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 04.08.02.043-1	
29 - CLÍNICA: TRAUMATO	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: EMERGENCIA	31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		34 - DATA SOLICITAÇÃO: 12/11/2017	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR): Dr. Fernando Rabelo Emergência	
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO				
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				
39 - CNPJ DA SEGURADORA:		40 - Nº DO BILHETE:	41 - SÉRIE:	
42 - CNPJ DA EMPRESA:		43 - CNAE DA EMPRESA:	44 - CBOR:	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO				
AUTORIZAÇÃO				
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR:	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO: () CNES () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO): <i>Denise Azevedo Cavalcante</i> <i>Assessora Jurídica</i> <i>2017.11.12</i>			

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

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

fls. 20

FICHA DE INTERNAÇÃO

==[ADMISSÃO]==

Número 201721003402 Data 12/11/2017 Hora 15:14 Convênio PRAXIS Classificação SEM CLASSIFICAÇÃO
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 0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA Dias 2

==[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome RAIMUNDO VANDERLEY SOARES FELIX Sexo MASCULINO

Nascimento Idade 04/06/1980 37 Anos Raça/Cor PARDA Estado Civil SEPARADO(A) Religião NÃO INFORMADO

Mãe MARIA SOARES FELIX Pai JOAO FELIX SOBRINHO

Conjuge Responsável RAIMUNDO VANDERLEY SOARES FELIX Prontuário 2443678

CNS 700000270164205 Registro 201702570003629 Documento Informado RG: 97021026982 Emissão: 25/01/2012

País BRASIL Município de Naturalidade CANINDE/CE CEP 62880-022

Município de Residência HORIZONTE/CE Logradouro RUA JOAO JOANA

Número 414 Complemento Bairro QUEIMADAS

Fone Móvel (85)9940.86057 Fone Fixo Ponto de Referência

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO) AUTÔNOMO / MOTOTAXISTA

==[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==

Em caso de urgência avisar RAIMUNDO VANDERLEY SOARES FELIX Acomodação/Leito 222/2

Tipo de Acomodação ENFERMARIA Clínica CLÍNICA CIRÚRGICA Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 03

Atendente: marcia.luz Data: 12/11/2017 Hora: 15:25:14 Tempo: 00:10:17

==[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

RAIMUNDO VANDERLEY SOARES FELIX, 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), 12 de novembro de 2017

RESPONSÁVEL

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
201721003402 12/11/2017 15:14 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Médico Responsável
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Procedimento Solicitado
0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
222/2 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome RAIMUNDO VANDERLEY SOARES FELIX Sexo MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
04/06/1980 37 Anos NÃO INFORMADO 2443678 201702570003629

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

Diagnóstico Principal
S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO
Procedimento Realizado
0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA
Data Hora Motivo
15/11/2017 10:51 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente RAIMUNDO VANDERLEY SOARES FELIX, 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), 15 de novembro de 2017

Responsável/
Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: rayssa.cavalcante

Data: 15/11/2017 Hora: 10:51:17



H O S P I T A L
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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 13/11/17

Nome do paciente: Rafael Vanderley S. Félix

Nº Prontuário: _____ Categoria: _____

Clínica: HFT Leito: _____

Cirurgião: Dr. Josefa

Anestesista: Dr. Magaly

Tipo de Anestesia: Blequio de Plexo

1 Auxiliar: _____

2 Auxiliar: _____

3 Auxiliar: _____

Instrumentadora: Bruna

Circulante: Leio

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura no antebraço

Tipo de Operação/ Código: 0505020431

Diagnóstico Pós-Operatório: Fratura no antebraço

Relatório Imediato do Patologista: _____

Exame Radiológico no ato: _____

Acidente e Incidentes: _____

Contagem de Compressas: 20

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
<u>12:30</u>	<u>12:40</u>	
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:

Assinatura da Enfermeira(o)

Maria Magaly Marques Dantas
CRM 2021

Assinatura do Anestesista

REPÚBLICA DE BRASIL

MINISTÉRIO DA FAZENDA

RECEITA FEDERAL

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

971.621.673-49

Nome

RAIMUNDO VANDERLEY SOARES FELIX

Nascimento

04/06/1980

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **97021026982**

DATA DE EXPEDIÇÃO **25/01/2012**

NOME

RAIMUNDO VANDERLEY SOARES FELIX

FILIAÇÃO

JOÃO FELIX SOBRINHO

MARIA SOARES FELIX

NATURALIDADE

CANINDÉ - CE

DATA DE NASCIMENTO

04/06/1980

LUGAR DE ORIGEM

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 4.538 FOLHA: 049V

LIVRO: 8-16 PACAJUS - CE

CPF 971.621.673-49

2 VTA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.110 DE 20/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

971.621.673-49

Nome

RAIMUNDO VANDERLEY SOARES FELIX

Nascimento

04/06/1980

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

F30B.CD13.1418.0C57

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 13:27:32 do dia 04/01/2012 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

INFORMAÇÕES DO CLIENTE

2203927-9
Para agilizar seu atendimento, utilize o e-mail sempre que entrar em contato conosco.

Atribuição Social da Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 02.042.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

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

Rota 06 20070 54 123800 - 3 Data de Emissão 512362609
Nome RÔDILANE GOMES LOPES 07/02/2018
End. Pos. RU LUIZ INACIO DE SOUSA 01575
Medidor PLANALTO HORIZONTE - HORIZONTE - 62880031
Classe 9651997 Poste 0000 0000
RG / CPF / CNPJ 01 RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFÁSICO
Nome do Responsável 858820033-34 CGF

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Fev/2018	07/02/2018	09/03/2018

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta	COLUNA	Dez 2017	EUSD 34,66
Mês	Padrão	0,00	0,00
	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,58	21,17	42,34
FIC	7,52	15,04	30,08
DMIC	5,68		

APUR. INDIV. (R\$)

Mensal	Trim.	Anual
0,90	0,57	2,70

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 14593	14096	1,00	193	0,00		0,1375	26,55

VALOR CONSUMO DO MES 26,55
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 15,45
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA-REND 0,87

VENCIMENTO 16/02/2018

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	10,63
Transmissão	1,41
Distribuição	0,90
Encargos Setoriais	2,70
Tributos (ICMS PIS COFINS)	1,91
TOTAL	27,55

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
140	140	19,10
143	143	19,66
145	145	20,03
147	147	20,40
149	149	20,77
151	151	21,14
153	153	21,51
155	155	21,88
157	157	22,25
159	159	22,62
161	161	22,99

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 44,52
Compensado kg (CO₂) 0,00
Consciência Ecológica (%CO₂) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Previo Aviso
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contatos em atraso. Segue o detalhamento de débito. O não pagamento de dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a emissão desta, conforme previsto na Res. AREG 414/10, Arts. 172 e 173, bem como o envio das informações aos órgãos de proteção ao crédito e cartório de protesto. Caso não tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIORES

Vencimento	Valor R\$
01/2018	124,70
01/2018	136,70
Total	261,40



PROCURAÇÃO

Nome: RAIMUNDO VANDERLEY SOARES FELIX
 Nacionalidade: BRASILEIRO, estado civil: SOLTEIRO
 Profissão: AUTONOMO
 RG: 97021026982 SSP/ CE CPF: 971.621.673-49
 Logradouro: RUA LUIZ INACIO DE SOUZA
, Nº 1575, Compl
 Bairro: PLANALTO HORIZONTE CEP: 62.880 - 031
 Cidade: FORTALEZA, UF: CEARA Tel: (85) 991485210

OUTORGADO: Felipe Reinaldo Rabelo Leal, brasileiro, casado, advogado, inscrição na OAB/CE 17.458, ambos com escritório profissional situado na Rua do rosário 77 sala 1402 Centro, Fortaleza – Ceará, Fone: (85) 98685-3187/(85) 3226-1683, onde recebe intimações, notificações, etc. PODERES: Para o FORO EM GERAL, com Cláusula “ad-judicia et extra”, para promover a defesa do mandante ou a de qualquer interesse seu, seja através de atos de representações, seja intentando ações ou defendendo-o das que contra si forem intentadas, podendo ainda confessar, reconhecer procedência de pedidos, receber citações, transigir, desistir, renunciar a direitos sobre que se fundam ações, dar quitação, firmar compromisso, receber e dar quitação, endossar cheque, receber alvará em nome do outorgante, dando tido por bom e valioso, com o fim específico para **AJUIZAR AÇÃO NA JUSTIÇA ESTADUAL DO CEARÁ**, podendo substabelecer com o sem reserva de iguais poderes em todas as instancias da Justiça Estadual deste estado.

Fortaleza (CE), 31 de OUTUBRO de 2018.

Raimundo Vanderley Soares Felix

Assinatura



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA e RESIDENCIA

Nome: RAIMUNDO VAUDERLEY SOARES FELIX

Nacionalidade: BRASILEIRO Estado: CEARA Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão: AUTONOMO

Rg: 97021026982 SSP/CE -CPF: 971.621.673-49

Endereco: RUA LUIZ INACIO DE SOUZA

Desejamos obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da lei nº 1.060 de 05 de Fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça, declarando ainda que vive e reside no endereço acima descrito na qual é a expressão da verdade sob as penas da lei o que me responsabilizo pela presente.

Fortaleza/Ce: 31 de OUTUBRO de 20 18

Raimundo Vauderley Soares Felix

SINISTRO 3180267160 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** RAIMUNDO VANDERLEY SOARES FELIX**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO RAIMUNDO VANDERLEY SOARES FELIX**CPF/CNPJ:** 97162167349**Posição em 18-09-2018 17:06:01**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/09/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

EXELENTEÍSSIMO(A) SR (A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DA 14ª VARA CIVIL DA COMARCA DE FORTALEZA/CE

Nº do processo: 0180256-63.2018.8.06.0001

NOTIFICAÇÕES E INTIMAÇÕES

RAUMUNDO VANDERLEY SOARES FELIX, já qualificado nos autos da ação em epígrafe, vem à presença de Vossa Excelência, com elevado acatamento, requerer o que segue:

Que todas as notificações e intimações sejam feitas exclusivamente em nome do advogado **JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA**, OAB/CE sob nº 29.690, email: advocaciaulissesferreira@gmail.com com endereço profissional na rua Barão do Rio Branco 1867, Centro Fortaleza/Ce, CEP: 60025-060.

SUBSTABELECIMENTO

Pelo presente instrumento particular de substabelecimento, **FELIPE REINADO RABELO LEAL**, divorciado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº. 17.528, substabelece, COM RESERVAS DE PODERES, na pessoa do advogado **Dr. JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº. 29.690, poderes esses que lhes foram conferidos por RAUMUNDO VANDERLEY SOARES FELIX, conforme substabelecimento em anexo.

Nestes termos, pede deferimento.

Fortaleza 23 de Novembro de 2018

Jorge Ulisses e Silva Ferreira Lima

OAB/CE 29.690



SUBSTABELECIMENTO

FELIPE REINALDO RABELO LEAL, divorciado, advogado, inscrita na OAB/CE 17.528, SUBSTABELECE com reservas de poderes, na pessoa do advogado, JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE 26.999, para, nesta os poderes foram outorgados por RAIMUNDO VANDERLEY SOARES FELIX, para ajuizamento da ação **COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. Na Comarca de Fortaleza - CE**

Fortaleza, 23 de NOVEMBRO de 2018.


FELIPE REINALDO RABELO LEAL
OAB/CE 17.528