

ARS

Mônica Ribeiro & Sombra
Advogados Associados

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE:

Lucas Coelho, brasileiro, solteiro, autônomo, sem endereço eletrônico, com RG nº 9570088 MTPS/CE, com CPF 066.086.533-03, com domicílio e residência na Rua São Francisco do Hapari, nº 746, Bairro Passaré, Fortaleza - CE, CEP 60.860-520.

OUTORGADOS: ALENCAR, RIBEIRO & SOMBRA ADVOGADOS ASSOCIADOS S/S. registrada na OAB/CE sob o nº 0860, inscrição CNPJ nº 18.041.675/0001-44, endereço eletrônico ars.juridico@gmail.com, através dos advogados **FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO**, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811, **ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO**, inscrito na OAB/CE sob o nº 30.204 e **FABIO LIMA SOMBRA**, inscrito na OAB/CE sob o nº 27.447; com escritório profissional, à Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP 60.170-002, Fortaleza – CE, onde receberão intimações.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para *receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica*, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Fortaleza - CE, 18 de Outubro de 2018.

Lucas Coelho
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 7.115/83, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, 18 de Outubro de 2018.

Jucara Coelho

ASSINATURA

DO DECLARANTE

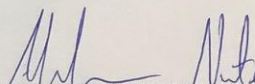


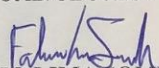
Alencar, Ribeiro & Sombra
Advogados Associados

SUBSTABELECIMENTO

EU, ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/CE sob o n. 30.204, portador do CPF de nº. 994.876.753-53 e Dr. FABIO LIMA SOMBRA, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/CE 27.447, portador do CPF de nº 036.055.363-01, **SUBSTABELEÇEMOS SEM RESERVA** os poderes que nos foram conferidos por LUCAS COELHO, para a advogada Dra. SARAH BASTOS DE ALENCAR – OAB/CE 33.781.

Fortaleza - CE, 18 de fevereiro de 2019.


ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO
OAB/CE 30.204


FABIO LIMA SOMBRA
OAB/CE 27.447

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		CE	
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME		LUCAS COELHO	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF		9570088 MTPS CE	
CPF	DATA NASCIMENTO		
066.396.533-03	17/05/1995		
FILIAÇÃO			
MARIA EDNALDA COELHO			
PERMISSÃO	ACC	CAT. HAB.	
		A.B.	
Nº REGISTRO	VALIDADE	1ª HABILITAÇÃO	
06283720169	17/08/2022	20/01/2015	
OBSERVAÇÕES			
SEM OBSERVAÇÃO;			
Assinatura do Portador: <i>Lucas Coelho</i>			
LOCAL		DATA EMISSÃO	
FORTALEZA, CE		11/12/2017	
Assinatura do Emissor: <i>Idon V. de F. Costa</i>		75400431626	
ASSINATURA DO EMISSOR		CE160903378	
CEARÁ			

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1551305838

PROIBIDO PLASTIFICAR
1551305838



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

517486803

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

MAR/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
1046051

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

Rota 11 01210 19 432600 - 2 Medidor 1917390 Poste 1062 L27T
Nome MARIA EDNALVA COELHO SMC 008002157151
Endereço Postal RU SAO FRANCISCO DO ITAPERI 00748 - FASCARE -
FORTALEZA CEP 80862-520
End. da Unidade RU SAO FRANCISCO DO ITAPERI 00748 - FORTALEZA
Consumidora

RG / CPF / CNPJ 808265743-91 CGF
Classe RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 2481 Leitura Anterior 2348 Constante 1 Consumo (kWh) 114 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 114
15/03/18 18/02/18 27 DIAS

Quantidade Tarifa Valor (R\$)
114 0,89081 78,75
1,83
9,73
37,26
5,00

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 26/03/2018 Prev. Próxima Leitura 16/04/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8985.3250.92A6.6C86.8403.CD76.8E4E.D3CD

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto
78,75 27,00% 21,28

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 28,82
Transmissão 2,88
Distribuição 18,21
Encargos Setoriais 6,30
Tributos (ICMS PIS/COFINS) 24,74
Total 78,75

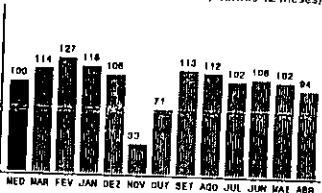
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto MONOUBIM
Mês JAN/2018 - EISO 28,58

	Padrão Individual		Apuração Individual	
	Mensal	Anual	Mensal	Anual
DIC (h)	4,95	0,00	0,00	0,00
FIC (h)	3,17	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,77	0,00	0,00	0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Consumo médio dos 12 últimos meses
Consumo mensal

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)

40 0 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

REAVISO DE VENCIMENTO:

Informamos existir débito vencido sem acréscimos
Inglis até esta data, no valor de R\$ 208,78. Conforme
Resolução Anel 438/00, Art. 91, poderá ser suspenso
o fornecimento de energia elétrica, após decorridos
15 dias do envio deste comunicado. Caso o débito
relacionado ao Indv tenha sido pago, favor
desconsiderar este aviso.

DEBITOS ANTERIORES

MES/ANO VALOR R\$
12/2017 99,14
01/2018 109,61

Consta desta fatura R\$ 3,48 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:
0,78% e COFINS: 3,64%. [Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e leis n.
10.837/02 e 10.833/03]

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 1046051-9 Nº da Nota Fiscal: 517486803 Total a Pagar (R\$): 132,37
Data de Emissão: 16/03/2018 Referência: MAR/2018 Nº de Controle: 0001046051 00523 40782 70

83610000001-4 32370031000-2 00010460510-0 05234078270-6



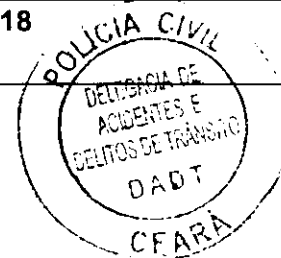


BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 1629 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/04/2018 14:59:56**
Data / Hora da Ocorrência: **09/01/2018 16:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA JUNDIAI**
Complemento:
Bairro: **MESSEJANA**
Ponto de Referência:

Município: **FORTALEZA/CE**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUCAS COELHO**
Nascimento: **17/05/1995** CPF: **066.396.533-03**
CNH: **06283720169** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **MARIA EDNALDA COELHO**
N/C
Endereço: **RUA SÃO FRANCISCO DO ITAPERI, 748**
Bairro: **PASSARE**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98540-2819**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PMX3679 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi:
9C2KC2200GR009026 Renavam: 1068111868 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI Ano
Fabricação: 2015 Ano Modelo: 2016 Combustível: GASOLINA/ALCOOL
Cor: PRETA Proprietário: LUCAS COELHO Situação: NÃO INFORMADO
Envolvimento: COLISAO

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA PMX-3679 NA RUA JUNDIAI QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.//////////

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

x Lucas Coelho

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6

Dados da reclamação

Protocolo: 2279595/2018
Reclamada: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT S.A.

Via: Internet
Data: 05/10/2018

Dados do reclamante

Segurado: LUCAS COELHO
CPF/CNPJ: 066.396.533-03
UF: CEARÁ

Dados de contato

E-mail: madsonsilvap@gmail.com
Endereço: RUA SAO FRANCISCO DO ITAPERI, 746
CEP: 60.862-520

Bairro: PASSARE
Cidade: FORTALEZA

Dados da denúncia

Assunto: Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Revisão de valores

Descrição dos fatos: SR ANALISTA.MEU PROCESSO PASSOU POR VÁRIAS PENDÊNCIAS SEM SENTIDO, NEGATIVAS INJUSTIFICADAS E POR FIM, DEPOIS DE TANTO INSISTIR E NO TERCEIRO CADASTRO DO PROCESSO, RECEBI UM PAGAMENTO MUITO INFERIOR AO DEVIDO. RECEBI APENAS R\$ 2.362,50 ATRAVÉS DO SINISTRO 3180/314257, SENDO QUE, MEU DANO PESSOAL COBERTO PELA LEI 6194/74 PELA GRAVIDADE E EXTENSÃO DA LESÃO SERIA MELHOR ENQUADRADA ENTRE OS VALORES R\$ 4.725,00 E 7.087,50.CREDITO O VALOR INFERIOR A UM PAGAMENTO EFETUADO DE FORMA DIRETA SEM PASSAR PELO CRIVO DE UM MÉDICO PERITO, DESTA FORMA SEM PERICIA O VALOR VEIO MUITO INFERIOR AO DEVIDO.DIANTE DO EXPOSTO, SOLICITO A REVISÃO IMEDIATA DO VALOR E MARCAÇÃO DE PERICIA MÉDICA PARA AVALIAÇÃO DA EXTENSÃO DE MEU DANO PESSOAL COBERTO NA LEI 6194/74.

Documentos

Tipo	Número
------	--------

Encaminhamentos

Atendente

Data

LEI 6.194/74

Danos Corporais Totais Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico		REPERCUSSÃO			
	Percentual da Perda	INTENSA	MEDIA	LEVE	SEQUELA RESIDUAL
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cega para bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou da livre	100				
deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autônoma					
Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, cervicais, torácicas, abdominais, pélvicas ou neuro-periféricas causando com prejuízo s funcionais não compensáveis de ordem anatômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores		REPERCUSSÃO			
	Percentuais das Perdas	INTENSA	MEDIA	LEVE	SEQUELA RESIDUAL
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70				
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	50				
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	25				
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10				
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais		REPERCUSSÃO			
	Percentuais das Perdas	INTENSA	MEDIA	LEVE	SEQUELA RESIDUAL
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50				
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25				
Perda integral (returada cirúrgica) do baço	10				

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

LUCAS CARLOS

vítima de acidente de trânsito, em 09/01/2018, sofreu:

Trauma do fêmur Direito
CID - S72.3

e submeteu-se a tratamento(s):

Cirurgia aberta
Redução e fixação do fratura
poros e pontos. Não houveencontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:Cirurgia na lateral do corpo D
fêmur e dor na coxa

Dificuldade de deambulação

Dificuldade de marcha

Falta de movimento da articulação
quadril com fe.Não utiliza muletas com can
Não utiliza dispositivos de apoiocom movimento funcional
preparado.

O M. médico definitivo

27/05/2018

Rua Guilherme Rocha, 1204 - Centro - Fortaleza - Ceará.

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411 /

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Luís Carlos

vítima de acidente de trânsito, em 09/01/2018, sofreu:

*Fratura do Cebum Alar
C11 - S + 2.3*

e submeteu-se a tratamento(s): *Clavícula*

*osteossíntese, placa e parafusos
fixação do fratura alar
fratura C11*

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente, com grau de incapacidade funcional irreversível de:

*Edema crônico no corpo
cervical extensa no lateral
do corpo da coluna.
Clavícula, do antebraço com
osteíte de múltiplos focos
de infecção. Osteíte da
cabeça da fêmur, do antebraço
e do braço com abscessos, osteíte
e necrose da cabeça da fêmur.
Tumor de natureza maligna
na cabeça da fêmur.*

09/10/2018

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

*Fco. Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411*

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Uelir's Coelho

vítima de acidente de trânsito, em 09/01/2018, sofreu:

Fratura do fêmur direito
CID S72.3

e submeteu-se a tratamento(s):

ORTESSIMILAR, redução e
fixação do fêmur.
Fisioterapia

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

fileno crônico do cotovelo
cicatrizes extensas na pele
do cotovelo direito.
maneira crônica, extensa
nudez, a qual dificulta a locomoção
força muscular, não
controle do membro, locomoção
prejudicada. Com pênalti de
proximal. O X medior
de fêmur

Fco. Mardônio Salmito Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411

10/04/2018

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/02/2019 às 14:43, sob o número 01132717820198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113271-78.2019.8.06.0001 e código 44AA690.

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE LUCAS COELHO CADSL		DADOS PESSOAIS NASCIMENTO 17/05/1995(22 ANOS) SEXO M		Nº DO PRONTUÁRIO 5093858		Nº DO BE 252853 RACIA/COR PARDO	
NOME MÃE MARIA EDINALVA COELHO ENDEREÇO RUA SAO FRANCISCO 748 PASSARE CONTATO		NOME RESPONSÁVEL NI MUNICÍPIO FORTALEZA		CEP NI		UF CE	
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE							
QUEIXA COLISÃO MOTO-CARRO, COM TRAUMATISMO NO MID. SINTOMAS DOR.				CLASSIFICAÇÃO DE RISCO MOTIVO COLISAO			
PESO NI KG TEMPERATURA NI °C CLASSIFICAÇÃO AMARELO				PRESSÃO ARTERIAL NI/NI ALERGIAS NEGA		SINAIS VITAIS SAT O2 NI%	
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO RAIMUNDA MARLENE CARDOSO MARQUES				PULSO NI		GLICEMIA NI	
ÁREA DE ATENDIMENTO 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA				DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 09/01/2018 16:38:38			

ANAMNESE

Pde vítima de acidente motorizado com dor e dificuldade na coxa dir.

DIAGNÓSTICO **COD. PROCEDIMENTO** **CID**

SADT SOLICITADO
☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIO-X ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO **APREZAMENTO** **OBSERVAÇÕES**

1) Tramal 50mg + 250ml SF0,9% EV agudo.
 2) Profenid 100mg + 250ml SF0,9% EV agudo.

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

DATA E HORA DO ATENDIMENTO **CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA**

Impresso por RAIMUNDA marlene CARDOSO MARQUES em 09/01/2018 16:38:38
 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 Código Penal

Dr. Claudio C. F. F. F.
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC - 14059

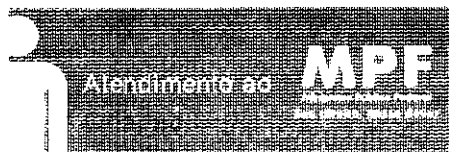
Lucas Coelho
LUCAS COELHO

04.835.197/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARRAS DE OLIVEIRA
 Av. ...
 Fortaleza

CONFERE COM ORIGINAL
 23.10.2018

Garcia

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/02/2019 às 14:43, sob o número 01132717820198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113271-78.2019.8.06.0001 e código 44AA690.



3180314257

Ilmo(a) Sr.(a),

Sua manifestação foi cadastrada com sucesso!

Número da manifestação: 20180103786**Chave de Consulta: 851c5f51386b8e7340d2d572aad34095****Data da manifestação: 05/10/2018****Descrição:**

SR ANALISTA, MEU PROCESSO PASSOU POR VÁRIAS PENDÊNCIAS SEM SENTIDO, NEGATIVAS INJUSTIFICADAS E POR FIM, DEPOIS DE TANTO INSISTIR E NO TERCEIRO CADASTRO DO PROCESSO, RECEBI UM PAGAMENTO MUITO INFERIOR AO DEVIDO. RECEBI APENAS R\$ 2.362,50 ATRAVÉS DO SINISTRO 3180/314257, SENDO QUE, MEU DANO PESSOAL COBERTO PELA LEI 6194/74 PELA GRAVIDADE E EXTENSÃO DA LESÃO SERIA MELHOR ENQUADRADA ENTRE OS VALORES R\$ 4.725,00 E 7.087,50. CRÉDITO O VALOR INFERIOR A UM PAGAMENTO EFETUADO DE FORMA DIRETA SEM PASSAR PELO CRIVO DE UM MÉDICO PERITO, DESTA FORMA SEM PERICIA O VALOR VEIO MUITO INFERIOR AO DEVIDO DIANTE DO EXPOSTO, SOLICITO A REVISÃO IMEDIATA DO VALOR E MARCAÇÃO DE PERICIA MÉDICA PARA AVALIAÇÃO DA EXTENSÃO DE MEU DANO PESSOAL COBERTO NA LEI 6194/74.

Solicitação:

REVISÃO DO VALOR PAGO, ATRAVÉS DE PERICIA MÉDICA OU O ENQUADRAMENTO ADEQUADO NA TABELA DA LEI 6194/74

Demais informações serão encaminhadas para seu endereço de e-mail.

Para consultar o andamento da manifestação, favor acessar a página eletrônica do MPF, opção Sala de Atendimento ao Cidadão, consultar andamento e inserir o número da manifestação e a chave de consulta fornecida acima.

Atenciosamente,

Sala de Atendimento ao Cidadão - Sistema Cidadão
Ministério Público Federal

Obs.: Não responda a este e-mail. Mensagens encaminhadas/respondidas para o endereço eletrônico do remetente serão desconsideradas.



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

fls. 27

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE LUCAS COELHO		DADOS PESSOAIS	
CADUS 708008356502225	NASCIMENTO 17/05/1995(22 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 5093858	Nº DO BE 275596
NOME MAE MARIA EDNALVA COELHO	SEXO M	RAÇA/COR PARDO	
ENDEREÇO RUA SÃO FRANCISCO DO ITAPERI 748 PASSARÉ	NOME RESPONSÁVEL NI	UF CE	
CONTATO (85) 98500-9691	MUNICÍPIO FORTALEZA	CEP 60.862-520	

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE	OCORRÊNCIA
--	------------

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	MOTIVO
QUEDA RETORNO DR SALMITO	AVLIAÇÃO TRAUMATOLOGICA
SINTOMAS RETORNO	ESCALA DE DOR 2 (ADULTO)

SINAIS VITAIS	
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI
TEMPERATURA NI °C	SAT O2 NI%
CLASSIFICAÇÃO VERDE	ALERGIAS NEGA
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ROSILENE GOMES DE BRITO	PULSO NI
DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 07/05/2018 15:22:02	GLICEMIA NI

ÁREA DE ATENDIMENTO
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE	DIAGNÓSTICO
<i>Transtorno de humor misto</i>	
<i>com humor depressivo</i>	
<i>offender de 1º grau</i>	
<i>0303090703</i>	
SADT SOLICITADO:	COD. PROCEDIMENTO
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS	

MÉDICAMENTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
	<i>0303090703</i>		
	<i>Dr. Genes D</i>	<i>Dr. Pargel</i>	
			<i>(X3)</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

DATA E HORA DO ATENDIMENTO	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA
----------------------------	---

Impresso por rosilene gomes de brito em 07/05/2018 15:22:02
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 Código Penal.

Dr. Fco. Márcio Salmato de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4411

LUCAS COELHO

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Juscelino Kubitschek, 1578
Mossoró - CEP 60.864-810

Fortaleza

Ceará

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SAPHIA BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/02/2019 às 14:43, sob o número 01132711782019850001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113271-78.2019.8.06.0001 e código 44AA690.

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

PAG 1

O.F: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 02/2018

DATA: 31/01/2018

Num AIH: 231810150124-3 Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 02/2018 Data de Emissão: 19/01/2018

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0224 Leito: 0003

Doc autorizador: 980016293908789 Doc med resp: 206633842350003 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 206633842350008

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

CNS: 70800835650000

Paciente: LUCAS COELHO

Prontuário: 2444525

Laudo:

Data Nasc.: 17/05/1995 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 10 - BRASIL

Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 9570088

Responsável pac.: LUCAS COELHO

Nome da Mãe: MARIA EDNALVA COELHO

Endereço: SAO FRANCISCO DO ITAPERI, 746 - PASSARE

Raça/Cor: PARDA

Município: 230440 - FORTALEZA

UF: CE CEP: 60862-520 Telefone: (85)9850.09

Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Muda Proc.?:

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Diag. principal: S723-FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

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: 19/01/2018 Data saída: 22/01/2018 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 Cmpt	Descrição
1	04.08.05.051-9	206633842350003	1 225270	206633842350003	3969800	1 012018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
2	04.08.05.051-9	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1 012018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
3	07.02.03.091-0	15383215000106	0	15383215000106	3969800	1 012018 PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM LARGURA
4	04.08.05.066-7	206633842350003	1 225270	206633842350003	3969800	1 012018 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA DO FEMUR
5	04.08.05.066-7	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1 012018 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA DO FEMUR
6	08.02.01.001-6	3969800	0	3969800	3969800	1 012018 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERMANENCIA)
7	02.04.06.011-7	3969800	0	3969800	3969800	1 012018 RADIOGRAFIA DE COXA

===[VALORES DA PRÉVIA]=====

Forma de Organização	+Serv. Hospitalar+ +----- Serviço Profissional -----+ +-----					
	+----- Direto -----+ +----- Direto -----+ +----- Rateado -----+ +-----		+----- Direto -----+ +----- Direto -----+ +----- Rateado -----+ +-----		+----- Direto -----+ +----- Direto -----+ +----- Rateado -----+ +-----	
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro
04.08.05 MEMBROS INFERIORES	1.048,83	0,00	0,00	0,00	397,97	0,00
07.02.03 OPM EM ORTOPEDIA	296,13	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:	1.368,96	0,00	0,00	0,00	397,97	0,00

===[DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES]=====

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Registro ANVISA	CNPJ Fabricante
3	2041	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."

ASSINATURA E CARIMBO

DIRETOR DO HOSPITAL

CONFERE O ORIGINAL

Natalia L. S. dos Anjos
CPF: 020.021.203-29

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SAFAH BASTOS DE ALENCAR e TUBIANA DE ALENCAR em 24/02/2019 às 14:43, 809 número 01113271-78.2019.8506.0001 e código 444A990. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01113271-78.2019.8506.0001 e código 444A990.



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: 12600077861
NÚMERO DA AIH: 2318101501243

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 708008356502225 - LUCAS COELHO
DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 17/05/1995 - 22 anos
NOME DA MÃE: MARIA EDNALVA COELHO
NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO
ENDEREÇO: RUA SÃO FRANCISCO DO ITAPERI, Nº 748
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO: PASSARÉ

CEP:

UF:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050519-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 170364156390009 - ROGERIO CRUZ SARAIVA

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 19/01/2018 - 19:23 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 19/01/2018 - 23:15

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

tenise Azevedo Cavalcante
Assinatura CRM 6302
CPF 041.902.55-54
CNPJ 08.000.000-01

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 C Ã O

=== [ADMISSÃO] ===

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201821000291	19/01/2018	20:32	PRAXIS	RUE - SMS
Caráter de Atendimento			SISREG	AIH
ELETIVO			12600077861	
Origem do Paciente			Clínica/Especialidade	
IJF			CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA	
Médico Solicitante			Médico Responsável	
5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES			5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES	
Procedimento Solicitado				Dias
0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR				4

=== [IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]

Nome		Sexo	
LUCAS COELHO		MASCULINO	
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil
17/05/1995	22 Anos	PARDA	SOLTEIRO(A)
Mãe	Pai		Religião
MARIA EDNALVA COELHO			CATÓLICO (A)
Conjuge	Responsável		Prontuário
	MARIA EDNALVA COELHO		2444525
CNS	Registro	Documento Informado	
708008356502225	201802570000278	RG: 9570088	
País	Município de Naturalidade		CEP
BRASIL	FORTALEZA/CE		60862-520
Município de Residência		Logradouro	
FORTALEZA/CE		RUA SAO FRANCISCO DO ITAPERI	
Número	Complemento	Bairro	
746		PASSARE	
Fone Móvel	Fone Fixo	Ponto de Referência	
(85)9850.09691			

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)
EMPREGADO FORMAL / AUXILIAR NOS SERVICOS DE ALIMENTACAO

=== [CONTATO/ACOMODACÃO]

Em caso de urgência avisar		Acomodação/Leito
MARIA EDNALVA		224/3
Tipo de Acomodação	Clínica	Posto de Enfermagem
ENFERMARIA	CLÍNICA CIRÚRGICA	POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: maria	Data: 19/01/2018	Hora: 20:38:17 Tempo: 00:05:30

===[TERMO DE RESPONSABILIDADE 1

MARIA EDNALVA COELHO, abaixo assinado, responsável pelo paciente LUCAS COELHO, 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), 19 de janeiro de 2018

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

X maria Eduarda Colla

CONFIDENTIAL



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



Fortaleza 2

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA		2 - CNES: 2529149	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: INSTITUTO PRAXIS		4 - CNES:	
5 - NOME DO PACIENTE: LUCAS COELHO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 708008356502225		8 - DATA NASCIMENTO: 17/05/1995	
11 - NOME DA MÃE/PAI: MARIA EDNALDA COELHO		12 - TELEFONE:	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL NI		14 - TELEFONE DE CONTATO:	
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO) R. SAO FRANCISCO DO ITAPERI 748 PASSARE			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: FORTALEZA		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:	
		18 - UF: CE	
		19 - CEP:	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS : PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR ,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.FEMUR		24 - CID 10 PRINCIPAL: S723	
		25 - CID10 SECUNDÁRIO:	
		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE FEMUR		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050519	
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: 19/01/2018	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA:	
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		40 - Nº DO BILHETE:	
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		41 - SÉRIE:	
		42 - CNPJ DA EMPRESA:	
		43 - CNAE DA EMPRESA:	
		44 - CBOR:	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:	
48 - DOCUMENTO: () CNES () CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):	
		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:	

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: karol.almeida - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

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

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE	708008356502225 - LUCAS COELHO 
NOME DA MÃE	MARIA EDNALVA COELHO
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	5546511
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	17/05/1995 - 22 anos
SEXO	MASCULINO
NOME DO RESPONSÁVEL	O MESMO
TELEFONE DO RESPONSÁVEL	
ENDEREÇO	RUA SÃO FRANCISCO DO ITAPERI, Nº 748
BAIRRO	PASSARÉ
ESTADO DE RESIDÊNCIA	CEARA
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	FORTALEZA
Plantonista	
MÉDICO	21492751391 - ROGERIO CRUZ SARAIVA
TELEFONE PARA CONTATO	(85) 32555027
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	PACIENTE ENCAMINHADO PARA INSTITUTO PRÁXIS
Solicitação	
NÚMERO	12600077861
SITUAÇÃO	SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO
CENTRAL DE REGULAÇÃO	23044021 - FORTALEZA
DATA - HORA	19/01/2018 - 19:23
PROFISSIONAL	21492751391 - ROGERIO CRUZ SARAIVA
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
PROCEDIMENTO REALIZADO	
CLÍNICA	13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
CLÍNICA COMPLEMENTAR	
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	1 - EMERGÊNCIA
Justificativa da internação	
DIAGNÓSTICO INICIAL	S723 - Fratura da diáfise do fêmur
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO**DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS****PRINCIPAIS SINAIS E
SINTOMAS CLÍNICOS**

PACIENTE VITIMA DE FRATURA DE FÊMUR
NECESSITANDO DE TRATAMENTO
CIRÚRGICO

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM
A INTERNAÇÃO**

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE
PROVAS DIAGNÓSTICAS**

ANAMNESE+ EXAME FÍSICO

Causas externas**DEFINIÇÃO DO ACIDENTE**

1 - NÃO SE APLICA

[Voltar](#)

Caso deseje cancelar a solicitação de Internação você pode:

Cancelar solicitação

Caso deseje acessar as ocorrências da solicitação você pode:

Acessar ocorrências

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/02/2019 às 14:43, sob o número 01132717820198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113271-78.2019.8.06.0001 e código 44AA690.

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
201821000291	19/01/2018	20:32	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
224/3	ENFERMARIA	CLÍNICA CIRÚRGICA	POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome				Sexo
LUCAS COELHO				MASCULINO
Nascimento	Idade	Religião	Prontuário	Registro
17/05/1995	22 Anos	CATÓLICO (A)	2444525	201802570000278

===[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
 22/01/2018 14:17 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente LUCAS COELHO, 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), 22 de janeiro de 2018

Responsável/ *Maria Eduarda Coelho* _____
 Representante Legal Nome Legível Assinatura

Enfermeira(o) *Giovana Melo Rodrigues* _____
 Responsável Nome Legível Assinatura
 pela Liberação 484617

Usuário responsável: giovana.melo

Data: 22/01/2018 Hora: 14:17:20



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: 20/04/18

Nome do paciente: <u>Raquel Coelho</u>	
Nº Prontuário: <u>2444525</u>	Categoria:
Clínica: <u>Unimed</u> Dr. Josata Fernandes	Leito:
Cirurgião: <u>Dr. Josata</u>	
Anestesista: <u>Ona. Magaly</u>	
Tipo de Anestesia: <u>raquel + geral</u>	
1 Auxiliar:	
2 Auxiliar:	
3 Auxiliar:	
Instrumentadora: <u>Nay</u>	
Circulante: <u>Ana Rita</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório:	
Tipo de Operação/ Código: <u>Politraumatismo</u> 4 1 5 0 3 0 0 1 3	
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>Fraturas de fêmur</u>	
Relatório Imediato do Patologista:	
Exame Radiológico no ato: <u>lesão ligamentar do joelho</u> (4080505)	
Acidente e Incidentes: <u>(40805066 7)</u>	
Contagem de Compressas: <u>25 unid</u>	

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
<u>14:20</u>	<u>15:10</u>	
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
<u>14:20</u>	<u>15:10</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)

Elanidia Freitas Fátima
Enfermeira
COREN-CE 326707

Assinatura Anestesista

Maria Magaly Marques Dantas
CRM 2021
CPF: 045.085.213-04

INSTITUTO CLÍNICO DE FORTALEZA S/C LTDA
CONTRATO DE PRESTADO DE SERVIÇOS

MODELO 8.0



HOSPITAL FERNANDES TÁVORA

Luiz Carlos

- Retorno = 22/06/18 às 7h

Dr. Josafá Fernandes
11/05/18
06/02/18

Dr. Josafá Fernandes
 Traumatismo - Ortopedia

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



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TÁVORA



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TÁVORA

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente LUCAS COELHO portador do documento ? necessita de 180 dia(s) de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença

CID: S723

FORTALEZA/CE, 20 de January de 2018

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
CRM/CE 5253

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente LUCAS COELHO portador do documento ? necessita de 180 dia(s) de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença

CID: S723

FORTALEZA/CE, 20 de January de 2018

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
CRM/CE 5253

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

AV. Jornalista Tomaz Coelho Nº 1578 - Messejana - fone - 3105.15.60

ATESTADO MÉDICO

BOLETIM DE EMERGÊNCIA Nº _____

Atestamos para fins legais que

Lucas Coelho

Foi atendido neste hospital no dia

09/01/18 às 19/01/18

1. Necessita de 11 (onze) dias de afastamento de suas atividades profissionais, a partir desta data por motivo de doença ou agravo à sua saúde.
2. Necessita de ____ () dias de afastamento das atividades escolares por motivo de doença.
3. Encontra-se () APTO () INAPTO a prática do componente curricular de educação física no período de ____/____/____ à ____/____/____
4. Paciente foi atendido neste hospital às ____ hs, podendo retornar ao trabalho.
5. Paciente encaminhado para acompanhamento na especialidade _____

6. Paciente concorda com a posição do diagnóstico: _____

Obs:

Internado neste hospital aguardando transferência p/ hospital terciário.

Fortaleza, 09 de jun de 2018

Carimbo e Ass. Do Profissional



Receituário Controle Especial

1ª via - Farmácia 2ª via - Paciente

Identificação Emitente

Dr. Josafá Fernandes
Traumato - Ortopedista
CREMEC: 5253 CPF: 102.854.713-01

Nome Completo: _____

CRM: 5253

UF do CRM: _____

Nº: _____

End. Completo: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: _____

Paciente: Lucas Coelho

Endereço: Passeio - Fortaleza

Prescrição: 1 Ciprofloxacina 500mg

1 Ciprofloxacina 500mg
1 comp. de 12/12h
por 30 dias

50x

Data: 11.05.18

Dr. Josafá Fernandes
Traumato - Ortopedista
CREMEC: 5253 CPF: 102.854.713-01

Assinatura do Médico

Identificação do Comprador

Nome Completo: _____

Ident: _____

Org. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico



H O S P I T A L FERNANDES TÁVORA

fls. 40

Lucas Coelho

- 5 dedos fisioterapia
p/o pulso D (30ss)
HT: protura de punho
em consolidação

02/02/18

Dr. Luciana Fernandes
Fisioterapeuta
CREMAG 5253

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@ugmail.com

MODELO 4

641-29	9.03	90,53
CUSTO DO BILHETE (R\$)	10% (R\$)	10% SOBRE O SEGURO (R\$)
4.15	0.70	103.30
COMUNICAÇÃO	PAGAMENTO	DATA DO PAGAMENTO
		14/12/2017

SEGUROFATONA

END: 130-040 - JARDIM 13

[illegible]

INVESTPSS
SEGUR

05 JUL. 2018

ENTRADA



ESTADO DO CEARÁ
Prefeitura Municipal de São João do Jaguaribe
SECRETARIA DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Laudo Médico
[assinatura]

O paciente *Antônio Nogueira da Silva*, 42 anos
foi vítima de queda de moto em 28/01/2018
com lesão do 1º metacarpo distal, 1ª falange
exaurge nos membros e corte extenso e profundo do
paciente acordado, consciente e orientado no momento da
incidência, sendo realizada redução da lesão,
do dolo e extirpa local. Realiza-se interconexão
e sem defeito de força, a força motora preservada.
Nas breves sintomatizações do momento do
dolo, contida, porém, sem sequelas.
Questão de dor nos ombros, sem redução
de limitação articular. Situação
definidora ainda no dia da incidência
ocorrida.

20/05/2018

CID 10: S63.1

NÃO USE MEDICAMENTO SEM O CONHECIMENTO DO SEU MÉDICO

[assinatura]
Dra. M. L. S. S. S.
CREME 15032