

PROCURAÇÃO

Outorgante(s):

Nome: PAULO CÉSAR LEANDRO DOS SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRA

Estado Civil: CASADO

RG: 019177216-00

Órgão Emissor: DETRAN/CE Data da Emissão: 30.10.2017

CPF: 739.704.513-49

Profissão: GUARDA MUNICIPAL

Endereço: RUA BRESSO SANTO, 197

Bairro: CONS. MARECHAL RONDON Cidade/UF: CAUCAIA/CE

CEP: 61.652-5800

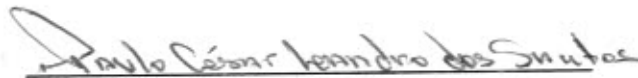
Outorgado (s):

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A e **ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6994, ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE.

Poderes:

Os da cláusula ad judicium e et extra e os especiais para promover o processo do Seguro Obrigatório DPVAT, contra quem de direito, podendo para tanto, transigir, desistir, acordar, discordar, conciliar, requerer e receber alvará judicial, passar recibo, dar quitação, enfim praticar todos os atos necessários, inclusive substabelecer.

Fortaleza, 11 de MARÇO de 2019.



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante: PAULO CÉSAR LEANDRO DOS SANTOS		
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: CASADO	
RG: 01917721600	Órgão Emissor: DETRAN-CE	Data da Emissão: 30/10/1979
CPF: 939.707.513-49	Profissão: GUARDA MUNICIPAL	
Endereço: RUA BREJO SANTO, 197		
Bairro: LON'S. MARECHAL RONDON	Cidade/UF: CAUCAIA / CE	CEP: 61.652-580

DECLARA, com a presente, sob as penas da Lei, para fins de prova junto ao Juízo competente, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide, que não possui condições financeiras para arcar com o ônus processual, estando nas exatas condições da Lei n°. 1.060/50, carecendo, pois, dos auspícios da GRATUIDADE DE JUSTIÇA para promover Ação de Indenização e/ou Cobrança.

Fortaleza, 11 de MARÇO de 2019.

Paulo César Leandro dos Santos

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA,

brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A, e **ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6.994 ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE, declaramos para os devidos fins de direito, que não estamos cobrando honorários advocatícios antecipadamente do(a) autor(a), ressalvando os honorários de sucumbências.

Fortaleza, 11 de MARÇO de 2019.

Ciente:

Paulo César Leandro dos Santos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

CE

NOME
PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR
2883110 MT CE

CPF
739.707.513-49

DATA NASCIMENTO
22/10/1976

NÚCLEO
FRANCISCO DE ASSIS DOS SANTOS
FRANCISCA LEANDRO DOS SANTOS

PERMISSÃO
ACC
AB

Nº REGISTRO
01917721600

VALIDADE
19/09/2022

1ª EMISSÃO
10/08/2001

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1548288978

PROIBIDO PLASTIFICAR
1548288978

ASSINATURA DO PORTADOR
Paulo Cesar Leandro dos Santos

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
30/10/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
58857756640
CE161473270

CEARÁ



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: PAULO CÉSAR LEANDRO DOS SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRA

Estado Civil: CASADO

RG: 01917721600

Órgão Emissor: DETRAN/CE Data da Emissão: 30.10.2017

CPF: 939.707.513-49

Profissão: GUARDA MUNICIPAL

Endereço: RUA BREJO SANTO, 197

Bairro: CONS. MADECHAL RONDON Cidade/UF: CAUCAIA/CE

CEP: 61.652-580

Declara para devidos fins de direito e a quem possa interessar que reside no endereço acima declarado, porém não possui comprovante de residência em seu nome.

Fortaleza, 11 de MARÇO de 2019

Paulo César Leandro dos Santos

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declarante: PAULO CÉSAR LEANDRO DOS SANTOS		
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: CASADO	
RG: 01917721600	Órgão Emissor: DETRAN-LE	Data da Emissão: 30/10/2017
CPF: 739.707.513-49	Profissão: GUARDA MUNICIPAL	
Endereço: RUA BRESSO SANTO, 197		
Bairro: CONJ. MARCHEL RONDON	Cidade/UF: CAUCAIA /CE	CEP: 61.652-580

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que assumo de forma plena, única e integral, a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, isento o escritório José Brito Advogados representado através dos Advogados José Orisvaldo Brito da Silva, inscrito na OAB/CE 21.292 A e Ana Cláudia Maia Alencar, inscrita na OAB/CE 6994, com endereço na Avenida Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota, Fortaleza /CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e/ou administrativa, no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

"As informações contidas no processo indenizatório DPVAT são de responsabilidade do beneficiário, sendo o mesmo informado que a comunicação de fato não ocorrido ou inexistente é crime punível na forma da lei – Art. 339 e 340 do CPB."

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade do mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza, 11 de MARÇO de 2019.

Paulo César Leandro dos Santos



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3391 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **06/08/2018 10:50:13**
Data / Hora da Ocorrência: **15/04/2018 06:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA TUPI C/ RUA PORTO VELHO**
Complemento:
Bairro: **JOAO XXIII** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **ESQ DA FGF**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS**
Nascimento: **22/10/1976** CPF: **739.707.513-49**
CNH: **01917721600** Orgão Emissor: **DETRAN**
Filiação: **FRANCISCA LEANDRO DOS SANTOS**
FRANCISCO DE ASSIS DOS SANTOS
Endereço: **RUA BREJO SANTO , 197**
Bairro: **JUREMA**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP: **61.652-580**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98779-6742**

Nome: **RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS**
Nascimento: **29/12/1979** CPF: **833.991.943-15**
RG: **97002551082** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA LEDA DE ARAUJO**
JOSÉ MARIA DE ARAUJO
Endereço: **RUA BREJO SANTOS, 197**
Bairro: **JUREMA**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP: **61.652-580**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99437-5135**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORU4394** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:
9C2KD0550DR131727 Renavam: **565171291** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **CARLOS ROBERTO F DOS SANTOS** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE(PILOTO E VITIMA) QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA ORU-4394-CE E A OUTRA VITIMA NA SITUAÇÃO DE GARUPEIRA(RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS); QUE TRAFEGAVA PELA RUA PORTO VELHO; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO SENTIDO CONTRARIO DA VIA E AO TENTAR EFETUAR UMA CONVERSAO A ESQUERDA NA VIA, OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVAM AS VITIMAS NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, AS VITIMAS FORAM AO SOLO E FICARAM LESIONADAS; QUE, AS VITIMAS FORAM SOCORRIDAS PELO SAMU SENDO LEVADAS PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO. E NADA MAIS DISSE.//
OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 14

FLS. _____

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3391 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Paulo César Leandro dos Santos

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

• Raimunda Monata de Araújo dos Santos





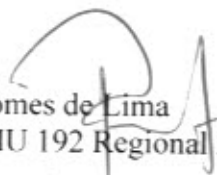
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Paulo César Leandro dos Santos**, no dia **15/04/2018**, às **07h50min**, na **Rua Tupi c/ Rua Porto Velho**, no **Bairro João XXIII**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P280432/2018**.

Fortaleza, 25 de julho de 2018.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

TERMO DE ENTREGA

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Conforme processo nº **P280432/2018**, estamos entregando ao Sr. **Paulo César Leandro dos Santos**, CPF: **739.707.513-49**, cópia do Prontuário de Atendimento realizado pelo SAMU 192 Regional Fortaleza, no dia **15/04/2018**.

Fortaleza, 25 de julho de 2018.

Atenciosamente,



Francisco Rômulo Sampaio Lira
Diretor Médico - SAMU 192
Regional Fortaleza
CPF: 623.995.433-00 - RG: 86920-1

Dr. Francisco Rômulo Sampaio Lira
Coord. do Setor Médico do SAMU 192 Regional Fortaleza.

Nome do solicitante: _____

Assinatura: _____

CPF: _____ Data do recebimento: ____/____/____



P-280432/2018

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 71	PONTO DE APOIO: DVO	Nº DA OCORRÊNCIA: 0156
DATA: 15/04/18	TURNO: DIURNO	EQUIPE: ANOBE + SAMUEL
NOME: PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS	IDADE: 47	SEXO: MASC
ENDEREÇO: RUA TUDJ 235 X R. PONTO VELHO	BAIRRO: JOÃO XXIII	
REFERÊNCIA: VIA: LINEU MACHADO 9X GAMA FILHO	QUY: 0820	QUU: 0805
QTY: 0740	QUS: 0750	
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: COLISÃO CARRO X MOTO		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☐ RESPONSIVO ☐ NÃO RESPONSIVO	☒ PRESENTE ☐ AUSENTE	☒ PRESENTE ☐ AUSENTE
☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS	POR: _____	

B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
	☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/ AUSENTE	☒ NORMAL ☐ ALTERADA: _____	☒ NORMAL ☐ ALTERADA: _____	☒ NORMAL ☐ ALTERADA: _____

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	☒ NORMOCÁRDICO ☐ TRAQUICÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO LOCAL: _____	☒ CORADA ☐ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA ☐ SUDOREICA ☐ SECA ☐ QUENTE ☐ FRIA	☐ ≤ 2 seg ☒ > 2 seg	☒ SIM ☐ NÃO

D Neurológico	ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (p)		
	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
	ESPONTÂNEA ☒ 4 À VOZ ☐ 3 À DOR ☐ 2 NENHUMA ☐ 1 TOTAL: 15	ORIENTADO (A) / SORRI (P) CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) NENHUMA	☒ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 OBEDECE A COMANDOS LOCALIZA A DOR MOVIMENTO DE RETIRADA FLEXÃO ANORMAL EXTENSÃO ANORMAL NENHUMA

E Exposição	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		APRESENTA FRATURA NO SUPLENTO ESQUERDO ESQUEADO + FRATURA NO DEDO ESQUERDO FECHADO + PANCADA NA CABEÇA RTW: ELIZABETE	

C: 89	PA: 130X80	FR: 28	GLIC.: —	OXIM.: 98%	TEMP.: —
-------	------------	--------	----------	------------	----------

PTE: 47 ANOS ALTA ORIENTADO VERBALIZA AO SOU VITIMA DE COLISÃO CARRO X MOTO APRESENTA FRATURA FECHADA NO SUPLENTO ESQUERDO + DEDO INDICADOR ESQUERDO, 2ª VITIMA SEM RAINHADA NONATA DE ARAUTO ANOS AVALIADO PELA EQUIPE - USB-71 E ENCAMINHADO AO ISF-CENTRO PCTA II USB-91. RTW: DR. ELIZABETE, O PTE. P.C.L.5 - GUARDA CIVIL METROPOLITANO DE CAUCAIA.

Carlos André Lucena da Silva
Técnico em Enfermagem
MOPN. 123456789

ANOTAÇÕES /CONDUTAS MÉDICAS

ASS. /CRM:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DE ENFERMAGEM

PCRE VITIMA DE COLISAO CARRO X MOTO AO SOLO
APÓS PROCEDIMENTOS ENCAMINHADO AO ISF-CENTRO

ASS. /COREN:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☒ UNIDADE DE SAÚDE: ISF-CENTRO

BOLETIM EMERG:

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ OUTRO:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

☒ SIM

☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

FILHA PCRE

OTW. DRA. ELIZABETE

EM: 1/1 às

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: 1/1

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG /CPF _____

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO

SAMU EM: 1/1 às _____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 20/07/2018 12:46:45

Por: EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 15/04/2018 07:59:13	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 704301530565493	NOME: PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS			Registro: 5466921	
CPF: 73970751349	RG:	D. NASC: 22/10/1976	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: FRANCISCA LEANDRO DOS SANTOS			NOME DO PAI: FRANCISCO DE ASSIS DOS SANTOS		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: BREJO SANTO		Nº: 218	BAIRRO: MARECHAL RONDON (JUREMA)	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: , 986399791	MUNICÍPIO: CAUCAIA	UF: CE	CEP: 61652580	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: SAMU USB 71 COND SAMUEL		PARENTESCO: A MAE		TELEFONE: 986399791	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete					
QUEIXAS: colisão moto carro, relato de trauma craniano, tontura, cefaleia, apresenta fx fechada joelho					
OBSERVAÇÕES: trauma molar, dor moderada					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
20/07/2018 1382 <i>Dr. José Frota</i>					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:			CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:		





**HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TÁVORA**



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS foi submetido a cirurgia por fratura da patela esquerda. Solicito 90 dias de afastamento de suas funções.

CID: S820.

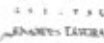
FORTALEZA/CE, 17 de Abril de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO
CRM/CE 6193

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

© 2015 SARAH V. 3.5.1.6





HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



1ª Via - Farmácia

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		
Nome: Dr. ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO	CRM: CRM/CE	Nº: 6193
Endereço: AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE		
Cidade: FORTALEZA/CE	Fone: (85) 32287350	

PACIENTE

Nome: PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS Idade: 41 ano(s)
 Endereço: R SANTO BREJO, 218 - CONJ. MARECHAL RONDON - JUREMA - CAUCAIA/CE
 R

USO ORAL

1) CEFALLEXINA 500MG

40
 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMP. VIA ORAL, 6/6 HORAS, DURANTE 10 DIAS.

FORTALEZA/CE, 17 de Abril de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA
 PINHEIRO
 CRM/CE 6193

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	
Ident.	Órgão Emissor:
Endereço:	
Município:	UF:
Fone:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	
Data: 17/04/2018	

Nexcon © 2016 SARAH Vr 3.5.1.6



RECEITUARIO SIMPLES

PACIENTE

Nome: PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS Idade: 41 ano(s)
Endereço: R SANTO BREJO, 218 - CONJ MARECHAL RONDON - JUREMA - CAUCAIA/CE
R

1) OXOTRON 60 MG

USO ORAL

TOMAR 01 COMP. VIA ORAL, 8/8 HORAS

01 CAIXA

FORTALEZA/CE, 17 de Abril de 2018

VALTERNO NOGUEIRA
PINHEIRO
CRM/CE 6193

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO SIMPLES

PACIENTE

Nome: PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS **Idade:** 41 ano(s)
Endereço: R SANTO BREJO, 218 - CONJ.MARECHAL RONDON - JUREMA - CAUCAIA
CE

1) OXOTRON 60 MG

USO ORAL

TOMAR 01 COMP. VIA ORAL, 8/8 HORAS.

01 CAIXA

FORTALEZACE, 17 de Abril de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA
PINHEIRO
ORIMECE 6193



ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL



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

fls. 24

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600082928
NÚMERO DA AIH: 2318102016076

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 704301530565493 - PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 22/11/1976 - 41 anos

NOME DA MÃE: FRANCISCA LEANDRO DOS SANTOS

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

ENDEREÇO: RUA SANTO BREJO, Nº 218 - CONJUNTO MARECHAL RONDON

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230370 - CAUCAIA

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO: JUREMA

CEP: 61652580

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S820 - Fratura da rótula [patela]

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050527-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXACAO INTERNA (PATELECTOMIA)

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA ANTES DA INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 124289450940004 - FERNANDO OTAVIO FIDELIS GUIMARAES RABELO

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 15/04/2018 - 15:43 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 16/04/2018 - 11:06

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

unisusweb.com.br

Página: 1

19/04

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 14/03/2019 às 14:51, sob o número 01171491120198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0117149-11.2019.8.06.0001 e código 45605A1.



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:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS		PRONTUÁRIO : 5466921		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: 704301530565493	8 - DATA NASCIMENTO: 22/11/1976	09-SEXO () M () F	10-RAÇA/COR	10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE/PAI: FRANCISCA LEANDRO DOS SANTOS		12 - TELEFONE: 987418196		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL NI		14 - TELEFONE DE CONTATO: 29594303		
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO) R. BREJO SANTO 218 MARECHAL RONDON - JUREMA				
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: CAUCAIA		17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: CE	19 - CEP: 61.650-5

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACIENTE COM FRATURA DE PATELA ,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.PATELA	24 - CID 10 PRINCIPAL: S820	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE PATELA		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050527	Dr. Fernando Rabelo Emergencista CREMEC 7742
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: 15/04/2018	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSA 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: <i>Dra. Silvana Serrat Médica Auditora CREMEC 6175</i>	43 - CNAE DA EMPRESA:	44 - CBOR:
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	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):		

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: marines santos - 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 704301530565493 - PAULO CESAR LEANDRO
 DOS SANTOS

NOME DA MÃE FRANCISCA LEANDRO DOS SANTOS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO 5466921

DATA DE NASCIMENTO - IDADE 22/11/1976 - 41 anos

SEXO MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL O MESMO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO RUA BREJO SANTO, Nº 218

BAIRRO MARECHAL RONDON (JUREMA)

ESTADO DE RESIDÊNCIA CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CAUCAIA

Plantonista

MÉDICO 68602782349 - FERNANDO OTAVIO FIDELIS
 GUIMARAES RABELO

TELEFONE PARA CONTATO (85) 325555037

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES PACIENTE TRANSFERIDO PARA INSTITUTO
 PRÁXIS.

Solicitação

NÚMERO 12600082928

SITUAÇÃO SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO 23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA 15/04/2018 - 15:43

PROFISSIONAL 68602782349 - FERNANDO OTAVIO FIDELIS
 GUIMARAES RABELO

PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408050527 - TRATAMENTO CIRURGICO DE
 FRATURA DA PATELA POR FIXACAO INTERNA
 (PATELECTOMIA)

PROCEDIMENTO REALIZADO

CLÍNICA 13 - CIRURGICO -
 ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO 3 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA ANTES DA
 INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO 4 - URGÊNCIA

Justificativa da internação

*copiada
em
12/04/2018*

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
201821001687	16/04/2018	10:37	PRAXIS	RUE - SMS
Caráter de Atendimento		SISREG AIH		
ELETIVO				
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		
0408050527 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXACAO INTERNA		3		

===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]=====

Nome	Sexo		
PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS	MASCULINO		
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil
22/11/1976	41 Anos	PARDA	CASADO(A)
Mãe	Religião		
FRANCISCA LEANDRO DOS SANTOS	NÃO INFORMADO		
Conjuge	Pai		Prontuário
RAIMIUNDA NONATO DE ARAUJO DOS S	FRANCISCO DE ASSIS DOS SANTOS		2445660
CNS	Registro	Documento Informado	
704301530565493	201802570001663	NÃO INFORMADO	
País	Município de Naturalidade		CEP
BRASIL	FORTALEZA/CE		61652-580
Município de Residência	Logradouro		
CAUCAIA/CE	RUA SANTO BREJO		
Número	Complemento	Bairro	
218	CONJ.MARECHAL RONDON	JUREMA	
Fone Móvel	Fone Fixo	Ponto de Referência	
(85)9877.18196	(85)3259.4303		
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)			
EMPREGADO FORMAL / GUARDA-CIVIL MUNICIPAL			

===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]=====

Em caso de urgência avisar		Acomodação/Leito
FRANCISCA LEANDRO		233/2
Tipo de Acomodação	Clínica	Posto de Enfermagem
APARTAMENTO SIMPLES	CLÍNICA CIRÚRGICA	POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: helena	Data: 16/04/2018 Hora: 10:42:03 Tempo: 00:04:29	

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

FRANCISCA LEANDRO DOS SANTOS, abaixo assinado, responsável pelo paciente PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS, 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), 16 de abril de 2018

RESPONSÁVEL *Francisca Leandro dos Santos*

TESTEMUNHAS

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
201821001687 16/04/2018 10:37 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Médico Responsável
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Procedimento Solicitado
0408050527 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXACAO INTERNA

===[ACOMODÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
233/2 APARTAMENTO SIMPLES CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
22/11/1976 41 Anos NÃO INFORMADO 2445660 201802570001663

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

Diagnóstico Principal
S820 - FRATURA DA RÓTULA [PATELA]
Procedimento Realizado
0408050527 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXACAO INTERNA
Data Hora Motivo
19/04/2018 12:17 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS, 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), 19 de abril de 2018

Responsável/
Representante Legal

X. *Paulo Cesar Leandro dos Santos*
Nome Legível Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Rayssa C. Fernandes
Nome Legível Assinatura/Carimbo

Rayssa C. Fernandes
Enfermeira
CORREÇÃO 035
Assinatura/Carimbo



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. 29

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data:

17/04/18

Nome do paciente:	Paulo Cesar Leal da Silva
Nº Prontuário:	2445660
Clinica:	Quirúrgica
Cirurgião:	Dr. Paulo Henrique
Anestesista:	Dr. Manoel Fagundes
Tipo de Anestesia:	Algodão + Dexamet + Soro Físio
1 Auxiliar:	Dr. Roberto
2 Auxiliar:	Dr. Roberto
3 Auxiliar:	
Instrumentadora:	Paulo Henrique
Circulante:	
Diagnóstico Pré-Operatório:	
Tipo de Operação/ Código:	04 1 5 0 3 2 0 1 3
Diagnóstico Pós-Operatório:	01/01/01
Relatório Imediato do Patologista:	
Exame Radiológico no ato:	01/01/01
Acidente e Incidentes:	
Contagem de Compressas:	

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
10:35	11:35	
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: X
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista

MODELO 8.0



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

*Pub lico Livro
do duto*

Fisioterapia 11 de 11

Intens da

potência Exib

*24
10/18*

[Signature]

Instituto Clinico 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





H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

PAVO CÉSAR LEMMA DOS SANTOS
unido meus.

Atendo por o paciente acima
foi submetido a cirurgia por
Futuro de patógeno Esplê
devido a lesão no
90 (Noventa) dias .

27/06/18 S 820

Valterio Pinheiro
Ortopedista

Instituto Clínico de Fortaleza - CE
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



HOSPITAL FERNANDES TÁVORA

DAVID CÉSAR LEANDRO DOS SANTOS
LADO MÉDICO.

Atento para o parto cirúrgico
foi submetido e cirúrgico
por Fúture do parto
diante.

Entre em

Atto de futuro

28/07/18

Valterio Pinheiro
Traumatologista
CRM-CE 6193

Valterio Pinheiro
Traumatologista
CRM-CE 6193

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

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):

Paulo Cesar Leandro dos Santos

vítima de acidente de trânsito, em 15/04/2018, sofreu:

Fratura de patela esquerda
010-582-0

e submeteu-se a tratamento(s):

Cirurgia
redução e fixação do patela
protetoraencontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:Cicatriz na região anterior do
joelho esquerdo.
Instabilidade articular
forças diminuídas
Marcha claudicante
não consegue realizar
movimentos com facilidade
comprometimento funcional
prejudicado da paciente
na vida cotidiana

03/10/2018

Fco. Mardônio Salmito Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411 /

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

VÍTIMA PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 73970751349

Posição em 08-11-2018 20:00:14

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
03/10/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75