



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	RENAN NUNES VIEIRA		Nacionalidade:	BRASILEIRO			
Estado Civil:	CASADO	Profissão:	DESENVOLVEDOR	Carteira de Identidade:	2002009036245		
CPF nº:	018995403-50	Endereço:	R CORONEL JOÃO CARNEIRO 123 AP 101				
Bairro:	FÁTIMA	Cidade:	FORTALEZA	Estado:	CE	CEP:	60040-560

OUTORGADO: Dr. FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE 35.010, com escritório profissional na Rua Francisco Segundo da Costa nº 107, Edson Queiroz, Fortaleza/CE - CEP 60.811-650. contato (085)9.9666-6848, onde receberá as intimações de estilo.

PODERES: Os da Cláusula "AD JUDITIA", para o foro em geral, a fim de que possa defender os interesses e direitos da OUTORGANTE, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a OUTORGANTE seja autora ou reclamante, e defendendo-o quando for réu, interessado ou requerido, podendo, transigir, reclamar, conciliar, transigir, fazer acordo, recorrer, **receber e dar quitação**, confessar, requerer inventário ou arrolamento, fazer notificações e contra-notificações judiciais e extrajudiciais, firmar compromissos, prestar declarações, receber quitação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reserva de poderes, se assim lhe convier, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 01 de junho de 2019

x Renan Nunes Vieira

OUTORGANTE



DECLARAÇÃO

Nome: RENAN NUNES VIEIRA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado Civil: CASADO	Profissão: DESENVOLVEDOR	Carteira de Identidade: 2002009096245	
CPF nº: 018995403-50	Residência: R CORONEL JOÃO CARNEIRO 123 APT 01		
Bairro: FÁTIMA	Cidade: FORTALEZA	Estado: CE	CEP: 60040-560

em conformidade com o Art. 4º da Lei 1.060 de 05/02/1950 e o Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, **DECLARO SER POBRE DA FORMA DA LEI**, não podendo arcar com taxas, emolumentos, depósitos judiciais, custas, honorários advocatícios ou outras cobranças de qualquer tipo ou natureza sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza ____/____, 1 de junho de 2019

x Renan Nunes Vieira

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

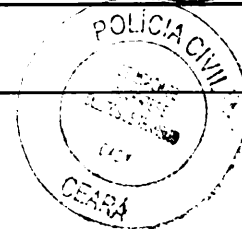
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 382 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **18/01/2018 15:52:30**Data / Hora da Ocorrência: **10/08/2017 15:55:00**Endereço da Ocorrência: **RUA MONSENHOR CATÃO, 1431**

Complemento:

Bairro: **DIONISIO TORRES**Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **RENAN NUNES VIEIRA**Nascimento: **09/03/1985** CPF: **018.995.403-50**CNH: **05649673159**Orgão Emissor: **DETRAN**UF: **CE**Filiação: **MARIA DO SOCORRO NUNES VIEIRA****JOÃO SARAIVA VIEIRA**Endereço: **RUA CORONEL JOÃO CARNEIRO, 123 APT. 101**Bairro: **FATIMA**Município: **FORTALEZA/CE**CEP: **60.040-560**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 99983-8324****Dados do(s) Veículo(s)****1) Placa: PMF4999 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi:****9C2JC4110FR808897 Renavam: 1028733809 Tipo do Veículo:****MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Ano****Fabricação: 2014 Ano Modelo: 2015 Combustível: GASOLINA Cor:****PRATA Proprietário: RENAN NUNES VIEIRA Situação: NÃO****INFORMADO Envolvimento: COLISAO****Histórico**

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA DE SEU TRABALHO PARA CASA PILOTANDO A MOTO DE PLACA PMF-4999/CE NA RUA MONSENHOR CATÃO QUE A VITIMA OLHOU PARA O LADO E QUANDO VOTOU A VISTA PARA O TRAJETO QUE FAZIA PERCEBEU UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE ESTAVA PARADO NA REFERIDA RUA, QUE A VITIMA TENTOU EVITAR A COLISÃO MAS COMO JÁ ESTAVA ESTAVA PRÓXIMO VEIO A COLIDIR CONTRA O REFERIDO CARRO, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL SÃO CARLOS POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE.///////

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

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****x Renan Nunes Vieira****VISTO DO DELEGADO(A) :****DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6**



Renan Nunes Vieira

- Atesto que o paciente
 deu entrada na Emergência
 deste hospital em 10/17/17,
vítima de acidente moto-
ciclístico, com fraturas/
lesões ligamentares em Joelho D
e Mão D.

Felipe Almeida Rocha
 Cirurgião de Pé e Tornozelo
 CRM 12971

10/17/17

Avenida Pontes Vieira, 2531 · Dionísio Torres · Fone 85 4009 3333 · Fax 85 4009 3320
 CEP 60135-237 · www.hospitalsaocarlos.com.br · Fortaleza/ CE



IMIFARMA PROD. FARMAC. E COSMET. S/A
AV. TREZE DE MAIO, 927
FATIMA - FORTALEZA - CEARA
CNPJ: 04.899.316/0070-40
IE: 06.318.076 6

26/11/2017 21:03:55 CCF:239882 CUD:444406

CUPOM FISCAL
ITEM CODIGO DESCRICAO QTD UN. VL UNIT R\$ ST A/T VL ITEM R\$
001 7894916510271 *1300500*30066000*NIKI 3MG+0,
02MG 24 COMP
1 CX X 47,17 F1 A 47,17
desconto -9,43 37,74
002 7896658002922 *1300300*30041012*NOVAMDX 2X
875MG/125MG 14 COMP-AT
1 CX X 78,81 F1 A 78,81
desconto -15,76 63,05
TOTAL R\$ 100,79
100,79

CARTAO

VISA (125)

MD-5:e3e39261e4705ebcf2a42f58c47a227f

Voce Economizou: 25,19

Orc: 1110252 Atend: 13102 Cx: 8719 Lj: 408

Trib aprox R\$:5.08 Fed, 0.00 Est, 0.00 Mun

Fonte: IBPT/FECOMERCIO CE 9oi3aC

Parceria:502 ADQUIR.100 SALDO2

63

USAD.....0 PR.01/12/2017.....28

Sistema ExtraNet 06.04
Pra voce viver melhor RO

122 B2EDB 258E1 B7F19E 50 B66158 620AB 0634E A0C

DARUMA AUTOMACAO MACH 2

ECF-IF VERSAO:01.00.00 ECF:00? Lj:0070

GGGGGGGGHJHFAJHDDJ 26/11/2017 21:04:31

FAB:DR0913BR000000393097

* Original



IMIFARMA PROD. FARMAC. E COSMET. S/A
AV. TREZE DE MAIO, 927
FATIMA - FORTALEZA - CEARA
CNPJ: 04.899.316/0070-40
IE: 06.318.076-6

26/11/2017 21:03:55 CCF:239882 CUD:444406

CUPOM FISCAL
ITEM CODIGO DESCRICAO QTD UN. VL UNIT R\$ ST A/T VL ITEM R\$
001 7894916510271 *1300500*30066000*NIKI 3MG+0,
02MG 24 COMP
1 CX X 47,17 F1 A 47,17
desconto -9,43 37,74
002 7896658002922 *1300300*30041012*NOVAMDX 2X
875MG/125MG 14 COMP-AT
1 CX X 78,81 F1 A 78,81
desconto -15,76 63,05
TOTAL R\$ 100,79
100,79

CARTAO

VISA (125)

MD-5:e3e39261e4705ebcf2a42f58c47a227f

Voce Economizou: 25,19

Orc: 1110252 Atend: 13102 Cx: 8719 Lj: 408

Trib aprox R\$:5.08 Fed, 0.00 Est, 0.00 Mun

Fonte: IBPT/FECOMERCIO CE 9oi3aC

Parceria:502 ADQUIR.100 SALDO2

63

USAD.....0 PR.01/12/2017.....28

Sistema ExtraNet 06.04
Pra voce viver melhor RO

122 B2EDB 258E1 B7F19E 50 B66158 620AB 0634E A0C

DARUMA AUTOMACAO MACH 2

ECF-IF VERSAO:01.00.00 ECF:00? Lj:0070

GGGGGGGGHJHFAJHDDJ 26/11/2017 21:04:31

FAB:DR0913BR000000393097

SCHEDA IF SI200
 ECF-IF VERSÃO: 01.00.05 ECF: 021 LJ: 0036
 UPR: 16323 VEN: 14049
 QKVZ00ZCP 21/08/2017 20:34:02
 FAB: SNU31500000000065718

[illegible]

* Cópia

EMPENHAMENTO: PAGUE MENOS S/A
FARMACIAS PAGUE MENOS
AV. TREZI DE MATO, 836
BAIRRO DE FATIMA FORTALEZA - CEARA

OBRIGADO E VOLTE SEMPRE
CNPJ: 06.626.253/0036-81
IE: 06.084.683-6
21/08/2017 20:32:11 CCF:004770 COU:129042

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD.	UN.	VL UNIT(R\$)	ST	VL ITEM(R\$)
1	7891106507019	KARFIO 15MG CPD/28	1	UN	264,96	F1	264,96
Desconto 11%							-55,91
2	7891200014443	1 UN x 13,60	1	UN	13,60	F1	13,60
Desconto 11%							-1,50
Subtotal							266,65
DESCONTO ITR							4,05

TOTAL R\$ 266,60
CARTÃO 286,60
(MÁQUINA CIELO)
NO-0: 3E3D19FC31965626547C88A5386F
CPF CLIENTE SEMPRE: 047.***.***-10

trib aprox R\$: 39,16 Federal e 37,85 Estadual
Fonte: IBPT
MASTERCARD-5501 0046 12/24
POS-41159548 Doc: 738408 AUT:X5A81X
VENDA CREDITO 12 LUNAS EM 04 PARCELAS
CNPJ/CPF consumidor: 047.730.543-10
NOME: NATANE

ECF-IF VERSÃO: 01.00.05 ECF: 021 L.J: 0036
OPR: 76323 VEN: 14049
OKVZ00ZCP 21/08/2017 20:34:07
FAB: SNO31500000000065718

* Original

EMPENHAMENTO: PAGUE MENOS S/A
FARMACIAS PAGUE MENOS
AV. TREZI DE MATO, 836
BAIRRO DE FATIMA FORTALEZA - CEARA

OBRIGADO E VOLTE SEMPRE
CNPJ: 06.626.253/0036-81
IE: 06.084.683-6
21/08/2017 20:32:11 CCF:004770 COU:129042

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD.	UN.	VL UNIT(R\$)	ST	VL ITEM(R\$)
1	7891106507019	KARFIO 15MG CPD/28	1	UN	264,96	F1	264,96
Desconto 11%							-55,91
2	7891200014443	1 UN x 13,60	1	UN	13,60	F1	13,60
Desconto 11%							-1,50
Subtotal							266,65
DESCONTO ITR							4,05

TOTAL R\$ 266,60
CARTÃO 286,60
(MÁQUINA CIELO)
NO-0: 3E3D19FC31965626547C88A5386F
CPF CLIENTE SEMPRE: 047.***.***-10

trib aprox R\$: 39,16 Federal e 37,85 Estadual
Fonte: IBPT
MASTERCARD-5501 0046 12/24
POS-41159548 Doc: 738408 AUT:X5A81X
VENDA CREDITO 12 LUNAS EM 04 PARCELAS
CNPJ/CPF consumidor: 047.730.543-10
NOME: NATANE

ECF-IF VERSÃO: 01.00.05 ECF: 021 L.J: 0036
OPR: 76323 VEN: 14049
OKVZ00ZCP 21/08/2017 20:34:07
FAB: SNO31500000000065718

ORTOFOR ORTOPEdia FORTALEZA LTDA
AV DA UNIVERSIDADE, 2118
CENTRO - FORTALEZA - CEARA

CNPJ: 07.291.198/0001-59 IE: 06.105.192-6
08/09/2017 17:58:07 CCF:019283 COD:021467
CNPJ/CPF Consumidor: 999999999999
NOME: CLIENTES DIVERSOS

CUPOM FISCAL

ITEM CODIGO DESCRICAO VALOR UNITARIO QTD VALOR TOTAL
001 7858 0040573 201,60 201,60
TOTAL R\$ 201,60
201,60

MD 5:E9D1C30CF8FF689E0789A605496BB0C1
DAV: 0000015883
Cond.Pgto 0,60,90 DIAS
Vendedor: DAVIA
OBRIGADO. VOLTE SEMPRE.

DarumaFramework - Mensagem Não Programada
DarumaFramework - Mensagem Não Programada

125 018CF 31780 CCF01E A7 936168 48E81 2D333 E48
DARUMA AUTOMACAO MACH 1
ECF-IF VERSAO:01.00.00 ECF:002 LJ:0001
08/09/2017 17:58:33
HHHHHHHHHJCFGJIABF
FAB:DR0816BR000000485651

RECEBEMOS DE ORTOFOR ORTOPEDIA FORTALEZA LTDA OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO		NF-e fls. 16 Nº 000006946 SÉRIE 001
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

 ORTOFOR MATRIZ ORTOFOR ORTOPEDIA FORTALEZA LTDA AV. DA UNIVERSIDADE, 2118 - BENFICA - CEP:60020-180 - FORTALEZA - CE TEL: (85)3252-3090 - (85)3253-7143	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000006946 FL. 1 / 1 SÉRIE 001	 CHAVE DE ACESSO 2317 0907 2911 9800 0159 5500 1000 0069 4610 0006 9463 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
	NATUREZA DE OPERAÇÃO 5929 LANC.DOC.FISCAL VIA EMISSAO DE CUPOM FISCAL INSCRIÇÃO ESTADUAL 061051926 INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. 07.291.198/0001-59	

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME / RAZÃO SOCIAL RENAN NUNES VIEIRA		018.995.403-50	23/09/2017
ENDEREÇO RUA CORONEL JOAO CARNEIRO, 123 APT 101		BAIRRO / DISTRITO BAIRRO DE FATIMA	CEP 60411-270
MUNICÍPIO FORTALEZA	PHONE / FAX (85)9983-8324	UF CE	DATA SAÍDA / ENTRADA 23/09/2017
		INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA 11:44:53

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 201,60	VALOR DO ICMS 36,28	BASE CÁLC. ICMS SUBST. 0,00	VALOR DO ICMS SUBST. 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 201,60	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESP. ACESS. 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 201,60

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL ORTOFOR ORTOPEDIA FORTALEZA LTDA		FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF CE
ENDEREÇO AV.DA UNIVERSIDADE 2118		MUNICÍPIO FORTALEZA			INSCRIÇÃO ESTADUAL 061051926
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE VOLUME	MARCA PRÓPRIA	NUMERAÇÃO 1	PESO BRUTO 1,000	PESO LÍQUIDO 1,000

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS													
CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI
1.38.83	282S PANTURRILHA M NORMAL BEGE 282SADM2U76	61151021	000	5929	PAR	1,000	201,60	0,00	201,60	201,60	36,28	0,00	18,00 0,00

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ECF Ref.:(modelo: 2D ECF: 1 COO: 21467) Fisco : MD-5:BA5FD425F426A84C67CB1F702E4048BF Val.Aprox. dos Tributos R\$ 61,99 (30,75 %) Fisco Fonte: IBPT Observacoes : coo 021467 08/09/2017 vendedora tiana	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 26/06/2019 às 15:34, sob o número 01459953820198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0145995-38.2019.8.06.0001 e código 4B75A6B.



HOSPITAL SÃO CARLOS LTDA.

Av. Pontes Vieira, 2531 - Dionísio Torres - CEP: 60.135-237

PABX: (85) 4009.3333

CNPJ: 11.794.674/0001-21 - INSC. NO CPBS: 88799-4

www.hospitalsaocarlos.com.br

fls. 17

RECIBO

RECIBO Nº 65817

Atendimento: 1.872.684

Paciente: Renan Nunes Vieira

Título: 123455

Recebemos de Renan Nunes Vieira a importância de R\$135,00 (cento e trinta e cinco reais) referente a despesas hospitalares.

Fortaleza, 20 de agosto de 2017

Natiele

HOSPITAL SÃO CARLOS LTDA.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
RECIBO PROVISÓRIO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS-RPS

fls. 18

Número RPS
34413

Data e Hora da Emissão
20/08/2017 18:14:26

Código de Verificação

PRESTADOR DO SERVIÇO

Nome ou Razão social: Hospital Sao Carlos Ltda
CPF/CNPJ: 11794674000121
Endereço: Av Pontes Vieira, 2531 - Dionisio Torres
Município/UF: Fortaleza / CE

Telefone: 854009-3379
Inscrição Municipal:
CEP: 60135237
E-mail:

TOMADOR DO SERVIÇO

Nome ou Razão social: Nyanne Dias Lima
CPF/CNPJ: 04773054310
Endereço: Rua Coronel Joao Carneiro, 123, Apto 131, Fatima
Município/UF: FORTALEZA / CE

Telefone: (85) 32275168
Inscrição Municipal: Não informado
CEP: 60040560
E-mail: admissao@hospitalsaocarlos.com.br

Referente a Serviços Prestados Valor aprox. tributos em porcentagem (15,72) . Fonte IBPT

CNAE Fiscal:

Item da Lista de Serviço: 4.03 / Serviços Hospitalares

Natureza da Operação: Prestação de Serviços Hospitalares

Município da Prestação de Serviço: 2304400/Fortaleza

VALOR NOTA FISCAL

Valor dos Serviços	Descontos	Retenções	ISS Retido na Fonte	Valor Líquido da Nota
R\$ 135,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$	R\$ 135,00

CÁLCULO DO ISS

Valor dos Serviços	Deduções	Descontos incondicionados	Base do cálculo do ISS	Alíquota	Valor do ISS
R\$ 135,00	(-) R\$ 0,00	(-) R\$ 0,00	(=) R\$ 135,00	(x) R\$ 3%	(=) R\$ 4,05

Este documento é uma cópia do original, assinado digitalmente por FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO e T...
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0145995-38.2019.8.06.0001 e código 457505.

Número da
NFS-e
23952

 Prefeitura de Fortaleza Secretaria Municipal das Finanças		PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA MUNICIPAL DAS FINANÇAS NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e				
Data e Hora da Emissão	21/08/2017 17:34:23	Competência	08/2017	Código de Verificação	595473164	
Número do RPS	34413	Nº NFS-e substituída		Localidade Prestação	FORTALEZA - CE	
DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS						
	Razão Social/Nome	HOSPITAL SAO CARLOS LTDA				
	Nome Fantasia					
	CNPJ/CPF	11.794.674/0001-21	Insc. Municipal	088.799-4	Município	FORTALEZA - CE
	Endereço e CEP	AV PONTES VIEIRA, 2531 - ALDEOTA CEP: 60.135-237				
	Complemento		Telefone	(85)4009-3379	E-mail	contabil@hospitalsaocarlos.com.br
DADOS DO TOMADOR DE SERVIÇOS						
Razão Social/Nome	Nayanne Dias Lima					
CPF/CNPJ	047.730.543-10	Inscrição Municipal		Município	FORTALEZA - CE	
Endereço e CEP	Rua Coronel Joao Carneiro, 123 - Fatima CEP: 60.040-560					
Complemento	apto 101	Telefone	(85)3227-5168	E-mail	admissao@hospitalsaocarlos.com.br	
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS						
Referente a Serviços Prestados Valor aprox. tributos em porcentagem (15,72) . Fonte IBPT						
CÓDIGO DE ATIVIDADE CNAE						
4.03 / 861010101 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS						
DETALHAMENTO ESPECÍFICO DA CONSTRUÇÃO CIVIL						
Código da Obra		Código ART				
TRIBUTOS FEDERAIS						
PIS	0,00	COFINS	0,00	IR(R\$)	0,00	
				NSS(R\$)	0,00	
				CSLL(R\$)	0,00	
Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços			Cálculo do ISSQN devido no Município			
Valor dos Serviços R\$	135,00	Natureza Operação	Valor dos Serviços R\$	135,00		
(-) Desconto/Incondicionado	0,00	1-Tributação no Município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00		
(-) Desconto/Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00		
(-) Retenções Federais	0,00	0-Nenhum	Base de Cálculo	135,00		
Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(X) Alíquota %	3,00		
(-) ISS Retido	0,00	2 - Não	ISS a reter	() Sim (X) Não		
(=) Valor Líquido R\$	135,00	Incentivador Cultural	(=) Valor do ISS R\$	4,05		
		2 - Não				
Avisos		1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços, no site http://iss.fortaleza.ce.gov.br 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser validada no site, com a utilização do Código de Verificação.				



Av Pontes Vieira, 2531,2531 - Fortaleza - CE
CNPJ:11794674000121 - Inscr.Est.:Isento - Fone:4009-3379
(CNES 3189546)

fls. 20

CONTA PACIENTE

Nº Atend: **1.872.688**
Nº I.C.: **1.716.658**

Paciente: **Renan Nunes Vieira** Convênio: **Particular** Usuário/Matricula: **00630020048959219**

Prontuário: 298800 Data Entrada: 10/08/2017 21:08:01 Data Saída: Motivo Alta: 2
Médico: Dr. Moacir de Alencar Araripe Neto (CRM 9511) Tipo Atend.: 1 - Internado
CID Princ.: S626Frat ao nível do punho e da mão - Frac de outr dedos Espec/Clinica: 2 Cirurgia
Guia: Não informada 31/12/2017 Regulamentado

Dt.Conta: 12/08/17 12:11 Dt.Inicial: 10/08/17 21:08 Dt.Final: 12/08/18 12:11 Refer: 30/08/17

Despesas Extras								
Seq.	Setor	Data	Descrição da Despesa	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total	
9110 -								
1	Posto 02	12/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00	
2	Posto 02	13/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00	
3	Posto 02	14/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00	
4	Posto 02	15/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00	
5	Posto 02	16/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00	
6	Posto 02	17/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00	
7	Posto 02	18/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00	
8	Posto 02	19/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00	
9	Posto 02	20/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00	
Total - 9110 -					9,00		135,00	
Total geral (R\$)								135,00

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO e Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco em 20/08/2017 às 15:34, sob o número 0145995-38.2019.8.06.0001 e código 4B75A6B. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0145995-38.2019.8.06.0001 e código 4B75A6B.



Av Pontes Vieira, 2531,2531 - Fortaleza - CE
CNPJ:11794674000121 - Inscr.Est.:Isento - Fone:4009-3379
(CNES 3189546)

CONTA PACIENTE

Paciente:
Renan Nunes Vieira

Convênio:
Particular

Usuário/Matrícula
00630020048959219

Nº Atend: **1.872.684**
Nº I.C.: **1.716.653**

Prontuário: 298800

Data Entrada: 10/08/2017 21:08:01

Data Saída:

Médico: Dr. Moacir de Alencar Araripe Neto (CRM 9511)

Motivo Alta: 2

Tipo Atend: 1 - Internado

Espec Clínica: 2 Cirurgica

CID Princ.: S626Frat ao nivel do punho e da mao - Frat de outr dedos

Guia: Não Informada

31/12/2017

Regulamentado

Dt.Conta: 12/08/17 12:11

Dt.Inicial: 10/08/17 21:08

Dt.Final: 12/08/18 12:11

Refer: 30/08/17

Despesas Extras

Seq.	Sector	Data	Descrição da Despesa	Unid.	Qtd	VI Unit.	VI Total
1	Posto 02	12/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
2	Posto 02	13/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
3	Posto 02	14/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
4	Posto 02	15/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
5	Posto 02	16/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
6	Posto 02	17/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
7	Posto 02	18/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
8	Posto 02	19/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
9	Posto 02	20/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
Total - 9110 -					9,00		135,00
Total geral (R\$)							135,00

ORTOFOR ORTOPEDIA FORTALEZA LTDA
 AV DA UNIVERSIDADE, 2118
 CENTRO - FORTALEZA - CEARA
 CNPJ: 07.291.198/0001-59 IE: 06.105.192-6
 17/08/2017 16:56:43 CCF: 018229 CDD: 020288
 CNPJ/CPF Consumidor: 99999999999
 NOME: CLIENTES DIVERSOS
CUPOM FISCAL
 ITEM CÓDIGO DESCRIÇÃO QTD. UN. VAL. UNIT. R\$ ST. A/T. VAL. ITEM R\$
 001 7891746521774 IMOBILIZADOR DE JL FIXO 1UND I1 313,60
 002 7898270071157 400 MEIA COXA M 40 1PAR 118,00% 160,70
 Subtotal R\$ 474,30
 DESCONTO -0,30
TOTAL R\$ 474,00
 VISA
 MD-5: E9D1C30EF8FF689E0789A6D5496B80C1
 DAV: 0000014969
 Cond. Pgto - 30,60,90,120 DIAS
 Vendedor: LUANA
 OBRIGADO. VOLTE SEMPRE.
 DarumaFramework - Mensagem Não Programada
 DarumaFramework - Mensagem Não Programada
 IE3 C9E1F 32A9F FC3031 9E 5D1220 6F683 2726D B90
 DARUMA AUTOMAÇÃO MACH 1
 ECF-IF VERSÃO: 01.00.00 ECF: 002 LJ: 0001
 HHHHHHHHHJJGHD8FFF 17/08/2017 16
 FAB: DR0816BR000000485651

DOCUMENTO AUXILIAR DE VENDAS - Pedido

NÃO É DOCUMENTO FISCAL - NÃO É VÁLIDO COMO RECIBO E COMO GARANTIA DE MERCADORIA - NÃO COMPROVA PAGAMENTO

Identificação do Estabelecimento emitente

Denominação: ORTOFOR ORTOPEDIA FORTALEZA LTDA

CNPJ: 07.291.198/0001-59

Identificação do Destinatario

Nome: CLIENTES DIVERSOS-LUANA

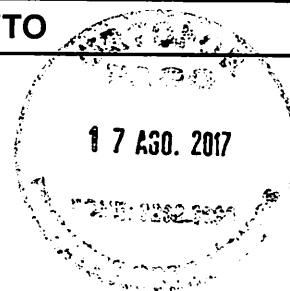
CPF/CNPJ: 999..99.9.9-99-99

Nº Documento: 0000014969

Nº Documento Fiscal: _____

Descrição	Valor Unitario	Quantidade	Und	Acréscimo	Desconto	Total
IMOBILIZADOR DE JL FIXO 70CM ESTREITO	313,60	1,000	UN	0,00	0,00	313,60
400 MEIA COXA M 400SAFMU44	160,70	1,000	PA	0,00	0,00	160,70
Acréscimo/Desconto:				0,00	0,30	Total: 474,00

É VEDADA A AUTENTICAÇÃO DESTE DOCUMENTO



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 26/06/2019 às 15:34, sob o número 01459953820198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0145995-38.2019.8.06.0001 e código 4B75A6B.



CNPJ:07.291.198/0001-59
AV DA UNIVERSIDADE - BENFICA
FORTALEZA - CE CEP :60.020-180
Fone/Fax: 85 3252-3090

RECIBO**R\$ 473,00**

Recebemos do Sr(a) JOAO SARAIVA

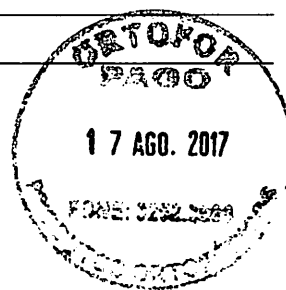
A importância de Quatrocentos e Setenta e Três Reais

Referente 521 70CM 01 MEIA 7/8 ANTE TROMBO
(LEVOU 02 IMOBILIZADOR)

FORTALEZA - CE, 17 de Agosto de 2017

Carla de Paula
ORTOPEDIA FORTALEZA LTDA.

Av. da Universidade, nº 2118
Benfica - Fortaleza - CE.
(85) 3252.3090 / Fax: 3253.7143



Nome	Renan Nunes Vieira		CPF	0832275168	CPF	1872545	
Data Nasc	09/03/1985	32a 5m 1d	CPF	<u>Consulta</u>			
CPF	20020090	CPE-018.995.403-50	Sexo	Masculino	CPF	Casado	
Ocupação	Programador De Computador		Unimed	CPF	Brasileiro		
Religioso	Joao Saraiva Vieira		CPF	Maria do Socorro Nunes Vieira			
Endereço	Fortaleza - Rua Coronel João Carneiro , 123 apto			CPF	Fátima		
Cidade	Fortaleza		CPF	CE	CPF	60040560	
Data de Análise	10/08/2017	CPF	Felipe Almeida Rocha			CPF	12973

10/08/2017 16:55:49

TRAUMA MOTOICLÍSTICO

Enfermagem Hora Início/Fim : ____:____ / ____:____

Evolução Enfermagem Hora Início/Fim : ____ / ____ / ____	Sinais Vitais					Exames
	Hora	PA	Pulso	Temp	Outro	
						() LAB
						() IMAGEM
						() ECO
						() TC
						() ECG
						() RMN
						() RX
						Oxigênio
						Ligado ____
						Desligado ____
						Monitorização
						Ligado ____
						Desligado ____
Assinatura/Carimbo						

More Saida :

מספר:

ALTA: () Prescrita

() A Pedido

() Obito

() Transferido

Destino:

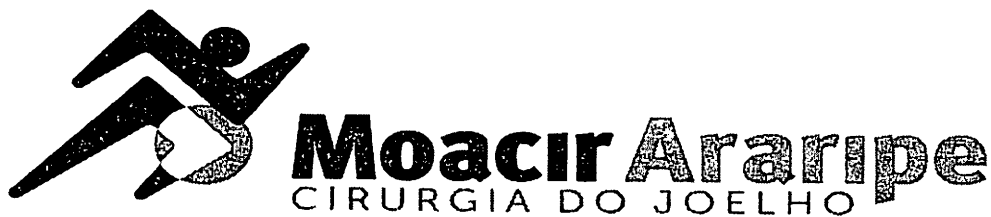
()Evadiu-se

() Internado

Leito:



COPIA CONTROLADA

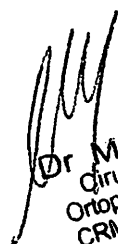


Paciente: RENAN NUNES VIEIRA

1. IMOBILIZADOR SALVAPÉ PARA JOELHO 521-00.

ORTOFOR – 3246.4102

FORTALEZA, 16/08/17



Dr. Moacir Araripe
Cirurgia do Joelho
Ortopedia Traumatologia
CRM 9511 TEOT 12059

DR. MOACIR ARARIPE CRM 9511 / TEOT 12059 / RQE 5311 http://www.cirurgia-jelho.com	
CONSULTÓRIO SÃO CARLOS IMAGEM ANEXO RUA OTONI FAÇANHA DE SÁ, 69 TELEFONE: 4009-1615 / 4009-1617 / 98777.2366	CONSULTÓRIO ARS ORTHOPAEDICA RUA CAROLINA SUCUPIRA, 1086 TELEFONE: 98777.2366



Paciente: RENAN NUNES VIEIRA

1. Meia **SIGVARIS** 18x23mmHg anti-trombo até **A COXA**.

ORTOFOR – 3246.4102

***** NÃO COMPRAR VENOSAN!**

FORTALEZA, 16/08/17

DR. MOACIR ARARIPE CRM 9511 / TEOT 12059 / RQE 5311 http://www.cirurgia-joelho.com	
CONSULTÓRIO SÃO CARLOS IMAGEM ANEXO RUA OTONI FAÇANHA DE SÁ, 69 TELEFONE: 4009-1615 / 98777.2366 / 98808.2366	CONSULTÓRIO ARS ORTHOPAEDICA RUA CAROLINA SUCUPIRA, 1086 TELEFONE: 98777.2366 / 98808.2366

Terminar Numa Velez.

Vso imv.

fls. 27

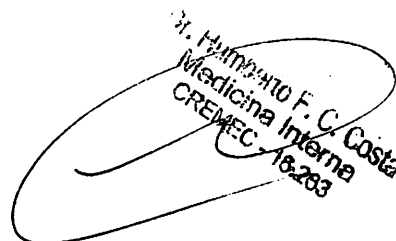
1. Xarelto 15mg ———— 1x.

Tomar 01 cp de 12/12h por 18 dias.

2. Xarelto 20mg ———— cont

Tomar 01 cp pela manhã a partir do
19º Dia.

20/08/17


Dr. Humberto F. C. Costa
Medicina Interna
CREMEC 16.283



Terminar Nova Vida.

Vgo. inv.

1. Xarelto 15mg — 1x.

Tomar 01 cp de 12/12h por 18 dias.

2. Xarelto 20mg — cont

Tomar 01 cp pela manhã a partir do

19º Dia.

20/08/17

M. Humberto F. Costa
Medicina Interna
CREMEC 18.283

Avenida Pontes Vieira, 2531 - Dionísio Torres - Fone 85 4009 3333 - Fax 85 4009 3320
CEP 60135-237 - www.hospitalsaocarlos.com.br - Fortaleza/CE

Renan N. Vieira

R/

J. Eligíveis sup

Tomar o comp. de 12/12L



Dr. Emerson Henrique do
Nascimento | CRM 6096

Residência em Cirurgia Vascular e
Angiologia no Instituto Dante Pazzanese
de Cardiologia, São Paulo - SP.
RQE 2617.

Aprimoramento em Radiologia Vascular
e Intervencionista no Instituto Dante
Pazzanese de Cardiologia,
São Paulo - SP. RQE 5178.

Título de Especialista em Cirurgia
Vascular pela Sociedade Brasileira de
Angiologia e Cirurgia Vascular.

Certificado em Área de Atuação em
Angioradiologia e Cirurgia Endovascular
pela Sociedade Brasileira de Angiologia
e Cirurgia Vascular e pelo Colégio
Brasileiro de Radiologia.

Clínica São Carlos Imagem
Rua Otoni Façanha de Sá, 69
85 4009.1617 - 99183.1990

Clínica Cem
Av. Bezerra de Menezes, 2711
85 4101.0975 - 98588.7887


Emerson H. do Nascimento
Cir. Vascular e Endovascular
CRM 6096

23/08/17



SR(a). RENAN NUNES VIEIRA

**1. MEIA SIGVARIS ATÉ A COXA ANTI-TROMBO
18x23mmHg.**

(ORTOFOR – 3246.4102)

NÃO COMPRAR VENOSAN!!!

FORTALEZA, 13 DE NOVEMBRO DE 2017

Dr. Moacir Araripe
Cirurgia do Joelho
Ortopedia Traumatologia
CRM 9511 TEOT 12059

MOACIR DE ALENCAR ARARIPE NETO

**CRM 9511 TEOT 12059
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO JOELHO
ARTROSCOPIA**

ARTROSCOPIA

ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
DO ESPORTE

ARTROPLASTIA

SUTURA MENISCAL

RECONSTRUÇÃO
LCA/LCP



PACIENTE: RENAN NUNES VIEIRA

ATESTO PARA OS DEVIDOS QUE O SR. RENAN NUNES VIEIRA ENCONTRA-SE EM REABILITAÇÃO POR TRAUMA EXTENSO EM MÃO DIREITA, EM USO DE MEDICAÇÃO ANTICOAGULANTE POR TROMBOSE VENOSA PROFUNDA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E APRESENTA LESÃO DO MENISCO LATERAL DIREITO (QUE NECESSITA DE TRATAMENTO CIRÚRGICO VIDEOARTROSCÓPICO), NECESSITANDO DE 45 (QUARENTA E CINCO) DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO PARA FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO A CONTAR DESTA DATA.

CID M23.9

FORTALEZA, 12/11/2017



Dr. Moacir Araripe
Cirurgia do Joelho
Ortopedia Traumatologia
CRM 9511 / TEOT 12059

DR. MOACIR ARARIPE
CRM 9511 / TEOT 12059 / RQE 5311
<http://www.cirurgia-jelho.com>

CONSULTÓRIO
SÃO CARLOS IMAGEM ANEXO
RUA OTONI FAÇANHA DE SÁ, 69
TELEFONE: 4009-1615 / 4009-1617 / 98777.2366

CONSULTÓRIO
CENTRO DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL
RUA MONSENHOR BRUNO, 1777
TELEFONE: 3244.5597 98777.2366 / 98808.2366



Anamnese Paciente



1872666

Nome: **Renan Nunes Vieira** Telefone: **10832275168** Atendimento: **1872666**
 Data Nasc: **09/03/1985** Idade: **32a 5m 1d** Classificação: **Retorno**
 RG: **20020090** CPF: **018.995.403-50** Sexo: **Masculino** Cor: Estado Civil: **Casado**
 Profissão: **Programador De Computador** Convênio: **Unimed** Nacionalidade: **Brasileiro**
 Pai: **Joao Saraiva Vieira** Mãe: **Maria do Socorro Nunes Vieira**
 Endereço: **Fortaleza - Rua Coronel João Carneiro , 123 apto** Bairro: **Fátima**
 Cidade: **Fortaleza** UF: **CE** CEP: **60040560**
 Dt. Admissão: **10/08/2017** Médico: **Moacir de Alencar Araripe Neto** CRM: **9511**

Data Anamnese

10/08/2017 20:56:20

FRATURA EXPOSTA EM MAO DIR

SOLICITO TTO CIR

Dr. Moacir Araripe
 Cirurgião de Mão
 CRM 9511 TEOT 12059

Evolução Enfermagem		Sinais Vitais					Exames	
Hora	PA	Pulso	Temp	Outro				
21:35							LAB	
							IMAGEM	
							ECO	
							TC	
							ECG	
							RMN	
							RX	
							Oxigênio	
							Ligado	
							Desligado	
							Monitorização	
							Ligado	
							Desligado	

Hora Saída: **22:30** ALTA: () Prescrita () Transferido () Internado
 Tempo Permanência: **1h** () A Pedido Destino: **C.C.** Leito: **C.C.**
 () Óbito () Evadiu-se



COPIA CONTROLADA

Data: **23/08/17** Reso.:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 26/06/2019 às 15:34, sob o número 01459953820198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 014599538.2019.8.06.0001 e código 4B75A6B.



Nome.....: RENAN NUNES VIEIRA
 Sexo.....: ()Feminino (X)Masculino Data Nasc.: 09/03/1985
 Exame.....: TC MAO DIREITA
 Médico Solicitante.: Dr(a) FELIPE ALMEIDA ROCHA CRM: 12973
 Convenio.....: UNIMED
 Data: 10/08/2017 as 18:22 hs Pedido: 980924

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DA MÃO DIREITA

TÉCNICA:

- Exame realizado sob técnica multislice, com imagens processadas e analisadas em workstation, sem administração E.V. do produto de contraste.

Indicação clínica: trauma

LAUDO:

- Traço de fratura oblíqua na base da terceira falange proxima, com extensão à superfície articular, sem desvio significativo
- Associa-se aumento/enfisema de partes moles adjacentes
- As demais estruturas ósseas apresentam configuração, contornos e densidade normal.

DR. CID FREITAS CAVALCANTE
 MEDICO RADIOLOGISTA
 CRM: 9293

SÃO CARLOS
I M A G E M

Nome: RENAN NUNES VIEIRA

Sexo: () feminino (X) masculino Data Nasc.: 09/03/1985

Exame: US DOPPLER VENOSO MMII DIREITO

Médico Solicitante: Dr(a) DANIEL SILVA DA COSTA

CRM: 17508

Convenio: UNIMED

Data: 12/08/2017 as 17:03

Pedido: 981644

ECODOPPLER VENOSO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Indicação clínica: TVP

NOTA: exame realizado em decúbito para investigação de suspeita de TVP, conforme solicitação médica. Não procedemos ao estudo de mapeamento venoso.

SISTEMA PROFUNDO:

Notam-se dilatações segmentares não compressíveis em algumas veias gastrocnêmias/soleares em terço médio da panturrilha, preenchidas por material ecogênico, sem fluxo detectável ao Doppler

Veias femorais comum, superficial e profunda, veia poplítea, veias tibiais anteriores e posteriores pervias, com fluxo presente, compressíveis, sem trombos identificáveis ao método.

PARECER:

Sinais de trombose venosa profunda infragenicular



DR. CID FREITAS CAVALCANTE
MEDICO RADIOLOGISTA
CRM: 9293

Responsável Técnico
Dr. Roberto Guido Santos Paiva - CRM 6512-CE
Clínica São Carlos Imagem - CRM 1108-CE
Licença Sanitária: 2289.2016/03-005

SÃO CARLOS
I M A G E M

Nome: RENAN NUNES VIEIRA
Sexo: ()feminino (X)masculino Data Nasc.:09/03/1985
Exame: US PARTES MOLES
Médico Solicitante: Dr(a) DANIEL SILVA DA COSTA
Convenio: UNIMED
Data: 12/08/2017 as 17:03
Pedido: 981644

CRM: 17508

**ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES
(PANTURRILHA DIREITA)**

LAUDO:

- Edema de pele e tecido celular subcutâneo .
- Não se caracterizam lesões nodulares focais ou coleções organizadas
- Estruturas musculares com padrão fibrilar característico.



DR. CID FREITAS CAVALCANTE
MEDICO RADIOLOGISTA
CRM: 9293

Responsável Técnico
Dr. Roberto Guido Santos Paiva - CRM 65127-CE
Clínica São Carlos Imagem - CRM 11083-CE
Licença Sanitária: 2289.2016/03-003

MATERIZ - AV. PONTES VIEIRA, 2551 - 014
ANEXO II - OTONITE CANHA DE SA 69

ONE (35) 40091116

ONE (35) 40091116

Nome.....: RENAN NUNES VIEIRA
Sexo.....: ()Feminino (X)Masculino Data Nasc.: 09/03/1985
Exame.....: TC MAO DIREITA
Médico Solicitante.: Dr(a) MOACIR DE ALENCAR ARARIPE NETO CRM: 9511
Convenio.....: UNIMED
Data: 16/08/2017 as 16:44 hs Pedido: 983148

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DA MÃO DIREITA

TÉCNICA:

- Exame realizado sob técnica multislice, com imagens processadas e analisadas em workstation, sem administração E.V. do produto de contraste.

Indicação clínica: Trauma

LAUDO:

- Pequeno traço de fratura simples marginal na base da falange proximal do terceiro dedo, com extensão articular, sem fragmentos livres ou desnivelamento ósseo
- As demais estruturas ósseas apresentam configuração, contornos e densidade normal.
- Superfícies articulares regulares com espaço preservado.
- Partes moles periarticulares sem alterações na forma ou densidade.

Exame realizado em caráter de urgência.



Dr. JURACY DE SABOYA SIMOES FERREIRA
RADIOLOGISTA
CRM: 11687

Nome.....: RENAN NUNES VIEIRA
Sexo.....: ()Feminino (X)Masculino Data Nasc.: 09/03/1985
Exame.....: RM JOELHO D
Médico Solicitante.: Dr(a) MOACIR DE ALENCAR ARARIPE NETO CRM: 9511
Convenio.....: UNIMED
Data: 03/10/2017 as 15:29 hs Pedido: 1003668

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

TÉCNICA:

- Exame realizado em aparelho de alto campo (1,5 Tesla), pela técnica spin-echo e gradiente-echo com imagens ponderadas em T1 / T2 / DP algumas delas com saturação de sinal de gordura sem a injeção do meio de contraste paramagnético. Foi também realizada sequência mapa T2 da cartilagem patelar.

Indicação clínica: Lesão em LCP e menisco lateral?

LAUDO:

- Sinais de fratura / avulsão do bordo posterior do platô tibial em linha média, notando-se edema ósseo adjacente. Associa-se traços de fraturas oblíquos que se estendem até a metáfise lateral da superfície articular, sem desvios de fragmentos.
- Demais porções visualizadas das estruturas ósseas de morfologia e características de sinal preservados.
- Cartilagens que revestem a articulação fêmoro-tibial com espessura e sinal normais.
- Cartilagem troclear e patelar de aspecto usual.
- Menisco lateral com redução do seu volume, notando-se deslocamento de fragmento para o sulco intercondilar, estando o fragmento especialmente situado junto a região posterior do sulco intercondilar, caracterizando lesão em "alça de balde".
- Menisco medial de morfologia e inserções capsulares normais.
- Ligamentos cruzados anterior e posterior e colaterais medial e lateral de morfologia e sinal normais.
- Pequeno / moderado derrame articular.
- Edema nos planos gordurosos subcutâneos que circundam o joelho, na face anterior, superficial e posterior.
- Tendão do músculo quadríceps e ligamento patelar de aspecto normal.
- Estruturas musculares de morfologia e sinal normais.
- Fossa poplíteia de aspecto normal.
- Porções visualizadas do trato ílio-tibial, tendões do bíceps femoral e da pata anserina com espessura e sinal normais.



Dr. CLÁUDIO RÉGIS SAMPAIO SILVEIRA

Médico Radiologista - CRM: 5973

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia
Especialista em Imagem Músculoesquelética



Nome: RENAN NUNES VIEIRA
Sexo: () feminino (X) masculino Data Nasc.: 09/03/1985
Exame: US DOPPLER VENOSO MMII DIREITO
Médico Solicitante: Dr(a) EMERSON H. DO NASCIMENTO

CRM: 6096

Convenio: UNIMED

Data: 26/10/2017 as 16:29

Pedido: 1013516

DOPPLER VELOCIMETRIA VENOSA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Indicação clínica: Insuficiência venosa?

Sistema superficial

Junção safeno-femoral pérvia, com fluxo fásico espontâneo, de calibre medindo - 3,7 mm.
Ausência de refluxo significativo durante a manobra de valsalva. Ausência de trombos.

Veia safena magna de calibre normal, trajeto anatômico. Presença de fluxo espontâneo.
Presença de refluxo significativo durante a manobra de valsalva e compressão distal e segmento na perna entre duas colaterais, uma 5 cm abaixo da prega poplitea e outra 19 cm acima da planta do pé. Ausência de trombos. Medida do calibre (*posição ortostática*):
Coxa - 3,4 mm Perna - 3,4 mm

Veia safena parva de calibre normal, trajeto anatômico, com fluxo presente e sem refluxo significativo durante a manobra de valsalva e compressão distal. Ausência de trombos. Medida do calibre (*posição ortostática*):
Perna - 3,4 mm

Sistema profundo

Veias femorais comum, profunda e superficial pérvias, com fluxo fásico espontâneo.
Presença de refluxo significativo durante a manobra de valsalva na veia femoral superficial. Ausência de trombos.

Veias poplitea e tibiais anteriores e posteriores com fluxo presente e sem refluxo significativo durante a manobra de valsalva e compressão distal. Ausência de trombos.

Hipótese diagnóstica:

- Ausência de trombos. Discreto refluxo na veia femoral superficial direita, pode corresponder a alteração pós-trombótica.
- Discreto refluxo na veia safena magna na perna, sem aparente relação com a trombose profunda prévia.

DR. DOUGLAS HENNING PINHEIRO ARAGÃO
CRM: 13015

Responsável Técnico
Dr. Roberto Guido Santos Paiva - CRM 6512-CE
Clínica São Carlos Imagem - CRM 1108-CE
Licença Sanitária: 2822 2017/02 -005



Nome: RENAN NUNES VIEIRA
Sexo: () feminino (X) masculino Data Nasc.: 09/03/1985
Exame: US DOPPLER VENOSO MMII ESQUERDO
Médico Solicitante: Dr(a) EMERSON H. DO NASCIMENTO

CRM: 6096

Convenio: UNIMED

Data: 26/10/2017 as 16:29

Pedido: 1013516

DOPPLER VELOCIMETRIA VENOSA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Indicação clínica: Síndrome pós-trombótica.

Sistema superficial

Junção safeno-femoral pérvia, com fluxo fásico espontâneo, de calibre medindo - 4,0 mm
Ausência de refluxo significativo durante a manobra de valsalva. Ausência de trombos.

Veia safena magna de calibre normal, trajeto anatômico. Presença de fluxo espontâneo.
Discreto refluxo na perna durante a manobra de valsalva e compressão distal. Ausência de trombos.
Medida do calibre (*posição ortostática*):
Coxa - terço proximal - 4,3 mm Perna - terço proximal - 1,7 mm

Veia safena parva de calibre normal, trajeto anatômico, com fluxo presente e sem refluxo significativo durante a manobra de valsalva e compressão distal. Ausência de trombos.
Medida do calibre (*posição ortostática*):
Perna - 1,7 mm

Sistema profundo

Veias femorais comum, profunda e superficial pérvias, com fluxo fásico espontâneo.
Ausência de refluxo significativo durante a manobra de valsalva. Ausência de trombos.

Veias poplítea e tibiais anteriores e posteriores com fluxo presente e sem refluxo significativo durante a manobra de valsalva e compressão distal. Ausência de trombos.

Hipótese diagnóstica:

- Leve refluxo da veia safena magna na perna esquerda.
- Ausência de outras alterações hemodinamicamente significativas nos demais vasos estudados.

DR. DOUGLAS HENNING PINHEIRO ARAGÃO
CRM:13015

Responsável Técnico
Dr. Roberto Guido Santos Paiva - CRM 6512-CE
Clínica São Carlos Imagem - CRM 1108-CE
Licença Sanitária: 2822 2017/02 -005

FICHA DE ADMISSÃO



Atendimento 1.925.354
Nº Prontuário 298.800
Data Admissão 24/11/2017 18:38:43

Paciente

Nome RENAN NUNES VIEIRA **Idade** 32 Anos
Estado Civil Casado **Cônjuge** **Sexo** M
Nome Pai Joao Saraiva Vieira **Nome Mãe** Maria do Socorro Nunes Vieira
Nascimento 09/03/1985 **Identidade** 2002009096245 **CPF** 018.995.403-50
Endereço Rua Coronel João Carneiro , 123 Fátima apto 101
Bairro Fátima **Cidade** Fortaleza **Telefone** 085-99838324
Respons. Nayanne Dias Lima
Endereço Rua Coronel João Carneiro , 123 Fátima apto 101 **Telefone** 32275168
Médico Dr. Moacir de Alencar Araripe Neto (CRM 9511) **Recepção** gleisianems

Convênio

Convênio Unimed **Categoria** Enfermaria **Plano** Multiplan **Tipo Atend.** Internado
Id. 00630020048959219 **Validade** 30/12/2018 **Guia** 18492773 **Senha** 18492773
Leito ENF 01 Masc

Diagnóstico

M239 - Transt internos dos joelhos - Transt interno NE do joelho

Procedimento

30733065 - Reparo ou Sutura de Um Menisco

Observação

pre s 24673133(ma)23/11/09:17h dados conf ceint do acomp(enf)mat aut p ello/ S/ LIGAMENTO, MATERIAL ELLO.

Renan Nunes Vieira
PACIENTE/RESPONSÁVEL

 **COPIA CONTROLADA**
Data: 07/12/17 Resp.: 

PRÉ- OPERATORIO

DATA: 24/11/17	CIRURGIA PROPOSTA: Antroscopia de Yellu D	HORÁRIO DE ADMISSÃO:	IDADE: 53	LEITO:
PESO: 80Kg	ALTURA: 179 cm	ALERGIAS: HAS. Cipiruna		
PATOLOGIAS: Nega				JEJUM DESDE (H): 13:00

CHECK LIST DE ENCAMINHAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

RETIRADO: ☐ PRÓTESE DENTÁRIA ☐ ÓRTESE ☐ ADORNOS ☐ LENTES DE CONTATO ☐ ROUPA ÍNTIMA ☐ MED. ANTICOAGULANTE PRÉVIO DISPOSITIVOS PRÉVIOS: ☐ SVD ☐ SNE ☐ TQT ☐ SNG ☐ GTT ☐ DRENOS ☐ MARCAPASSO ☐ AVPI/AVC ☐	REALIZADO ☐ TRICOTOMIA ☐ BANHO C/ CLOREXIDINA ☐ AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA ☐ ENEMA ☐ VENÓCLISE ☐ MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA ☐ RESERVA DE HEMODERIVADOS ☐ DEMARCAÇÃO CIRURGICA ☐ PREENCHIMENTO DO TC INFORMADO ☐ CHECAGEM DE EXAMES ☐ SONDAGEM:	MEDICAÇÕES DE USO HABITUAL 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ SINAIS VITAIS <table border="1"> <thead> <tr> <th>HORA</th> <th>PA</th> <th>T</th> <th>P</th> <th>R</th> <th>ASSINATURA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13:17</td> <td>147</td> <td></td> <td>80</td> <td>90%</td> <td>Moacir</td> </tr> </tbody> </table>	HORA	PA	T	P	R	ASSINATURA	13:17	147		80	90%	Moacir
HORA	PA	T	P	R	ASSINATURA									
13:17	147		80	90%	Moacir									

☐ CIRURGIA SUSPensa	MOTIVO:	Data: 07/12/17	Resp.: [Assinatura]	HORÁRIO:
--	---------	----------------	---------------------	----------

TRANS- OPERATORIO

SALA: 1 2 3 4 5 6 7 8	ENTRADA EM SALA: 19:15 horas	INÍCIO DE CIRURGIA: _____ horas	CIRURGIA REALIZADA: Antroscopia de Yellu D	ANESTESIA: Moacir
-----------------------	------------------------------	---------------------------------	--	-------------------

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA IDENTIFICAÇÃO PACIENTE CONFIRMOU: ☒ JEJUM ☒ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ☐ LOCAL DA CIRURGIA A SER FEITA ☒ PROCEDIMENTO A SER REALIZADO ☒ CONSENTIMENTO INFORMADO REALIZADO ☐ RETIRADA DE ANTICOAGULANTE PRÉVIO DEMARCAÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO: ☒ SIM, Yellu D ☐ NÃO SE APLICA ☒ CHECAGEM DO MATERIAL CIRÚRGICO ☒ CHECAGEM DO EQUIPAMENTO ANESTÉSICO ☒ OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO O PACIENTE TEM ALGUMA ALERGIA? ☐ NÃO ☒ SIM: HAS HÁ RISCO DE VIA AÉREA DIFÍCIL E/OU BRONCOASPIRAÇÃO. ☒ NÃO ☐ SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL HÁ RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500ml NO ADULTO OU 7ml/Kg EM CRIANÇAS? ☒ NÃO ☐ SIM E HÁ ACESSO VENOSO E PLANEJAMENTO	ANTES DE INICIAR A CIRURGIA (TIME OUT) CONFIRMAÇÃO TODOS OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE CONFIRMARAM NOMES E PROFISSÕES CIRURGIÃO: Dr. Moacir ANESTESISTA: Dr. Tarciso ENFERMEIRO(A): [Assinatura] INSTRUMENTADOR(A): [Assinatura] CIRCULANTE: [Assinatura] CONFIRMARAM VERBALMENTE: ☒ CIRURGIÃO ☒ ANESTESISTA ☐ ENFERMAGEM 1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE, 2. LOCAL DA CIRURGIA A SER FEITA 3. PROCEDIMENTO A SER REALIZADO ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS 1. REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ POSSIBILIDADE DE ETAPA CRÍTICA FORA DO PADRÃO DO PROCEDIMENTO? 2. REVISÃO DO ANESTESISTA: HÁ ALGUM RISCO ESPECÍFICO EM RELAÇÃO AO PACIENTE? 3. REVISÃO DA ENFERMAGEM: HOUVE CORRETA ESTERILIZAÇÃO DO INSTRUMENTAL CIRÚRGICO / ESTÃO DENTRO DA VALIDADE? OS EQUIPAMENTOS FORAM TESTADOS E ESTÃO FUNCIONANDO? O ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO FOI ADMINISTRADO NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? EXAMES DO PACIENTE ESTÃO DISPONÍVEIS?	ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA REGISTRO ENFERMAGEM CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: ☒ NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO A CONTAGEM DE COMPRESSAS, INSTRUMENTOS E AGULHAS ESTÁ CORRETA? ☒ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA BIÓPSIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM NOME DO PACIENTE ☐ SIM ☐ NÃO ☒ NÃO SE APLICA HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS QUE DEVE SER RESOLVIDO? ☐ SIM ☒ NÃO CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMAGEM ANALISAM OS PONTOS MAIS IMPORTANTES DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA E PÓS-OPERATÓRIA? ☒ SIM ☐ NÃO INDICA PROFILAXIA TEV? ☒ SIM ☐ NÃO ENFERMEIRO(A) CARIMBO MOACIR DE ALENCAR ARARIPA 1511 TEOT 2059 MÉDICO(A) / CARIMBO
---	--	--

SOROS INFUNDIDOS

☐ SGF _____ ML
☐ SF _____ ML
☐ RL _____ ML
☐ SG _____ ML

HEMODERIVADOS

☐ PLAQUETAS _____ UND
☐ PLASMA _____ UND
☐ CONCENT. _____ UND
☐ COMP. PROT. _____ UND

ANTIBIOTICOTERAPIA

NOME: Kerazol
 DOSAGEM: 500
 HORÁRIO: 10:00

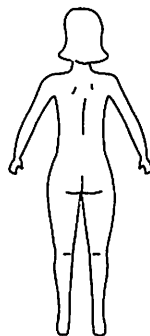
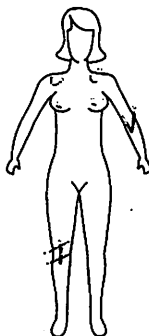
SONDA VESICAL

☐ ABERTA
☐ FECHADA
☐ ALÍVIO

LOCALIZAÇÃO

Legenda

○ - Eletrodos
 † - Incisão Cirúrgica
 △ - Drenos
☐ - Placa Bisturi
 C - Cateter Peridural
 V - Venóclise
 X - Ponto vac.



☐ SNG ☐ COLOSTOMIA ☐ INTRACATH ☐ ANAT. PATOLOG. ☐ OUTROS _____
☐ PVC ☐ FLEBO ☐ RAO X ☐ CONGELAÇÃO

OBSERVAÇÕES:

TÉRMINO DA CIRURGIA

horas

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DMISSÃO NA S.R:

RISCO(S) PRESENTE(S): ☐ SANGRAMENTO ☒ QUEDA

horas

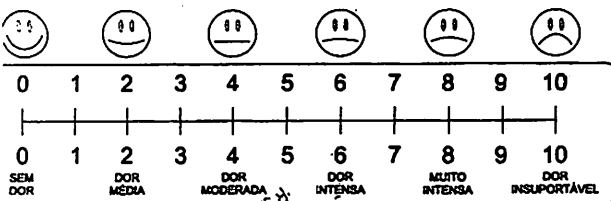
☐ HIPOTERMIA ☐ DESLOCAMENTO DE PRÓTESE ☐ BRONCOASPIRAÇÃO ☐ OUTROS _____

CONDUTAS/CUIDADOS (RISCOS):

manter quites do leito eludido

HORA	PA	P	R	ESCALA/DOR	OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM
10:32/83	73	97	35.6	-0	64.2351 804
25:40/180	71	95%	—	a	
40:13/185	72	90%	—	a	
55:12/172	69	97%	—	c	
1:10:13/194	70	96%	—	c	
2:40:13/191	73	92%	35.5	c	

ESCALA VISUAL DA DOR



ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

HORA	CONSCIÊNCIA	ATIVIDADE	R	PA	SpO2	TOTAL
21:30	2	2	2	2	2	9
22:30	2	2	2	2	2	10

ENFERMEIRO(A) / COREN

MÉDICO(A) / CRM

ELABORAÇÃO: Conceição Almeida e Amanda Rodrigues/Julho 2014	VALIDAÇÃO: Dr. Francisco Monteiro /Julho 2014	REVISÃO: 04 - Mar/18	Imp211/BC
--	--	----------------------	-----------

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

NOME
ROMAN NUNES VIEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 2002009096245 SSP CE

CPF
 018.995.403-50

DATA NASCIMENTO
 09/03/1985

FUNÇÃO
 JOAO SARAIVA VIEIRA
 MARIA DO SOCORRO NUNES VIEIRA

PERMISSÃO
 []

ACC
 []

CALHA
 AB

Nº REGISTRO
 05649673159

VALIDADE
 06/07/2022

1ª EMISSÃO
 24/11/2012

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO:

Roman Nunes Vieira
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 FORTALEZA, CE

[Assinatura]
 ASSINATURA DO EMISSOR

DATA EMISSÃO
 11/07/2017

13375606681
CE160279992

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1493910193

PROIBIDO PLASTIFICAR
1493910193

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTÉM 50 PÁGINAS NUMERADAS

fls. 44

MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

132.44041.19-0

NÚMERO

3576743

SÉRIE

001-0

UF

CE

Renan Nunes Vieira

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

NOME: RENAN NUNES VIEIRA

LOC. DE NASC.: FORTALEZA - CE

FILIAÇÃO: JOAO SARAIVA VIEIRA

MARIA DO SOCORRO NUNES VIEIRA

DOC. APRESENTADO: RG 2002009096245 SSP CE

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LEI Nº 9.040, DE 18 DE MAIO DE 1995.

RG: 2002009096245

LOCAL DA EMISSÃO: IDT - CASA DO CIDADÃO BENFICA
EMIÇÃO: 02/08/2002

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /
DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA

A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº **013145317600**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 Cód. RENAVAM 01028733809 R.N.I.R.C. 0006000000 EXERCÍCIO 2016

NOME
RENAN NUNES VIEIRA

FORTALEZA /CE

CNPJ /CPF 01899540350 PLACA PMF 4999/CE

PLACA ANT / UF /CE CHASSI 9C2JC4110FR808897

ESPECIES TIPO PAS/MOTOCICLO/NAU GASELIT GOMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB 2014 ANO MOD 2015

CAP / POT / CIL 2P/OCV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRATA

COTA ÚNICA ***** VENC / COTA ÚNICA ** / ** / ** VENC / COTAS 1 *****
IPV FAIXA I.P.V.A. ***** PARCELAMENTO / COTAS 2 *****
A ***** 3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO *****

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA DATA 08/11/2016

Igor Ponte
Superintendente PEDIDOR DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013145317600 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 08/11/2016

VIA 01 Cód. RENAVAM 01028733809 R.N.I.R.C. 0006000000 EXERCÍCIO 2016

NOME
RENAN NUNES VIEIRA

FORTALEZA /CE

CNPJ /CPF 01899540350 PLACA PMF 4999/CE

PLACA ANT / UF /CE CHASSI 9C2JC4110FR808897

ESPECIES TIPO PAS/MOTOCICLO/NAU GASELIT GOMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB 2014 ANO MOD 2015

CAP / POT / CIL 2P/OCV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRATA

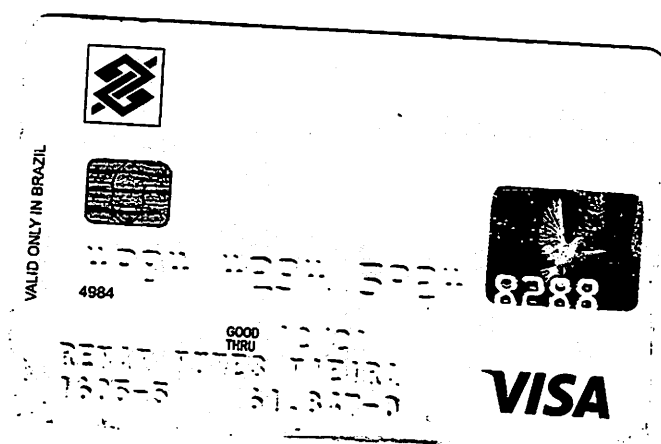
COTA ÚNICA ***** VENC / COTA ÚNICA ** / ** / ** VENC / COTAS 1 *****
IPV FAIXA I.P.V.A. ***** PARCELAMENTO / COTAS 2 *****
A ***** 3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO *****

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA DATA 08/11/2016

Igor Ponte
Superintendente PEDIDOR DETRAN-CE



208695-6
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



fls. 47

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 489283461
Rota 10 01110 13 322200 - 7 Data de Emissão 17/08/2017
Nome MARIA DO SOCORRO NUNES
End. Postal RU CEL JOAO CARNEIRO 00123 AP 101
FATIMA - FORTALEZA - 60040560
Medidor 2450763 Poste 0120 A305
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00
RG / CPF / CNPJ 293819323-87 CGF
Nome do Responsável

DATAS: Mês de Referência Ago/2017 Data da Apresentação 17/08/2017 Prazo 16/09/2017
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO: Voje a legendar a qualidade desta conta. Conjunto Jun/2017 ELSD 38,93 Mês DICRI= 0,00 P
ICMS: Base de Cálculo (R\$) 111,11 Alíquota 27,00% Valor do Imposto 29,99
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL: 22CE.69AF.70BA.A43B.60C3.C5DF.F7FB.405A
Padrão Individual: Média 9,19, Agudo 10,38, Normal 8,08, FIC 6,22, DMIC 2,52
Apuração Individual: Média 8,08, FIC 2,00, DMIC 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo (kWh)	Consum. Ind.	Consum. Est.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
38240	38086	154	0,00	0,00	0,75	111,11
17/08/17	17/07/17	31 DIAS				

DESCRIÇÃO DO CONSUMO DO MÊS:
Multa Moratória Ref 07/2017 2,68
Iluminação Pública Municipal 11,25
DOAÇÃO APAE - TEL 0800-095-0703 22/36 1,00
SEGURO SUPER 3 + 1 - PRATIL 0800-600-0560 3,86
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 5,67)

VENCIMENTO: 24/08/2017 **TOTAL A PAGAR (R\$):** 129,90
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO:
Transmissão 3,81
Distribuição 25,93
Encargos Setoriais 8,97
Tributos (ICMS PIS-COFINS) 34,22
TOTAL 111,11
HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses):
MED Ago Jul Jun Ma Abr Mar Fev Jan Dez Nov Out Set 157 154 190 173 153 135 133 136 164 183 173 140 153

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica
Emitido 66,59g Compensação 66,59g Consciência Ecológica (%CO₂) 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO:
Previo Aviso
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Prezado Cliente, constam em nossos controles conta(s) em atraso. Segue o detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias após a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.
Consta desta fatura R\$ 4,23 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,68% e COFINS: 3,14% (Art. 9 Res. 108/2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.639/03)
A bandeira para o mês de agosto será vermelha, patamar 1, com acréscimo de R\$ 3,60 (mais tributos) a cada 100 (kWh). Mais informações em www.aneel.gov.br

208695-6 **Ago/2017**
Nº do Cliente: 17/08/2017 Referência: 129,90
Data de Emissão: 489283461 Total a Pagar (R\$): 0000208695 00516 39672 36
Nº 0380000001-8 299000310804C00002086950-9 05163967253-6



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 26/06/2019 às 15:34, sob o número 01459953820198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0145995-38.2019.8.06.0001 e código 4B75A6B.

* Cópia



INFARMA PROD. FARM. E FARM. S/A
AV. IREZE DA MATA, 927
LUIZNA - FORTALEZA - CEARÁ
CNPJ: 04.899.316/0001-40
FONE: 06 318.076 6

21/08/2017 10:00:00 01/08/2017 10:00:00

CUPUM FISCAL

001 7897076910974 #130020130049069#GEN FEXOFEN
ADITHA 180MG 10 (AMP (1))
1 CX X 57,02 F1 A 57,02
desconto -24,53 32,49
001 7897076910974 #130110030051090#ESPHAKADRAP
001 7897076910974 #130110030051090#ESPHAKADRAP
1 UN X 15,11 F1 A 15,11
desconto -2,32 12,79
001 7897076910974 #130059090#ATADUR
001 7897076910974 #130059090#ATADUR
1 UN X 4,47 F1 A 4,47
desconto -0,49 3,98
TOTAL R\$ 49,27

CARTAO

MASTERCARD (125)

MD 51e3e392010705ebcf2a42f58: 13027f

Voce Economiz 27,33

Orc: 1058754 tend: 90992 Cx: 2254 Lj: 408

Trib aprox R\$:0.54 Fed, 0.00 Est, 0.00 Mun

Fonte: IBPT/FECOMERCIO CE 9oi3aC

Parceria:99999 Parceiro:9000014010006853

ADQUIR. 49 SALDO 119

USAD. PR.01/09/2017

Sistema ExtraNet 06.04

Pra voce virar melhor 00

002 10326 26268 3F01A4 14 808187 D409C 03605 920

PARUMA AUTOMACAO MACH 2

001 7897076910974 #130110030051090#ESPHAKADRAP

001 7897076910974 #130110030051090#ESPHAKADRAP

001 7897076910974 #130110030051090#ESPHAKADRAP

* Original



INFARMA PROD. FARM. E FARM. S/A
AV. IREZE DA MATA, 927
LUIZNA - FORTALEZA - CEARÁ
CNPJ: 04.899.316/0001-40
FONE: 06 318.076 6

21/08/2017 10:00:00 01/08/2017 10:00:00

CUPUM FISCAL

001 7897076910974 #130020130049069#GEN FEXOFEN
ADITHA 180MG 10 (AMP (1))
1 CX X 57,02 F1 A 57,02
desconto -24,53 32,49
001 7897076910974 #130110030051090#ESPHAKADRAP
001 7897076910974 #130110030051090#ESPHAKADRAP
1 UN X 15,11 F1 A 15,11
desconto -2,32 12,79
001 7897076910974 #130059090#ATADUR
001 7897076910974 #130059090#ATADUR
1 UN X 4,47 F1 A 4,47
desconto -0,49 3,98
TOTAL R\$ 49,27

CARTAO

MASTERCARD (125)

MD 51e3e392010705ebcf2a42f58: 13027f

Voce Economiz 27,33

Orc: 1058754 tend: 90992 Cx: 2254 Lj: 408

Trib aprox R\$:0.54 Fed, 0.00 Est, 0.00 Mun

Fonte: IBPT/FECOMERCIO CE 9oi3aC

Parceria:99999 Parceiro:9000014010006853

ADQUIR. 49 SALDO 119

USAD. PR.01/09/2017

Sistema ExtraNet 06.04

Pra voce virar melhor 00

002 10326 26268 3F01A4 14 808187 D409C 03605 920

PARUMA AUTOMACAO MACH 2

001 7897076910974 #130110030051090#ESPHAKADRAP

001 7897076910974 #130110030051090#ESPHAKADRAP

001 7897076910974 #130110030051090#ESPHAKADRAP



IMIFARMA PROD. FARMAC. E COSMET. S/A
AV. TREZE DE MAIO, 927
FATIMA - FORTALEZA - CEARA
CNPJ: 04.899.316/0070-40
IE: 06.318.076 6

26/11/2017 21:03:55 CCF:239882 CUD:444406

CUPOM FISCAL

ITEM CODIGO DESCRICAO QTD UN. VL UNIT R\$ ST A/T VL ITEM R\$
001 7894916510271 *1300500*30066000*NIKI 3MG+0,
02MG 24 COMP

1	CX	X	47,17	F1	A	47,17
desconto			-9,43			37,74

002 7896658002922 *1300300*30041012*NOVAMOX 2X
875MG/125MG 14 COMP-AT

1	CX	X	78,81	F1	A	78,81
desconto			-15,76			63,05

TOTAL R\$ 100,79

CARTAO

VISA (125)

MD-5:e3e39261e4705ebcf2a42f58c47a227f

Voce Economizou: 25,19

Orc: 1110252 Atend: 13102 Cx: 8719 Lj: 408

Trib aprox R\$:5.08 Fed, 0.00 Est, 0.00 Mun

Fonte: IBPT/FECOMERCIO CE 9oi3aC

Parceria:502 ADQUIR.100 SALDO2

63

USAD.....0 PR.01/12/2017.....28

Sistema ExtraNet 06.04

Pra voce viver melhor R0

122 B2EDB 258E1 B7F19E 50 B66158 620AB 0634E A0C

DARUMA AUTOMACAO MACH 2

ECF-IF VERSAO:01.00.00 ECF:00? Lj:0070

GGGGGGGGHJHFAJHDDJ 26/11/2017 21:04:31

FAB:DR0913BR000000393097

* Original



IMIFARMA PROD. FARMAC. E COSMET. S/A
AV. TREZE DE MAIO, 927
FATIMA - FORTALEZA - CEARA
CNPJ: 04.899.316/0070-40
IE: 06.318.076-6

26/11/2017 21:03:55 CCF:239882 CUD:444406

CUPOM FISCAL

ITEM CODIGO DESCRICAO QTD UN. VL UNIT R\$ ST A/T VL ITEM R\$
001 7894916510271 *1300500*30066000*NIKI 3MG+0,
02MG 24 COMP

1	CX	X	47,17	F1	A	47,17
desconto			-9,43			37,74

002 7896658002922 *1300300*30041012*NOVAMOX 2X
875MG/125MG 14 COMP-AT

1	CX	X	78,81	F1	A	78,81
desconto			-15,76			63,05

TOTAL R\$ 100,79

CARTAO

VISA (125)

MD-5:e3e39261e4705ebcf2a42f58c47a227f

Voce Economizou: 25,19

Orc: 1110252 Atend: 13102 Cx: 8719 Lj: 408

Trib aprox R\$:5.08 Fed, 0.00 Est, 0.00 Mun

Fonte: IBPT/FECOMERCIO CE 9oi3aC

Parceria:502 ADQUIR.100 SALDO2

63

USAD.....0 PR.01/12/2017.....28

Sistema ExtraNet 06.04

Pra voce viver melhor R0

122 B2EDB 258E1 B7F19E 50 B66158 620AB 0634E A0C

DARUMA AUTOMACAO MACH 2

ECF-IF VERSAO:01.00.00 ECF:00? Lj:0070

GGGGGGGGHJHFAJHDDJ 26/11/2017 21:04:31

FAB:DR0913BR000000393097

* Cópia

EMPENHOS PAGUE MENOS S/A
FARMACIAS PAGUE MENOS
AV. TREZI DE MATO, 836
BAIRRO DE FATIMA FORTALEZA - CEARA

OBRIGADO E VOLTE SEMPRE
CNPJ: 06.626.253/0036-01
IE: 06.084.683-6
21/08/2017 20:32:11 CPF:004770 COO:129042

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	UN.	VL UNIT(R\$)	ST	VL ITEM(R\$)
1	7891106907019	XARFETO 15MG	CPD/28		
De:	264,96		299,05		264,96
	1 UN x 264,96			F1	264,96
desconto 11%					29,01
2 7851266144451					
3 3614266144451					
De:	80,14		80,14		80,14
	1 UN x 80,14			F1	80,14
desconto 11%					8,81
De:	14,20		13,60		13,60
	1 UN x 13,60			F1	13,60
desconto 11%					1,49
TOTAL R\$					266,00
CARTÃO					266,60

(MASCARA CILLO)
HD-5: 3C3D19FC31965026C826547C88A9386F
CPF CLIENTE SEMPRE: 047.***.***-10

Irrib aprox R\$: 39,10 Federal e 37,85 Estadual
Fonte: IBPT
MASTERCARD-5501 2046 12/24
POS=41159548 DCC=736408 AUT=X5A81X
VENDA CREDITO EM 04 PARCELAS
CNPJ/CPF consum: 047.730.543-10
NOME: NATANE

21/08/2017 20:32:11 CPF:004770 COO:129042

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	UN.	VL UNIT(R\$)	ST	VL ITEM(R\$)
1	7891106907019	XARFETO 15MG	CPD/28		
De:	264,96		299,05		264,96
	1 UN x 264,96			F1	264,96
desconto 11%					29,01
2 7851266144451					
3 3614266144451					
De:	80,14		80,14		80,14
	1 UN x 80,14			F1	80,14
desconto 11%					8,81
De:	14,20		13,60		13,60
	1 UN x 13,60			F1	13,60
desconto 11%					1,49
TOTAL R\$					266,00
CARTÃO					266,60

(MASCARA CILLO)
HD-5: 3C3D19FC31965026C826547C88A9386F
CPF CLIENTE SEMPRE: 047.***.***-10

EMPENHOS PAGUE MENOS S/A
FARMACIAS PAGUE MENOS
AV. TREZI DE MATO, 836
BAIRRO DE FATIMA FORTALEZA - CEARA

OBRIGADO E VOLTE SEMPRE
CNPJ: 06.626.253/0036-01
IE: 06.084.683-6
21/08/2017 20:32:11 CPF:004770 COO:129042

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	UN.	VL UNIT(R\$)	ST	VL ITEM(R\$)
1	7891106907019	XARFETO 15MG	CPD/28		
De:	264,96		299,05		264,96
	1 UN x 264,96			F1	264,96
desconto 11%					29,01
2 7851266144451					
3 3614266144451					
De:	80,14		80,14		80,14
	1 UN x 80,14			F1	80,14
desconto 11%					8,81
De:	14,20		13,60		13,60
	1 UN x 13,60			F1	13,60
desconto 11%					1,49
TOTAL R\$					266,00
CARTÃO					266,60

(MASCARA CILLO)
HD-5: 3C3D19FC31965026C826547C88A9386F
CPF CLIENTE SEMPRE: 047.***.***-10

Irrib aprox R\$: 39,10 Federal e 37,85 Estadual
Fonte: IBPT
MASTERCARD-5501 2046 12/24
POS=41159548 DCC=736408 AUT=X5A81X
VENDA CREDITO EM 04 PARCELAS
CNPJ/CPF consum: 047.730.543-10
NOME: NATANE

21/08/2017 20:32:11 CPF:004770 COO:129042

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	UN.	VL UNIT(R\$)	ST	VL ITEM(R\$)
1	7891106907019	XARFETO 15MG	CPD/28		
De:	264,96		299,05		264,96
	1 UN x 264,96			F1	264,96
desconto 11%					29,01
2 7851266144451					
3 3614266144451					
De:	80,14		80,14		80,14
	1 UN x 80,14			F1	80,14
desconto 11%					8,81
De:	14,20		13,60		13,60
	1 UN x 13,60			F1	13,60
desconto 11%					1,49
TOTAL R\$					266,00
CARTÃO					266,60

(MASCARA CILLO)
HD-5: 3C3D19FC31965026C826547C88A9386F
CPF CLIENTE SEMPRE: 047.***.***-10

* Original

* Cópia

EMPENHAMENTO: PAGUE MENOS S/A
FARMACIAS PAGUE MENOS
AV. TREZI DE MATO, 836
BAIRRO DE FATIMA FORTALEZA - CEARA

OBRIGADO E VOLTE SEMPRE
CNPJ: 06.626.253/0036-81
IE: 06.084.683-6
21/08/2017 20:32:11 CCF:004770 COU:129042

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD.	UN.	VL UNIT(R\$)	ST	VL ITEM(R\$)
1	7891106307019	KARFETO 15MG CPD/28	1	UN	264,96	F1	264,96
Desconto 11%							-29,31
2 7891200014-43 1 UN 13,60 6 COMPLETES 13MF401271							
De:	80,10	Por:	60,10				80,10
Desconto 11%							-8,81
De:	14,20	Por:	13,60				13,60
Subtotal							266,65
DESCONTO ITR:							4,05

TOTAL R\$ 266,60
CARTÃO 266,60
(MÁQUINA CIELO)
NO-0: 3E3D19FC31965626547C88A5386F
CPF CLIENTE SEMPRE: 047.***.***-10

trib aprox R\$: 39,16 Federal e 37,85 Estadual
Fonte: IBPT
MASTERCARD-5501 0046 12/24
POS-41159548 Doc: 738408 AUT:X5A81X
VENDA CREDITO 12 LUNAS EM 04 PARCELAS
CNPJ/CPF consumidor: 047.730.543-10
NOME: NATANE

ECF-IF VERSÃO: 01.00.05 ECF: 021 L.J: 0036
OPR: 76323 VEN: 14049
OKVZ00ZCP 21/08/2017 20:34:07
FAB: SNO31500000000065718

* Original

EMPENHAMENTO: PAGUE MENOS S/A
FARMACIAS PAGUE MENOS
AV. TREZI DE MATO, 836
BAIRRO DE FATIMA FORTALEZA - CEARA

OBRIGADO E VOLTE SEMPRE
CNPJ: 06.626.253/0036-81
IE: 06.084.683-6
21/08/2017 20:32:11 CCF:004770 COU:129042

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD.	UN.	VL UNIT(R\$)	ST	VL ITEM(R\$)
1	7891106307019	KARFETO 15MG CPD/28	1	UN	264,96	F1	264,96
Desconto 11%							-29,31
2 7891200014-43 1 UN 13,60 6 COMPLETES 13MF401271							
De:	80,10	Por:	60,10				80,10
Desconto 11%							-8,81
De:	14,20	Por:	13,60				13,60
Subtotal							266,65
DESCONTO ITR:							4,05

TOTAL R\$ 266,60
CARTÃO 266,60
(MÁQUINA CIELO)
NO-0: 3E3D19FC31965626547C88A5386F
CPF CLIENTE SEMPRE: 047.***.***-10

trib aprox R\$: 39,16 Federal e 37,85 Estadual
Fonte: IBPT
MASTERCARD-5501 0046 12/24
POS-41159548 Doc: 738408 AUT:X5A81X
VENDA CREDITO 12 LUNAS EM 04 PARCELAS
CNPJ/CPF consumidor: 047.730.543-10
NOME: NATANE

ECF-IF VERSÃO: 01.00.05 ECF: 021 L.J: 0036
OPR: 76323 VEN: 14049
OKVZ00ZCP 21/08/2017 20:34:07
FAB: SNO31500000000065718

ORTOFOR ORTOPEdia FORTALEZA LTDA
AV DA UNIVERSIDADE, 2118
CENTRO - FORTALEZA - CEARA

CNPJ: 07.291.198/0001-59 IE: 06.105.192-6
08/09/2017 17:58:07 CCF:019283 COD:021467
CNPJ/CPF Consumidor: 999999999999
NOME: CLIENTES DIVERSOS

CUPOM FISCAL

ITEM CODIGO DESCRICAO VALOR UNITARIO QTD TOTAL
001 7858 0040573 201,60 1 201,60
TOTAL R\$ 201,60

MD 5:E9D1C30CF8FF689E0789A605496BB0C1
DAV: 0000015883
Cond.Pgto 0,60,90 DIAS
Vendedor: DAVIA
OBRIGADO. VOLTE SEMPRE.

DarumaFramework - Mensagem Não Programada
DarumaFramework - Mensagem Não Programada
125 018CF 31780 CCF01E A7 936168 48E81 2D333 E48
DARUMA AUTOMACAO MACH 1
ECF-IF VERSAO:01.00.00 ECF:002 LJ:0001
08/09/2017 17:58:33
HHHHHHHHHJCFGJIABF
FAB:DR0816BR000000485651

RECEBEMOS DE ORTOFOR ORTOPEDIA FORTALEZA LTDA OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO		NF-e fls. 53
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 000006946 SÉRIE 001

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE ORTOFOR MATRIZ ORTOFOR ORTOPEDIA FORTALEZA LTDA AV. DA UNIVERSIDADE, 2118 - BENFICA - CEP:60020-180 - FORTALEZA - CE TEL: (85)3252-3090 - (85)3253-7143		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000006946 FL. 1 / 1 SÉRIE 001		 CHAVE DE ACESSO 2317 0907 2911 9800 0159 5500 1000 0069 4610 0006 9463 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
NATUREZA DE OPERAÇÃO 5929 LANC.DOC.FISCAL VIA EMISSAO DE CUPOM FISCAL				PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 123170056997462 23/09/2017 11:45:02	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 061051926		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.		CNPJ 07.291.198/0001-59	

DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL RENAN NUNES VIEIRA			CNPJ / CPF 018.995.403-50		DATA DA EMISSÃO 23/09/2017
ENDEREÇO RUA CORONEL JOAO CARNEIRO, 123 APT 101			BAIRRO / DISTRITO BAIRRO DE FATIMA		CEP 60411-270
MUNICÍPIO FORTALEZA		PHONE / FAX (85)9983-8324	UF CE	INSCRIÇÃO ESTADUAL	DATA SAÍDA / ENTRADA 23/09/2017
					HORA DA SAÍDA 11:44:53

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 201,60	VALOR DO ICMS 36,28	BASE CÁLC. ICMS SUBST. 0,00	VALOR DO ICMS SUBST. 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 201,60	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESP. ACESS. 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 201,60

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL ORTOFOR ORTOPEDIA FORTALEZA LTDA		FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF CE
ENDEREÇO AV.DA UNIVERSIDADE 2118		MUNICÍPIO FORTALEZA			INSCRIÇÃO ESTADUAL 061051926
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE VOLUME	MARCA PROPRIA	NUMERAÇÃO 1	PESO BRUTO 1,000	PESO LÍQUIDO 1,000

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS													
CÓDIGO DO PROD. / SERV. 1.38.83	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO 282S PANTURRILHA M NORMAL BEGE 282SADM2U76	NCM / SH 61151021	CST 000	CFOP 5929	UNID. PAR	QUANT. 1,000	VALOR UNITÁRIO 201,60	VALOR DESCONTO 0,00	VALOR LÍQUIDO 201,60	BASE CÁLC. ICMS 201,60	VALOR I.C.M.S. 36,28	VALOR IPI 0,00	ALÍQUOTAS ICMS 18,00 IPI 0,00

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ECF Ref.:(modelo: 2D ECF: 1 COO: 21467) Fisco : MD-5:BA5FD425F426A84C67CB1F702E4048BF Val.Aprox. dos Tributos R\$ 61,99 (30,75 %) Fisco Fonte: IBPT Observacoes : coo 021467 08/09/2017 vendedora tiana	



HOSPITAL SÃO CARLOS LTDA.

Av. Pontes Vieira, 2531 - Dionísio Torres - CEP: 60.135-237

PABX: (85) 4009.3333

CNPJ: 11.794.674/0001-21 - INSC. NO CPBS: 88799-4

www.hospitalsaocarlos.com.br

fls. 54

RECIBO

RECIBO Nº 65817

Atendimento: 1.872.684

Paciente: Renan Nunes Vieira

Título: 123455

Recebemos de Renan Nunes Vieira a importância de R\$135,00 (cento e trinta e cinco reais) referente a despesas hospitalares.

Fortaleza, 20 de agosto de 2017

Natiele

HOSPITAL SÃO CARLOS LTDA.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
RECIBO PROVISÓRIO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS-RPS

fls. 55

Número RPS
34413

Data e Hora da Emissão
20/08/2017 18:14:26

Código de Verificação

PRESTADOR DO SERVIÇO

Nome ou Razão social: Hospital Sao Carlos Ltda
CPF/CNPJ: 11794674000121
Endereço: Av Pontes Vieira, 2531 - Dionisio Torres
Município/UF: Fortaleza / CE

Telefone: 854009-3379
Inscrição Municipal:
CEP: 60135237
E-mail:

TOMADOR DO SERVIÇO

Nome ou Razão social: Nyanne Dias Lima
CPF/CNPJ: 04773054310
Endereço: Rua Coronel Joao Carneiro, 123, Apto 131, Fatima
Município/UF: FORTALEZA / CE

Telefone: (85) 32275168
Inscrição Municipal: Não informado
CEP: 60040560
E-mail: admissao@hospitalsaocarlos.com.br

Referente a Serviços Prestados Valor aprox. tributos em porcentagem (15,72) . Fonte IBPT

CNAE Fiscal:

Item da Lista de Serviço: 4.03 / Serviços Hospitalares

Natureza da Operação: Prestação de Serviços Hospitalares

Município da Prestação de Serviço: 2304400/Fortaleza

VALOR NOTA FISCAL

Valor dos Serviços	Descontos	Retenções	ISS Retido na Fonte	Valor Líquido da Nota
R\$ 135,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$	R\$ 135,00

CÁLCULO DO ISS

Valor dos Serviços	Deduções	Descontos incondicionados	Base do cálculo do ISS	Alíquota	Valor do ISS
R\$ 135,00	(-) R\$ 0,00	(-) R\$ 0,00	(=) R\$ 135,00	(x) R\$ 3%	(=) R\$ 4,05

Este documento é uma cópia do original, assinado digitalmente por FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO e T. J. de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 26/06/2019 às 15:34, sob o número 01459953820198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0145995-38.2019.8.06.0001 e código 487560C.

Número da
NFS-e
23952

 Prefeitura de Fortaleza Secretaria Municipal das Finanças		PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA MUNICIPAL DAS FINANÇAS NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e			
Data e Hora da Emissão		21/08/2017 17:34:23		Competência	08/2017
Número do RPS		34413		Código de Verificação	595473164
		No. NFS-e substituída		Localidade Prestação	FORTALEZA - CE
DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS					
	Razão Social/Nome				
	HOSPITAL SAO CARLOS LTDA				
	Nome Fantasia				
	CPF/CNPJ	11.794.674/0001-21	Insc. Municipal	088.799-4	Município
Endereço e CEP		AV PONTES VIEIRA, 2531 - ALDEOTA CEP: 60.135-237			
Complemento		Telefone		(85) 4009-3379	
		E-mail		contabil@hospitalsaocarlos.com.br	
DADOS DO TOMADOR DE SERVIÇOS					
Razão Social/Nome		Nayanne Dias Lima			
CPF/CNPJ		047.730.543-10		Inscrição Municipal	
				Município	FORTALEZA - CE
Endereço e CEP		Rua Coronel Joao Carneiro, 123 - Fatima CEP: 60.040-560			
Complemento		apto 101		Telefone	(85) 3227-5168
				E-mail	admissao@hospitalsaocarlos.com.br
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS					
Referente a Serviços Prestados Valor aprox. tributos em porcentagem (15,72) . Fonte IBPT					
CÓDIGO DE ATIVIDADE CNAE					
4.03 / 861010101 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMENTO A URGENCIAS					
DETALHAMENTO ESPECÍFICO DA CONSTRUÇÃO CIVIL					
Código da Obra		Código ART			
TRIBUTOS FEDERAIS					
PIS	0,00	COFINS	0,00	IR(R\$)	0,00
				NSS(R\$)	0,00
				CSLL(R\$)	0,00
Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços			Cálculo do ISSQN devido no Município		
Valor dos Serviços R\$	135,00	Natureza Operação	Valor dos Serviços R\$	135,00	
(-) Desconto/Incondicionado	0,00	1-Tributação no Município	(-) Dedução/Permissão em Lei	0,00	
(-) Desconto/Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto/Incondicionado	0,00	
(-) Retenções Federais	0,00	0-Nenhum	Base de Cálculo	135,00	
Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(X) Alíquota %	3,00	
(-) ISS Retido	0,00	2 - Não	ISS a reter	() Sim (X) Não	
(=) Valor Líquido R\$	135,00	Incentivador Cultural	(=) Valor do ISS R\$	4,05	
		2 - Não			
Avisos		1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços, no site http://iss.fortaleza.ce.gov.br 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser validada no site, com a utilização do Código de Verificação.			



Av Pontes Vieira, 2531,2531 - Fortaleza - CE
CNPJ:11794674000121 - Inscr.Est.:Isento - Fone:4009-3379
(CNES 3189546)

fls. 57

CONTA PACIENTE

Nº Atend: **1.872.688**
Nº I.C.: **1.716.658**

Paciente:
Renan Nunes Vieira

Convênio:
Particular

Usuário/Matricula
00630020048959219

Prontuário: 298800 Data Entrada: 10/08/2017 21:08:01 Data Saída:
Médico: Dr. Moacir de Alencar Araripe Neto (CRM 9511)

Motivo Alta: 2
Tipo Atend.: 1 - Internado
Espec/Clinica: 2 Cirurgia

CID Princ.: S626Frat ao nivel do punho e da mao - Frat de outr dedos

Guia: Não informada

31/12/2017

Regulamentado

Dt.Conta: 12/08/17 12:11 Dt.Inicial: 10/08/17 21:08 Dt.Final: 12/08/18 12:11 Refer: 30/08/17

Despesas Extras

Seq.	Setor	Data	Descrição da Despesa	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total
9110 -							
1	Posto 02	12/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
2	Posto 02	13/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
3	Posto 02	14/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
4	Posto 02	15/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
5	Posto 02	16/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
6	Posto 02	17/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
7	Posto 02	18/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
8	Posto 02	19/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
9	Posto 02	20/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
Total - 9110 -					9,00		135,00
Total geral (R\$)							135,00



Av Pontes Vieira, 2531,2531 - Fortaleza - CE
CNPJ:11794674000121 - Inscr.Est.:Isento - Fone:4009-3379
(CNES 3189546)

CONTA PACIENTE

Paciente:
Renan Nunes Vieira

Convênio:
Particular

Usuário/Matrícula
00630020048959219

Nº Atend: **1.872.684**
Nº I.C.: **1.716.653**

Prontuário: 298800

Data Entrada: 10/08/2017 21:08:01

Data Saída:

Médico: Dr. Moacir de Alencar Araripe Neto (CRM 9511)

Motivo Alta: 2

Tipo Atend: 1 - Internado

Espec Clínica: 2 Cirurgica

CID Princ.: S626Frat ao nivel do punho e da mao - Frat de outr dedos

Guia: Não Informada

31/12/2017

Regulamentado

Dt.Conta: 12/08/17 12:11

Dt.Inicial: 10/08/17 21:08

Dt.Final: 12/08/18 12:11

Refer: 30/08/17

Despesas Extras

Seq.	Sector	Data	Descrição da Despesa	Unid.	Qtd	VI Unit.	VI Total
1	Posto 02	12/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
2	Posto 02	13/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
3	Posto 02	14/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
4	Posto 02	15/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
5	Posto 02	16/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
6	Posto 02	17/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
7	Posto 02	18/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
8	Posto 02	19/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
9	Posto 02	20/08/2017	Refeição	un	1,00	15,00	15,00
Total - 9110 -					9,00		135,00
Total geral (R\$)							135,00

ORTOFOR ORTOPEDIA FORTALEZA LTDA
 AV DA UNIVERSIDADE, 2118
 CENTRO - FORTALEZA - CEARA
 CNPJ: 07.291.198/0001-59 IE: 06.105.192-6
 17/08/2017 16:56:43 CCF: 018229 CDD: 020288
 CNPJ/CPF Consumidor: 99999999999
 NOME: CLIENTES DIVERSOS

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	DESCRICAO	QTD	UN	VL UNIT	R\$	ST	A/T	VL ITEM	R\$
001	7891746521774	IMOBILIZADOR DE JL FIXO 1UND I1	313,60						313,60	
002	7898270071157	400 MEIA COXA M 40 1PAR	118,00						160,70	
Subtotal R\$									474,30	
DESCONTO									-0,30	
TOTAL R\$									474,00	

VISA
 MD-5: E9D1C30EF8FF689E0789A6D5496B80C1
 DAV: 0000014969
 Cond. Pgto - 30,60,90,120 DIAS
 Vendedor: LUANA
 OBRIGADO. VOLTE SEMPRE.

DarumaFramework - Mensagem Não Programada
 DarumaFramework - Mensagem Não Programada
 IE3 C9E1F 32A9F FC3031 9E 5D1220 6F683 2726D B90
 DARUMA AUTOMACAO MACH 1
 ECF-IF VERSAO: 01.00.00 ECF: 002 LJ: 0001
 HHHHHHHHHJJGHD8FFF 17/08/2017 16
 FAB: DR0816BR000000485651

DOCUMENTO AUXILIAR DE VENDAS - Pedido

NÃO É DOCUMENTO FISCAL - NÃO É VÁLIDO COMO RECIBO E COMO GARANTIA DE MERCADORIA - NÃO COMPROVA PAGAMENTO

Identificação do Estabelecimento emitente

Denominação: ORTOFOR ORTOPEDIA FORTALEZA LTDA

CNPJ: 07.291.198/0001-59

Identificação do Destinatario

Nome: CLIENTES DIVERSOS-LUANA

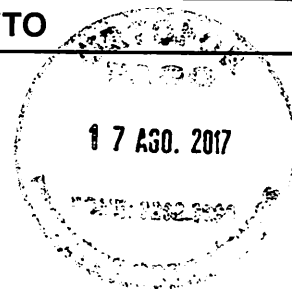
CPF/CNPJ: 999..99.9.9-99-99

Nº Documento: 0000014969

Nº Documento Fiscal: _____

Descrição	Valor Unitario	Quantidade	Und	Acréscimo	Desconto	Total
IMOBILIZADOR DE JL FIXO 70CM ESTREITO	313,60	1,000	UN	0,00	0,00	313,60
400 MEIA COXA M 400SAFMU44	160,70	1,000	PA	0,00	0,00	160,70
Acréscimo/Desconto:				0,00	0,30	Total: 474,00

É VEDADA A AUTENTICAÇÃO DESTE DOCUMENTO



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 26/06/2019 às 15:34, sob o número 01459953820198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0145995-38.2019.8.06.0001 e código 4B75A6C.



CNPJ: 07.291.198/0001-59
 AV DA UNIVERSIDADE - BENFICA
 FORTALEZA - CE CEP : 60.020-180
 Fone/Fax: 85 3252-3090

RECIBO

R\$ 473,00

Recebemos do Sr(a) JOAO SARAIVA

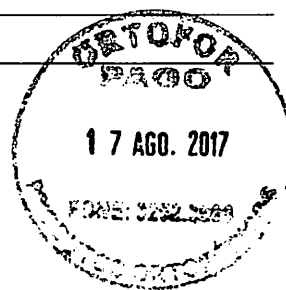
A importância de Quatrocentos e Setenta e Três Reais

Referente 521 70CM 01 MEIA 7/8 ANTE TROMBO
 (LEVOU 02 IMOBILIZADOR)

FORTALEZA - CE, 17 de Agosto de 2017

Carla de Paula
 ORTOFOR ORTOPEDIA FORTALEZA LTDA.

Av. da Universidade, nº 2118
 Benfica - Fortaleza - CE.
 (85) 3252.3090 / Fax: 3253.7143





Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **RENAN NUNES VIEIRA**

Nº Sinistro: **3180049917**

Vítima: **RENAN NUNES VIEIRA**

Data do Acidente: **10/08/2017**

Cobertura: **DAMS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o número de sinistro **3180049917**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso é de até **30 dias**, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12311706