

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO FÍSICA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito




Vaurton Pereira dos Santos

REPRODUÇÃO DO TÍTULO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 94021026360 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/11/2013

NOME VAURTON PEREIRA DOS SANTOS

FILIAÇÃO JOSÉ RIBEIRO DOS SANTOS
ZULMIRA PEREIRA DOS SANTOS

NATURALIDADE APUÍARES - CE DATA DE NASCIMENTO 04/08/1959

DIG. ORIGIN CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 724 FOLHA: 115 LIVRO: 04 APUÍARES - CE
CPF 179.918.093-00

2 Via

Adilson S. Benito
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 23/08/93

3019449
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

ATa da Soci de Energia Elétrica
foi criada pela Lei Nº 10.438
de 20 de abril de 2002

enel
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 160
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047261/0001-70 | CGF 06.105.846-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 559107338

Rota 37 34102 05 028200 - 7
Nome VAURTON PEREIRA DOS SANTOS
End. Postal PV VERTENTE 00000
CAICARA - TEJUCUOCA - 62610000
Medidor 12548905
Classe B2 - 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 179918893-00
Nome do Responsável

Data de Emissão 23/01/2019

Posta 0000 0000
CGF

DATAS
Mês de Referência: Jan/2019
Data da Apresentação: 23/01/2019
Previsão Próxima Leitura: 21/02/2019

ICMS
Base de Cálculo (R\$): ISENTO
Alíquota: 0,00%
Valor do Imposto: 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
P.34.0548.0733.0146.1158.2019.06.0001.70

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunta: 22,79
Mês: 22,79
Fator de Qualidade: 0,00

Mês	Fator de Qualidade			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	16,44	20,88	41,76	0,00	0,00	0,00
FIC	7,55	15,19	30,39	0,00	0,00	0,00
DMIC	5,58			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
11969	11806	1,00	134	0,00	134	0,36215	48,66
23/01/19	22/12/18		32 DIAS		134		48,66

VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES: 48,66
JUROS DO MES: 0,09
COB. SALDO FATURA ANTERIOR: 37,63

VENCIMENTO 01/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 86,38

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)
Energia	48,66
Transmissão	0,00
Distribuição	0,00
Encargos Setoriais	0,00
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	2,46
TOTAL	48,66

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
105	134	48,66
104	142	51,62
103	137	49,60
102	76	27,52
101	104	37,63
100	91	33,05
099	103	37,29
098	61	22,09
097	104	37,63

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica	Compensado (kg CO ₂)	Consciência Ecológica (R\$ CO ₂)
Emissão (kg CO ₂)	52,31	0,00

PARA CONSULTAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.
ATENÇÃO! Novo endereço para o atendimento presencial em Tejucocá
Rua Alfredo Pinto de Mesquita S/N - Centro, de 07h às 11h.

Consta desta fatura R\$ 2,46 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,30% e COFINS: 4,17%
Linha Verde: 100-1307. Horário de Atendimento: 08h às 18h, de 02 a 10, 033-0331
Saudável e verde em Jan/19, sem desconto no valor da energia e sem verossado para o consumo
das informações: www.enel.ce.gov.br - Notificação: Estado do CE publicou DECRETO 22047 sobre a
redução do ICMS classe RURAL. Favor, conservar e Ligar ENEL em até 120 dias da primeira notifi



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Mauroton Pereira dos Santos, brasileiro(a),
Canado, Agricultor, portador (a) de cédula de
 Identidade nº 94029026368, inscrito(a) no PF sob o nº
179.918.893-000, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na
Ru. Urubati, nº 54, Bairro
Alcântara, CEP: 62.610.000 /CE, conforme comprovante anexado
 em meu nome.

Tejuapoco /CE, 19 de junho 2019.

Mauroton Pereira dos Santos

DECLARANTE



OAB-CE 23562

Endereço 1: Rua Pedro de Queirós, 640 - Amadeu Furtado, Fortaleza/CE.
 Endereço 2: Rua Dr. Moreira de Azevedo, 458 - Matriz, Pentecoste/CE.
 E-mail: advsarasombra@gmail.com - Fones: 85 3243-5517 / 85 9213-9979



SARA SOMBRA

Advocacia e Assessoria Jurídica

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE:

Vaunton Pereira dos Santos, brasileiro, casado, Agricultor
RG: 94021026368, CPF: 179.918.893-000 com endereço
em Av. Vertente, s/n, Caracara - no cidade de Tepicueca - e
cep: 62.610-000 tel. 9415-2910.

OUTORGADA: SARA CAMPELO SOMBRA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB-CE sob o nº 23.562, com endereço profissional no Município de Fortaleza/CE, Rua Carlos Vasconcelos 1702, 1º andar, Aldeota; e também no Município de Pentecoste/CE, na Rua Major João Martins, nº 548, Centro, CEP 62.640-000.

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, **poderes especiais** para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como **substabelecer** esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

Local, Data Tepicueca - e 19 de junho 2019.

Vaunton Pereira dos Santos

Cliente
CPF nº



OAB-CE 23562

Endereço 1: Rua Pedro de Queirós, 640 - Arnadeu Furtado, Fortaleza/CE.
 Endereço 2: Rua Dr. Moreira de Azevedo, 458 - Matriz. Pentecoste/CE.
 E-mail: advsarasombra@gmail.com - Fones: 85 3243-5517 / 85 9213-9979

**SARA SOMBRA**

Advocacia e Assessoria Jurídica

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o (a)

Sr(a) Wuilton Pereira dos Santos Declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitara no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. SARA CAMPELO SOMBRA, OAB/CE N° 23.562, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza /CE, 19 de junho 2019.

Wuilton Pereira dos Santos

DECLARANTE**OAB-CE 23562**

Endereço 1: Rua Pedro de Queirós, 640 - Amadeu Furtado. Fortaleza/CE.
Endereço 2: Rua Dr. Moreira de Azevedo, 458 - Matriz. Pentecoste/CE.
E-mail: advsarasombra@gmail.com - Fones: 85 3243-5517 / 85 9213-9979



SARA SOMBRA

Advocacia e Assessoria Jurídica

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, Uauinton Perreira dos Santos, residente e domiciliado na Pv. Vertente, SW, bairro: Cacimba, na cidade de Taquara - CE, portador (a) do RG nº 94021026308, inscrito (a) no CPF nº 199.918.893-000, estou impossibilitado (a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com esteio na lei nº 1060/05.

Taquara/CE, 19 de junho de 20 19

Uauinton Perreira dos Santos

DECLARANTE



OAB-CE 23562

Endereço 1: Rua Pedro de Queirós, 640 - Amadeu Furtado. Fortaleza/CE.
Endereço 2: Rua Dr. Moreira de Azevedo, 458 - Matriz. Pentecoste/CE.
E-mail: advsarasombra@gmail.com - Fones: 85 3243-5517 / 85 9213-9979

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO LUIZ DO CURU

Impresso nº 2019268304

 UNIDADE POLICIAL
DE SÃO LUIZ DO CURU
POLÍCIA CIVIL
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 550 - 88 / 2019**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **17/04/2019 11:02:09**Data / Hora da Ocorrência: **30/07/2018 07:50:00**Endereço da Ocorrência: **VIA TEJUÇOCA**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **TEJUCUOCA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vitima(s)Nome: **VAURTON PEREIRA DOS SANTOS**Nascimento: **04/08/1959** CPF: **179.918.893-00**RG: **94021026368**Órgão Emissor: **SSPDS**UF: **CE**Filiação: **ZULMIRA PEREIRA DOS SANTOS****JOSÉ RIBEIRO DOS SANTOS**Endereço: **VILA VERTENTES, O CAIÇARA**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **TEJUCUOCA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)1) Placa: **HXG1625** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2JD20203R015952** Renavam: **806953870** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR125 BROS ES** AnoFabricação: **2003** Ano Modelo: **2003** Combustível: **GASOLINA** Cor:**VERMELHA** Proprietário: **LUIS AILTON FERREIRA DOS SANTOS**Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL****Histórico**

O REGISTRANTE INFORMA QUE NA MANHÃ DO DIA 30 DE JULHO DO ANO DE 2018, POR VOLTA DAS 07H50MIN, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA HXG-1625/CE, TRAFEGANDO PELA CE QUE LIGA PENTECOSTE A TEJUÇOCA, QUANDO NUM DETERMINADO PERCURSO BATEU O PNEU DA MOTO EM UM BURACO, TENDO PERDIDO O CONTROLE DO VEICULO E SOFRIDO UMA QUEDA, QUE, DA QUEDA RESULTOU EM FRATURA DO FÊMUR E UMA DISTENSÃO NA PERNA DIREITA, QUE, FO SOCORRIDO POR POPULARES E CONDUZIDO AO HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO EM APUIARÉS, DE ONDE FOI LEVADO PARA O HOSPITAL FERNANDES TAVARES NA CIDADE DE FORTALEZA E ALI SUBMETIDO A CIRURGIA, E MAIS NÃO DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO LUIZ DO CURU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

 Maria Eli Furtado
Município: **TEJUCUOCA** MAT.: **220455-1-2**
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: **X Vaurton Pereira dos Santos**

VISTO DO DELEGADO(A):

DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO LUIZ DO CURU

Pág. 1 de 2

Gerado em: 25/04/2019 10:05:18

Impresso em: 25/04/2019 10:05:18

Tegueroc

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE APUIARÉS
APUIARÉS HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO

BOLETIM DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO

NOME: Waurilton Pereira dos Santos IDADE: 58
DATA DO ATENDIMENTO: 30.07.18 HORÁRIO: 08:20
CARTÃO DO SUS: _____ TEL: _____
ENDEREÇO: Wortentes

ACOLHIMENTO/TRIAGEM/SINAIS VITAIS
PA: 120 X 80 mm/Hg FC: _____ bpm SpO₂: _____ %
T: 36.8°C Glicemia: _____ mg/dL Peso: _____ Kg

QUEIXAS RELATADAS:
1- Dor no braço esquerdo
2- Inchaço no braço esquerdo

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO
☒ VERDE ☐ AMARELO ☐ VERMELHO

AValiação CLÍNICA
HDA: _____
EXAME FÍSICO: _____

DIAGNÓSTICO: fratura de fêmur?

CONDIÇÃO:
1- Sub. e tra. de fratura de fêmur
2- Exame de fratura de fêmur

ASSINATURA DO MÉDICO
[Assinatura]

SECRETARIA DA SAÚDE DE TEJUCUOCA
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE ROQUE SILVA MOTA



GOVERNO MUNICIPAL
Inovando com Trabalho

DADOS DO CLIENTE

INSCRIÇÃO DO SUS: 703 4012 4326 0519,

DATA 02/08/18 HORA: 1600 DO ATENDIMENTO INICIAL

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

NOME Wanderlan Pereira dos Santos

FILIAÇÃO Zulmira Pereira dos Santos

DATA DE NASC 04/08/59 IDADE 57 PROFISSÃO _____

ENDEREÇO Vertentes

CIDADE Tejuçuoca ESTADO Paraíba

NOME DO(A) RESPONSÁVEL Guilherme Ailton

MOTIVO DA CONSULTA Fratura de fêmur (E)

Exame de IFF.

CASO POLICIAL () SIM () NÃO ACIDENTE DE TRABALHO () SIM () NÃO

Dr. Tiago Gomes
Médico
CRM CE 16.437

DADOS CLÍNICA

PESO _____ TEMP. _____ PA _____ X _____ RESP. _____ DX _____ FC _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

() VERMELHO () AMARELO () VERDE () AZUL



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

P/ Varizem Pereira dos Santos

P/ DPVAT

- Paciente de alta da
traumatologia

17/12/15

Dr. Josafá Fernandes
Traumato - Ortopedista
CREMEC 5253

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

fls. 22

P/ Vairifery Pereira dos Santos

P/ DPVAT

- Paciente de alta da
traumatologia

Dr. Josafá Fernandes
Traumato - Ortopedista
CREMEC 5253

17/12/18

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODELO 4



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

USUÁRIO: gleucia.lima - UNIDADE: UF 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.

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE

703401243260519 - VAURTON PEREIRA DOS

SANTOS

NOME DA MÃE

ZULMIRA PEREIRA DOS SANTOS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5574183

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

04/08/1959 - 59 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

FAZENDA: BOA FORTUNA, Nº 130

BAIRRO

VERTENTES CAXITORE

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

TEJUCUOCA

Plantonista

MÉDICO

24459836300 - CARLOS EMANUEL
VASCONCELOS

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE TRANSFERIDO P/ HOSP. DE APOIO
- INSTITUTO PRAXIS

Solicitação

NÚMERO

12600090148

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

04/08/2018 - 16:20

PROFISSIONAL

24459836300 - CARLOS EMANUEL
VASCONCELOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050519- - TRATAMENTO CIRURGICO DE
FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

PROCEDIMENTO REALIZADO

CLÍNICA

13 - CIRURGICO -
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS
INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

4 - URGÊNCIA

Justificativa da internação

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- Descrição dorsal sob anestesia
- Asepsia do MIE
- Apronagem das pernas
- Incisão lateral na coxa E, que se estende até o joelho E
- Reparo do tendão patelar com fio Vinyll ortopédico
- Redução e fixação da fratura na diáfise do fêmur E, com placa DEP de 12 parafusos
- Dreno de aspiração
- Sutura por planos
- Curativo

Dr. Josafá Fernandes
Trombó - Ortopedia

ASSINATURA DO CIRURGIÃO

RECEITUÁRIO SIMPLES



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TAVORA
RECEITUÁRIO SIMPLES

PACIENTE

Nome: VAUIRTON PEREIRA DOS SANTOS Idade: 59 ano(s)
Endereço: FAZENDA BOA FORTUNA, 130 - VERTENTES CAXITORE - APIUNES/CE
R

PACIENTE

Nome: VAUIRTON PEREIRA DOS SANTOS Idade: 59 ano(s)
Endereço: FAZENDA BOA FORTUNA, 130 - VERTENTES CAXITORE - APIUNES/CE
R

USO ORAL

1) CETOPROFENO 100 MG
TOMAR 1 COMP DE 12/12 h

USO ORAL

1) CETOPROFENO 100 MG
TOMAR 1 COMP DE 12/12 h

FORTALEZA/CE, 6 de Agosto de 2018

FRANCISCO JOSAFIA FERNANDES
CRM/CE 5253

FORTALEZA/CE, 6 de Agosto de 2018

FRANCISCO JOSAFIA FERNANDES
CRM/CE 5253

Prescrição de 15 dias
- Retirar o remédio com 15 dias no posto de saúde
- Por favor
- Retorno dia 31/08/18
- Retorno dia 11/09/18
- Retorno 13/12/14 à 7h

15 dias no posto de saúde
à 7h
à 7h

1ª Via - Farmácia

PACIENTE

Nome: VAURTON PEREIRA DOS SANTOS

Idade: 59 ano(s)

Enderogo: FAZENDA BOA FORTUNA, 130 - VERTENTES CAXITORE - APIARIAS/CE

R

USO ORAL

1) CEFADROXILA 500mg

20
COMPRIMIDOS

TOMAR UM COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS POR DEZ DIAS SEGUIDOS

FORTALÍZZA, 6 de Agosto de 2018

FRANCISCO JOSAFÉ FERNANDES

CRM/CE 5253

Nexcon © 2015 SARAH Vr. 3.5.2.1

2ª Via - Paciente

PACIENTE

Nome: VAUJIRTON PEREIRA DOS SANTOS

Idade: 59 ano(s)

Endergo: FAZENDA BOA FORTUNA, 130 - VERTENTES CAIXORE - APIARESC/CE

只

USE ORAL

1) CEFADROXILA 500mg

20
COMPRIMIDOS

TOMAR UM COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS POR DEZ DIAS SEGUIDOS

FORTALEZACE, 6 de Agosto de 2018

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

CHEM/CE 52B3

Nexcon © 2015 SARAH Vr. 3.5.2.1

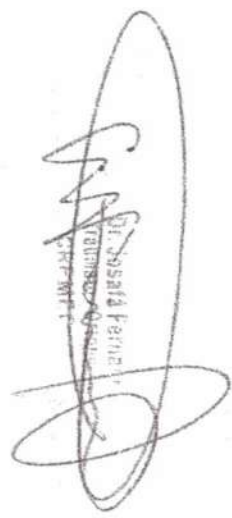
ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente VAURIPTON PEREIRA DOS SANTOS portador do documento 7 necessita de 150 dia(s) de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

CID: S723.

FORTALEZA/CE, 6 de Agosto de 2018

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
CRM/CE 5253



Dr. Josafá Fernandes
Francisco Josafá Fernandes
CRM/CE 5253

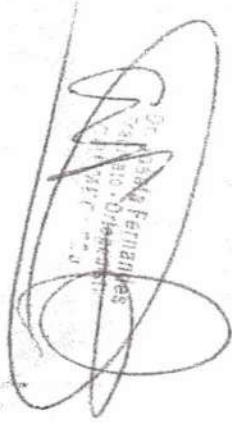
ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente VAURIPTON PEREIRA DOS SANTOS portador do documento 7 necessita de 150 dia(s) de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

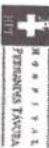
CID: S723.

FORTALEZA/CE, 6 de Agosto de 2018

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
CRM/CE 5253



Dr. Josafá Fernandes
Francisco Josafá Fernandes
CRM/CE 5253



HOSPITAL DISTRICTAL DR FERNANDES TAVORA



fls. 28

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente VAURITON PEREIRA DOS SANTOS portador do documento 7 necessita de 150 dia(s) de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

CID: S723.

FORTALEZA/CE, 6 de Agosto de 2018

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
CRM/CE 5263


Dr. Josafá Fernandes
CRM/CE 5263



HOSPITAL DISTRICTAL DR FERNANDES TAVORA



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente VAURITON PEREIRA DOS SANTOS portador do documento 7 necessita de 150 dia(s) de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

CID: S723.

FORTALEZA/CE, 6 de Agosto de 2018

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
CRM/CE 5253


Dr. Josafá Fernandes
CRM/CE 5253



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

P/ Variflex Perceira de Sousa

P/DPVAT

- Paciente de alta da
traumatologia

Dr. Josafá Fernandes
Traumato - Ortopedista
CREMEC 5253

17/12/15

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODELO 4

HOSPITAL FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda
CNPJ: 07275084/0001-15 CGF: Isento
Av. Francisco Sá, 5445 – Álvaro Weyne – Fortaleza – CE
CEP 60310-002 Fone (85) 3228-2555

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 06/08/18

Nome do Paciente: <i>Antônio Carlos dos Santos</i>		
No. do Prontuário: <i>1000</i>		Categoria: <i>Ortopedia</i>
Clínica: Cirúrgica		Leito: <i>1000</i>
Cirurgião: <i>Dr. José Fernando</i>		
Anestesista: <i>Dr. João Carlos</i>		
Tipo de Anestesia: <i>Relaxação com Propofol e Sufentanil</i>		
1º Auxiliar: <i>Dr. Elton</i>		
2º Auxiliar: <i>Dr. Carlos</i>		
3º Auxiliar: <i>Dr. Carlos</i>		
Instrumentador: <i>Dr. Carlos</i>		
Circulante: <i>Dr. Carlos</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório: <i>Fratura na diáfise do fêmur</i>		
Tipo de Operação/Código: <i>Politraumatisismo - 4150 300 13</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório: o mesmo <i>Fratura na diáfise do fêmur E</i>		
Relatório Imediato do Patologista: <i>(408050519)</i>		
Exame Radiológico no ato: <i>Veias do fêmur perfuradas E</i>		
Acidentes e Incidentes: <i>(408050136)</i>		
Contagem de Compressas: <i>36 v</i>		
Início da Cirurgia <i>16:45</i>	Termino da Cirurgia <i>17:50</i>	Duração da Cirurgia <i>01h 05 min.</i>
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (minutos)		Minutos c/ Acréscimo
Anestesia Ocorrências Principais		Classificação da Cirurgia
<i>0</i>		LIMPA
		POT. CONTAMINADA - <i>x</i>
		CONTAMINADA
		INFECTADA

ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A)

ASSINATURA DO ANESTESISTA

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

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
 201821003544 04/08/2018 19:59 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
 Médico Solicitante
 FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
 Médico Responsável
 FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
 Procedimento Solicitado
 0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
 223/2 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
 VAURTON PEREIRA DOS SANTOS MASCULINO
 Nascimento Idade Religião Prontoário Registro
 04/08/1959 59 Anos NÃO INFORMADO 2447135 201802570003341

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

Diagnóstico Principal
 S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR
 Procedimento Realizado
 0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
 Data Hora Motivo
 08/08/2018 15:41 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente VAURTON PEREIRA 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), 08 de agosto de 2018

Responsável/ *Luiz Ailton Ferreira dos Santos*
 Representante Legal Nome Legível Assinatura

Enfermeira(o) _____
 Responsável Nome Legível Assinatura/Carimbo
 pela Liberação

Usuário responsável: patricia.ximenes

Data: 08/08/2018 Hora: 15:41:27

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

FICHA DE INTERNAÇÃO

==[ADMISSÃO]==

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201821003544	04/08/2018	19:59	PRAXIS	SEM CLASSIFICAÇÃO
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				
0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR				

==[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome	VAURTON PEREIRA DOS SANTOS			Sexo	MASCULINO
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil	Religião	
04/08/1959	59 Anos	SEM INFORMAÇÃO	CASADO(A)	NÃO INFORMADO	
Mãe	ZULMIRA PEREIRA DOS SANTOS			Pai	JOSE RIBEIRO DOS SANTOS
Conjuge	MARIA FERREIRA DOS SANTOS			Responsável	ANA FLAVIA FERREIRA DOS SANTOS
CNS	Registro	Documento Informado	Prontuário		
703401243260519	201802570003341	NÃO INFORMADO	2447135		
País	Município de Naturalidade			CEP	
BRASIL	APUIARES/CE			62638-000	
Município de Residência	Logradouro				
APUIARES/CE	FAZENDA BOA FORTUNA				
Número	Complemento	Bairro			
130		VERTENTES CAXITORE			
Fone Móvel	Fone Fixo	Ponto de Referência			
(85)9886.16861					
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CB0)					
EMPREGADO INFORMAL / TRABALHADOR VOLANTE DA AGRICULTURA					

==[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==

Em caso de urgência avisar	Acomodação/Leito
ANA FLAVIA FERREIRA DOS SANTOS	223/2
Tipo de Acomodação	Clínica
ENFERMARIA	CLÍNICA CIRÚRGICA
Atendente: marcia.luz	Posto de Enfermagem
	POSTO DE ENFERMAGEM 03
Data: 04/08/2018 Hora: 20:17:41 Tempo: 00:18:22	

==[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

ANA FLAVIA FERREIRA DOS SANTOS, abaixo assinado, responsável pelo paciente VAURTON PEREIRA 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), 04 de agosto de 2018

RESPONSÁVEL

Ana Flavia Ferreira dos Santos

TESTEMUNHAS



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



Fortaleza 2

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

2 - CNES:

2|5|2|9|1|4|

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **INSTITUTO PRAXIS**

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **VAURITON PEREIRA DOS SANTOS**

PRONTUÁRIO :
5574183

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:
703401243260519

8 - DATA NASCIMENTO:
04/08/1959

09-SEXO
() M () F

10-RAÇA/COR

10.1 - ETN

11 - NOME DA MÃE/PAI:
ZULMIRA PEREIRA DOS SANTOS

12 - TELEFONE:

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
NI

14 - TELEFONE DE CONTATO:

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO):
BOA FORTUNA, 130 VERTENTES CAXITORE

16 - MUNICÍPIO:
TEJUCUOCA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:
CE

19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR , NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO .

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:
FX: FEMUR

24 - CID 10 PRINCIPAL:
S723

25 - CID10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:
TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE FEMUR

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
0408050519

29 - CLÍNICA:
TRAUMA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
EMERGENCIA

31 - DOCUMENTO:
() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

34 - DATA SOLICITAÇÃO:
04/08/2018

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

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ DA EMPRESA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

48 - DOCUMENTO:

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

() CNES () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

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



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

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600090148
NÚMERO DA AIH: 2318102734618

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 703401243260519 - VAURTON PEREIRA DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 04/08/1959 - 59 anos

NOME DA MÃE: ZULMIRA PEREIRA DOS SANTOS

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

ENDEREÇO: FAZENDA: BOA FORTUNA, Nº 130

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 231335 - TEJUCUOCA

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO: VERTENTES CAXITORE

CEP: 62610000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

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

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 980018003704808 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 04/08/2018 - 16:20 **DATA-HORA INTERNAÇÃO:** 05/08/2018 - 06:24

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

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

PAG.: 1

ESPELHO DA AIH

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 09/2018

DATA: 23/08/2018

Num AIH: 231810273461-0 ✓ Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 09/2018 Data de Emissão: 04/08/2018

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0223 ✓ Leito: 0002 ✓
 Doc autorizador: 201700675690018 Doc med resp: 206633842350003 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 206633842350003
 CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 703401243260519
 Paciente: VAUERTON PEREIRA DOS SANTOS ✓ Prontuário: 2447135 ✓ Laudo: ✓
 Data Nasc.: 04/08/1959 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: IGNORADO ✓ Doc. ✓
 Responsável pac.: VAUERTON PEREIRA DOS SANTOS Nome da Mãe: ZULMIRA PEREIRA DOS SANTOS ✓
 Endereço: BOA FORTUNA, 130 - VERTENTES CAXITORE Raça/Cor: SEM INFORMAÇÃO
 Município: 230090 - APUAIRES UF: CE CEP: 62638-000 Telefone: (85)9806.16861
 Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Muda Proc.?: Não

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Diag. principal: S723-FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE

Diag. complementar:

Causa Óbito: ✓

Carater atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO

Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 04/08/2018 Data saída: 08/08/2018 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01:

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

CNPJ do Empregador:

CNAER:

Vínculo com a previdência:

CBO:

===[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]===

Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmp	Descrição
1 04.08.05.013-6	206633842350003	1 225270	206633842350003	3969800	1 082018 RECONSTRUCAO DE TENDAO PATELAR / TENDAO
2 04.08.05.013-6	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1 082018 RECONSTRUCAO DE TENDAO PATELAR / TENDAO
3 04.08.05.051-9	206633842350003	1 225270	206633842350003	3969800	1 082018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFI
4 04.08.05.051-9	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1 082018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFI
5 07.02.03.091-0	09069959000158	0	09069959000158	3969800	✓ 1 082018 PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM LARG
6 08.02.01.001-6	✓	0	3969800	3969800	✓ 4 082018 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNO
7 03.06.02.006-0	100680163090018	0 225185	2479974 ✓	2479974	✓ 2 082018 TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS
8 02.12.01.002-0	2479974 ✓	0	2479974 ✓	2479974	✓ 2 082018 EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS I
9 02.12.01.003-4	2479974 ✓	0	2479974 ✓	2479974	✓ 2 082018 EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS II
10 02.02.02.038-0	6913326	0	6913326	6913326	✓ 1 082018 HEMOGRAMA COMPLETO ✓
11 02.04.06.011-7	3969800	0	3969800	3969800	✓ 1 082018 RADIOGRAFIA DE COXA ✓

===[VALORES DA PRÉVIA]===

Forma de Organização	+ - Serv. Hospitalar + + - - - - - Serviço Profissional - - - - - + + - - - - +						
	+ - - - - Direto - - - - +		+ - - - - Direto - - - - +		+ - - - - Rateado - - - - +		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	+ - Total + -
02.12.01 EXAMES DO DOADOR/RECEPTOR	0,00	68,16	0,00	0,00	0,00	0,00	68,16
03.06.02 MEDICINA TRANSFUSIONAL	0,00	16,78	0,00	0,00	0,00	0,00	16,78
04.08.05 MEMBROS INFERIORES	1.995,32	0,00	0,00	0,00	579,82	0,00	2.575,14
07.02.03 OPM EM ORTOPEDIA	296,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	296,13
08.02.01 DIARIAS	32,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,00
Total Geral:	2.323,45	84,94	0,00	0,00	579,82	0,00	2.986,21

===[DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES]===

Linha Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Registro ANVISA	CNPJ Fabricante
5 23290 ✓	09.069.959/0001-58 ✓		0844-0000		

Número de Nascidos

Número de Saídas

M. Pré-Natal

Vivos: 0 Mortos: 0

Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TÁVORA



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente VAURITON PEREIRA DOS SANTOS portador do documento ? necessita de 150 dia(s) de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

CID: S723.

FORTALEZA/CE, 6 de Agosto de 2018

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
CRM/CE 5253

Dr. Josafá Fernandes
Francisco Josafá Fernandes
CRM/CE 5253



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TÁVORA



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente VAURITON PEREIRA DOS SANTOS portador do documento ? necessita de 150 dia(s) de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

CID: S723.

FORTALEZA/CE, 6 de Agosto de 2018

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
CRM/CE 5253

Dr. Josafá Fernandes
Francisco Josafá Fernandes
CRM/CE 5253



HOSPITAL DISTRIAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO SIMPLES



PACIENTE

Nome: VAUIRTON PEREIRA DOS SANTOS Idade: 59 ano(s)
Endereço: FAZENDA BOA FORTUNA, 130 - VERTENTES CAXITORE - APIUNARES/CE
R

USO ORAL

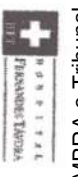
1) CETOPROFENO 100 MG

TOMAR 1 COMP DE 12/12 h

1 CX

FORTALEZA/CE, 6 de Agosto de 2018

Dr. Josafá Fernandes Távora
Tribunado, Opaco
CRM/CE 5253
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
CRM/CE 5253



HOSPITAL DISTRIAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO SIMPLES



PACIENTE

Nome: VAUIRTON PEREIRA DOS SANTOS Idade: 59 ano(s)
Endereço: FAZENDA BOA FORTUNA, 130 - VERTENTES CAXITORE - APIUNARES/CE
R

USO ORAL

1) CETOPROFENO 100 MG

TOMAR 1 COMP DE 12/12 h

1 CX

FORTALEZA/CE, 6 de Agosto de 2018

Dr. Josafá Fernandes Távora
Tribunado, Opaco
CRM/CE 5253
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
CRM/CE 5253

omativo de 12 dias
- Retirar o ponto com
- 13 dias
- Retorno dia 31/08/18
- Retorno dia 11/10/18
- Retorno 13/12/18 à 7h

15 dias no ponto de saída
à 7h
à 7h



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

fls. 38

Vanilton Pereira dos Santos

- 5 dias fisioterapia
D/ pelo E(30m)
H D: fratura no
fêmur esquerda

13/12/18

Dr. Josafá Fernandes
Traumato - Ortopedista
CREMEC 5263

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODELO 4



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



1ª Via - Farmácia

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome: Dr. FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES	Nº: 5253
Endereço: AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE	
Cidade: FORTALEZA/CE	Fone: (85) 32287350

PACIENTE

Nome: VAURTON PEREIRA DOS SANTOS Idade: 59 ano(s)
Endereço: FAZENDA BOA FORTUNA, 130 - VERTENTES CAXITORE - APUAIARES/CE
R

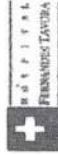
USO ORAL

1) CEFADROXILA 500mg 20 COMPRIMIDOS
TOMAR UM COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS POR DEZ DIAS SEGUIDOS

Dr. Josafá Fernandes
Farmacêutico - Oftalmologista
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
CRM/CE 5253

FORTALEZA/CE, 6 de Agosto de 2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	Órgão Emissor:
Ident.	UF:
Endereço:	Assinatura do
Município:	Farmacêutico
Fone:	Data: 06/08/2018



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



2ª Via - Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome: Dr. FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES	CRM: CRM/CE Nº: 5253
Endereço: AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE	
Cidade: FORTALEZA/CE	Fone: (85) 32287350

PACIENTE

Nome: VAURTON PEREIRA DOS SANTOS Idade: 59 ano(s)
Endereço: FAZENDA BOA FORTUNA, 130 - VERTENTES CAXITORE - APUAIARES/CE
R

USO ORAL

1) CEFADROXILA 500mg 20 COMPRIMIDOS
TOMAR UM COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS POR DEZ DIAS SEGUIDOS

Dr. Josafá Fernandes
Farmacêutico - Oftalmologista
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
CRM/CE 5253

FORTALEZA/CE, 6 de Agosto de 2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	Órgão Emissor:
Ident.	UF:
Endereço:	Assinatura do
Município:	Farmacêutico
Fone:	Data: 06/08/2018

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
201821003544 04/08/2018 19:59 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO 5
Médico Solicitante
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Médico Responsável
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Procedimento Solicitado
0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
223/2 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome
VAURTON PEREIRA DOS SANTOS
Sexo
MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
04/08/1959 59 Anos NÃO INFORMADO 2447135 201802570003341

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

Diagnóstico Principal
S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR
Procedimento Realizado
0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
Data Hora Motivo
08/08/2018 15:41 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente VAURTON PEREIRA 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), 08 de agosto de 2018

Responsável/ *Luiz Ailton de Almeida Monteiro*
Representante Legal Nome Legível Assinatura

Enfermeira(o) _____
Responsável Nome Legível Assinatura/Carimbo
pela Liberação

Usuário responsável: patricia.ximenes

Data: 08/08/2018 Hora: 15:41:27

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190299590

Vítima: VAURTON PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 30/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VAURTON PEREIRA DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: VAURTON PEREIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000004150-5

Conta: 000009050-6

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190299590

Vítima: VAUIRTON PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 30/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VAUIRTON PEREIRA DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190299590

Vítima: VAURTON PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 30/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VAURTON PEREIRA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



CONTRATO DE HONORÁRIOS

Contrato particular de prestação de serviços advocatícios que entre si celebram:

CONTRATANTE:

Unionton Pereira dos Santos, brasileiro, casado, Agricultor
RG: 94021026368, CPF: 179.918-893-000 com endereço
em póvertente, sm. Caviana - na cidade de Tejupocan - e
cep: 62.810.000 - tel. 9415-2910.

E, **CONTRATADA: Dra. Sara Campelo Sombra**, brasileira, solteira, inscrita na OAB/CE sob o nº 23.562, com endereço na Rua Artur Moreira de Azevedo, nº 548, Matriz, Pentecoste/CE, CEP nº 62.640-000 e Rua Pedro de Queiros, 640, Amadeu Furtado, Fortaleza/CE, CEP nº 62.640-000, conforme cláusulas a seguir:

CLÁUSULA I - DOS SERVIÇOS CONTRATADOS: A outorgada obriga-se a prestar ao CONTRATANTE, nos termos da procuração ao final subscrita, os direitos destes no ajuizamento da Ação de Recebimento de Indenização de DPVAT, e todas demais medidas judiciais cabíveis e necessárias, até o final do processo.

CLÁUSULA II - A CONTRATADA receberá da CONTRATANTE a documentação representativa do direito a ser discutido na forma da lei, notadamente: cópia do RG, CPF e Comprovante de Endereço; cópia do boletim de ocorrência; cópia da certidão de óbito; auto de exame cadavérico; prontuário médico e demais documentos necessários para comprovar a tutela a qual se postula judicialmente;

Parágrafo Único – A CONTRATANTE outorgará mandato necessário através de procuração particular ou pública, conforme exigir a natureza do ato, com cláusula de substabelecimento sem ou com reserva de poderes;

CLÁUSULA III – O contratante pagará à Contratada a título de honorários advocatícios, somente se ganhar o processo, 30% (trinta por cento) sobre o valor da indenização recebida ou acordo celebrado com a seguradora conveniada.



OAB-CE 23562

Endereço 1: Rua Pedro de Queirós, 640 - Amadeu Furtado. Fortaleza/CE.
 Endereço 2: Rua Dr. Moreira de Azevedo, 458 - Matriz. Pentecoste/CE.
 E-mail: advsarasombra@gmail.com - Fones: 85 3243-5517 / 85 9213-9979

SARA SOMBRA
Advocacia e Assessoria Jurídica

Parágrafo primeiro: Os honorários contratuais pagos na forma do caput da cláusula poderão ser destacados judicialmente dos valores pagos em benefício da contratante, declarando nesse ato o Contratante que não adiantou nenhum valor aos advogados a título de honorários, por convenção de que a advogada só receberá pelo seu trabalho caso tenha êxito na presente demanda

Parágrafo segundo: Caso haja improcedência da ação, nenhum valor será devido pelo Contratante à Contratada, se responsabilizando o Contratante por todo e qualquer ônus sucumbencial se houver.

Parágrafo terceiro: Em caso de descumprimento, atraso ou falta do pagamento, a contratante pagará igualmente o valor deste contrato, através da ação de cobrança, a quantia devida acrescida de juros e correções de acordo com a Lei.

Parágrafo quarto: Em caso de desistência da ação caberá ao CONTRATADO, além do percentual equivalente ao trabalho já realizado, o valor de dois salários-mínimos a título de multa contratual.

CLÁUSULA IV – Os honorários de sucumbência são exclusivamente do advogado, não podendo ser descontados os percentuais no valor do presente contrato.

Assim, em 19 / 06 2019, por estarem assim justos e contratados, elegem o Foro da Comarca onde tramitar o pedido e assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor, na presença das testemunhas.

Vinícius Pereira dos Santos

Cliente

CPF nº

Sara Campelo Sombra

Dra. Sara Campelo Sombra

OAB/CE nº 23.552

Testemunhas:

Marfa Herberm Silva Bandeira

Marfa Herberm Silva Bandeira

985.659.743-81

Tharlene Mara Silva de Sousa

Tharlene Mara Silva de Sousa

056.024.653-67



OAB-CE 23562

Endereço 1: Rua Pedro de Queirós, 640 - Amadeu Furtado, Fortaleza/CE.
Endereço 2: Rua Dr. Moreira de Azevedo, 458 - Matriz, Pentecoste/CE.
E-mail: advsarasombra@gmail.com - Fones: 85 3243-5517 / 85 9213-9979