



NOGUEIRA ADVOGADOS ASSOCIADOS

Edson Nogueira * Nayara Nogueira

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, eletricitista, portador da RG N.º 2000010368613 SSP-CE., CPF (MF) N.º 012.571.353-33, residente e domiciliado na Rua Bom Jesus, N.º 2.632, Casa B, Bom Jardim, CEP 66.540-250, Fortaleza, Ceará.

OUTORGADO: JOSÉ EDSON NOGUEIRA COSTA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB-CE. N.º 6.755, com escritório para receber Intimações na Rua Raimundo Nogueira Lopes, N.º 339, Centro, CEP N.º 62.880-000, Horizonte, Ceará.

PODERES: Pelo presente instrumento de procuração, o abaixo assinado denominado(a) neste ato de OUTORGANTE, nomeia e constitui seu bastante procurador o OUTORGADO acima qualificado, ao qual confere amplos poderes com a Cláusula "Ad Judicia", podendo receber Intimações, interpor Recursos, fazer Acordos ou Transigir, produzir provas, passar recibos, dar quitação e, tudo requerer, assinar e substabelecer.

Horizonte, 17 de outubro de 2019.

Luiz Alessandro Souza de Oliveira
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Não podendo arcar com custas processuais e honorários sem prejuízo de seu sustento e de familiares, pelo que declara para os devidos fins, expresso com esteio no Decreto-Lei N.º 7.115, de 29 de agosto de 1983, que é POBRE NA FORMA DA LEI, pelo que assume inteira responsabilidade, requerendo os benefícios da Justiça Gratuita, como dispõe a Lei N.º 1060/1950 (beneficiária de Baixa Renda).

Luiz Alessandro Souza de Oliveira
DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 2000010368613 SSP CE

CPF
 012.571.353-33

DATA NASCIMENTO
 01/12/1984

FILIAÇÃO
 LUZIALDO DE OLIVEIRA
 COSTA
 KATIA SOUZA DE
 OLIVEIRA

PERMISSÃO
 ACC. CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO
 04781555587

VALIDADE
 07/02/2024

1ª HABILITAÇÃO
 13/10/2009

OBSERVAÇÕES
 A

Luiz Alessandro Souza de Oliveira
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 FORTALEZA, CE

Igor Vasconcelos Ponte
 ASSINATURA DO EMISSOR

DATA EMISSÃO
 14/02/2019

CEARÁ

1673505727

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2019597078



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2879 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **28/08/2019 11:02:40**
 Data / Hora da Ocorrência: **02/10/2018 16:50:00**
 Endereço da Ocorrência: **R ANTERO QUENTAL, PAUPINA - FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência: **PROX A PRAÇA FERNANDO DE NORONHA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA**
 Nascimento: **01/12/1984** CPF: **012.571.353-33**
 RG: **2000010368613** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **KATIA SOUZA DE OLIVEIRA**
LUZIALDO DE OLIVEIRA COSTA
 Endereço: **RUA BOM JESUS, 2632 CASA B**
 Bairro: **BOM JARDIM**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.540-250**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98528-5799**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NUW3137 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2JC4110AR091433 Renavam: 270518894 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Ano Fabricação: 2010 Ano Modelo: 2010 Combustível: GASOLINA Cor: PRETA Proprietário: FRANCISCO ELIVARDO JESUS DA SILVA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA NUW-3137-CE E TINHA UM GARUPA; QUE TRAFEGAVA PELA RUA ANTERO QUENTAL NA FAIXA DA ESQUERDA; QUE UM VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO SENTIDO CONTRARIO DA VIA E AO TENTAR DESVIAR UM CAMINHÃO DE PLACAS NAO ANOTADAS, QUE ESTAVA PARADO NA VIA, INVADIU A CONTRAMÃO DE DIREÇÃO DA VIA E OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO. E NADA MAIS DISSE.///
 OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
 PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Luiz Alessandro Souza de Oliveira

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Consolidado em: 28/08/2019 11:14:20

Impresso em: 28/08/2019 11:14:20





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2019597078



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2879 / 2019

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



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
201821004681	05/10/2018	16:44	PRAXIS	SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento				SISREG
ELETIVO				AIH
Origem do Paciente				
IJF				
Médico Solicitante				Clínica/Especialidade
5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO				CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Procedimento Solicitado				Médico Responsável
0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR				5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO
				Dias
				4

[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]

Nome	LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA			Sexo	MASCULINO
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil	Religião	
01/12/1984	33 Anos	PARDA	CASADO(A)	NÃO INFORMADO	
Mãe	KATIA SOUZA DE OLIVEIRA			Pai	LUZIALDO DE OLIVEIRA COSTA
Conjuge	LILIAN ALEXANDRE DE SOUSA OLIVEIRA			Responsável	LILIAN ALEXANDRE DE SOUSA OLIVEIRA
CNS	Registro	Documento Informado	Prontuário		
706204011348963	201802570004271	RG: 2000010368613	Emissão: 13/10/2009		
País	Município de Naturalidade			CEP	
BRASIL	FORTALEZA/CE			60010-000	
Município de Residência	Logradouro				
FORTALEZA/CE	RUA BOM JESUS				
Número	Complemento	Bairro			
2332	CS B	GRANJA LISBOA			
Fone Móvel	Fone Fixo	Ponto de Referência			
(85)9966.89400	(85)3213.2251				
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)					
EMPREGADO FORMAL / ELETRICISTA DE INSTALACOES (EDIFICIOS)					

[CONTATO/ACOMODAÇÃO]

Em caso de urgência avisar	Acomodação/Leito
LILIAN ALEXANDRE DE SOUSA OLIVEIRA	222/3
Tipo de Acomodação	Posto de Enfermagem
ENFERMARIA	POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: daiane.mariano	Data: 05/10/2018 Hora: 16:53:08 Tempo: 00:09:07

[TERMO DE RESPONSABILIDADE]

LILIAN ALEXANDRE DE SOUSA OLIVEIRA, abaixo assinado, responsável pelo paciente LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA, 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), 05 de outubro de 2018

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

X Lilian Alexandre de Sousa Oliveira

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
201821004681	05/10/2018	16:44	INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante			
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342			
Médico Responsável			
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342			
Procedimento Solicitado			
0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR			

==[ACOMODAÇÃO]==

Acomodação/Leito	Tipo de Acomodação	Clínica	Posto de Enfermagem
223/3	ENFERMARIA	CLÍNICA CIRÚRGICA	POSTO DE ENFERMAGEM 0

==[PACIENTE]==

Nome	LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA			Sexo
Nascimento	Idade	Religião	Prontuário	MASCULINO
01/12/1984	33 Anos	NÃO INFORMADO	2447981	Régistro
				201802570004271

==[DADOS DA ALTA]==

Diagnóstico Principal
S822 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Procedimento Realizado
0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Data Hora Motivo
08/10/2018 16:19 ALTA MELHORADO

==[DECLARAÇÃO]==

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA, 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 outubro de 2018

Responsável/
Representante Legal

LuiZ Alessandro Souza de Oliveira
Nome Legível

Abilhon

Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Manuela Rocha T. Asfor
Nome Legível

Manuela Asfor
COPIA DE ASSINATURA

Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: manuela.asfor

Data: 08/10/2018 Hora: 16:20:07

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE EDSON NOGUEIRA COSTA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/12/2019 às 09:57, sob o número 01964864920198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0196486-49.2019.8.06.0001 e código 595E403.



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



fls. 14
Fortaleza 2

P00160: 12600094495

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA	2 - CNES: 2529149
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: INSTITUTO PRAXIS	4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA		PRONTUÁRIO: 5583283	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: 706204011348963	8 - DATA NASCIMENTO: 01/12/1984	09-SEXO (M) (F)	10-RAÇA/COR 10.1 - BRANCO
11 - NOME DA MÃE/PAI: KATIA SOUZA DE OLIVEIRA		12 - TELEFONE:	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO:	
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): BOM JESUS 2632 GRANJA LISBOA			
16 - MUNICÍPIO: FORTALEZA	17 - CÓD. 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 . DE FEMUR	24 - CID 10 S822	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE FEMUR		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050500	
29 - CLÍNICA: TRAUMA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: EMERGENCIA	31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 05 OUT. 2018	34 - DATA SOLICITAÇÃO: 05 /10/2018	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CO): 05 OUT. 2018	

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) CRM 7409

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA:	40 - Nº DO BILHETE:	41 - SÉRIE:
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÉCNICO			
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: () CNES () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):		

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



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



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**

USUARIO: charlene.nobre - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:

**Consultar Pacientes Internados
(ES)**

VISUALIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO

Siga os passos abaixo:

Quadro de leitos

Quadro de leitos complementares

Seleção do paciente internado

Visualização da internação

Seleção de ocorrência

Inclusão de ocorrência

Visualização de ocorrência

Para realizar uma nova consulta de pacientes internados clique em Voltar.

[Histórico do Paciente][Programação] [Protocolo]

Atalho

Acesso / Desconectar

Operações

Identificação do paciente

PACIENTE	706204011348963 - LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA
NOME DA MÃE	KATIA SOUZA DE OLIVEIRA
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	5583283
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	01/12/1984 - 33 anos
SEXO	MASCULINO
NOME DO RESPONSÁVEL	HOSPITAL
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	(85) 32555000
ENDEREÇO	R.BOM JESUS, Nº 2632
BAIRRO	GRANJA LISBOA
ESTADO DE RESIDÊNCIA	CEARA
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	FORTALEZA
Plantonista	
MÉDICO	24459836300 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS
DDD/TELEFONE PARA CONTATO	(85)32555000
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	PACIENTE INTERNADO NO IJF PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO OU CLINICO
Solicitação	
CÓDIGO	12600094407
DATA - HORA	04/10/2018 - 02:18
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL (FORTALEZA)
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	URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	INTERNAÇÃO LOCAL
HABILITAÇÃO (SIPAC)	
Justificativa da internação	
DIAGNÓSTICO INICIAL	S723 - Fratura da diáfise do fêmur
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	FRATURA EM DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRURGICO
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	ANAMNESE + EXAMES
Causas externas	
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE	NÃO SE APLICA
Internação	
NÚMERO DA INTERNAÇÃO	12600094407
CNS - NOME DO PACIENTE	706204011348963 - LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA
DATA - HORA	04/10/2018 - 02:18
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
PROCEDIMENTO REALIZADO	-
DIAGNÓSTICO INICIAL	S723 - Fratura da diáfise do fêmur
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
CLÍNICA	13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
TIPO DE LEITO	EXTRA
CLÍNICA COMPLEMENTAR	-
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	INTERNAÇÃO LOCAL
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

AIH INICIAL:

OPERADOR: ACASSIA DE OLIVEIRA AVELINO

TIPO: 1

05/10/2018 10:10

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 11/2018

DATA: 24/10/2018

Num AIH: 231810318584-9 ✓ Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 11/2018 Data de Emissão: 09/10/2018

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0223 Leito: 000

Doc autorizador: 201700675690018 Doc med resp: 107185222700006 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 107185222700006

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

CNS: 706204011

Paciente: LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA ✓

Prontuário: 2447981 ✓

Laudo:

Data Nasc.: 01/12/1984 ✓ Sexo: MASCULINO ✓ Nacionalidade: 10 - BRASIL

Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 200001066

Responsável pac.: LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA

Nome da Mãe: KATIA SOUZA DE OLIVEIRA

Endereço: BOM JESUS, 2332 CS B - GRANJA LISBOA

Raça/Cor: PARDA

Município: 230440 - FORTALEZA

UF: CE CEP: 60010-000 Telefone: (85)32

Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Muda Pro

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Diag. principal: S723-FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Diag. Secundário: V239-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM COL

Diag. complementar:

Causa Óbito:

Carater atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO

Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 05/10/2018 Data saída: 08/10/2018 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIO1:

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

CNPJ do Empregador:

CNAER:

Vínculo com a previdência: -

CBO: -

===[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]===

Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde	Cmpt	Descrição
1 04.08.05.051-9	107185222700006	1 225270	107185222700006	3969800	1	102018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
2 04.08.05.051-9	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1	102018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
3 07.02.03.091-0	09069959000158	0	09069959000158	3969800	1	102018 PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4, M
4 04.08.06.019-0	107185222700006	1 225270	107185222700006	3969800	1	102018 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCE
5 04.08.06.019-0	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1	102018 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCE
6 08.02.01.001-6	✓	0	3969800	3969800	3	102018 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (M
7 02.04.06.011-7	3969800	0	3969800	3969800	3	102018 RADIOGRAFIA DE COXA

===[VALORES DA PRÉVIA]===

Forma de Organização	+ - Serv. Hospitalar +		+ - Serviço Profissional +			
	+ - Direto +		+ - Direto +		+ - Rateado +	
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro
04.08.05 MEMBROS INFERIORES	725,17	0,00	0,00	0,00	294,73	0,00
04.08.06 GERAIS	460,58	0,00	0,00	0,00	138,16	0,00
07.02.03 OPM EM ORTOPEDIA	296,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
08.02.01 DIARIAS	24,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Geral:	1.505,88	0,00	0,00	0,00	432,89	0,00

===[DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES]===

Linha Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Registro ANVISA	CNPJ Fabrica
3 24764 ✓	09.069.959/0001-58 ✓				

Número de Nascidos Número de Saídas N. Pré-Natal

Vivos: 0 Mortos: 0 Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

"De acordo com a Portaria SAS/MS N. 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Agosto de 1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL



HOSPITAL FERNANDES TÁVORA

ATESTADO MEDICO

Atest. que Luiz Plerson
do Sangu. a Guerra foi
tratado amigavelmente
futura do feto requer
a MA- a alta de feto e am.

Dr. Carlos Marcelo
Ortopedia
CRM 15334

14/05/15

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

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190526263

Vítima: LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 02/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO AUGUSTO COSTA DE SOUSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do 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 anatômica 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: LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000926

Conta: 000000044247-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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



Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 02/10/2018 21:12:20	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 706204011348963	NOME: LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA			Registro: 5583283			
CPF: 01257135333	RG: 20000103686	D. NASC: 01/12/1984	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Amarela		
NOME DA MÃE: KATIA SOUZA DE OLIVEIRA			NOME DO PAI: LUZIALDO DE OLIVEIRA COSTA				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: BOM JESUS			Nº: 2632	BAIRRO: GRANJA LISBOA		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: , 986689400	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 60540255		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: LILIAN - SAMU USB 96, COND. MENDES			PARENTESCO: ESPOSA		TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta							
QUEIXAS: hoje colisão moto com carro, trauma de femur							
OBSERVAÇÕES: mecanismo de trauma significativo							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Luiz Alessandro Souza de Oliveira** - C.P.F. - **012.571.353-33**, no dia **02/10/2018**, às **20h23min**, na **Rua Antero Quental**, no **Bairro Paupina**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido pelo Sr. **Antônio Augusto Costa de Sousa** por meio do Processo nº **P778025/2019**.

Fortaleza, 19 de Julho de 2019.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Marcelo César Campos Cabral
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat 45690-1

Marcelo César Campos Cabral
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: 15000
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandesstavora.com.br E-mail: hospitalfernandesstavora@gmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 10/12/2019

Nome do paciente: <u>JOSE EDSON NOGUEIRA COSTA</u>	
Nº Prontuário: <u>0408050515</u>	
Clinica: <u>01</u>	Categoria: <u>1</u>
Cirurgião: <u>Dr. Carlos Roberto de Aguiar</u>	Leito: <u>1</u>
Anestesista: <u>Dr. Alexandre de Aguiar</u>	
Tipo de Anestesia: <u>Algodão</u>	
1 Auxiliar: <u>Dr. Alexandre de Aguiar</u>	
2 Auxiliar: <u>Dr. Alexandre de Aguiar</u>	
3 Auxiliar: <u>Dr. Alexandre de Aguiar</u>	
Instrumentadora: <u>Dr. Alexandre de Aguiar</u>	
Circulante: <u>Dr. Alexandre de Aguiar</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>0408050515</u>	
Tipo de Operação/ Código: <u>0408050515</u>	
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>0408050515</u>	
Relatório Imediato do Patologista: <u>0408050515</u>	
Exame Radiológico no ato: <u>0408050515</u>	
Acidente e Incidentes: <u>0408050515</u>	
Contagem de Compressas: <u>0408050515</u>	

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
13:30	14:50	
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA:
	POT, CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista

MICROLO 8.0

Date: 10/7/10

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente:

Nº Prontuário:

Nº Controle:

Enf./

Leito:

Cirurgião:

Tempo de Sala:

Tempo de Oxigênio:

IDADE: 28 ANOS

PESO: 60 kg

ALTURA: 1,65 m

SEXO: M

TEMP: 36,5

PULSO: 72

RESP: 12

PR. ART. MAXIM:

TIPO SANGÜÍNEO:

HEMÁCIAS:

HEMOGLOBINA:

HEMATÓCRITO:

GLICEMIA:

UREIA:

URINA:

Ap. Respiratório:

Ap. Circulatório:

Ap. Digestivo:

Ap. Urinário:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Anestésias Anteriores:

Medicação Pré-Anestésica:

Aplicada às:

Efeito:

Asma:

Brônquite:

E.C.G.:

Alergia:

Estado Mental:

Ataraxicos:

Corticoídes:

Hipotensores:

Outras Drogas:

Anestesia Anestésico:

Ligando:

20

250

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

INDUÇÃO

Satur:

Tosse:

Laringoespasmo:

Náuseas:

Vômitos:

Outros:

MANUTENÇÃO

1. Anestesia por via...

2. Anestesia por via...

3. Anestesia por via...

4. Anestesia por via...

5. Anestesia por via...

6. Anestesia por via...

7. Anestesia por via...

8. Anestesia por via...

9. Anestesia por via...

10. Anestesia por via...

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSICÃO:

AGENTES:

TECNICA:

OPERAÇÃO:

CIRURGIOS:

ANESTESISTAS:

TEMPO DE ANESTESIA: Das 10:00 às 11:00

Anestesiado:

ANESTESIAS SATISFATÓRIAS NÃO DESPERTAR

SIM

Reflexos na S.O

Obstr.:

Co2:

Excit.:

Náuseas:

Vômitos:

Outros:

Para o efeito com a agulha

SIM NÃO

Condições:

Perda sanguínea aprox.:

Volume sanguíneo reposto:

MODELO 2.1

H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555

www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

PRÉ - REQUISICÃO - ANESTESIA

[illegible]

MOON'S