

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	FORTALEZA/CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG n°	2000002049440
Profissão	AUTONOMO	CPF n°	009.397.563-58
Endereço	RUA C CONJUNTO POPULAR ITAPERI, N 66		
Bairro	PASSARE	CEP	60000-000
Município/UF	FORTALEZA/CE		
Telefone	(85) 98754 7838 / 98924 7332		

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, casado, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua Carlos Ribeiro Pamplona – nº 100 – 1º Andar – Sala 101 – Bairro Edson Queiroz – CEP: 60.811-695 – Fortaleza/CE, Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030 / (85) 98853-0069. E-mails: saboyaebrandao@hotmail.com / brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao_@hotmail.com

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como realizar endosso em cheque nominal emitido em nome do outorgante, destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 12 de abril de 2020.

➤ 
OUTORGANTE

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

OUTORGANTE	FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	FORTALEZA/CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG n°	2000002049440
Profissão	AUTONOMO	CPF n°	009.397.563-58
Endereço	RUA C CONJUNTO POPULAR ITAPERI, N 66		
Bairro	PASSARE	CEP	60000-000
Município/UF	FORTALEZA/CE		
Telefone	(85) 98754 7838 / 98924 7332		

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com às custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, CF/88, Art. 98 e ss. do CPC, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, 10 de abril de 2020.

➤ Fr. Sidney Oliveira dos Santos

DECLARANTE

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, Francisco Sidney Oliveira dos Santos, BRASILEIRO(A),
(ESTADO CIVIL), (PROFISSÃO), PORTADOR DO RG Nº _____
INSCRITO NO CPF SOB O Nº _____, RESIDENTE E
DOMICILIADO(A) NO _____, ENDEREÇO _____, DECLARO PARA

TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELOS DRS. **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS, ATUALMENTE, COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA **RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE**, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO JUDICIAL, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, ISENTO O ESCRITÓRIO SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS, REPRESENTADO ATRAVÉS DOS ADVOGADOS **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA **RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE**, TEL.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030 / (85) 98853-0069, DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL, CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE TANGE A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS DOCUMENTOS E/OU DADOS) E VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI [ART. 339 E 340] DO CPB."

CIENTE DE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO DA VALIDADE DE MENCIONADO DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

FORTALEZA/CE 10 DE abril DE 2020.

> Francisco Sidney Oliveira dos Santos
DECLARANTE

TESTEMUNHA
CPF:

TESTEMUNHA
CPF:

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-Lei nº 5452 de 07.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para a 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 de 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 EMPAHO AO TRABALHADOR

VERIFIQUE PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

154.45343.41-7

6909572

0050

CE

3º Sidney Oliveira dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR



03

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS

FILIAÇÃO: FRANCISCA NAYLA DA OLIVEIRA DOS SANTOS

NASCIMENTO: 22/11/1968

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: FORTALEZA - CE

DOCUMENTO: RG - 2003020840 - 20052017 - SSP/CE - 05

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CNPJ: 009.357.003-58

TT. ELEITOR: 01060017

LOCAL DE EMISSÃO: SEC. - FORTALEZA - (SME FUSEB-2)

DATA DE EMISSÃO: 01/06/2017

CNH: 1

SEÇÃO: 1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE 1/1/1 PARA 1/1/1

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 INTERVENÇÃO G - DATA DE NASCIMENTO
B - 3º D - 4ª D - 5ª D - 6ª D - 7ª D - 8ª D - 9ª D - 10ª D - 11ª D - 12ª D - 13ª D - 14ª D - 15ª D - 16ª D - 17ª D - 18ª D - 19ª D - 20ª D - 21ª D - 22ª D - 23ª D - 24ª D - 25ª D - 26ª D - 27ª D - 28ª D - 29ª D - 30ª D - 31ª D - 32ª D - 33ª D - 34ª D - 35ª D - 36ª D - 37ª D - 38ª D - 39ª D - 40ª D - 41ª D - 42ª D - 43ª D - 44ª D - 45ª D - 46ª D - 47ª D - 48ª D - 49ª D - 50ª D - 51ª D - 52ª D - 53ª D - 54ª D - 55ª D - 56ª D - 57ª D - 58ª D - 59ª D - 60ª D - 61ª D - 62ª D - 63ª D - 64ª D - 65ª D - 66ª D - 67ª D - 68ª D - 69ª D - 70ª D - 71ª D - 72ª D - 73ª D - 74ª D - 75ª D - 76ª D - 77ª D - 78ª D - 79ª D - 80ª D - 81ª D - 82ª D - 83ª D - 84ª D - 85ª D - 86ª D - 87ª D - 88ª D - 89ª D - 90ª D - 91ª D - 92ª D - 93ª D - 94ª D - 95ª D - 96ª D - 97ª D - 98ª D - 99ª D - 100ª D

03



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº 570539957

Companhia Energética do Ceará

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

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

Esta é a segunda via de
ABR/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
2004757 DV **6**

VENCIMENTO
04/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
75,82

Rota 11 01210 19 0503000
Nome MARIA SUELEUDA DOS SANTOS
Endereço Postal

Medidor 1872909
Poste 1037 B34T

End. da Unidade RU C CONJ POPULAR ITAPERI 00066 PASSARE FORTALEZA
Consumidora 60000000

RG / CPF / CNPJ 918.875.503-72

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
3990	3886	1	103	0	103

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh
Consumo faixa 31-100 Kwh
Consumo faixa 101-220 Kwh

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

30	0,17436	5,23
70	0,29891	20,92
3	0,44837	1,34

DATAS DE LEITURA

Data da Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
25/04/2019	17/05/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

987E.5C9C.9FE7.1AE9.5F3D.D262.9FFC.FBE4

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
ISENTO		

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	14,29
TRANSMISSÃO	1,52
DISTRIBUIÇÃO	8,14
ENCARGOS SETORIAIS	2,18
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	2,55

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 11,96

Conjunto MONDUBIM

Mês FEV/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,17	6,35	12,70	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,77			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Consumo

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES	0,03
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S/BAIXA RENDA	1,19
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL CAP	9,50
COR. SALDO FATURA ANTERIOR	37,81

RECEBIDO EM
01 JUL 2019
TREVO LOTECA
3227-6304

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
0	0	100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CANCELAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."
Chame os vizinhos e amigos e entre no debate do grupo no WhatsApp

Conta desta fatura: R\$ 75,82 referente a PIS e COFINS

autenticação mecânica cliente



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 573 - 1143 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/10/2019 15:29:40**
Data / Hora da Ocorrência: **26/04/2019 14:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD CE040, CENTRO - PINDORETAMA/CE**
Ponto de Referência: **POSTO TERRAL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS**
Nascimento: **22/11/1986** CPF: **009.397.563-58**
RG: **2000002049440** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: _____
Filiação: **FRANCISCA IVANILDA OLIVEIRA DOS SANTOS**
NC
Endereço: **RUA MARIO FILHO, 1119**
Bairro: **MONDUBIM**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.000-000**
País: **BRASIL** Telefone: **8991-9799**

Histórico

Afirma o declarante que no dia 26/04/2019 estava conduzindo sua bicicleta na CE 040, sentido interior/capital, quando foi atingido por um caminhão, o qual o declarante não conseguiu ver a placa e nem qual a marca do veículo, pois desmaiou devido aos ferimentos; que o caminhão atingiu sua perna esquerda, a qual foi faturada em dois locais, inclusive o declarante perdeu alguns movimentos de sua perna esquerda; que registra este boletim de ocorrência para fins de seguro DPVAT.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FARLEY CORDEIRO LOPES - MAT.: 300757-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Sidney Oliveira dos Santos

VISTO DO DELEGADO(A) :

CESAR COLACO NOGUEIRA - MAT.: 133810-1-1



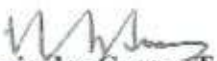
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré hospitalar ao **Sr. FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS**, portador do RG n.º 2000002049440, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 009.397.563-58, no dia 26/04/2019 às 18h29, no Município de Pindoretama-CE, na Rodovia CE 040, Bairro Centro, próximo ao Posto Terral, vítima de acidente de trânsito, atropelamento por caminhão, sendo removido para o Hospital local e em seguida para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 12 de setembro de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - CE
Fone: (85) 3433 7434

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 26/04/2019 20:31:58	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700302933079730	NOME: FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS				Registro: 5613944		
CPF: 00939756358	RG:	D. NASC: 22/11/1986	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: FRANCISCA IRANILDA OLIVEIRA DOS SANTOS				NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO			
TIPO DE LOGRADUERO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: SAO FRANCISCO DO ITAPERI		Nº: 899	BAIRRO: PASSARE			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 985380421	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60862520			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: samu usb 110 cond levin		PARENTESCO: o mesmo			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 ciclista. Colisão com um veículo de transporte pesado ou um ônibus.							
QUEIXAS: colisão bicicleta/caminhão (raspão), alcoolizado, laceração MIE suturável. Fratura de Femur esq? edema na patela esq. cefaleia, desmaiou, náusea.							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
... CO DE PROTOCOLO - INT ... PARTIRADA							
Exame Físico:							
PELO SISTEMA E-SUS DATA 07 / 10 / 2019							
Conduta:							
MATRICULA 5022 ... <i>[assinatura]</i> ... SERVIDOR(A)							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



ATESTADO MÉDICO

ATESTADO QUE O PACIENTE FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS
SANTOS COM FRATURA EM PLATO TIBIAL ESQUERDO, L. NECESSITA A DSE 180 DIAS D
E REPOUSO. CID= S821

FORTALEZA/CE, 3 de Maio de 2019

CLAUDIO JOSE
CRM/CE 4078

CLAUDIO EUFRÁSIO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 4078

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO QUE O PACIENTE FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS
SANTOS COM FRATURA EM PLATO TIBIAL ESQUERDO, L. NECESSITA A DSE 180 DIAS D
E REPOUSO. CID= S821

FORTALEZA/CE, 3 de Maio de 2019

CLAUDIO JOSE
CRM/CE 4078

CLAUDIO EUFRÁSIO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 4078

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

PAG. 1

O.2: M230440001

URG./EMERG: 04 ESPERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 07/2019

DATA: 21/06/2019

Num AID: 231910229109-9 ✓ Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 07/2019 Data de Emissão: 01/05/2019

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0222 Leito: 0001
 Doc autorizador: 980016003261132 Doc med resp: 201591461720008 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solic: 201591461720008
 CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNES: 7003029330793
 Paciente: FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS ✓ Prontuário: 2450867 ✓ Laudo: ✓
 Data Nasc.: 22/11/1986 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: IGNORADO Doc.
 Responsável pac.: FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS Nome da Mãe: FRANCISCA IVANILDA OLIVEIRA DOS SANTOS
 Endereço: SAO FRANCISCO DO ITAPERI, 699 - PASSARE Raca/Cor: PARDAS ✓
 Município: 230440 - FORTALEZA UF: CE CEP: 60010-000 Telefone: (85) 9853.8033
 Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Máx Proc.?:

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
 Diag. principal: S821-FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA Diag. Secundário: V144-CICLISTA TRAUMATIZADO EM COLISÃO COM
 Diag. complementar: ✓ Causa Ocito: ✓
 Caracter atendimento: 05 OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR
 Data internação: 01/05/2019 Data saída: 05/05/2019 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO
 Liberação SISAIH01: ✓

====[CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)]====
 CNPJ do Empregador: CNAER: - CBO: -
 Vínculo com a previdência: - CBO: -

====[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]=====

Linha	Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Código Cpt	Descrição
1	04.08.06.019-0	201591461720008	1	225270	201591461720008	3969800	1 052019 OSTIOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DE
2	04.08.06.019-0	101084263590001	6	225151	101084263590001	3969800	1 052019 OSTIOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DE
3	04.08.05.015-2	201591461720008	1	225270	201591461720008	3969800	1 052019 RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTIC
4	04.08.05.015-2	101084263590001	6	225151	101084263590001	3969800	1 052019 RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTIC
5	04.08.05.055-1	201591461720008	1	225270	201591461720008	3969800	1 052019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO
6	04.08.05.055-1	101084263590001	6	225151	101084263590001	3969800	1 052019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO
7	07.02.03.097-0	09069959000158	0	09069959000158	3969800	✓ 1 052019 PLACA EM L 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS	
8	07.02.03.100-3	09069959000158	0	09069959000158	3969800	✓ 1 052019 PLACA EM T 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS	
9	08.02.01.001-6		0	3969800	3969800	✓ 4 052019 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM	
10	04.01.01.001-5	201591461720008	0	225270	201591461720008	3969800	✓ 3 052019 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAME
11	02.04.06.016-8	3969800	0	3969800	3969800	✓ 1 052019 RADIOGRAFIA DE PERNA	

====[VALORES DA PRÉVIA]=====

Forma de Organização	+Serv. Hospitalar+ +----- Serviço Profissional -----+ +-----		+----- Direto -----+ +----- Direto -----+ +----- Rateado -----+ +-----		+-----		Total
	Próprio Terceiro Próprio Terceiro Próprio Terceiro +		+ Total				
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	97,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
04.08.05 MEMBROS INFERIORES	624,73	0,00	0,00	0,00	341,38	0,00	966,11
04.08.06 GERAIS	460,58	0,00	0,00	0,00	131,99	0,00	592,57
07.02.03 CEM EM ORTOPEDIA	✓ 614,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	614,71
08.02.01 DIARIAS	32,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,00
Total Geral:	1.829,22	0,00	0,00	0,00	473,37	0,00	2.302,59

====[DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES]=====

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Registro ANVISA	CNPJ Fabricante
7	29607 ✓	09.069.959/0001-58				
8	29607 ✓	09.069.959/0001-58				

Número de Nascidos Número de Saídas N. Pré-Natal

Assinado digitalmente por THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 13/07/2020 às 09:53 sob o número 02381303520208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento?o=informe o processo 0238130-35.2020.8.06.0001 e código 6D54F76.

MS-DATAIS

VERSÃO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL

PAG.: 2

C.R: M230440001

URG./EMERG: 04 ESPERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 07/2019

DATA: 21/06/2019

Num AIH: 231910229109-9

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 07/2019

Data de Emissão: 01/05/2019

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



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

fls. 26

LAUDO DE AUTORIZAÇÃO DE AIH
LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600107688
NÚMERO DA AIH: 2319102291099

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL
CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: 3969800 - INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 700302933079730 - FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 22/11/1986 - 32 anos

NOME DA MÃE: FRANCISCA IRANILDA OLIVEIRA DOS SANTOS

NOME DO RESPONSÁVEL: FAMILIARES

ENDEREÇO: R. SAO FRANCISCO DO ITAPERI, Nº 699

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF: CE

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO: 85-98538042

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 985380421

BAIRRO: PASSARÉ

CEP: 60862520

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S828 - Fratura de outras partes da perna

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050551-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

PROCEDIMENTO REALIZADO: -

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 24459836300 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 01/05/2019 - 10:33 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 03/05/2019 - 11:03

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

CNPJ DA SEGURADORA:

NÚMERO DO BILHETE:

SÉRIE DO BILHETE:

CNPJ DA EMPRESA:

CBO NA EMPRESA:

NATUREZA DA LESÃO:

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZADOR:

PARECER

DATA AUTORIZAÇÃO:

Thiago Carlos Pires de Castro
Médico - AIH SUS - CRM 5227
CPF 029.467.430-08



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



USUÁRIO: cleide castro - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE PROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

Siga os passos abaixo:
 Seleção de situação
 Seleção da solicitação
 Visualização da solicitação
 Lista de ocorrência
 Inclusão de ocorrência
 Visualização de ocorrência
 Confirmação de cancelamento
 Registro de transferência
 Confirmação de transferência
 Operação finalizada com sucesso

Atalho
 Acesso / Desconectar
 Operações

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE 700302933079730 - FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA
 DOS SANTOS 
NOME DA MÃE FRANCISCA IRANILDA OLIVEIRA DOS SANTOS
NÚMERO DO PRONTUÁRIO 5613944
DATA DE NASCIMENTO - IDADE 22/11/1986 - 32 anos
SEXO MASCULINO
NOME DO RESPONSÁVEL FAMILIARES
TELEFONE DO RESPONSÁVEL (85) 985380421
ENDEREÇO R. SAO FRANCISCO DO ITAPERI, Nº 698
BAIRRO PASSARE
ESTADO DE RESIDÊNCIA CEARA
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA FORTALEZA
Plantonista
MÉDICO 24459836300 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS
TELEFONE PARA CONTATO (85) 32555000
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES PACIENTE SERÁ TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE APOIO : INSTITUTO PRÁXIS. AGUARDA REMOÇÃO.

Solicitação

NÚMERO 12600107688
SITUAÇÃO SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO
CENTRAL DE REGULAÇÃO 23044021 - FORTALEZA
DATA - HORA 01/05/2019 - 10:33
PROFISSIONAL 24459836300 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS
PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
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
DIAGNÓSTICO INICIAL S828 - Fratura de outras partes da perna
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO



UTO Dr. JOSÉ FROTA
"a sua proteção é vida"

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: **5613944**

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS** 6 - Nº PRONTUÁRIO: **5613944**
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **700302933079730** 8 - DATA NASCIMENTO: **22/11/1986** /9 - SEXO: ☐ Masc ☐ Fem 10 - RAÇA/COR 10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE/ PAI: **FRANCISCA IRANILDA OLIVEIRA DOS SANTOS** 12 - TELEFONE DE CONTATO: **85 988380658**
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: **N.I.** 14 - TELEFONE DE CONTATO:
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): **SAO FRANCISCO DO ITAPERI 699 PASSARE**
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **FORTALEZA** 17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: 18 - UF: **CE** 19 - CEP:

JUSTIFICATIVA N INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM **FRATURA DE PLATÔ TIBIAL**, 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 + RADIOGRAFIAS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **FRATURA DE PLATÔ TIBIAL** 24 - CID 10 PRINCIPAL: **S828** 25 - CID10 SECUNDÁRIO: 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL** 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0408050551**
29 - CLÍNICA: **TRAUMA** 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **EMERGÊNCIA** 31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF 32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 34 - DATA SOLICITAÇÃO: **01/05/2019** 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 39 - CNPJ DA SEGURADORA: 40 - Nº DO BILHETE: 41 - SÉRIE:
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 42 - CNPJ DA EMPRESA: 43 - CNAE DA EMPRESA: 44 - CBOR:
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
() CNES () CPF
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELH

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

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

===[ADMISSÃO]=====

Número Data Hora Convênio Classificação
201921002211 01/05/2019 17:41 PRAXIS SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento SISREG AIH
URGENCIA
Origem do Paciente Clínica/Especialidade
IJF CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Médico Solicitante Médico Responsável
4078 - CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO 4078 - CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO
Procedimento Solicitado Dias
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL 3

===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]=====

Nome Sexo
FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS MASCULINO
Nascimento Idade Raça/Cor Estado Civil Religião
22/11/1986 32 Anos PARDA SOLTEIRO(A) NÃO INFORMADO
Mãe Pai
FRANCISCA IVANILDA OLIVEIRA DOS SANTOS
Conjuge Responsável Prontuário
MARIA APARECIDA OLIVEIRA DA CRU 2450867
CNS Registro Documento Informado
700302933079730 201902570001887 NÃO INFORMADO
País Município de Naturalidade CEP
BRASIL FORTALEZA/CE 60010-000
Município de Residência Logradouro
FORTALEZA/CE RUA SAO FRANCISCO DO ITAPERI
Número Complemento Bairro
699 PASSARE
Fone Móvel Fone Fixo Ponto de Referência
(85)9875.47838 (85)9853.80421

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)
EMPREGADO FORMAL / MOTORISTA DE CAMINHÃO (ROTAS REGIONAIS E INTERNACIONAIS)

===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]=====

Em caso de urgência avisar Acomodação/Leito
FRANCISCA IVANILDA OLIVEIRA DOS SANTOS - MAE 222/1
Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: daiane.mariano Data: 01/05/2019 Hora: 17:48:08 Tempo: 00:06:53

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

MARIA APARECIDA OLIVEIRA DA CRUZ, abaixo assinado, responsável pelo paciente FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA 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), 01 de maio de 2019

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

OBS: Paciente
documentos, da
pego pelo cartão
do SUS.



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

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

fls. 30

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 03/05

Nome do paciente: <u>Francisco Sidney Oliveira</u>	
Nº Prontuário:	Categoria:
Clínica:	Leito:
Cirurgião:	
Anestesista:	
Tipo de Anestesia:	
1 Auxiliar:	
2 Auxiliar:	
3 Auxiliar:	
Instrumentadora:	
Circulante:	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fratura - glenó humeral E + Ombro</u>	
Tipo de Operação/ Código:	
<u>Procedimento cirúrgico</u> 0 5 0 8 0 5 0 5 5 1	
Diagnóstico Pós-Operatório: 0 5 0 8 0 5 0 5 5 1	
Relatório Imediato do Patologista:	
Exame Radiológico no ato: 0 5 0 8 0 5 0 5 5 1	
Acidente e Incidentes:	
CLAUDIO EUPRÁSIO ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-CE 4078	

Contagem de Compressas:

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
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:

Enferm. Rayssa C. Fernandes
Assinatura da Enfermeira(o)
COREN 442.078

Dr. Paulo Fernando Silveira Braga
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
MÉDICO DO TRABALHO
CRM-CE 1137

Assinatura Anestesista

MODELO 8.0


**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

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

Data: 03/05/19

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: <u>Francisco Sidney Oliveira</u>							
Nº Prontuário:		Nº Controle:		Enf./		Leito:	
Cirurgião:		Tempo de Sala:		Tempo de Oxigênio:			
IDADE	PESO	ALTURA	SEXO	TEMP	PULSO	RESP.	PR. ART. MAX/MIN
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	URINA	
An. Respiratório: <u>normal</u>				Asma			
An. Circulatório: <u>normal</u>				Bronquite			
An. Digestivo: <u>normal</u>				E.C.G.			
An. Urinário: <u>normal</u>				Alergia: <u>sem</u>			
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>tráfego para o abdômen</u>				Estado Mental: <u>sem</u>			
Anestésias Anteriores:				Ataraxicos:			
Medicação Pré-Anestésica:		Aplicada às:		Corticóides:			
				Hipotensores:			
				Outras Drogas:			
Agentes Anestésicos	20						
Líquidos							
CÓDIGO							
P. Arterial	O. Pulso	O. Respiração	Anestesia	O. Operação			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					INDUÇÃO Satisf. <u>sem</u> Excit. Tosses Laringoespasmos: Lenta Náuseas Vômitos Outros		
MANUTENÇÃO x. <u>oxigênio</u> <u>para o abdômen</u> <u>para o abdômen</u> <u>para o abdômen</u> Dr. Paulo Fernando Silveira Braga MÉDICO ANESTESIOLOGISTA CRM-CE 3332							
Anestésias Satisfatórias SIM NÃO DESPERTAR Reflexos na S.O. Obstr. Co2 Excit. Náuseas Vômitos Outros Para o leito com cânula SIM NÃO Condições							
POSIÇÃO: <u>decúbito dorsal</u> AGENTES: <u>propofol</u> TÉCNICA: <u>intubação</u> OPERAÇÃO: <u>tráfego para o abdômen</u> CIRURGIÃO: <u>Dr. Paulo Fernando Silveira Braga</u> ANESTESISTAS: <u>Dr. Paulo Fernando Silveira Braga</u>							
TEMPO DE ANESTESIA: Das 9:45 hrs às 10:35 hrs = 60 Minutos Anestesiologista: <u>Dr. Paulo Fernando Silveira Braga</u> CRM-CE 3332					Perda sanguínea aprox. ml Volume sanguíneo repouso ml		

MODELO 2.1

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
201921002211 01/05/2019 17:41 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO - 4078
Médico Responsável
CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO - 4078
Procedimento Solicitado
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
222/1 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
22/11/1986 32 Anos NÃO INFORMADO 2450867 201902570001887

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

Diagnóstico Principal
S828 - FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA
Procedimento Realizado
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
Data Hora Motivo
05/05/2019 12:04 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA 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), 05 de maio de 2019

Responsável/

Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)

Responsável

pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: aline.castelo

Data: 05/05/2019 Hora: 12:05:01



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Atendimento FIC

Fernando de A. Costa e
Miguel e Brício em
João e C. Costa
Ally - Fernando de
120 24 a 25
1584

1694

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200008340

Vítima: FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000000713-7

Conta: 0000059129-7

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