

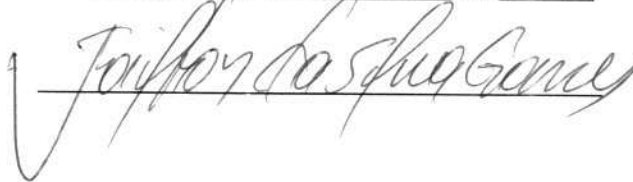
PROCURAÇÃO

Outorgante(s):Nome: JAILTON DA SILVA GOMESNacionalidade: BRASILEIRAEstado Civil: SOLTEIRORG: 2001012038155 Órgão Emissor: SSP/CE Data da Emissão: 17.09.19CPF: 011.670.393-86 Profissão: VENDEDOREndereço: RUA RIO TOCANTINS, 1045, APT. 303Bairro: JARDIM IRACEMA Cidade/UF: FORTALEZA/CE CEP: 60.340-110**Outorgado (s):**

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

Poderes:

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

Fortaleza, 19 de setembro de 2011.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante: <u>JAILTON DA SILVA GOMES</u>		
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	
RG: <u>2001012038155</u>	Órgão Emissor: <u>SSPDS CE</u>	Data da Emissão: <u>17.09.19</u>
CPF: <u>011.670.393-86</u>	Profissão: <u>VENDEDOR</u>	
Endereço: <u>RUA RIO TOCANTINS, 1045, APT. 303</u>		
Bairro: <u>JARDIM TRACEMA</u>	Cidade/UF: <u>FORTALEZA/CE</u>	CEP: <u>60.340-110</u>

DECLARA, com a presente, sob as penas da Lei, para fins de prova junto ao Juízo competente, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide, que não possui condições financeiras para arcar com o ônus processual, estando nas exatas condições da Lei nº. 1.060/50, carecendo, pois, dos auspícios da GRATUIDADE DE JUSTIÇA para promover Ação de Indenização e/ou Cobrança.

Fortaleza, 17 de setembro de 2021.

Jailton da Silva Gomes

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA,

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

Fortaleza, 19 de setembro de 2021.

Ciente:

Jailton da Silva Gomes

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
FORÇA POLÍCIA DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

NOME
JAILTON DA SILVA GOMES

FILIAÇÃO
LUCIO GOMES DA SILVA
ANTONIA MARIA DA SILVA

DATA NASCIMENTO 26/11/1986 NATURALIDADE FORTALEZA - CE
ÓRGÃO EXPEDIDOR SSPDS-CE TIPO/FATOR RH XXX
OBSERVAÇÃO XXXXXXXXXXXXXXXX

Jailton da Silva Gomes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF XXXXXXXXXXXXXXXX DN# XXXXXXXXXXXXXXXX fls. 9

REGISTRO GERAL LOCAL DATA DE EXPEDIÇÃO OUTRO RG
2001012038155 P.: 4 17/09/2019 2ª VIA

REGISTRO CIVIL
CERT. NASCIMENTO CARTÓRIO: 3ª ZONA TERMO: 0141659 FOLHA: 00000391
LIVRO: A00106 FORTALEZA - CE

NOME SOCIAL XXXXXXXXXXXXXXXX POLEGAR DIREITO

T. ELEITOR XXXXXXXXXXXXXXXX CTPS XXXXXXXXXXXXXXXX SÉRIE XXXX UF XX
NIS/PIS/PASEP XXXXXXXXXXXXXXXX IDENTIDADE PROFISSIONAL XXXXXXXXXXXXXXXX
CERT. MILITAR XXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX
CNI XXXXXXXXXXXXXXXX CNS XXXXXXXXXXXXXXXX

Jailton da Silva Gomes
ASSINATURA DO DIRETOR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
011.670.393-86

Nome
JAILTON DA SILVA GOMES

Nascimento
26/11/1986

10145036

foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

fls. 10

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 081429077

Rota FOF16U51 - 160835

Referência 09/2020

Nome ADRELIANE ANDRADE DOS SANTOS

Endereço RU RIO TOCANTINS, 01045 - AP 303, JARDIM TRACENA,
60340-110, FORTALEZA

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 23/09/2020

Medidor 5716568-ELE 626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

26FEV2020-01-01-31-01-2020

DATAS DE LEITURA

F.F.: 30 dias

Anterior 24/08/2020

Atual 23/09/2020

Próxima prevista 24/10/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	3.355	3.353	1.00	96	00	96	0,75438	72,42

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC
CONSUMO

TARIFA

0,75438

VALOR (R\$)

4,11
72,42

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	72,42	27,00	19,55
PIS	52,87	0,11	0,05
COFINS	52,87	0,71	0,37

VENCIMENTO 30/09/2020

TOTAL A PAGAR (R\$) 76,53

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 034.185.923-09

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)

37,47

0,00

Consciência Ecológica (%CO₂) 0

0,00%

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 25/08 - 23/09

Condições especiais de parcelamento. A ANEEL
manteve suspensa a contagem do prazo de 90

dias para o corte e, a partir de 01/08/2020,

autoriza a retomada do corte (REN

891/20). Saiba mais: www.eneel.com

DEBITOS ANTERIORES

MÊS/AN: VALOR (R\$)

03/2020 144,38

04/2020 124,98

05/2020 138,44

06/2020 143,49

07/2020 93,32

OUTROS 1063,80

Total: R\$ 1709,41

Nº do Cliente: 10145036

Data de Emissão: 23/09/2020

Nº da Nota Fiscal: 081429077

Referência: 09/2020

Total a Pagar (R\$): 76,53

Nº de Controle: 20012293936

V: [1.0.0.15]

Nº do Documento: 00012293936

Nº do Documento: 00012293936

83860000000 0 76530031020 9 01229393607 6 00010145036 2



83860000000 0 76530031020 9 01229393607 6 00010145036 2

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: JAILTON DA SILVA GOMES

Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 2001012038155 Órgão Emissor: SSPOS CE Data da Emissão: 12.09.19

CPF: 011.670.393-86 Profissão: VENDEDOR

Endereço: RUA RIO TOCANTINS, 1045, APT 303

Bairro: JARDIM IPACEMA Cidade/UF: FORTALEZA/CE CEP: 60.340.110

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

Fortaleza, 19 de JANEIRO de 2021

Jailton da Silva Gomes

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declarante: JAIRTON DA SILVA GOMES		
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: SOLTEIRO	
RG: 2001012038155	Órgão Emissor: SSPDS CE	Data da Emissão: -
CPF: 011.670.393-86	Profissão: VENDEDOR	
Endereço: RUA RIO TOCANTINS, 1045, APT. 303		
Bairro: JARDIM IPALEMA	Cidade/UF: FORTALEZA/CE	CEP: 60.340-110

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

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

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

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

Fortaleza, 17 de JANEIRO de 2021.

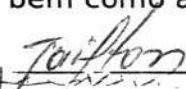


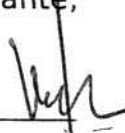


TERMO DE DECLARAÇÃO DA VÍTIMA JAILTON DA SILVA GOMES

INQUÉRITO Nº 113 - 382 / 2020

Aos 5 dia(s) do mês de Novembro de 2020, nesta cidade de Fortaleza, Estado do Ceará, onde pela(s) 15:33 hora(s), presente achava-se **WILDER BRITO SOBREIRA**, Delegado(a), comigo **LEUMA MARIA SOBREIRA PEDROSA**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **JAILTON DA SILVA GOMES**, nacionalidade Brasil, solteiro(a), ensino médio, vendedor, filho(a) de **LUCIO GOMES DA SILVA** e **ANTONIA MARIA DA SILVA**, nascido(a) em 26/11/1986, natural de Fortaleza/CE, CPF: 011.670.393-86, RG: 2001012038155 SSP/CE, residente à Rua do Tocantins, 1045 Apto 102, Jardim Guanabara Fortaleza/CE Brasil. Inquirido(a) pelo(a) Delegado(a), DISSE: QUE, comparece nesta delegacia para prestar declarações acerca dos fatos ora em apuração; QUE, afirma que no dia 03 de julho do ano em curso, por voltas das 22h30min, pilotava a motocicleta de placa HXM3595- FAN 125, 2006, com a sua esposa na garupa, na avenida Sargento Hermínio, no sentido ANTONIO BEZERRA-CENTRO; QUE, na altura do Polo de Lazer na referida avenida, o veículo de placas HYM1757, CORSA SEDAN, de cor cinza, que trafegava na mesma avenida no sentido contrário a do declarante, no sentido CENTRO-ANTONIO BEZERRA, fez uma ultrapassagem, saindo do sentido da via em que ele trafegava, entrando na contramão, batendo de frente na motocicleta do declarante; QUE, afirma que o motorista estava com o carro em luz alta e em alta velocidade; QUE, ao bater no declarante, ele entrou numa rua à esquerda e seguiu; QUE, com a colisão, o declarante, bem como sua esposa caíram ao solo e o motorista evadiu-se do local, porém alguns motoqueiros que presenciaram o fato seguiram o motorista, o qual foi alcançado lá na frente; QUE, poucos minutos depois do ocorrido, a viatura da polícia militar passou no local, onde os policiais foram informados sobre o que ocorrera e quando os policiais saíram para diligências no sentido de capturar o motorista, alguns rapazes foram de encontro à viatura e informaram aos policias que o motorista já detido em frente a casa dele, do motorista; QUE, o SAMU foi acionado e após os primeiros atendimentos no local, o declarante, bem como a sua esposa foram socorridos para o IJF-CENTRO; QUE, o


DELEGACIA DO 3. DISTRITO POLICIAL


Pág. 1 de 3

Consolidado em: 05/11/2020 16:28:00

Impresso em: 05/11/2020 16:36:33



INQUERITO Nº 113 - 382 / 2020

declarante sofreu fraturas dos dois pés, ficou internado uma semana no referido hospital, onde foi submetido a tratamento cirúrgico; QUE, afirma que familiares do declarante compareceram ao local e presenciaram o momento da prisão do infrator deste procedimento, o qual estava naquele momento visivelmente embriagado ;QUE, afirma que só hoje compareceu nesta delegacia para prestar declarações pois estava sem condições de vir; QUE, afirma que ainda encontra-se em tratamento e que não está totalmente recuperado; QUE, afirma que é autônomo e que está sem trabalhar desde quando aconteceu o fato e que está dependendo do auxílio emergencial do governo; QUE, o motorista não prestou socorro e que além de ter se evadido do local, não procurou o declarante em momento algum para saber como estava o estado de saúde do declarante e da sua esposa; QUE, em momento algum o autor prestou assistência ao declarante e nem a sua esposa; QUE, afirma que o declarante e a sua esposa tem 06 filhos menores e todos dependem do declarante e da sua esposa; QUE, o declarante mora de aluguel e encontra-se passando algumas necessidades haja vista não ter condições de trabalhar devido o seu estado de saúde, inclusive está com aluguel e algumas contas em atraso de pagamento; QUE, afirma o declarante que ainda está comprando muitos remédios e fisioterapias para a sua esposa, que foi submetida a tratamento cirúrgico também , pois ela sofreu fraturas exposta do fêmur tibial esquerdo e fratura exposta do planalto tibial esquerdo, joelho flutuante e tornozelo; QUE, hoje foi expedida uma Guia ao IML para o declarante realizar o Exame de Corpo de Delito.. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou o(a) Delegado(a) encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **LEUMA MARIA SOBREIRA PEDROSA**, Escrivã(o) que o digitei.

Delegado(a) _____

Declarante _____



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 3. DISTRITO POLICIAL

fls. 15



INQUÉRITO Nº 113 - 382 / 2020

Escrivã(o) : _____

DELEGACIA DO 3. DISTRITO POLICIAL

Consolidado em: 05/11/2020 16:28:00

Pág. 3 de 3

Impresso em: 05/11/2020 16:36:33

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 25/01/2021 às 14:45, sob o número 02043134320218060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0204313-43/2021.8.06.0001 e código 818E791.



DECLARAÇÃO



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Jailton da Silva Gomes** - C.P.F. - 011.670.393-86, no dia **03/07/2020**, às **23h15min**, na **Avenida Sargento Hermínio Sampaio**, no **Bairro São Gerardo**. Considerando que obviamente o **SAMU 192 Fortaleza**, faz o atendimento ao paciente após o fato ocorrido, não podemos assim afirmar a sua natureza com a precisão jurídica necessária. Diante do exposto, concluímos que, dentro das limitações temporais de atendimento, a natureza da ocorrência com o paciente em questão do processo Nº **P244288/2020**, provavelmente foi Acidente de Trânsito.

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

Documento requerido por meio do Processo nº **P244288/2020**.

Retificamos que houve equívoco no preenchimento do campo (Dia); Onde esclarecemos que a provável Data seja (03/07/2020).

Fortaleza, 11 de Setembro de 2020.

Atenciosamente,


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

Roberto Gomes de Lima
Coordenador - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Mauricio Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat : 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 1151 24
DATA: / /
NOME: Dr. Faílton da Silva Gomes
ENDEREÇO: Av. Sargento Heitor, 2311
REFERÊNCIA: Viz. a Delícia do Bairro
QUY: 23:10
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Polívia carne x moto
PONTO DE APOIO:
TURNO: 5N
EQUIPE: Rara S. / Silvia Helena / Marcelo
IDADE: 33
SEXO: M
Nº DA OCORRÊNCIA: 1046
BAIRRO: São Gerardo
QUU: 00:35

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

☒ RESPONSIVO
☐ NÃO RESPONSIVO

☒ PÉRVIAS ☐ OBSTRUÍDAS

EXPANSÃO TORÁCICA

☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

POR:

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

PADRÃO
RESPIRATÓRIO

☒ EUPNEICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:

PALPAÇÃO/PERCUSSÃO

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:

AUSCULTA

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:

PULSO

☒ NORMOCÁRDICO
☐ TRAQUICÁRDICO
☐ BRADICÁRDICO
LOCAL: RADIAL

☒ CHEIO
☒ FILIFORME
☐ IMPALPÁVEL

PELE

☒ CORADA
☐ PÁLIDA
☐ CIANÓTICA

☐ SUDOREICA
☒ SECA
☒ QUENTE
☐ FRIA

ENCHIMENTO
CAPILAR

☒ ≤ 2 seg
☐ > 2 seg

SANGRAMENTO
EXTERNO

☒ SIM
☐ NÃO

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (p)

ABERTURA OCULAR

ESPONTÂNEA ☒ 4
À VOZ ☐ 3
À DOR ☐ 2
NENHUMA ☐ 1

TOTAL: 35

RESPOSTA VERBAL

ORIENTADO (A) / SORRI (P)
CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL
PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P)
SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P)
NENHUMA

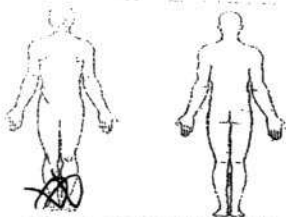
RESPOSTA MOTORA

OBEDECE A COMANDOS ☒ 6
LOCALIZA A DOR ☐ 5
MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4
FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
NENHUMA ☐ 1

PUPILAS:

☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

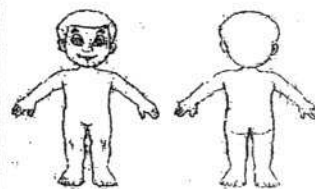
ADULTO



LESÕES

Edema e excoriação em M.H.I.I.

PEDIÁTRICO



SAMPLA

76 bpm
PA: 120x70 mmHg
FR: —
GLIC.: 74 mg/dL
OXIM.: 92% AA
TEMP.: —
Paciente 33a, masculina, consciente, orientada, vítima de edema em M.H.I.I. e excoricações, relatando ingestão de bebida alcoólica, febre visível e patologias, prévia exposta no acidente. HTU por Dra Bianca que orientou remoção para o S.J.F. Contato - Sem intervenções.

Carla Pereira Araújo
COREN-CE 595 141-ENF

PREScrição Médica

HEC/AGEM

fls. 18

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Av. primária + secundária + imobilização

ASS. / COREN:

Carla Silveira Araújo
COREN-CE 395.141-ENF

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☐ UNIDADE DE SAÚDE:

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ OUTRO:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM

☐ NÃO

ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO UNIDADE DESTINO:

BOLETIM EMERG.

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

Prancha nº 175

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG / CPF _____

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

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

ASSINATURA:

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700509138934558 **Admissão:** 03/07/2020 23:05
Nome: JAILTON DA SILVA GOMES
Pront.: 5672201 **Data Nasc.:** 26/11/1986 **Idade:** 33 ano(s) 7 mes(es) e 26 dia(s) **Tel.:**
Mãe: ANTONIA MARIA DA SILVA
Sexo: Masculino **RG:** **Município:** FORTALEZA
CEP: 60340-110 **Bairro:** JARDIM IRACEMA
Endereço: RUA RIO TOCANTINS

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: VERDE **Classificador:** ANDREA TOMÉ SOMBRA **COREN:** 50801 **Horário:** 03/07/2020 23:05
Queixa: TRAZIDO PELO SAMU COLISAO MOTO/CARRO APRESENTANDO EDEMA EM MMII (ESPOSA COM FRATURA DE FEMUR)
Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA
Discriminador: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES/ EDEMA
Autoagressão: Não
Sato02: **Glasgow:** **Temp.:** **Glicemia:** **Régua dor:** **Pulso/FC:** **PA:** **FR:**

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: ROMERO PINTO DE OLIVEIRA BILHAR **CRM:** 10585 **Nº:** 641902 **Horário:** 04/07/2020 09:00
Acidente: Não **Agressão:** Não **Peso:** **P.A.:**
Eixo: OBSERVAÇÃO 6
Hipótese Diagnóstico: FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
 PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO COM EDEMA EM TNZ DIREITO E PE ESQUERDO E DORES EM MMII.

ALTA

Data: 07/07/2020 16:56

EVOLUÇÃO

Data do Cadastro	Usuário que Cadastrou	Descrição da Evolução
04/07/2020 01:07	ROMERO PINTO DE OLIVEIRA BILHAR	# TRAUMATOLOGIA # MASCULINO, 33 ANOS, RELATO DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO EM 03/07/2020, FRATURA FECHADA DO TORNOZELO BILATERALMENTE + FRATURA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO. NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES EDEMA DOS MMII RELACIONADO AO TRAUMA PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS CONDOTA: INTERNAMENTO PARA CIRURGIA ELE

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700509138934558 **Admissão:** 03/07/2020 23:45
Nome: JAILTON DA SILVA GOMES
Pront.: 5672201 **Data Nasc.:** 26/11/1986 **Idade:** 33 ano(s) 7 mes(es) e 26 dia(s) **Tel.:**
Mãe: ANTONIA MARIA DA SILVA
Sexo: Masculino **RG:** **Município:** FORTALEZA
CEP 60340-110 **Bairro:** JARDIM IRACEMA
Endereço: RUA RIO TOCANTINS

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
03/07/2020 23:57	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES/ EDEMA	VERDE	ANDREA TOMÉ SOMBRA

PRESCRIÇÃO

Médico: EDUARDO GUEDES FERNANDES

CRM

7390

04/07/20 07:25

Prescrição	Horário:
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA FISIOTERAPIA MOTORA	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H SN	
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 1 VEZ AO DIA	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H / 20ML/3MIN SN	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H SN	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN SE NAUSEA OU VOMITO	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA FISIOTERAPIA MOTORA	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H SN	
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 1 VEZ AO DIA	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H / 20ML/3MIN SN	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H SN	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN SE NAUSEA OU VOMITO	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700509138934558 Admissão: 03/07/2020 23:55
Nome: JAILTON DA SILVA GOMES
Pront.: 5672201 Data Nasc.: 26/11/1986 Idade: 33 ano(s) 7 mes(es) e 26 dia(s) Tel.:
Mãe: ANTONIA MARIA DA SILVA
Sexo: Masculino RG: Município: FORTALEZA
CEP 60340-110 Bairro: JARDIM IRACEMA
Endereço: RUA RIO TOCANTINS

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito

DESAFIO DE PROPOSTA - 12
MATRICULA
PELO SISTEMA SUS
DATA 22 / 07 / 2020
MATRICULA 51022
Paulo José

Q.E: M230440001 URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA APRESENTAÇÃO: 08/2020 DATA: 28/07/2020
Nome AIH: 232010261659-0 Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 08/2020 Data de Emissão: 04/07/2020
Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0222 Leito: 003
Doc autorizador: 121032051720001 Doc med resp: 206633842350003 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 206633842350003
CNS: 3969800 - INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL Prontuário: 2456199 Laudo:
Paciente: JAILTON DA SILVA GOMES Tipo Doc.: IGNORADO Doc.
Data Nasc.: 26/11/1986 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 10 - BRASIL Nome da Mãe: ANTONIA MARIA DA SILVA
Responsável pac.: JAILTON DA SILVA GOMES Raça/Cor: PARDA
Endereço: TOCANTINS, 1045 - JARDIM IRACEMA UF: CE CEP: 60340-010 Telefone: (85) 9856.
Município: 230440 - FORTALEZA
Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO Muda Proc.

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
Diag. principal: S828-FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA Diag. Secundário: V239-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM COLISÃO
Diag. complementar: Causa Óbito:
Caráter atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR
Data internação: 04/07/2020 Data saída: 08/07/2020 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01:

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

==[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]=====				Apurar Valor p/ Qtde Cmpt		Descrição
Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ			
1 04.08.05.057-8	206633842350003	1 225270	206633842350003	3969800	1	072020 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE
2 04.08.05.057-8	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1	072020 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE
3 07.02.03.083-0	09069959000158	0	09069959000158	3969800	1	072020 PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM (INCLUI
4 04.08.05.066-7	206633842350003	1 225270	206633842350003	3969800	1	072020 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGU
5 04.08.05.066-7	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1	072020 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGU
6 08.02.01.001-6		0	3969800	3969800	4	072020 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (CO
7 04.01.01.001-5	206633842350003	0 225270	206633842350003	3969800	1	072020 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDA
8 02.04.06.008-7	3969800	0	3969800	3969800	3	072020 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO
9 02.02.02.038-0	6913326	0	6913326	3969800	1	072020 HEMOGRAMA COMPLETO
10 02.02.01.069-4	6913326	0	6913326	3969800	1	072020 DOSAGEM DE UREIA
11 02.02.01.031-7	6913326	0	6913326	3969800	1	072020 DOSAGEM DE CREATININA
12 02.02.01.063-5	6913326	0	6913326	3969800	1	072020 DOSAGEM DE SODIO
13 02.02.01.060-0	6913326	0	6913326	3969800	1	072020 DOSAGEM DE POTASSIO
14 02.02.03.020-2	6913326	0	6913326	3969800	1	072020 DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA
15 02.02.02.013-4	6913326	0	6913326	3969800	1	072020 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPL
16 02.02.02.014-2	6913326	0	6913326	3969800	1	072020 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE

==[VALORES DA PRÉVIA]=====						
+--Serv. Hospitalar+ +----- Serviço Profissional -----+ +--						
+---- Direto -----+ +---- Direto -----+ +---- Rateado -----+ +						
Próprio Terceiro Próprio Terceiro Próprio Terceiro +						
Forma de Organização						
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	32,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
04.08.05 MEMBROS INFERIORES	681,12	0,00	0,00	0,00	274,19	0,00
07.02.03 OPM EM ORTOPEDIA	148,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
08.02.01 DIARIAS	32,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Geral:	893,92	0,00	0,00	0,00	274,19	0,00

==[DADOS DAS ORTESES/PRÓTESES]=====
Linha Nota Fiscal CNPJ Fornecedor Lote Série Registro ANVISA CNPJ Fabricante
3 36706 09.069.959/0001-58



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. 23

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600133546
NÚMERO DA AIH: 2320102616590

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 700509138934558 - JAILTON DA SILVA GOMES

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 26/11/1986 - 33 anos

NOME DA MÃE: ANTONIA MARIA DA SILVA

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

ENDEREÇO: RUA ALTO DAS PEDRINHAS, Nº 413

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO: PARQUE GENIBAU

CEP: 60534460

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S930 - Luxação da articulação do tornozelo

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050497-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORN

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 980016004175973 - FRANCISCO JULIMAR CORREIA DE MENEZES

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 04/07/2020 - 11:31

DATA-HORA INTERNAÇÃO: 06/07/2020 - 07:58

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



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



Fortaleza

fls. 24

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

2 - CNES:

252914

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

INSTITUTO PRAXIS

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE:

JAILTON DA SILVA GOMES

PRONTUÁRIO:

5672201

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

700509138934558

8 - DATA NASCIMENTO:

26/11/1986 - 33
ano(s)

09-SEXO

() M () F

10-RÇA/COR

10.1 - ETN

11 - NOME DA MÃE/PAI:

ANTONIA MARIA DA SILVA

12 - TELEFONE:

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

N.I.

14 - TELEFONE DE CONTATO:

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO:)

RUA RIO TOCANTINS 1045 AORT 303 JARDIM IRACEMA

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 TORNOZELO**, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RISCO DE COMPLICAÇÃO E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

FX: TORNOZELO

24 - CID 10
S930

25 - CID10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE **FRATURA DE TORNOZELO**

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
0408050497

29 - CLÍNICA:

TRAUMATO

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

EMERGENCIA

31 - DOCUMENTO:

() CNS () CPF

34 - DATA SOLICITAÇÃO

04/07/2020

32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CPF)

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

42 - CNPJ DA EMPRESA:

40 - Nº DO BILHETE:

43 - CNAE DA EMPRESA:

41 - SÉRIE:

44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO:

() CNES () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

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



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

700509138934558 - JAILTON DA SILVA GOMES



NOME DA MÃE

ANTONIA MARIA DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5672201

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

26/11/1986 - 33 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

RUA ALTO DAS PEDRINHAS, Nº 413

ENDEREÇO

BAIRRO

PARQUE GENÍBAU

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

Plantonista

MÉDICO

67792855368 - FRANCISCO JULIMAR CORRÊA DE MENEZES

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE TRANSFERIDO P/ HOSP. DE APO
 - INSTITUTO PRAXIS

Solicitação

NÚMERO

12600133546

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044051 - FORTALEZA

DATA - HORA

04/07/2020 - 11:31

PROFISSIONAL

67792855368 - FRANCISCO JULIMAR CORRÊA DE MENEZES

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050497 - TRATAMENTO CIRURGICO DE
 FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / D
 FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO

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

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

===[ADMISSÃO]=====

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
202021002638	04/07/2020	16:23	PRAXIS	SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento				SISREG
ELETIVO				12600133546
Origem do Paciente				AIH
IJF				Clínica/Especialidade
Médico Solicitante				CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
4078 - CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO				Médico Responsável
4078 - CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO				
Procedimento Solicitado				Dias
0408050497 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA				3

===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]=====

Nome				Sexo
JAILTON DA SILVA GOMES				MASCULINO
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil	Religião
26/11/1986	33 Anos	PARDA	SOLTEIRO(A)	NÃO INFORMADO
Mãe			Pai	
ANTONIA MARIA DA SILVA				
Conjuge			Responsável	Prontuário
			ANTONIA MARIA DA SILVA	2456199
CNS	Registro		Documento Informado	
700509138934558	202002570002231		NÃO INFORMADO	
País		Município de Naturalidade		CEP
BRASIL		FORTALEZA/CE		60340-010
Município de Residência			Logradouro	
FORTALEZA/CE			RUA TOCANTINS	
Número	Complemento		Bairro	
1045			JARDIM IRACEMA	
Fone Móvel	Fone Fixo	Ponto de Referência		
(85)9856.66158				

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)
EMPREGADO FORMAL / VENDEDOR DE COMERCIO VAREJISTA

===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]=====

Em caso de urgência avisar		Acomodação/Leito
ANTONIA		222/3
Tipo de Acomodação	Clínica	Posto de Enfermagem
ENFERMARIA	CLÍNICA CIRÚRGICA	POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: maria	Data: 04/07/2020	Hora: 16:32:52
		Tempo: 00:08:54

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

ANTONIA MARIA DA SILVA, abaixo assinado, responsável pelo paciente JAILTON DA SILVA GOMES, 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 julho de 2020

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

=== [INTERNAÇÃO] ===
Número Data Hora Convênio/Plano
202021002638 04/07/2020 16:23 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
0408050497 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATU

=== [ACOMODAÇÃO] ===
Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
222/3 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

=== [PACIENTE] ===
Nome Sexo
JAILTON DA SILVA GOMES MASCULINO
Nascimento Idade Religião Registro
26/11/1986 33 Anos NÃO INFORMADO 202002570002231

=== [DADOS DA ALTA] ===
Diagnóstico Principal
S930 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO
Procedimento Realizado
0408050497 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATU
Data Hora Motivo
08/07/2020 16:00 ALTA MELHORADO

=== [DECLARAÇÃO] ===
O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente JAILTON DA SILVA GOMES, 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 julho de 2020

Responsável/
Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: lilianbaia

Data: 08/07/2020 Hora: 16:01:26

ALTA HOSPITALAR

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
202021002638 04/07/2020 16:23 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante Médico Responsável
CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO - 4078 CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO - 4078
Procedimento Solicitado
0408050497 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATU

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
222/3 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
JAILTON DA SILVA GOMES MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
26/11/1986 33 Anos NÃO INFORMADO 2456199 202002570002231

===[RESERVA/AUTORIZAÇÃO]=====

Reserva: _____ Autorização: _____

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

[] Nebulização [] Ecografia [] Eletrocardiograma
[] Fisioterapia [] Hemoterapia [] Laboratório
[] Nutrição Enteral [] Nutrição Parenteral [] Órteses e Próteses
[] Raio-X [] Tomografia Computadorizada

===[DIAGNÓSTICO/PROCEDIMENTO]=====

_____ CID10 []

_____ Código []

===[ALTA]=====

Data Hora Motivo
10/07/2020 16:00 Alta medicada

===[MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ALTA]=====

ASSINATURA

CRM/CARIMBO

Usuário responsável:

Data: Hora:

HOSPITAL
FERNANDES TAVORA

www.hospitalfernandes-tavora.com.br

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Nome do paciente:

Nº Inscrição:

Cirurgião:

Anestesiologista:

Assistente:

Enfermeiro:

Assistente:

Assistente:

Assistente:

Assistente:

Assistente:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Tipo de Operação/ Código:

Exame Radiológico Pós-Operatório:

Exame Radiológico no ato:

Acidente e Incidentes:

Acidente e Incidentes:

Acidente e Incidentes:

Acidente e Incidentes:

Acidente e Incidentes:

Acidente e Incidentes:

Acidente e Incidentes:

Acidente e Incidentes:

Acidente e Incidentes:

Acidente e Incidentes:

Acidente e Incidentes:

Acidente e Incidentes:

Acidente e Incidentes:

Acidente e Incidentes:

Acidente e Incidentes:

Acidente e Incidentes:

Acidente e Incidentes:

Acidente e Incidentes:

Acidente e Incidentes:

Acidente e Incidentes:

Acidente e Incidentes:

Acidente e Incidentes:

Acidente e Incidentes:

Acidente e Incidentes:

Acidente e Incidentes:

Acidente e Incidentes:

Assinatura de Compressas:

Início da Cirurgia

Término da Cirurgia

Início do Oxigênio

Término do Oxigênio

Duração da Anestesia (Total de Minutos)

Anestesia Ocorrências Principais

Duração da Cirurgia

Duração da Anestesia

Minutos e Segundos

Classificação da Cirurgia

LIMPA

POL. CONTAMINADA

CONTAMINADA

INFECTADA

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesiologista

Dr. Marcelo Marques Dantas
Anestesiologista
CRMCE 2021
CPF: 045.085.213 - 04



**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

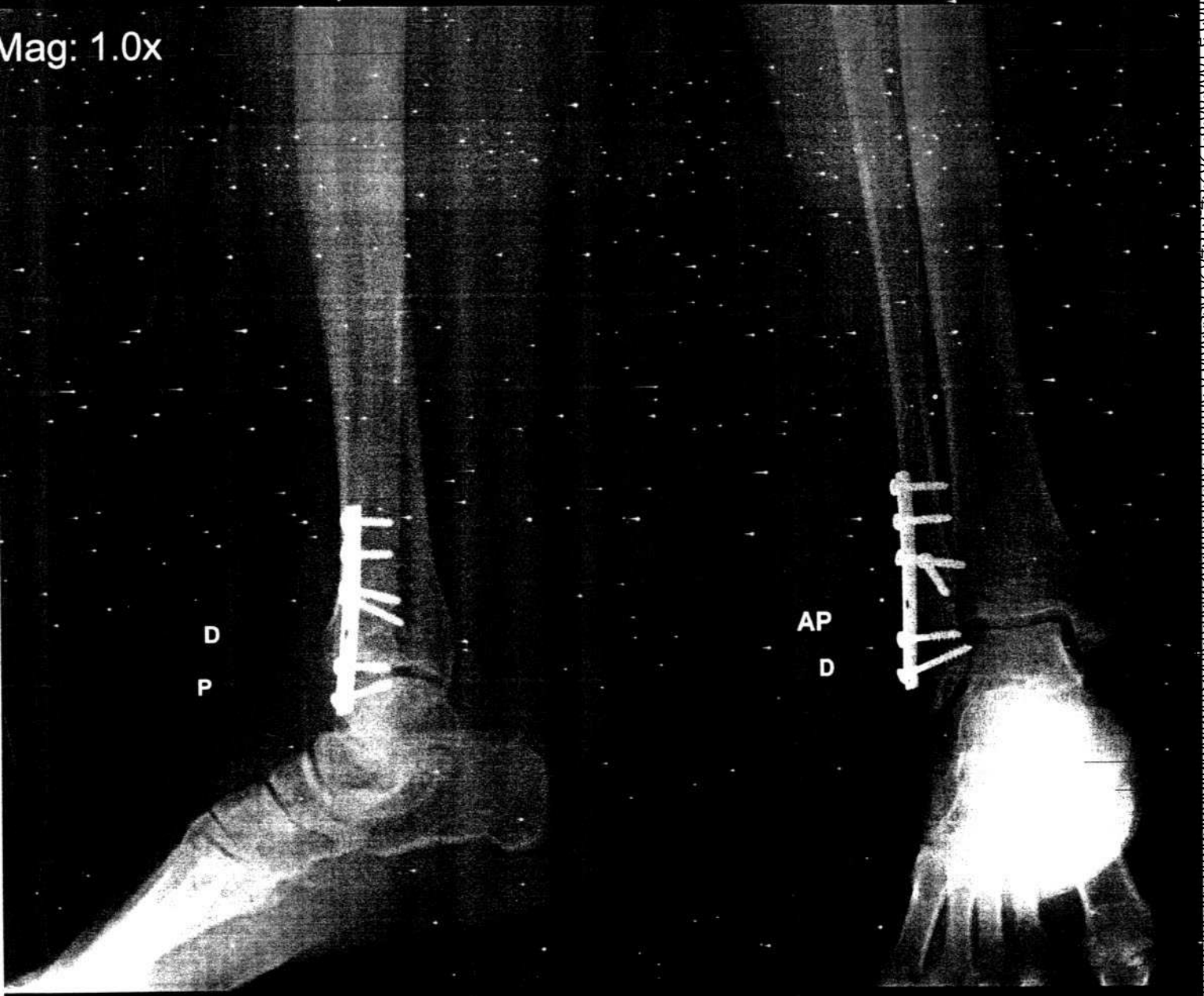
Instituto Clínico de Fortaleza S/A 1.000
Av. Francisco Sá, 5445 - Alameda Weyne - Fortaleza - CE
CEP 60.210-002 - Fone/Fax: (85) 22.8.2000
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@ig.com.br

Data: 11/11/2021

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: <u>Antônio da Silva Junior</u>																																																																																																																																																																																	
Nº Prontuário: <u>123456</u>			Nº Controle: <u>789012</u>			Enf./		Leito:																																																																																																																																																																									
Cirurgião: <u>Dr. João da Silva</u>			Tempo de Sala: <u>1h</u>			Tempo de Oxigênio: <u>1h</u>																																																																																																																																																																											
IDADE	PESO	ALTURA	SEXO	TEMP	PULSO	RESP	PR. ATM		MAX. ATM																																																																																																																																																																								
							URÉIA		URINA																																																																																																																																																																								
TIPO SANGÜÍNEO		HEMACIAS		HEMOGLOBINA		HEMATÓCRITO		GLICEMIA																																																																																																																																																																									
<u>O+</u>		<u>4.5</u>		<u>14 g/dl</u>		<u>44%</u>		<u>10 mg/dl</u>																																																																																																																																																																									
Ap. Respiratório: <u>Normal</u>					Ap. Circulatório: <u>Normal</u>																																																																																																																																																																												
Ap. Digestivo: <u>Normal</u>					Dentes: <u>Presença</u> / <u>Presença</u>																																																																																																																																																																												
Ap. Urinário: <u>Normal</u>					Risco: <u>1</u>																																																																																																																																																																												
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Asma</u>																																																																																																																																																																																	
Anestésias Anteriores: <u>Sim</u> / <u>Sim</u> / <u>Sim</u>																																																																																																																																																																																	
Medicação Pré-Anestésica: <u>Pre-medicação</u>					Aplicada as: <u>8h</u> / <u>8h</u>																																																																																																																																																																												
Efeito: <u>Calor</u>																																																																																																																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Agentes Anestésicos</th> <th colspan="2">Líquidos</th> <th colspan="2">INDUÇÃO</th> <th colspan="2">MANUTENÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Satisf.</td> <td>Excit.</td> <td>Tosse</td> <td>Laríngeospasmo</td> <td>Náuseas</td> <td>Vômitos</td> <td>Outros</td> <td></td> </tr> <tr> <td>☒</td> <td>☒</td> <td>☒</td> <td>☒</td> <td>☒</td> <td>☒</td> <td>☒</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Agentes Anestésicos		Líquidos		INDUÇÃO		MANUTENÇÃO		Satisf.	Excit.	Tosse	Laríngeospasmo	Náuseas	Vômitos	Outros		☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒																																																																																																																																																	
Agentes Anestésicos		Líquidos		INDUÇÃO		MANUTENÇÃO																																																																																																																																																																											
Satisf.	Excit.	Tosse	Laríngeospasmo	Náuseas	Vômitos	Outros																																																																																																																																																																											
☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒																																																																																																																																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">CÓDIGO</th> <th colspan="2">P. Arterial</th> <th colspan="2">P. Pulso</th> <th colspan="2">P. Respiração</th> <th colspan="2">Anestesia</th> <th colspan="2">Operação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>260</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>240</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>220</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>200</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>180</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>160</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>140</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>120</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										CÓDIGO		P. Arterial		P. Pulso		P. Respiração		Anestesia		Operação		260												240												220												200												180												160												140												120												100												80												60												40												20											
CÓDIGO		P. Arterial		P. Pulso		P. Respiração		Anestesia		Operação																																																																																																																																																																							
260																																																																																																																																																																																	
240																																																																																																																																																																																	
220																																																																																																																																																																																	
200																																																																																																																																																																																	
180																																																																																																																																																																																	
160																																																																																																																																																																																	
140																																																																																																																																																																																	
120																																																																																																																																																																																	
100																																																																																																																																																																																	
80																																																																																																																																																																																	
60																																																																																																																																																																																	
40																																																																																																																																																																																	
20																																																																																																																																																																																	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES																																																																																																																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">POSICÃO</th> <th colspan="2">AGENTES</th> <th colspan="2">TÉCNICA</th> <th colspan="2">CIRURGIÃO</th> <th colspan="2">ANESTESIAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										POSICÃO		AGENTES		TÉCNICA		CIRURGIÃO		ANESTESIAS																																																																																																																																																															
POSICÃO		AGENTES		TÉCNICA		CIRURGIÃO		ANESTESIAS																																																																																																																																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">TEMPO DE ANESTESIA</th> <th colspan="2">Das</th> <th colspan="2">hrs</th> <th colspan="2">hrs</th> <th colspan="2">Minutos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										TEMPO DE ANESTESIA		Das		hrs		hrs		Minutos																																																																																																																																																															
TEMPO DE ANESTESIA		Das		hrs		hrs		Minutos																																																																																																																																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Anestesia</th> <th colspan="2">Sim</th> <th colspan="2">Não</th> <th colspan="2">Despertar</th> <th colspan="2">Reflexos na S.O.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Anestesia		Sim		Não		Despertar		Reflexos na S.O.																																																																																																																																																															
Anestesia		Sim		Não		Despertar		Reflexos na S.O.																																																																																																																																																																									

Mag: 1.0x



CR-CLASSIC PRAXIS IMAGEM/ HOSPITAL FERNANDES TAVORA
Ex: JAILTON DA SILVA GOMES
LATERAL 033Y M 301202038005690
Se: 2/2 Acc:
m: 1/1 2020 Oct 03

FOOT

Mag: 1.0x

AP
E

P
E

W:3755 L:1016



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

P/ Jailton da Silva Gomes.

P/ HFT

Autorizo liberação de
cópia do prontuário
deste paciente.
//

30/07/2021

Dr. Josafá Fernandes
Traumato - Ortopedista
CREMEC 5253

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.hospitalfernandestávora.com.br
E-mail: hospitalfernandestávora@gmail.com

MODELO 4

RECEITUÁRIO SIMPLES

PACIENTE

Nome: JAILTON DA SILVA GOMES
Idade: 33 ano(s)
Endereço: RUA TOCANTINS, 1045 - JARDIM IRACEMA - FORTALEZA
R

USO ORAL

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

FORTALEZA/CE, 6 de Julho de 2020

Francisco Josafa Fernandes
CRM/CE 5253

RECEITUÁRIO SIMPLES

PACIENTE

Nome: JAILTON DA SILVA GOMES
Idade: 33 ano(s)
Endereço: RUA TOCANTINS, 1045 - JARDIM IRACEMA - FORTALEZA
R

USO ORAL

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

FORTALEZA/CE, 6 de Julho de 2020

Francisco Josafa Fernandes
CRM/CE 5253

Imativo de 2/2 dias
Há 10 dias
Fotografar os pontos com 15 dias
Fotografar 30/07/20 às 7h.
Fotografar 27/08/20 às 7h.
Fotografar 10/10/20 às 7h (Rx
dos 2 fotografados) e do pd E

dos 2 fotografados) e do pd E



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Julien da Silva Gomes

Via oral
① Nimulide comp 1 comp. de 12/12h 10x

08/10/20.

[Signature]
Dr. Josafá Fernandes
Traumatologia - Ortopedia
CREMEC 525.7

Instituto Clinico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sa, 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

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO que o Segurado

Gomes

portador da Carteira Profissional N°

Serie

, necessita de

por extenso

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Proteção de membros de pé e

HFT

08/10/20

Hospital ou Ambulatório

Localidade e Data

Dr. Josafá Fernandes
Traumatologia - Ortopedia
CREMEC 5253

Dr. Josafá Fernandes
Traumatologia - Ortopedia
CREMEC 5253

Ass. do Médico - CRM N°

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto N° 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

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

MODELO 9

SINISTRO 3200415333 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JAILTON DA SILVA GOMES**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO JAILTON DA SILVA GOMES**CPF/CNPJ:** 01167039386**Posição em 20-01-2021 13:21:44**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
04/01/2021	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50