



Daniel Farias Porto
Advocacia

PROCURAÇÃO
"AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: FRANCISCO DE ASSIS DA ROCHA AUVES
 RG: 96002256260 SSP CE
 CPF: 620 25 490 330
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Estado Civil: SOLTEIRO
 Profissão: PINTOR
 Residente: RUA MARIO LANZA
 Cidade: FORTALEZA Estado: CEARA CEP: 60821795
 Telefone: _____

OUTORGADO: DR. DANIEL FARIAS PORTO, brasileiro, divorciado, advogado, OAB-CE nº 20334 e Dra. ALESSANDRA ERIKA MAIA BARROS, solteira, advogada, OAB – CE nº 21113, com escritório na cidade de Fortaleza-Ce, Avenida Santos Dumont, nº 304, Sala 402, Centro, CEP 60160-150 Fone: (85) 30478110.

Pelo presente instrumento particular de **PROCURAÇÃO**, o **outorgante** nomeia e constitui seu bastante procurador o **outorgado**, para o fim especial de agir judicialmente em ação de seu interesse, a fim de defender seus direitos perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ou respondendo ação judicial de **SEGURO DPVAT**, em que o **outorgante** figure em qualquer dos pólos, podendo responder, receber e levantar alvará judicial ou guia de retirada, reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim convier, praticando todos os atos necessários ao satisfatório desempenho deste mandato dando tudo por firme e valioso.

Fortaleza, 11 de SETEMBRO de 2018

* FCO: ASSIS DA ROCHA AUVES

 OUTORGANTE

Avenida Santos Dumont, nº 304, Sala 402, Centro, CEP 60.160-150, Fortaleza, Ceará.
 TEL (85) 3047.8110/oi (85) 989334070/tim(85)99713441
 danielfportoadvogado@gmail.com



Daniel Farias Porto
Advocacia

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: FRANCISCO DE ASSIS DA ROCHA ALVES
CPF: 62025490330
ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Advogado

Declaro para os devidos fins que sua atual condição econômica não permite demandarem juízo sem prejuízo do seu sustento próprio e da sua família, pelo que pede os benefícios da justiça gratuita previstos na **Carta Constitucional de 1988**, e mais precisamente, com fulcro no artigo 4º, caput da **Lei 1.060/50** (estabelece normas para a concessão da assistência judiciária aos necessitados), consorciado com o artigo 1º da **Lei 7.115** de 29 de agosto de 1983, indicando para o patrocínio de minha causa o advogado em **PROCURAÇÃO**.

Fortaleza – Ce, 11 de SETEMBRO de 2018

FRANCISCO DE ASSIS DA ROCHA ALVES
DECLARANTE



Daniel Farias Porto
Advocacia

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, FRANCISCO DE ASSIS DA ROCHA ALVES declaro para os devidos fins de direito, ser responsável (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e juntos ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, em desfavor de qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, exonerando o **Dr. DANIEL FARIAS PORTO – OAB/CE 20.334 e Dra. ALESSANDRA ERIKA MAIA BARROS – OAB/CE 21.113**, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza-Ce 11 de SETEMBRO 2018

FRANCISCO DE ASSIS DA ROCHA ALVES

DECLARANTE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

1409653530

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

FRANCISCO DE ASSIS DA ROCHA ALVES

DOC. IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF
 96002256260 SSPDS CE

CPF
 620.254.903-30 DATA NASCIMENTO
 19/07/1970

FILIAÇÃO
 JOSE CALIXTO ALVES
 JULIA EMILIA DA ROCHA ALVES

PERMISSÃO ACC CATHAR
 A

Nº REGISTRO
 00445721253 VALIDADE
 26/01/2022 1ª HABILITACAO
 22/06/1998

OBSERVAÇÕES
 A ;

Fco Dias do craxles
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 FORTALEZA, CE DATA EMISSAO
 31/01/2017

[Assinatura]
 RICHAR WASCANCELOS PORTE
 ASSINATURA DO EMISSOR 92484616891
 CE157862135

CEARÁ

PROIBIDO PLASTIFICAR

1409653530

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DANIEL FARIAS PORTO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/10/2018 às 10:45 , sob o número 01714122720188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0171412-27.2018.8.06.0001 e código 3E9FECB.



Nº de Inscrição:
336510170

DADOS DO CLIENTE

Nome: WILTON DE OLIVEIRA MARTINS
 End. Letreiro: RUA MARIO LANZA, 420, PARQUE MANIBURA
 Cidade: FORTALEZA
 CEP: 60071-735
 End. Entrega:
 Cidade:
 CEP:
 Local: 001 | Setor: 070 | Quadra: 0071 | Lote: 0121 | Comp: 0000
 Subsetor: 00 | Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen	Índice consumo (m³)
0143	0147-150071	443	459	11	7

DATAS

Leitura Atual: 03/02/2018 Emissão: 03/02/2018
 Leitura Anterior: 01/01/2018 Escalas Leitura: 01/01/2018
 Água: 3091165
 Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Estigides	0,13	0,33	12,3	0,03	0,11
Anelander	0,21	0,24	0,24	0,03	0,23
Em conformidade	50%	0,1%	1,1%	90%	0,2%

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 11 m³ | META: 10 m³.
 Constatamos debito de R\$ 58,74. Caso pago, desconsiderar.
 RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	
		Mês/Ano	Água (m³) Esgoto (m³)
0143	0,23	FEV 17	13 0
0143	0,33	MAR 17	11 0
0143	0,38	ABR 17	11 0
0143	0,41	MAY 17	10 0
0143	0,41	JUN 17	10 0
0143	0,41	JUL 17	10 0
0143	0,41	AUG 17	10 0
0143	0,41	SET 17	10 0
0143	0,41	OCT 17	10 0
0143	0,41	NOV 17	10 0
0143	0,41	DEZ 17	10 0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSIDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,32	VALOR DO SERVIÇO	10,14
COFINS	1,60	VALOR DO SUBSIDIO	14,62
		VALOR TOTAL A PAGAR	33,52

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
02/2018	01/03/2018	33,52

ONDE PAGAR SUA FATURA
 358299056107414 L 1084 H 11:23 14 R 090 P: 001
 Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: Pagfácil.
 A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative o este serviço. Consulte sua agência.

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
 Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou no ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 0800 275 0195. Site da ARCE: www.arce.gov.br.
 Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: www.arce.gov.br.



Fatura Mensal
 Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE 336510170114 1001
 inscrição: 11.174.11.11 Código de Responsável: _____ Mês/Ano: 02, 2018
 Local: 001 | Setor: 070 | Quadra: 0071 | Lote: 0121 | Comp: 0000
 Subsetor: 00 | Subquadra: 00
 Cidade: FORTALEZA Vencimento: 01/03/2018 Total (R\$): 33,52

8288000000 2 33620009000 9 0055191/901 3 000/1222015 1

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DANIEL FARIAS PORTO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/10/2018 às 10:45, sob o número 01714122720188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0171412-27.2018.8.06.0001 e código 3E9FECB.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 666 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **05/02/2018 14:07:48**
 Data / Hora da Ocorrência: **18/09/2017 16:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA EDSON BRASIL SOARES**
 Complemento:
 Bairro: **SAPIRANGA** Município: **FORQUILHA/CE**
 Ponto de Referência: **COLEGIO ARI DE SÁ**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO DE ASSIS DA ROCHA ALVES**
 Nascimento: **19/07/1970** CPF: **620.254.903-30**
 RG: **96002256260** Orgão Emissor: **SSP** UF: _____
 Filiação: **JULIA EMILIA DA ROCHA ALVES**
JOSÉ CALIXTO ALVES
 Endereço: **RUA MARTINS DE JESUS - 8554.72.79, 420**
 Bairro: **PARQUE MANIBURA**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.821-785**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98554-7279**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: HUZ3702 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2JC2501SRS44754 Renavam: 635550539 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 TITAN Ano Fabricação: 1995 Ano Modelo: 1995 Combustível: GASOLINA Cor: CINZA Proprietário: RITA MONICA VERAS FERREIRA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

QUE O DECLARANTE VINHA SOZINHO NA PILOTANDO A MOTO DE PLACAS HUZ3702 DE PROPRIEDADE DE RITA MONICA VERAS FERREIRA, QUE TRANSITAVA PELA AVENIDA EDSON BRASIL SOARES SENTIDO/ SAPIRANGA QUANDO UM CARRO SEM PLACAS ANOTADAS AVANÇOU A PREFERENCIAL E COLIDIU COM O DECLARANTE, QUE COM A COLISÃO O DECLARANTE CAIU E SE LESIONOU, QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA EM MESSEJANA ONDE A VITIMA RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____ **"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.:** _____

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: FRANCISCO DE ASSIS DA ROCHA ALVES

VISTO DO DELEGADO(A) : _____ **MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9**

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DANIEL FARIAS PORTO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 17/10/2018 às 10:45, sob o número 01714122720188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0171412-27.2018.8.06.0001 e código 3E9FECB.



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DANIEL FARIAS PORTO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/10/2018 às 10:45, sob o número 01714122720180060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pa/stadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do> informe o processo 0171412-27.2018.8.06.0001 e código 359FEFCB.

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA	2 - CNES: 25291143
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: INSTITUTO PRÁXIS	4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: FRANCISCO DE ASSIS DA ROCHA ALVES		PRONTUÁRIO:	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	8 - DATA NASCIMENTO: 09 19/07/1970	10 - RAÇA/COR	10.1 -
11 - NOME DA MÃE/PAI: JULIA EMILIA DA ROCHA ALVES		12 - TELEFONE DE CONTATO:	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL NI		14 - TELEFONE DE CONTATO:	
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, N°) MARTINS DE JESUS 420 -PARQUE MANIBURA			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: FORTALEZA	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: CE	19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS :
PACIENTE COM **FRATURA FEMUR** ,NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO .

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

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FX. FEMUR	24 - CID 10 PRINCIPAL:	25 - CID10 SECUNDÁRIO:
--	------------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TTO CIRURGICO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 060805059	
29 - CLÍNICA: TRAUMATO	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: EMERGENCIA	31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF	
32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:		33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		34 - DATA SOLICITAÇÃO: 19/10/2017	

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)


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


PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
 SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
 HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

REGISTRO EMERGÊNCIA **MATRÍCULA NO HOSPITAL**
 _____ **5080482**

PACIENTE: Francisca de Assis da Rocha Alves (Idade: 47 anos)
DATA OPERAÇÃO: 26/09/17 **ENFERMARIA:** _____ **LEITO:** _____
1º AUXILIAR: Leandro Quental
2º AUXILIAR: _____ **3º AUXILIAR:** _____ **INSTRUMENTADOR:** _____
ANESTESISTA: Dr. Scavo **TIPO DE ANESTESIA:** _____
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de fêmur de tíbia esquerda
Fratura de medula medular esquerda
TIPO DE OPERAÇÃO: Osteossíntese de tíbia e de fêmur (E)
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: 0 mm
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA: Não
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: Sim
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: Não

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCNICAS LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS

- 1) Ponte em DDH sob anestesia em CC.
- 2) Anestesia e antiespasmódico.
- 3) Anestesia de campos estírios.
- 4) Governando de MIE.
- 5) Incisão sobre medula medular + drenagem por phos.
- 6) Redução cruenta de medula medular + fixação com parafuso expansivo 3,5 mm.
- 7) Incisão sobre tórax distal anterior de punho esquerda + drenagem por phos.
- 8) Redução cruenta de fratura de fêmur de tíbia (E) + fixação com parafuso DCP 4,5 mm 7 phos e parafuso.
- 9) Estabilizado OK + Controle radiográfico OK.
- 10) Sutura por phos.
- 11) Curativo estéril.
- 12) A RPA

CONFERE COM ORIGINAL
26/09/17
Soedeno

Dr. Livio Costa
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM - RJ 15812 - RCP 19731

04.355.197/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
 Graf. HDEBO-SAME- Desc. Oper. 003
BARROS DE OLIVEIRA
 Av. Jornalista Tormaz Coelho, 1578
 Messejana - CEP: 60.864-810

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DANIEL FARIAS PORTO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/10/2018 às 10:45, sob o número 01714122720188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0171412-27.2018.8.06.0001 e código 3E9FECB.

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FRANCISCO DE ASSIS DA ROCHA ALVES

CAD/SUS

NOME MÃE JULIA EMILIA DA ROCHA ALVES ENDEREÇO RUA MARTINS DE JESUS 420 USB 84/ JORGE PQ MANIBURA CONTATO

NASCIMENTO 19/07/1970(47 ANOS) NOME RESPONSÁVEL NI MUNICÍPIO FORTALEZA

Nº DO PRONTUÁRIO 5080482 SEXO M RAÇA/COR PARCELA CE CEP NI

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA SAMU USB 84. REFERINDO DOR PERNA ESQUERDA APOS COLISÃO MOTOCICLETA/CARRO. ECG 15 SINTOMAS NI

MOTIVO AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA ESCALA DE DOR 4 (ADULTO)

PESO NI KG TEMPERATURA NI °C CLASSIFICAÇÃO AMARELO

PRESSÃO ARTERIAL 148/80 ALERGIAS NEGA

SINAIS VITAIS

SAT O2 97%

PULSO NI

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARA RACNELE ALVES DE SOUSA

ÁREA ATENDIMENTO

DE ATENDIMENTO - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

Handwritten signatures and notes in the main body of the form.

DIAGNÓSTICO

SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Large handwritten signature and notes in the prescription area.

ALTA/SAÍDA () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

Impresso por mara racnele alves de souza em 18/09/2017 17:08:42 Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no Penal.

Dr. Fco. Márcio Salmato de Almeida Ortopedia - Traumatologista CRM 4411

Handwritten signature of Dr. Fco. Márcio Salmato de Almeida.

Handwritten signature of Francisco de Assis da Rocha Alves.

CONFERE COM ORIGINAL

26/02/18

04.885.197/0012-05

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tornaz Coelho, 1578 Messejana - CEP: 60.864-810

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DANIEL FARIAS PORTO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/10/2018 às 10:45, sob o número 01714122720188060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0171412272018.8.06.0001 e código 3E9FE0B.



**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0
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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 21/10/17

Nome do paciente: Francisco de Assis da Rocha Alves	
Nº Prontuário: 2443346	Categoria:
Clínica: Cirúrgica	Leito:
Cirurgião: Dr. Jozafa	
Anestesista: Dra. Magaly	
Tipo de Anestesia: raquia	
1 Auxiliar:	
2 Auxiliar:	
3 Auxiliar:	
Instrumentadora: Alycia / Joana	
Circulante: Natiana	
Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura no fêmur E	
Código de Operação/ Código: Osteossintese 409050519	
Diagnóstico Pós-Operatório:	
Relatório Imediato do Patologista: Fratura de fêmur	
Exame Radiológico no ato:	
Acidente e Incidentes:	
Contagem de Compressas: <input checked="" type="checkbox"/>	

Início da Cirurgia 17:30	Término da Cirurgia 18:30	Duração do Cirurgia 01:00 hrs.
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: <input checked="" type="checkbox"/>
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

Magaly Marques Dantas
Enfermeira
CRP 340.164/17

Magaly Marques Dantas
Assinatura do Anestesista
CRM 2021
CPF 045.085.213-04

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DANIEL FARIAS PORTO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 17/10/2018 às 10:45, sob o número 01714122720188060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0171412-27.2018.8.06.0001 e código 3E9FECB.

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Procurado de ~~ASIS~~ ~~NO~~ ~~OS~~ ~~ALVES~~

vítima de acidente de trânsito, em 15/09/2017, sofreu:

Fratura da femur ES
Fratura das pernas ES
CID- S 72.3 S82.2

e submeteu-se a tratamento(s):

cirurgias
fisioterapia
medicação
e fisioterapia das pernas

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente, com grau de incapacidade funcional irreversível de:

CICOM do CATA ES e
pernas esquerda

Dois desconforto no andar
função diminuída, marcha
claudicante e uso de
muletas para locomoção
no ACESSO, com perda de
funcional. Perda de
OBS: medida de fim de

2018/06/18

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
CREMEC 4411

Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DANIEL FARIAS PORTO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/10/2018 às 10:45, sob o número 01714122720188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0171412-27.2018.8.06.0001 e código 3E9FECB.



**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: anna.carvalho - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA 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	704302588040491 - FRANCISCO DE ASSIS DA ROCHA ALVES 
NOME DA MÃE	JULIA EMILIA DA ROCHA ALVES
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	5533054
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	19/07/1970 - 47 anos
SEXO	MASCULINO
NOME DO RESPONSÁVEL	O PRÓPRIO
TELEFONE DO RESPONSÁVEL	(85) 999582959
ENDEREÇO	RUA: MARTINS DE JESUS, Nº 420
BAIRRO	PARQUE MANIBURA
ESTADO DE RESIDÊNCIA	CEARA
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	FORTALEZA
Plantonista	
MÉDICO	04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA
TELEFONE PARA CONTATO	(85) 32555000
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	PACIENTE SERÁ TRANSFERIDO PARA: INSTITUTO PRÁXIS
Solicitação	
NÚMERO	12600072210
SITUAÇÃO	SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO
CENTRAL DE REGULAÇÃO	23044021 - FORTALEZA
DATA - HORA	19/10/2017 - 11:52
PROFISSIONAL	04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0408050519- - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
PROCEDIMENTO REALIZADO	
CLÍNICA	13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
CLÍNICA COMPLEMENTAR	
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	4 - URGÊNCIA
Justificativa da internação	
DIAGNÓSTICO INICIAL	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	S723 - Fratura da diáfise do fêmur

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO**DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS****PRINCIPAIS SINAIS E
SINTOMAS CLÍNICOS**

PACIENTE COM FRATURA DE FÊMUR,
NECESSITANDO DE TRATAMENTO
CIRÚRGICO DEFINITIVO

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM
A INTERNAÇÃO**

RISCO DE COMPLICAÇÃO E AGRAVOS
PACIENTE SERÁ TRANSFERIDO PARA:
INSTITUTO PRÁXIS

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE
PROVAS DIAGNÓSTICAS**

ANAMNESE+EXAMES COMPLEMENTARES

Causas externas**DEFINIÇÃO DO ACIDENTE**

1 - NÃO SE APLICA

Voltar

Caso deseje cancelar a solicitação de internação você pode:

Cancelar solicitação

Caso deseje acessar as ocorrências da solicitação você pode:

Acessar ocorrências

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

===[ADMISSÃO]=====

Número Data Hora Convênio Classificação
201721003026 19/10/2017 15:12 PRAXIS RUE - SMS
Caráter de Atendimento SISREG AIH
ELETIVO
Origem do Paciente Clínica/Especialidade
IJF CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Médico Solicitante Médico Responsável
5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO 5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO
Procedimento Solicitado Dias
0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]=====

Nome Sexo
FRANCISCO DE ASSIS DA ROCHA ALVES MASCULINO
Nascimento Idade Raça/Cor Estado Civil Religião
19/07/1970 47 Anos SEM INFORMAÇÃO SOLTEIRO(A) NÃO INFORMADO
Mãe Pai
JULIA EMILIA DA ROCHA ALVES JOSE CALIXTO ALVES
Conjuge Responsável Prontuário
FRANCISCO DE ASSIS DA ROCHA ALV 2443346
CNS Registro Documento Informado
704302588040491 201702570003240 RG: 96002256260
País Município de Naturalidade CEP
BRASIL FORTALEZA/CE 60821-815
Município de Residência Logradouro
FORTALEZA/CE RUA MARTINS DE JESUS
Número Complemento Bairro
420 PAQUE MANIBURA
Fone Móvel Fone Fixo Ponto de Referência
(85)9863.85707
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)
EMPREGADO INFORMAL / PINTOR DE OBRAS

===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]=====

Em caso de urgência avisar Acomodação/Leito
LUCIA 223/2
Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: ingridandrade Data: 19/10/2017 Hora: 15:18:26 Tempo: 00:05:40

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

FRANCISCO DE ASSIS DA ROCHA ALVES, abaixo assinado, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao seu diagnóstico, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 19 de outubro de 2017

RESPONSÁVEL *F. de Assis da Rocha Alves*

TESTEMUNHAS

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DANIEL FARIAS PORTO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/10/2018 às 10:45, sob o número 01714122720188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0171412-27.2018.8.06.0001 e código 3E9FECB.

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

=== [INTERNAÇÃO] ===
Número Data Hora Convênio/Plano
201721003026 19/10/2017 15:12 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
0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

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

=== [PACIENTE] ===
Nome Sexo
FRANCISCO DE ASSIS DA ROCHA ALVES MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
19/07/1970 47 Anos NÃO INFORMADO 2443346 201702570003240

=== [DADOS DA ALTA] ===
Diagnóstico Principal
S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR
Procedimento Realizado
0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
Data Hora Motivo
23/10/2017 12:13 ALTA MELHORADO

=== [DECLARAÇÃO] ===
O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente FRANCISCO DE ASSIS DA ROCHA ALVES, 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), 23 de outubro de 2017

Responsável/ Representante Legal X José WEBERSON MARTINS ALVES WEBERSON
Nome Legível Assinatura
Enfermeira(o) Responsável pela Liberação Rayssa C. Fernandes
Nome Legível Assinatura Carimbo
Assinatura Carimbo
Enfermeira
COREN 142.038

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Carta nº: 13180150

A/C: FRANCISCO DE ASSIS DA ROCHA ALVES

Nº Sinistro: 3180155792
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS DA ROCHA ALVES
Data do Acidente: 18/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CLAUDINEIDE DOS SANTOS COSTA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCO DE ASSIS DA ROCHA ALVES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001977

Conta: 0000041310-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00261/00262 - cartã_15R - INVALIDEZ

00030131

