

PROCURAÇÃO

Outorgante(s):

Nome: Raimunda Nonata de Araújo dos Santos

Nacionalidade: brasileira Estado Civil: casada

RG: 97002551082 Órgão Emissor: SSP-CE Data da Emissão: 09.11.2015

CPF: 833.991.943-15 Profissão: aux de serviços gerais

Endereço: Rua Brejo Santo, 197

Bairro: Quajuru Cidade/UF: Caucaia-CE CEP: 01.652-580

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 judícia 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 fevereiro de 2019.

x Raimunda Nonata de Araújo dos Santos

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante: <u>Raimunda Menata de Araújo dos Santos</u>		
Nacionalidade: <u>brasileira</u>	Estado Civil: <u>casada</u>	
RG: <u>97002551082</u>	Órgão Emissor: <u>SSP-CE</u>	Data da Emissão: <u>09.11.2015</u>
CPF: <u>833.991.943-15</u>	Profissão: <u>aux. de serviços gerais</u>	
Endereço: <u>Rua Brjo Santo, 197</u>		
Bairro: <u>Guajem</u>	Cidade/UF: <u>Caucaia - CE</u>	CEP: <u>61.652-580</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 n°. 1.060/50, carecendo, pois, dos auspícios da GRATUIDADE DE JUSTIÇA para promover Ação de Indenização e/ou Cobrança.

Fortaleza, 13 de FEVEREIRO de 2019.

Raimunda Menata de Araújo dos Santos

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), ressalvando os honorários de sucumbências.

Fortaleza, 13 de FEVEREIRO de 2019.

Ciente:

Raimunda Menata de Araújo dos Santos

Nº DO CLIENTE
518487

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 20 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Wicleverton, 150
CEP 60200-040 / Fortaleza - CE
CNPJ 07.047.229/0001-70 | CEF 08.105.048-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE 3-4 | N° 557371834

Rota: 07 22005 12 491500 0

Nome: FRANCISCA LEANDRO DOS SANTOS

Data de Emissão: 10/01/2019

End. Postal: BREJO SANTO 00197
QUAJERU - CAUCAIA -

Medidor: 12090332

Classe: B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFÁSICO Poste: 1170 Z47W

RG/CPF/CNPJ: 170115153-72

Nome do Responsável: CGF

DADOS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2019	10/01/2019	17/02/2019

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja o desempenho técnico desta conta:

Conjunto	Mês	Padrão Individual	Agrupamento Individual
		Manual	Téc. Anual
DIC	2,15	2,15	2,15
FIC	1,00	1,00	1,00
DMIC	1,00	1,00	1,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
SINCRONIZADO COM O CADASTRO DE IMÓVEIS DA REDE

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo kWh	Custo Unit. kWh	Custo Total	Tarifa (R\$/kWh)	Valor R\$
1290	1280	10	0,00	0,00	0,00	0,00

DESCRIÇÃO

VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS
MULTA MORATORIA REF 10/2018
JUROS DO MÊS
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL
DOAÇÃO IPREDE - TEL 85 3194 7707
195,76
4,25
0,21
39,70
18,00

VENCIMENTO 04/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 249,92

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)
Energia Consumida	195,76
Impostos e Taxas	4,25
Outros	0,21
Total	200,22

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Ano	Consumo kWh	Valor R\$
Jan	2018	10	0,00
Fev	2018	10	0,00
Mar	2018	10	0,00
Abr	2018	10	0,00
Mai	2018	10	0,00
Jun	2018	10	0,00
Jul	2018	10	0,00
Ago	2018	10	0,00
Sep	2018	10	0,00
Out	2018	10	0,00
Nov	2018	10	0,00
Dez	2018	10	0,00

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compõe sua emissão pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg CO ₂	Compensado kg CO ₂	Consciência Ecológica (%)
105,41	0,00	0

INFORMAÇÕES PARA EVITAR CASOS DE VENCIMENTO

O cliente deve pagar a conta antes da data de vencimento para evitar o corte de energia.

Para mais informações sobre tarifas e serviços, consulte o site da Companhia Energética do Ceará ou ligue para 0800 00 00 00.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: <u>Raimunda Nonata de Araújo dos Santos</u>		
Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	Estado Civil: <u>casada</u>	
RG: <u>97002501082</u>	Órgão Emissor: <u>SSP-CE</u>	Data da Emissão: <u>09.11.2015</u>
CPF: <u>833.991.943-15</u>	Profissão: <u>aux. de serviços gerais</u>	
Endereço: <u>Rua Brás Santo, 197</u>		
Bairro: <u>Guajem</u>	Cidade/UF: <u>Cancaia - CE</u>	CEP: <u>61.652-580</u>

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, 13 de fevereiro de 2019.

Raimunda Nonata de Araújo dos Santos

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declarante: <u>Raimunda Nonata de Araújo dos Santos</u>		
Nacionalidade: <u>brasileira</u>	Estado Civil: <u>casada</u>	
RG: <u>97002551082</u>	Órgão Emissor: <u>SSP-CE</u>	Data da Emissão: <u>09.11.2015</u>
CPF: <u>833.991.943-15</u>	Profissão: <u>aux. de serviços gerais</u>	
Endereço: <u>Rua Brás Santo, 197</u>		
Bairro: <u>Guajuru</u>	Cidade/UF: <u>Caucaia - CE</u>	CEP: <u>61.652-580</u>

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, 13 de fevereiro de 2019.

Raimunda Nonata de Araújo dos Santos



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3391 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **06/08/2018 10:50:13**
Data / Hora da Ocorrência: **15/04/2018 06:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA TUPI C/ RUA PORTO VELHO**
Complemento:
Bairro: **JOAO XXIII** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **ESQ DA FGF**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS**
Nascimento: **22/10/1976** CPF: **739.707.513-49**
CNH: **01917721600** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA LEANDRO DOS SANTOS**
FRANCISCO DE ASSIS DOS SANTOS
Endereço: **RUA BREJO SANTO , 197**
Bairro: **JUREMA**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP: **61.652-580**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98779-6742**

Nome: **RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS**
Nascimento: **29/12/1979** CPF: **833.991.943-15**
RG: **97002551082** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA LEDA DE ARAUJO**
JOSÉ MARIA DE ARAUJO
Endereço: **RUA BREJO SANTOS, 197**
Bairro: **JUREMA**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP: **61.652-580**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99437-5135**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORU4394** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:
9C2KD0550DR131727 Renavam: **565171291** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **CARLOS ROBERTO F DOS SANTOS** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE(PILOTO E VITIMA) QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA ORU-4394-CE E A OUTRA VITIMA NA SITUAÇÃO DE GARUPEIRA(RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS); QUE TRAFEGAVA PELA RUA PORTO VELHO; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO SENTIDO CONTRARIO DA VIA E AO TENTAR EFETUAR UMA CONVERSAO A ESQUERDA NA VIA, OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVAM AS VITIMAS NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, AS VITIMAS FORAM AO SOLO E FICARAM LESIONADAS; QUE, AS VITIMAS FORAM SOCORRIDAS PELO SAMU SENDO LEVADAS PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO. E NADA MAIS DISSE.//
OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

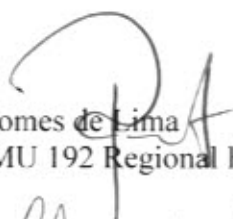
DECLARAÇÃO

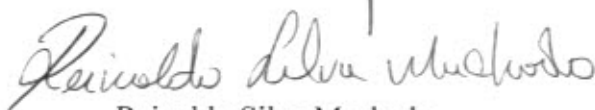
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. **Raimunda Nonata de Araújo dos Santos**, no dia **15/04/2018**, às **08h10min**, na **Rua Porto Velho c/ Rua Tupi**, no **Bairro João XXIII**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P280448/2018**.

Fortaleza, 25 de julho de 2018.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

TERMO DE ENTREGA

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Conforme processo nº **P280448/2018**, estamos entregando a Sra. **Raimunda Nonata de Araújo dos Santos**, CPF: **833.991.943-15**, cópia do Prontuário de Atendimento realizado pelo SAMU 192 Regional Fortaleza, no dia **15/04/2018**.

Fortaleza, 25 de julho de 2018.

Atenciosamente,



Francisco Rômulo Sampaio Lira
Diretor Médico - SAMU 192
Regional Fortaleza
CPF: 623.995.433-00 - RG: 36920-1

Dr. Francisco Rômulo Sampaio Lira
Coord. do Setor Médico do SAMU 192 Regional Fortaleza.

Nome do solicitante: _____

Assinatura: _____

CPF: _____ Data do recebimento: ____/____/____



P-280448/2018

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 093: 91 PONTO DE APOIO: Hosp. mulher Nº DA OCORRÊNCIA: 0156
DATA: 15/04/18 TURNO: MT EQUIPE: Luizakima + Jaqueline
NOME: 2ª dona Nomada de Araújo dos Santos IDADE: 38 SEXO: Fem
ENDEREÇO: Porto velho y tupy
REFERÊNCIA: BAIRRO: 2000 x x III
QTY: QUS: 08:10 QUY: 08:58 QUU:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: 1 colisão carro - moto.

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

EXPANSÃO TORÁCICA

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

☒ RESPONSIVO
☐ NÃO RESPONSIVO

☐ PRESENTE
☐ AUSENTE

☐ PRESENTE
☐ AUSENTE

☐ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS

POR:

A
Vital SinaisPADRÃO
RESPIRATÓRIO

INSPEÇÃO

PALPAÇÃO / PERCUSSÃO

AUSCULTA

B
Respiração

☒ EUPNEICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/ AUSENTE

☐ NORMAL
☐ ALTERADA: _____

☐ NORMAL
☐ ALTERADA: _____

☐ NORMAL
☐ ALTERADA: _____

C
Circulação

PULSO

PELE

ENCHIMENTO
CAPILARSANGRAMENTO
EXTERNO

☒ NORMOCÁRDICO ☒ CHEIO
☐ TRAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME
☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL

☒ CORADA ☐ SUDOREICA
☐ PÁLIDA ☒ SECA
☐ CIANÓTICA ☐ QUENTE
☐ FRIA

☐ ≤ 2 seg
☐ > 2 seg

☐ SIM
☐ NÃO

LOCAL:

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

D
Neurológico

ABERTURA OCULAR

RESPOSTA VERBAL

RESPOSTA MOTORA

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

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

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

TOTAL: 15

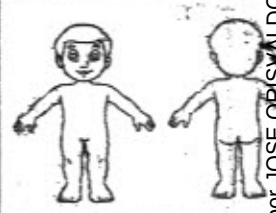
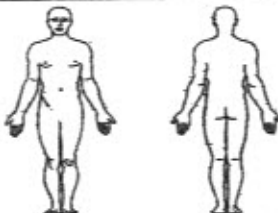
PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

E
Exposição

ADULTO

LESÕES

PEDIÁTRICO



SAMPLA

FC: 98 PA: FR: 20 GLIC.: OXIM.: 98% TEMP.:

Consciente, orientada, vítima de colisão carro
moto. Repre do no mte (automa do joelho)
edema na hemiface ed., suga cíncope



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à 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:
2 | 5 | 2 | 9 | 1 | 4

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

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS**

PRONTUÁRIO :
5558620

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
705200468546875

8 - DATA NASCIMENTO:
29/12/1979

09-SEXO
() M () F

10-RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE/PAI
FRANCISCA LEDA DE ARAUJO

12 - TELEFONE:

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
NI

14 - TELEFONE DE CONTATO:

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO)
BREJO SANTO 197 -MARECHAL RONDON -JUREMA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
CAUCAIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:
CE

19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

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

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

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:
FX.TRANSTROCANTERICA DE FEMUR

24 - CID 10 PRINCIPAL:
S722

25 - CID10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
04080

29 - CLÍNICA:
TRAUMA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
EMERGENCIA

31 - DOCUMENTO:
() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

34 - DATA SOLICITAÇÃO:
03/05/2018

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

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:

40 - Nº DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

42 - CNPJ DA EMPRESA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - 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



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

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600083975
NÚMERO DA AIH: 2318102216738

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 705200468546875 - RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 29/12/1979 - 38 anos

NOME DA MÃE: FRANCISCA LEDA DE ARAUJO

NOME DO RESPONSÁVEL: RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS

ENDEREÇO: RUA BREJO SANTOS, Nº 197 - JUREMA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230370 - CAUCAIA

UF:

SEXO: FEMININO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 32594303

BAIRRO: MARECHAL RONDON

CEP: 61652580

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S722 - Fratura subtrocanterica

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050632-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

CARATER DA INTERNAÇÃO: INTERNAÇÃO EM AIH DE ALTA COMPLEXIDADE

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 170156166780008 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 03/05/2018 - 09:13 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 17/05/2018 - 09:10

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

=== [ADMISSÃO] ===

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201821001974	03/05/2018	11:28	PRAXIS	SEM CLASSIFICAÇÃO
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
0408050632 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA				4

=== [IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE] ===

Nome	Sexo		
RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS	MASCULINO		
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil
29/12/1979	38 Anos	PARDA	CASADO(A)
Mãe	Religião		
FRANCISCA LEDA DE ARAUJO	CATÓLICO (A)		
Conjuge	Responsável	Prontuário	
PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS	FRANCISCA LEANDRO DOS SANTOS	2445885	
CNS	Registro	Documento Informado	
705200468546875	201802570001939	RG: 97002551082	
País	Município de Naturalidade		CEP
BRASIL	MORRINHOS/CE		61600-004
Município de Residência	Logradouro		
CAUCAIA/CE	RUA BREJO SANTO		
Número	Complemento	Bairro	
197		MARECHAL RONDON (JUREMA)	
Fone Móvel	Fone Fixo	Ponto de Referência	
(85)3259.4303	(85)9877.18196		
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)			
EMPREGADO FORMAL / GUARDA-CIVIL MUNICIPAL			

=== [CONTATO/ACOMODAÇÃO] ===

Em caso de urgência avisar	Acomodação/Leito
FRANCISCA LEANDRO DOS SANTOS - SOGRA	106702 235 1
Tipo de Acomodação	Clínica
OBSERVAÇÃO	CLÍNICA MÉDICA
Atendente: maria.nataly	Posto de Enfermagem
	EMERGÊNCIA
Data: 03/05/2018 Hora: 11:41:27 Tempo: 00:13:05	

=== [TERMO DE RESPONSABILIDADE] ===

FRANCISCA LEANDRO DOS SANTOS, abaixo assinado, responsável pelo paciente RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO 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), 03 de maio de 2018

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

Francisca Leandro dos Santos

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
201821001974 03/05/2018 11:28 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
0408050632 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
235/1 APARTAMENTO SIMPLES CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
29/12/1979 38 Anos CATÓLICO (A) 2445885 201802570001939

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

Diagnóstico Principal

Procedimento Realizado

0408050632 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

Data Hora Motivo

07/05/2018 16:02 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO 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), 07 de maio de 2018

Responsável/

Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)

Responsável

pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

Giovana Melo Rodrigues
Enfermeira
COREN 404617



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



UNISUS WEB - Unidade: UF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

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

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Atalho
 Acesso / Desconectar
 Operações

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE

705200468546875 - RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS

NOME DA MÃE

FRANCISCA LEDA DE ARAUJO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5558620

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

29/12/1979 - 38 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(85) 32594303

ENDEREÇO

RUA BREJO SANTOS, Nº 197 - JUREMA

BAIRRO

MARECHAL RONDON

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAUCAIA

Plantonista

MÉDICO

04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE SERA TRANSFERIDA PARA HOSPITAL DE APOIO INSTITUTO PRAXIS.

Solicitação

NÚMERO

12600083975

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

03/05/2018 - 09:13

PROFISSIONAL

04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050632 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

PROCEDIMENTO REALIZADO

CLÍNICA

13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

4 - INTERNAÇÃO EM AIH DE ALTA COMPLEXIDADE

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

5 - INTERNAÇÃO LOCAL

Justificativa da internação

DIAGNÓSTICO INICIAL

S722 - Fratura subtrocanterica

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM FRATURA TRANSTROCANTERICA DE FEMUR,NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS.

PRINCIPAIS RESULTADOS DE

MS-DATAUS
VERSÃO

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

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 06/2018

DATA: 06/2018

Num AIH: 231810221673-8

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 06/2018

Data de Emissão: 06/2018

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL

Órgão Emissor: M230440001

Lote:

Enfermaria: 0235 Leito: 000

Doc autorizador: 201700675690018 Doc med resp: 206633842350003 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 206633842350003

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

Paciente: RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS

CNS: 7052000

Data Nasc.: 29/12/1979 Sexo: FEMININO Nacionalidade: 10 - BRASIL

Prontuário: 2445885

Laudo:

Responsável pac.: RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS

Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 9700255

Endereço: BREJO SANTO, 197 - MARECHAL RONDON JUREMA

Nome da Mae: FRANCISCA LEDA DE ARAUJO

Município: 230370 - CAUCAIA

Raça/Cor: PARDA

UF: CE CEP: 61600-004 Telefone: (85)987

Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Diag. principal: S723-FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE

Diag. complementar:

Causa Obito:

Carater atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO

Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 03/05/2018 Data saída: 07/05/2018 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01: ✓

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

CNPJ do Empregador:

CNAER:

Vínculo com a previdência:

CB0:

==[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]==

Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmp	Descrição
1 04.08.05.051-9	206633842350003	1 225270	206633842350003	3969800	1 052018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2 04.08.05.051-9	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1 052018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3 07.02.03.091-0	09069959000158	0	09069959000158	3969800	✓ 1 052018 PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 M
4 04.08.05.066-7	206633842350003	1 225270	206633842350003	3969800	✓ 1 052018 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA
5 04.08.05.066-7	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	✓ 1 052018 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA
6 08.02.01.001-6		0	3969800	3969800	✓ 4 052018 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
7 04.01.01.001-5	206633842350003	0 225270	206633842350003	3969800	✓ 2 052018 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMEN
8 02.04.06.011-7	3969800	0	3969800	3969800	✓ 1 052018 RADIOGRAFIA DE COXA

==[VALORES DA PRÉVIA]==

Forma de Organização

+ Serv. Hospitalar + Serviço Profissional +
+ Direto + Direto + Rateado +
| Próprio Terceiro | Próprio Terceiro | Próprio Terceiro + Total

04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	64,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
04.08.05 MEMBROS INFERIORES	1.048,83	0,00	0,00	0,00	397,97	0,00	1.446,80
07.02.03 OPM EM ORTOPEDIA	296,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	296,13
08.02.01 DIARIAS	32,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,00
Total Geral:	1.441,76	0,00	0,00	0,00	397,97	0,00	1.839,73

==[DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES]==

Linha Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Registro ANVISA	CNPJ Fabricante
-------------------	-----------------	------	-------	-----------------	-----------------

3 21210 09.069.959/0001-58

Número de Nascidos

Número de Saídas

N. Pré-Natal

Vivos: 0 Mortos: 0

Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

Dr. Surama Elarrat
Médica Auditora
CREMEC 6175

ASSINATURA E CARIMBO



**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: 05/10/19

Nome do paciente:	Raimundo Nonato de Aguiar dos Santos
Nº Prontuário:	Categoria:
Clínica:	Leito:
Cirurgião:	Dr. João Fernandes
Anestesista:	Dr. João Aguiar
Tipo de Anestesia:	Relatório com Hemograma + Rastreio Respiratório
1 Auxiliar: -	
2 Auxiliar: -	
3 Auxiliar: -	
Instrumentadora:	
Circulante:	
Diagnóstico Pré-Operatório:	Fratura do fêmur esquerdo
Tipo de Operação/ Código:	415030013
Diagnóstico Pós-Operatório:	Fratura no fêmur E-408050549
Relatório Imediato do Patologista:	
Exame Radiológico no ato:	Lesão fragmentar no fêmur E-408050667
Acidente e Incidentes:	
Contagem de Compressas:	

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
13:00	14:30	1:30
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

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

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista

MODELO 8.0



Sra. Cláudia Carveiro Borges - Rubia
 Carveiro nasceu durante a Revolução
 e recebeu o nome de Cláudia
 De um dia para o outro
 do original
 Cachaça-CC de 2010
 Solista 61214 - 100% Alcool
 Ivanilda Rocha Franco Borges - Garçante
 Carlebo 614051 Total 15 2 36 Medias 1,3
 VALIDO SOMENTE COM O SELLO DE AUTENTICIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETTRAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 014140590830	
PLACA	COD. RENAVAM	BALDEO	DATA REGISTRO	2013	
PPT 01	565171291	00000000000	2013		
NOME					
CARLOS ROBERTO F. DOS SANTOS					
CAUCAIA					
CHP / DCMU		PLACA			
47231270397		ORU4594/CE			
PLACA ANT / UB		CHASSI			
/CE		CERD0350DR131727			
FAS/MOTOCICLO/MARCA/ANO					
HONDA/NXR150 PROS ES					
CAP / POT / CIL		CATEGORIA		COR PREDOMINANTE	
2P/OCV/149CC		PARTEIC		PRETA	
COTA LÔNICA		VENC. COTA LÔNICA		VENC. COTAS	
1		**		1	
2		**		2	
3		**		3	
PARCELAMENTO (COTA)		PARCELAMENTO (COTA)			
1		**			
2		**			
3		**			
PRESTO TABELÁRIO (R\$)		Km R\$		PRESTO TABELÁRIO (R\$)	
180.65		0.70		183.30	
OBSERVAÇÕES					
CAUCAIA					
LOCAL		DATA		09/07/2013	
CAUCAIA					

CÉDULA OBRIGATORIO DE DANOS E REPARACAO DE VEICULOS
 COM MOTORES DE VANTAGEM E REPARACAO DE VEICULOS
 TRANSFERENCIA DE VANTAGEM E REPARACAO DE VEICULOS

CE Nº 014140690840 - BILHETE DE SEGURO DPVAT
 1270387

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
 WWW.SEGURADORALIDER.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204
 014140690840 44060883416

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
 2018 09/07/2018

VEHICULO
 01 47231270387

MARCA/MODELO
 01 47231270387

ANO FABRICAÇÃO
 2013

PART 9C2KD0550DR131727

PRÊMIO TARIFÁRIO
 R\$ (R\$) 81,29
 DEBITAR (R\$) 9,03
 CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15
 POR (R\$) 0,70

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33
 TOTAL A SER PAGO (R\$) 185,50

DATA DE QUITAÇÃO
 12/06/2018

[X] COPIA GRUA
 [] ENVELOPE

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 08.248.638/0001-04

HABILITADO: KD05E5D131727 04915

014140690840 44060883416

RECEITUÁRIO
Nome: Rafael Norato N. Santos BE/Prontuário: _____

- Paciente de alta da
traumatologia.

Data: 23/08/18


Dr. Rosafra Fernandes
Traumato - Ortopedista
CRM 9259

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

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):

Dominda Pontes de Moura dos Santos

vítima de acidente de trânsito, em 15/04/2018, sofreu:

Fratura trans trocântica
femur esquerda
CCO- S+2.2

e submeteu-se a tratamento(s):

Cirurgia
Redução e fixação da fratura
fisioterapia

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

CI 0 M de coxo esquerda
maneira claudicante
fugas de marcha durante
deambulações com dificuldade
dificuldade de abdução no
contato. Um braço funcional
importante. perdedor
paciente. OXO medula deprimida

03/10/18

Dr. Francisco Salmato Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411

Dr. Francisco Mardônio Salmato de Almeida
CREMEC 4411 /

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

SINISTRO 3180450263 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE****INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS****CPF/CNPJ:** 83399194315**Posição em 10-10-2018 20:28:25**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique [Aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
10/10/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50