



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
COMARCA DE MORADA NOVA
CARTÓRIO CHAGAS FILHO – 2º OFÍCIO
RUA CEL. JOSÉ AMBRÓSIO, Nº 77 –
FONE/FAX: (88) 3422-1515
E-mail: cartoriochagasfilho@gmail.com

MARIA CECI CHAGAS
Oficial de Registro de Imóveis, Títulos e Documentos
e Pessoa Jurídica
2ª Tabelião de Protesto de Títulos



LIVRO 046 Fls. 193

1º Traslado

Traslado de Procuração bastante que faz VALTER DA SILVA RABELO, na forma abaixo:

SAIBAM os que o presente instrumento de procuração bastante virem que, aos oito (08) dias do mês de maio do ano de dois mil e dezenove (2019), nesta cidade de Morada Nova, Comarca do mesmo nome, Estado do Ceará, República Federativa do Brasil, compareceu como **outorgante- VALTER DA SILVA RABELO**, CPF/MF nº 048.726.513-08, brasileiro, solteiro, agricultor, residente no lugar Sitio Patos, distrito Aruaru, neste município, portador da CI da SSPDS/CE RG nº 2004032052557; reconhecido (a) como o (a) próprio (a) por mim Tabelião, mediante documentação apresentada, de cuja identidade e capacidade jurídica dou fé. Então, pelo (a) outorgante me foi dito que nomeava e constituía seus procuradores- **RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO**, advogado, inscrito na OAB-CE sob o nº 23.814, CPF nº 017.809.013-13; **FILIFE BEZERRA CATUNDA CAMPELO**, advogado, inscrito na OAB-CE sob o nº 27.565, CPF nº 044.264.803-02, brasileiros, solteiros, ambos representantes da Sociedade SAMPAIO E CATUNDA ADVOGADOS ASSOCIADOS, OAB/CE 1736, com sede Rua Raul Nogueira, 131, Centro- Morada Nova(CE), onde receberão intimações; a quem concede poderes com a cláusula “Ad – Judícia” ou “Extra Judicia”, o foro em geral, representá-lo em repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, Secretaria da Receita Federal, Cartórios, Varas da Família, Juízo, Instâncias, Tribunais, audiências, receber citações, notificações e intimações, requerer, retirar, assinar e apresentar documentos, mover ações judiciais, acompanhá-los até o fim, defendê-lo nas contrárias, adjudicar, concordar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, contratar, assinar e ratificar quaisquer termos e compromissos, reconhecer, verificar, alegar e prestar declarações, esclarecimentos e informações, requerer e receber ressarcimentos, constituir advogados para defender os direitos e interesses do outorgante, **bem como para proceder levantamento de RPV, para receber Alvará Judicial**, enfim, praticar todos os atos dos processos legais necessários ao fiel cumprimento do presente mandato, o que dará por bom, firme e valioso. (sob minuta). Nome e dados dos procuradores e os elementos relativos ao objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pelo outorgante que por eles se responsabiliza civil e criminalmente. Selada com as estampilhas de nºs AD 494504 – AE 400872. E como assim disse, do que dou fé, lavrei este instrumento, que lido e achado conforme aceita, assinando a rogo do (a) outorgante que declarou ser analfabeto, Maria de Jesus da Silva solteira, professora, residente nesta Cidade à Rua Sousa Girão, nº 274, bairro Girilândia, sendo colhida à impressão digital do polegar da mão direita do (a) outorgante, o que dou fé. Eu, Andrea Rabelo Pinheiro, Escrevente Substituta fiz digitar e subscrevo. as) Maria de Jesus da Silva. Está conforme dou fé. Traslada em seguida. Subscrevo e assino em público e raso do que uso.

Em testemunho / da verdade

ANDREA RABELO PINHEIRO
Escrevente Substituta

Emolumentos R\$ 36,05
FERMOJU R\$ 4,22
FERC R\$ 5,91
ISS R\$ 1,80
FAADEP R\$ 1,80
FRMP R\$ 1,80

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 14/05/2019 às 16:05, sob o número 01326232220198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0132623-22.2019.8.06.0001 e código 4893D66.



FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE MORADA NOVA
SUS-SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

fls. 12

GUIA DE REFERÊNCIA

16370003113

FICHA DE REFERENCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

Fundação São Lucas

MUNICÍPIO:

Morada Nova

NOME:

Valter da Silva Rabelo

SEXO: M () F ()

DATA DO NASCIMENTO

01/04/48

Ocupação:

ENDEREÇO:

Pator

BAIRRO:

FONE:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

Queda de moto aproximadamente as 19h. (sic acompanhante)

EF: Glasgow 15. (Relato de ingestão alcoólica - sic acompanhante).

Fratura exposta de tibia dir? Fratura de fêmur dir? Escoriações, ACV, AR e Abd.

RESULTADO DE EXAMES:

normais. Glasgow 15. PA: 120x80 SatO2: 98% FC: 103

CONDUTA REALIZADA:

Encaminhado ao traumatologista

urgente.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Dra. Lígia Adami

Médica

CREMEC - 14674

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO - Nº REGISTRO

FUNÇÃO

20/08/17

DATA

20:20

HORA

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

II JF

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

MUNICÍPIO:

PRONTUÁRIO:

ALTA

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

CID:

SECUNDÁRIO 1:

CID:

SECUNDÁRIO 2:

CID:

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO:

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM () NÃO ()

O MOTIVO DO DIAGNÓSTICO COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM () NÃO ()

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO - Nº REGISTRO

FUNÇÃO

DATA

HORA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 14/05/2019 às 16:05, sob o número 0132623-22.019.8.06.0001 e código 4893D67. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0132623-22.019.8.06.0001 e código 4893D67.

O.E.: M230440001

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 11 / 2017

PAG.: 1
DATA: 07/11/2017

Num AIH : 231710295976-5

Situação : APURADA

Tipo : 01-INICIAL

Apresentação : 11/2017

Data Autorização: 29 / 08 / 2017

Especialidade : 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor : M230440001

CRC:

Doc autorizador : 980016293908789

Doc med resp : 210158059320008

Doc diretor clínico : 210158059320008

Doc médico solíc : 182215039540018

CNES : 3969800 - INSTITUTO PRAXIS

CNS : 70250738549593-8

Paciente : VALTER DA SILVA RABELO

Prontuário : 2442707

Data Nasc. : 01 / 04 / 1978 Sexo : MASCULINO

Nacionalidade : 010 - BRASIL

Tipo Doc. : Identidade

Doc : 2004032052557

Responsável pac. : VALTER DA SILVA RABELO

Nome da Mãe : MARIA JOSE DA SILVA RABELO

Endereço : RUA RUA ST PATOS SN Bairro: ARUARU

Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Município : 230870 - MORADA NOVA

UF : CE CEP : 62940-000

Telefone : (88)9932-67063

Muda Proc.? : NÃO

Procedimento solicitado : 04.15.03.001-3 - TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Procedimento principal : 04.15.03.001-3 - TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Diag. principal : S723-FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Diag. secundário :

Complementar :

Causa Obito :

Carater atendimento : 02 - URGENCIA

Modalidade : HOSPITALAR

Data internação : 29 / 08 / 2017

Data saída : 02 / 09 / 2017

Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01 :

AIH Anterior : -

AIH Posterior : -

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador : . . / -

CNAER : -

Vínculo Previdência :

CBOR : -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar	Valor p/	Qtde	Cmppt	Descrição
1	0408050519	182215039540018	225270(1)		3969800		1	08/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408050519	210157919150018	225151(6)		3969800		1	08/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0702030910			15383215000106	3969800		1	08/2017	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM
4	0408050500	182215039540018	225270(1)		3969800		1	08/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
5	0408050500	210157919150018	225151(6)		3969800		1	08/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
6	0702030902			15383215000106	3969800		1	08/2017	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM
7	0802010016			3969800	3969800		3	08/2017	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
8	0802010016			3969800	3969800		1	09/2017	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
9	0212010026			2479974	2479974		2	08/2017	EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS I
10	0212010034			2479974	2479974		2	08/2017	EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS II
11	0306020068	100680163090018	225185		2479974		2	08/2017	TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS
12	0204060117			3969800	3969800		1	08/2017	RADIOGRAFIA DE COXA
13	0204060168			3969800	3969800		1	08/2017	RADIOGRAFIA DE PERNA

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	1342	15.383.215/0001-06				
6	1342	15.383.215/0001-06				

VALORES DA PRÉVIA

VALORES DA PRÉVIA	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
02.12.01-EXAMES DO DOADOR/RECEPTOR		68,16					68,16
03.06.02-MEDICINA TRANSFUSIONAL		16,78					16,78
04.08.05-MEMBROS INFERIORES	1.356,42		138,87		324,03		1.819,32
07.02.03-OPM EM ORTOPEDIA	532,01						532,01
08.02.01-DIARIAS	32,00						32,00
Total Geral:	1.920,43	84,94	138,87		324,03		2.468,27

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V299	PREEXISTENTE	MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos : Mortos : Altas : Transf.: Óbitos :

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

Valter da Silva Rabelo
MÉDICO
CREDENCIADO





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: VALTER DA SILVA RABELO	6 - Nº PRONTUÁRIO:
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	8 - DATA NASCIMENTO: 01/04/1978
9 - SEXO: ☐ Masc ☐ Fem	10 - RAÇA/COR
11 - NOME DA MÃE/ PAI MARIA JOSE DA SILVA RABELO	12 - TELEFONE DE CONTATO:
13 - NOME DO RESPONSÁVEL N.I	14 - TELEFONE DE CONTATO:
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): PATOS S/N ARUARU	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: MORADA NOVA	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:
18 - UF: CE	19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM **FRATURA DE FEMUR+ TIBIA**. NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO DEFINITIVO.

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

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

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DE FEMUR + TIBIA	24 - CID 10 PRINCIPAL: -	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
--	--------------------------	------------------------	--------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TTO CIRURGICO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050519	
29 - CLÍNICA: TRAUMA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: EMERGÊNCIA	31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Dr. José Guilherme Militão Neto - Ortopedia	34 - DATA SOLICITAÇÃO: 29/08/2017	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR): CREMEC 7400	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

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

AUTORIZAÇÃO

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

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



29/10

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: 12600068965
NÚMERO DA AIH: 2317102959765

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 702507385495938 - VALTER DA SILVA RABELO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 01/04/1978 - 39 anos

NOME DA MÃE: MARIA JOSE DA SILVA RABELO

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

ENDEREÇO: PATOS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230870 - MORADA NOVA

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO: URUARU

CEP: 62940000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050519-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 190055928880008 - JOSE GUILHERME MILITAO MACIEL

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 29/08/2017 - 11:51 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 30/08/2017 - 16:15

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

RECIBO DE RECEBIMENTO
AIH Nº 2317102959765
CNPJ: 08.945.843-00
SMS - Fortaleza

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
 AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
 CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

====[ADMISSÃO]=====

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201721002302	29/08/2017	13:32	PRAXIS	SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento			SISREG	AIH
ELETIVO				
Origem do Paciente		Clínica/Especialidade		
IJF		CLÍNICA CIRÚRGICA/GERAL		
Médico Solicitante		Médico Responsável		
6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI		6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI		
Procedimento Solicitado				Dias
0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR				

====[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]=====

Nome		Sexo	
VALTER DA SILVA RABELO		MASCULINO	
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil
01/04/1978	39 Anos	SEM INFORMAÇÃO	CASADO(A)
Mãe	Pai		Religião
MARIA JOSE DA SILVA RABELO	FRANCISCO FREITAS RABELO		NÃO INFORMADO
Conjuge	Responsável		Prontuário
FRANCISCA PEREIRA DA SILVA	VALTER DA SILVA RABELO		2442707
CNS	Registro	Documento Informado	
702507385495938	201702570002415	RG: 2004032052557	
País	Município de Naturalidade		CEP
BRASIL	MORADA NOVA/CE		62940-000
Município de Residência	Logradouro		
MORADA NOVA/CE	RUA ST PATOS		
Número	Complemento	Bairro	
00		ARUARU	
Fone Móvel	Fone Fixo	Ponto de Referência	
(88)9932.67063	(85)9920.86447		
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)			
OUTRA / SEM OCUPACAO DEFINIDA			

====[CONTATO/ACOMODAÇÃO]=====

Em caso de urgência avisar		Acomodação/Leito
FRANCISCA PEREIRA DA SILVA		222/1
Tipo de Acomodação	Clínica	Posto de Enfermagem
ENFERMARIA	CLÍNICA CIRÚRGICA	POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: ingridandrade	Data: 29/08/2017	Hora: 13:39:31
		Tempo: 00:06:50

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

VALTER DA SILVA RABELO, 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), 29 de agosto de 2017

RESPONSÁVEL

Francisca Pereira da Silva

TESTEMUNHAS



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0
Av. Francisco Sá, 5445 - 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: 30/08

Nome do paciente: <i>Walter da Silva Rebelo</i>	
Nº Prontuário: <i>2442707</i>	Categoria:
Clínica: <i>MPT</i>	Leito: <i>-2221</i>
Cirurgião: <i>Dr. Valter Pinheiro</i>	
Anestesista: <i>Dr. Magaly Marques</i>	
Tipo de Anestesia: <i>roque + sedação</i>	
1 Auxiliar: <i>-</i>	
2 Auxiliar: <i>-</i>	
3 Auxiliar: <i>-</i>	
Instrumentadora: <i>Reguline</i>	
Circulante: <i>maímar</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório: <i>Feto Raro / H. B. D</i>	
Tipo de Operação/ Código: <i>Ostomias Raro / H. B. D</i>	
Diagnóstico Pós-Operatório: <i>O. U. U.</i>	
Relatório Imediato do Patologista:	
Exame Radiológico no ato:	
Acidente e Incidentes:	
Contagem de Compressas: <i>✓</i>	

Início da Cirurgia <i>10:15</i>	Término da Cirurgia <i>12:30</i>	Duração do Cirurgia <i>02:15</i>
Início do Oxigênio <i>10:15</i>	Término do Oxigênio <i>12:30</i>	Duração do Oxigênio <i>02:15</i>
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA:
	POT. CONTAMINADA: <i>X</i>
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura do Anestesista

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
201721002302 29/08/2017 13:32 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO - 6193
Médico Responsável
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO - 6193
Procedimento Solicitado
0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
225/3 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
VALTER DA SILVA RABELO MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontoário Registro
01/04/1978 39 Anos NÃO INFORMADO 2442707 201702570002415

===[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
02/09/2017 13:02 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente VALTER DA SILVA RABELO, 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), 02 de setembro de 2017

Responsável/

Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)

Responsável

pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: samara.alves

Data: 02/09/2017 Hora: 13:03:18



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

Voltei do Jho Robão.
Indo mais

Atendo por o ponto acima
foi realizado e expir
no Futuro do Jho /
filho Jho

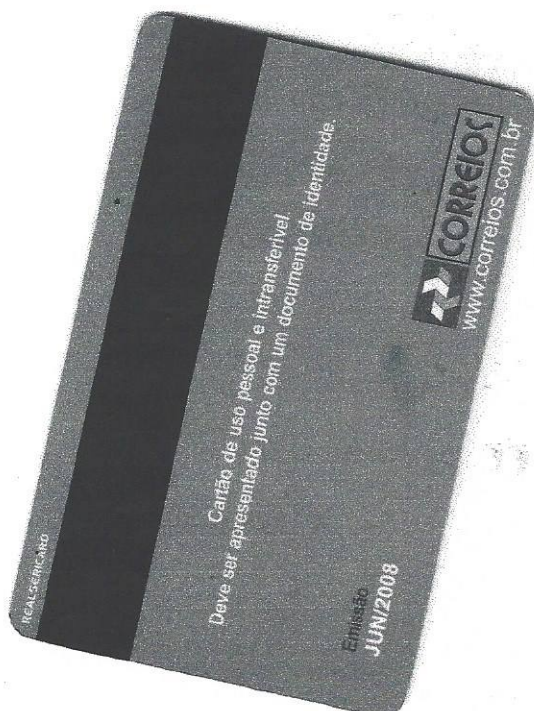
Futuro - n
Jho Jho

30/01/18

Dr. Valério Pinheiro
Tramontana - O. 132.193
CRL 6.193

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

MODELO 4



07.677.263/0001-89

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE M NOVA

AV MANOEL CASTRO 23
CENTRO CEP 62.940-000

MORADA NOVA CE

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE MORADA NOVA
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
REGISTRO DE OCORRÊNCIA

PACIENTE: VALTER DA SILVA RABELO DN 1 1 1
ENDEREÇO: PATOS
DIA: 20/08/17 HORA: 20:45 HS
LOCAL DA OCORRÊNCIA: X n x ,

DESCRIÇÃO DA LESÃO E DO PROCEDIMENTO ADOTADO:

FRATURA EXPOSTA E FRATURA
FECHADA NA PERNA DIREITA E
ESCORNA COG'S.

TRANSFERIDO P/ ICF
OS SOCORRISTAS AFIRMAM
QUE FOI ACIDENTE DE MOTOCICLETA

PLANTONISTA: MA LÍLIA TÉC. ENF:

Dr. Clezio de Sousa
Coren/265706
TRB/22888



FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE MORADA NOVA
Av. Manoel Castro, 237 – Centro – CEP: 62.940-000
CNPJ. 07.677.263 / 0001 – 89 / E-MAIL : santacasamn@bol.com.br
Fone : (88) 3422.1411

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que dando busca em nossos arquivos, encontramos o registro do seguinte teor: que no dia 20/08/2017, às 20:45 horas, deu entrada no setor de Urgência/Emergência da Fundação São Lucas - Santa Casa de Morada Nova, o Sr. **VALTER DA SILVA RABELO** os socorristas afirmaram que foi vítima de acidente de motocicleta apresentando: **FRATURA EXPOSTA E FRATURA FECHADA NA PERNA DIREITA E ESCORIAÇÕES.**

Morada Nova, 08 de Março de 2018.

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS

Fco. Edmar M. Lima
FATURAMENTO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 504 - 1644 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/07/2018 09:28:37**
Data / Hora da Ocorrência: **20/08/2017 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SÍTIO PATOS**
Complemento:
Bairro: Município: **MORADA NOVA/CE**
Ponto de Referência: **FAZENDA PEDRO ANDRADE**

Noticiante(s)

Nome: **VALTER DA SILVA RABELO**
Nascimento: **01/04/1978** CPF:
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA JOSE DA SILVA RABELO**
FRANCISCO FREITAS RABELO
Endereço: **RUA SAO JOSE**
Bairro: **PATOS - ARUARU** CEP:
Município: **MORADA NOVA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 0122-1059**

Histórico

O NOTICIANTE NARRA QUE NO DIA, HORA E LOCAL, ACIMA MENCIONADOS, FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO TRAFEGAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN MIX ES, PLACA NUU 6204, ANO/ MODELO 2010/ 2010, COR VERMELHA, RENAVAM 00227139852, CHASSI 9C2KC1620AR044307, REGISTRADA EM NOME DE ROSILENE VIEIRA DA SILVA; QUE DURANTE O ACIDENTE A MOTOCICLETA ERA CONDUZIDA POR JOSÉ WILKER DA SILVA, HABILITAÇÃO Nº 04942956826, CPF Nº 043.446.983-12; QUE SEGUIA PARA CASA POR UMA ESTRADA DE TERRA, QUANDO EM UMA CURVA UM AUTOMÓVEL QUE SEGUIA NO SENTIDO CONTRÁRIO COLIDIU COM A MOTOCICLETA EM QUE O DECLARANTE ESTAVA; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO PARA A FUNDAÇÃO SÃO LUCAS DE MORADA NOVA E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O IJF, EM FORTALEZA; QUE SOFREU FRATURA EXPOSTA E FRATURA FECHADA NA PERNA DIREITA E ESCORIAÇÕES; QUE FORAM APRESENTADOS AS XEROX DOS SEGUINTE DOCUMENTOS: ATENDIMENTO DO HOSPITAL (DECLARAÇÃO E REGISTRO DE OCORRÊNCIA), RG, CPF E COMPROVANTE DE ENDEREÇO DA VÍTIMA, CNH DO CONDUTOR DO VEÍCULO, CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DO VEÍCULO E CRLV, RG, CPF DAS TESTEMUNHAS (JOSÉ WILKER DA SILVA E FRANCISCO JOSÉ RABELO MOREIRA); QUE TEM CIÊNCIA QUE TODAS AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO DE SUA INTEIRA RESPONSABILIDADE; QUE MANIFESTA O DESEJO DE RECEBER SEGURO DPVAT. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JORDANA VERAS LIMA MIRANDA - MAT.: 300776-1-x

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DE POLÍCIA
MORADA NOVA - CEARÁ
CARTÃO



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 504 - 1644 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:



VISTO DO DELEGADO(A) :

THALLES JOSÉ DE MELO LIMA - MAT.: 30124359

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DE POLÍCIA
MORADA NOVA - CEARÁ
CARTÓRIO



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 559911783

Companhia Energética do Ceará

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

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

Esta é a segunda via de

FEV/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
9647090 DV **9**

VENCIMENTO
01/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
29,65

Rota 41 025071 12 0107500

Nome VALTER DA SILVA RABELO

Endereço Postal

Medidor

10355279

Poste

0000 0

End. da Unidade

Consumidora

ST PATOS - ARUARU 00000 00000 ARUARU MORADA NOVA

62940000

RG / CPF / CNPJ

048.726.513-08

CGF

Classe

B2 - 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
732	654	1	78	0	78

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

78 0,36636 28,57

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

31/01/2019

Prev. Próxima
Leitura

27/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7129.A1F1.9EE0.AA67.24EF.6125.2D93.A728

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

ISENTO

Alíquota

Valor do Imposto

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	14,69
TRANSMISSÃO	1,57
DISTRIBUIÇÃO	8,38
ENCARGOS SETORIAIS	2,25
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	1,68

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 10,05

Conjunto

Mês DEZ/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,43
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

9647090-9

Nº da Nota Fiscal: 559911783

Total a Pagar (R\$): 29,65

Data de Emissão:

13/02/2019

Referência: FEV/2019

Nº de Controle: 0009647090 00006 4307 2 49

83850000000-8 29650031000-6 00096470900-7 00064307245-4

