



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>Auristela Martins de Vasconcelos.</u>	Nacionalidade: BRASILEIRA		
Estado Civil: <u>solteira</u>	Profissão: <u>Professora</u>	Carteira de Identidade: <u>96017006036</u>	
CPF nº: <u>888.798.013-68</u>	Residência: <u>sítio longo dos Anos.</u>		
Bairro: <u>Paraguarai</u>	Cidade: <u>Cratuz</u>	Estado/UF: <u>Ceara</u>	CEP: <u>62.595.000</u>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 998-A, Centro, município de Crateús/CE, CEP nº 63.702-885; Celular/WhatsApp: (88) 99619-6396.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do(a) outorgante, substabelecer com ou sem reservas, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Crateús – CE., 10 de Setembro de 2019.

Auristela Martins de Vasconcelos.
(outorgante)



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declarante: <u>Auristela Martins de Vasconcelos.</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Sítio Lemeço das Águas.</u>		Profissão: <u>Professora</u>
CPF nº: <u>888.798.013-68</u>	RG nº: <u>960117006036</u>	Estado Civil: <u>Solteira</u>
Bairro: <u>Paraguarai</u>	Cidade: <u>Crateús</u>	Estado/UF:
CEP: <u>62.595.000</u>	Telefone:	

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Crateús - Ce., 10 de Setembro de 2019.

Auristela Martins de Vasconcelos -

Declarante

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



Auristela Martins de Vasconcelos



ACARAU-CÉ
CERT. NASC. 11231 - A/10 - 6/11/1976
300 ITAPAGE/CE

PRANCISCO SALES DE VASCONCELOS
E TEREZINHA MARTINS DE VASCONCELOS

AURISTELA MARTINS DE VASCONCELOS
96017006034
24/9/1996
96617676

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
AURISTELA MARTINS DE VASCONCELOS

Nº de Inscrição
888798013-68

Data do Nascimento
01/11/76





ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: <i>Auristela Martins dos Vasconcelos</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Sítio Longo dos Anos.</i>		Profissão: <i>Professora</i>
CPF nº: <i>888.798.013-68</i>	RG nº: <i>96017006036</i>	Estado Civil: <i>Solteira</i>
Bairro: <i>Paraguará</i>	Cidade: <i>Cratêus</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>
CEP: <i>62.595.000</i>	Telefone:	

DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Cratêus - Ce., *10* de *Setembro* de *2019*.

Auristela Martins dos Vasconcelos.
(declarante)

CLIENTE
2513466
 Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°
 Rota 28 35051 05 102300 - 4
 Nome ANTONIO NETO MARTINS
 End. Postal ST CORREGO DOS ANAS 00000
 PARAGUAI - CRUZ - 62595000
 Medidor 10735007
 Classe B2 - 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL
 RG / CPF / CNPJ 737056593-91
 Nome do Responsável

Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150
 CEP 60135 040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07047281/0001-70 | CGF 08.105.848-3

enel

573691879
13/05/2019
 Data de Emissão

DATAS
 Mês da Referência: Mai/2019
 Data da Apresentação: 13/05/2019
 Previsão Próxima Leitura: 12/06/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
 Veja a legenda no verso desta conta.
 Conjunto: CEUC
 Mês: Mai 2019

ICMS
 Base de Cálculo (R\$): 15,44
 Aliquota: 0,00%
 Valor do Imposto: 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 DED. 6026.00-3.4208.98F0.4904.5544.6079

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Pat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
17157	17050	1,00	107	0,00	107	0,40	43,36

VALOR CONSUMO DO MES
 MULTA MORATORIA REF 02/2019
 DOACAO SANTA CASA SOBRAL - TEL 0800 280 7700
 SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO
 INDENIZACAO MENSAL DIC
 INDENIZACAO TRIMESTRAL DIC
 ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,43)

VALOR (R\$)
 43,36
 43,36
 0,96
 10,00
 -40,16
 -7,86
 -6,30

VENCIMENTO
12/06/2019

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)
Energia	23,01
Transmissão	1,83
Distribuição	13,22
Encargos Setoriais	3,07
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	1,94
TOTAL	43,36

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
 Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido kg (CO₂): 41,77
 Compensado kg (CO₂): 0,00

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
120	107
131	116
141	121
151	145
161	130
171	135
181	133
191	142
201	136
211	123
221	138

CONSCIÊNCIA ECOLÓGICA (% CO₂)
 0%

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA REGIONAL DE ACARAU
 Impresso nº 2019452098



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 403 - 1432 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **05/07/2019 08:53:34**
 Data / Hora da Ocorrência: **02/04/2018 12:45:00**
 Endereço da Ocorrência: **VIA CASTELIANO**
 Complemento:
 Bairro: **ZON RURAL** Município: **ACARAU/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **AURISTELA MARTINS DE VASCONCELOS**
 Nascimento: **01/11/1976** CPF:
 RG: **96017006036** Orgão Emissor: UF: **CE**
 Filiação: **TEREZINHA MARTINS DE VASCONCELOS**
FRANCISCO SALES DE VASCONCELOS
 Endereço: **VIA CORREGO DOS ANAS**
 Bairro: **ZONA RURAL**
 Município: **CRUZ/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98849-7471**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PNI3759 Uf: CE Município: CRUZ Chassi: 9C2KD0810JR001542
 Renavam: **1133987696** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca /
 Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano Fabricação: **2017** Ano
 Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA**
 Proprietário: **ANTONIO NETO MARTINS** Situação: **NÃO INFORMADO**
 Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Disse que, trafegava na garupa da motocicleta acima mencionada, pilotada por seu esposo ANTONIO NETO MARTINS (CNH 06786004733), quando a corrente da referida motocicleta quebrou; Que a corrente travou a motocicleta arremessando a declarante; Que ao cair fraturou o joelho esquerdo; Que foi socorrido por populares e levada ao hospital da Cidade de Cruz-ce em um carro particular; Que devido as lesões sofridas foi transferida para a Santa Casa de Misericórdia de Sobral em seguida encaminhada para o IJF (INSTITUTO JOSE FROTA) onde passou 5 dias internada; Que após os 5 dias de internação foi transferida Hospital Fernandes Tavora onde passou por uma cirurgia; Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ACARAU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

RONALDO SANTA ROSA BITTENCOURT - MAT.: 30120981

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Auristela Martins de Vasconcelos

VISTO DO DELEGADO(A) : _____



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE ACARAU
Impresso nº 2019452098



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 403 - 1432 / 2019

FRANCISCO ALAILTON ARRUDA DE ANDRADE - MAT.: 30120302



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA REGIONAL DE ACARAU
 Impresso nº 2019493878



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 403 - 1563 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
 Data / Hora da Comunicação: **22/07/2019 08:45:42**
 Data / Hora da Ocorrência: **02/04/2018 12:45:00**
 Endereço da Ocorrência: **VIA CASTELIANO**
 Complemento:
 Bairro: Município: **ACARAU/CE**
 Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **ANTONIO NETO MARTINS**
 Nascimento: **13/06/1976** CPF: **737.056.593-91**
 RG: **277962594** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA FERREIRA MARTINS**
JOSE MARIA MARTINS
 Endereço: **VILA CORREGO DOS ANAS**
 Bairro: **NI** CEP:
 Município: **CRUZ/CE**
 País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PNI3759 Uf: CE Município: CRUZ Chassi: 9C2KD0810JR001542
 Renavam: **1133987696** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca /
 Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano Fabricação: **2017** Ano
 Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA**
 Proprietário: **ANTONIO NETO MARTINS** Situação: **NÃO INFORMADO**
 Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

O NOTICIANTE, A ÉPOCA DO FATO, PILOTAVA A MOTO NXR 160 BROS 17/18 VERMELHA, PLACA PNI3759 QUE POR DETERMINAÇÃO DA SEGURADORA DPVAT VEIO REALIZAR ESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA DETALHAR OS FATOS OCORRIDOS NO DIA SUPRACITADO EM COMPLEMENTO AO B.O 403-1432/2019; QUE TRAFEGAVA NA CITADA MOTO COM SUA ESPOSA AURISTELA MARTINS DE VASCONCELOS NA LOCALIDADE SUPRAMENCIONADA QUANDO A CORRENTE DA MOTO QUEBROU, TRAVANDO A MOTOCICLETA E ARREMESSANDO A SUA ESPOSA; QUE EM DECORRÊNCIA DO IMPACTO COM O SOLO FRATUROU O JOELHO ESQUERDO; QUE FOI SOCORRIDA POR POPULARES E LEVADA AO HOSPITAL DA CIDADE DE CRUZ, EM SEGUIDA, TRANSFERIDA PARA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL, DIANTE DA GRAVIDADE DA LESÃO FOI PARA O IJF(FORTELEZA) E PASSOU 5 DIAS INTERNADA; SENDO DEPOIS TRANSFERIDA E INTERNADA NO HOSPITAL FERNANDES TAVORA POR ONDE PASSOU POR CIRURGIA. NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ACARAU



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE ACARAU
Impresso nº 2019493878



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 403 - 1563 / 2019

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Kilber Rocha de Castro

KILBER ROCHA DE CASTRO - MAT.: 300332-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antonio Neto Martins

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO ALAILTON ARRUDA DE ANDRADE - MAT.: 30120302



GOVERNO MUNICIPAL DE CRUZ
SECRETARIA DA SAÚDE

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUS/CEARÁ

FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar as 2 vias usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade Origem: H.U.C. nº 13450005513
 Distrito Sanitário: 12ª CRAS Município: Cruz
 Nome: Priscilla Martins de Vasconcelos Prontuário Nº.: _____
 Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento: 01/11/76 Ocupação: _____
 Endereço: congo do Anjo Bairro: _____ Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Resultados de Exames: Paciente 41 anos, cintura de açaí -

Consulta já Realizada: dentro repere ter sido de modo a pre-

Impressão Diagnóstica: reitor de natural no pelvis esquerda. Neoplasia

avaliados hematológicos para tumor
patologia pelvis esquerda de coxa
medica 02/04/18

Assinatura do Encaminhante - Nº. Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Profissional: _____

Unidade de Referência: _____ Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: 12ª CRAS

Município: _____ Prontuário Nº.: _____ Alta: 1 / 1

Resumo Clínico / Cirúrgico: FRATURA DO PLATO TIBIAL

Resultado de Exames: RESUMO

Diagnóstico: Principal FRATURA DO PLATO CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Conduta Para Seguimento: RETORNAR AO FORTALE

ONCOLOGIA E PATOLOGIA TRANSPORTAÇÃO J.J.F.

O Problema justificou a referência? Sim ☒ Não ☐

O Motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☒ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº. Registro

Função

Data



Santa Casa de Misericórdia de Sobral

FILIADA À CONFEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS DO BRASIL
 Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88)3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908
 Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74 - e-mail: stacasa@sobralnet.com.br
 CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0
 Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

PRONTO-SOCORRO RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

HDA: DERÂNIA AURELIANA, 41 ANOS, BRANCA
DE MARANHÃO

EXAME FÍSICO: LAZAROS NO PRONTO SOCORRO

EXAMES REALIZADOS: PRONTOS DO ALTO DAS
CRANIAS

DIAGNÓSTICO: PRONTOS ALTO DAS

CONDUTA: OTITOMEDITE DO PRONTOS
PRONTOS EM PRONTOS PRONTOS
PRONTOS

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: PRONTOS PRONTOS
PRONTOS

HOSPITAL REFERENCIADO: I.J.F.

Dr. Jilso César Chagas e Cavalcante
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CPF: 452.056.403-68 / CRM: 5810

SOBRAL, 03 / 04 / 18

MÉDICO: [Assinatura]

MS-DATAUS
VERSÃO

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

PAG.: 1

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 05/2018

DATA: 02/05/2018

Num AIH: 231810196660-9 / Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 05/2018 Data de Emissão: 08/04/2018

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0222/ Leito: 0002 ✓
Doc autorizador: 201700675690018 Doc med resp: 182215039540018 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 182215039540018
CNS: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 706808751625624
Paciente: AURISTELA MARTINS DE VASCONCELOS ✓ Prontuário: 2445542 ✓ Laudo: ✓
Data Nasc.: 01/11/1976 Sexo: FEMININO ✓ Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 96017006036
Responsável pac.: AURISTELA MARTINS DE VASCONCELOS Nome da Mãe: TEREZINHA MARTINS DE VASCONCELOS ✓
Endereço: SANTA ELISA, 804 - JACARECANGA Raça/Cor: PARDAS
Município: 230440 - FORTALEZA UF: CE CEP: 60311-020 Telefone: (85) 9854.86206
Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Muda Proc.?: Não

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
Diag. principal: S821-FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE
Diag. complementar: - Causa Óbito: -
Carater atendimento: 05 OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR
Data internação: 08/04/2018 Data saída: 12/04/2018 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01: -

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

Linha	Ato/Proced	PF	IE CBO	CNS/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmp	Descrição
1	04.08.05.066-7	182215039540018	1	225270 182215039540018 3969800	1	042018 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA CAPS
2	04.08.05.066-7	210157919150018	6	225151 210157919150018 3969800	1	042018 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA CAPS
3	04.08.05.055-1	182215039540018	1	225270 182215039540018 3969800	1	042018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANA
4	04.08.05.055-1	210157919150018	6	225151 210157919150018 3969800	1	042018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANA
5	07.02.03.097-0	09069959000158	0	09069959000158 3969800	✓1	042018 PLACA EM L 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)
6	08.02.01.001-6	3969800	0	3969800 3969800	✓4	042018 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNO
7	04.01.01.001-5	182215039540018	0	225270 182215039540018 3969800	✓2	042018 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
8	02.04.06.016-8	3969800	0	3969800 3969800	✓1	042018 RADIOGRAFIA DE PERNA ✓

==[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	64,80
04.08.05 MEMBROS INFERIORES	575,74	0,00	0,00	0,00	295,23	0,00	870,97
07.02.03 OFM EM ORTOPIEDIA	288,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	288,71
08.02.01 DIARIAS	32,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,00
Total Geral:	961,25	0,00	0,00	0,00	295,23	0,00	1.256,48

==[DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES]==

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Registro ANVISA	CNPJ Fabricante
5	20576 ✓	09.069.959/0001-58 ✓				
Número de Nascidos	Número de Saídas					
	N. Pré-Natal					
Vivos: 0 Mortos: 0	Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0					

"De acordo com a Portaria SAS/MS N. 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Agosto de 1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Dra. Suanna Elarrat
Médica Auditora
CREMEC 6175



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: 12600082516
NÚMERO DA AIH: 2318101966609

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 706808751625624 - AURISTELA MARTINS DE VASCONCELOS

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 01/11/1976 - 41 anos

NOME DA MÃE: TEREZINHA MARTINS DE VASCONCELOS

NOME DO RESPONSÁVEL: AURISTELA MARTINS DE VASCONCELOS

ENDEREÇO: R. SANTA ELISA, Nº 804

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF:

SEXO: FEMININO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 859874282

BAIRRO: JACARECANGA

CEP: 60311020

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S821 - Fratura da extremidade proximal da tibia

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

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

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 980016003704808 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 08/04/2018 - 12:01 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 08/04/2018 - 16:57

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



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

USUÁRIO: charlene.robra - UNIDADE: IJE INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:

Consultar Dados do Laudo

Siga os passos abaixo:

Seleção da solicitação de internação

Pesquisar paciente

Dados do laudo

Dados do laudo - Internação

Lista de ocorrência

Visualização da ocorrência

Inclusão de ocorrência

Atalho

Acesso / Desconectar

Operações

DADOS DO LAUDO - SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

Para realizar uma nova consulta de laudo clique em Voltar.

NÚMERO DO LAUDO	12600082516
Identificação do paciente	
PACIENTE	AURISTELA MARTINS DE VASCONCELOS
NOME DA MÃE	TEREZINHA MARTINS DE VASCONCELOS
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	5557238
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	01/11/1976 - 41 anos
SEXO	FEMININO
NOME DO RESPONSÁVEL	AURISTELA MARTINS DE VASCONCELOS
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	(85) 859874282
ENDEREÇO	R. SANTA ELISA, Nº 804
BAIRRO	JACARECANGA
ESTADO DE RESIDÊNCIA	CEARA
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	FORTALEZA
Plantonista	
MÉDICO	24459836300 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS
TELEFONE PARA CONTATO	(85) 32555040
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	PACIENTE SERA TRANSFERIDA PARA HOSPITAL DE APOIO INSTITUTO PRAXIS
Solicitação	
NÚMERO	12600082516
SITUAÇÃO	SOLICITAÇÃO AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO DE RESERVA
DATA - HORA	08/04/2018 - 12:01
PROFISSIONAL	24459836300 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL (FORTALEZA)
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0408050551-- TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
PROCEDIMENTO REALIZADO	
CLÍNICA	13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
ESPECIALIDADE CLÍNICA	84 - RETAGUARDA - IJF
CLÍNICA COMPLEMENTAR	-
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	4 - URGÊNCIA
CENTRAL DE REGULAÇÃO	MACRO FORTALEZA
Justificativa da internação	
DIAGNÓSTICO INICIAL	S821 - Fratura da extremidade proximal da tibia
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS	
PRINCIPAIS SINAIS	



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

000160: 12600099516



Fortaleza 2

fls. 22

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 | 9

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

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **AURISTELA MARTINS DE VASCONCELOS** PRONTUÁRIO :5557238

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:
706808751625624

8 - DATA NASCIMENTO:
01/11/1976

09-SEXO
()M ()F

10-RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE/PAI:
TEREZINHA MARTINS DE VASCONCELOS

12 - TELEFONE:
987428270

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
NI

14 - TELEFONE DE CONTATO:
985486206

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO)
SANTA ELISA 804 JACARECANGA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
FORTALEZA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:
CE

19 - CEP:
60-595

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM FRATURA DE **PLATÔ TIBIAL**, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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. PLATO TIBIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL:

S821

25 - CID10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE PLATO TIBIAL

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

040805055

29 - CLÍNICA:

TRAUMA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

EMERGENCIA

31 - DOCUMENTO:

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

34 - DATA SOLICITAÇÃO:

08/04/2018

32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

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

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

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:

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

() CNES () CPF

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

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
201821001544	08/04/2018	15:30	PRAXIS	RUE - SMS
Caráter de Atendimento			SISREG	AIH
ELETIVO				
Origem do Paciente			Clínica/Especialidade	
IJF			CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA	
Médico Solicitante			Médico Responsável	
5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES			5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES	
Procedimento Solicitado				Dias
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL				3

===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]=====

Nome	Sexo		
AURISTELA MARTINS DE VASCONCELOS	FEMININO		
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil
01/11/1976	41 Anos	PARDA	SOLTEIRO(A)
Mãe	Religião		
TEREZINHA MARTINS DE VASCONCELOS	NÃO INFORMADO		
Conjuge	Pai	Pai	
	FRANCISCO SALES DE VASCONCELOS		
	Responsável	Prontuário	
	CLEANE CHAVES DA SILVA	2445542	
CNS	Registro	Documento Informado	
706808751625624	201802570001515	RG: 96017006036 Emissão: 24/09/1996	
País	Município de Naturalidade		CEP
BRASIL	ACARAU/CE		60311-020
Município de Residência	Logradouro		
FORTALEZA/CE	RUA SANTA ELISA		
Número	Complemento	Bairro	
804		JACARECANGA	
Fone Móvel	Fone Fixo	Ponto de Referência	
(85)9874.28270	(85)9854.86206		

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)

EMPREGADO FORMAL / PROFESSOR DA EDUCACAO DE JOVENS E ADULTOS DO ENSINO FUNDAMENT

===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]=====

Em caso de urgência avisar	Acomodação/Leito
CLEANE CHAVES	222/2
Tipo de Acomodação	Clínica
ENFERMARIA	CLÍNICA CIRÚRGICA
Atendente: helen	Posto de Enfermagem
	POSTO DE ENFERMAGEM 03
	Data: 08/04/2018 Hora: 15:37:39 Tempo: 00:07:00

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

CLEANE CHAVES DA SILVA, abaixo assinado, responsável pelo paciente AURISTELA MARTINS DE VASCONCELOS, 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), 08 de abril de 2018

RESPONSÁVEL *Cleane Chaves da Silva*

TESTEMUNHAS

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número	Data	Hora	Convênio/Plano
201821001544	08/04/2018	15:30	INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S

Médico Solicitante
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253

Médico Responsável
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253

Procedimento Solicitado
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito	Tipo de Acomodação	Clínica	Posto de Enfermagem
222/2	ENFERMARIA	CLÍNICA CIRÚRGICA	POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome	Sexo			
AURISTELA MARTINS DE VASCONCELOS	FEMININO			
Nascimento	Idade	Religião	Prontuário	Registro
01/11/1976	41 Anos	NÃO INFORMADO	2445542	201802570001515

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

Diagnóstico Principal
S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

Procedimento Realizado
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Data Hora Motivo
12/04/2018 17:15 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente AURISTELA MARTINS DE VASCONCELOS, 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), 12 de abril de 2018

Responsável/ *Maria Martins de Vasconcelos*
Representante Legal Nome Legível Assinatura

Enfermeira(o) *Giavani Melo Rodrigues*
Responsável Nome Legível Assinatura/Carimbo
pela Liberação



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

fls. 25

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data:

19/09/18

Nome do paciente:	Juristela Martins de Vasconcelos
Nº Prontuário:	2445540
Clínica:	Ortopedia
Cirurgião:	Elmano Pinheiro
Anestesista:	Dr. Carlos R. F. de Aguiar
Tipo de Anestesia:	Endovenosa com Dormenide + Alfes Rapsida
1 Auxiliar:	Dr. Carlos R. F. de Aguiar
2 Auxiliar:	
3 Auxiliar:	
Instrumentadora:	Michely
Circulante:	nan
Diagnóstico Pré-Operatório:	Fratura do Platô tibial Esquerda
Tipo de Operação/ Código:	0415930013
Diagnóstico Pós-Operatório:	
Relatório Imediato do Patologista:	- Análise pelo 408050551
Exame Radiológico no ato:	- Apelo quib - fratura pelo 408050661
Acidente e Incidentes:	
Contagem de Compressas:	20 unid

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
1630	1740	1h 10m
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
1630	1740	1h 10m
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

Maria Magaly Marques Dantas
CRM 2021
CPF: 04.085.213-04

MODELO 8.0

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/09/2019 às 14:21, sob o número 01725413320198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172541-33.2019.8.06.0001 e código 518145D.



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

AURISTELA MARTINS DE
MISUNCELOS

Um mês.

Atento foi o parente
e não foi submetido a
CIRURGIA POR FRATURA DO
PLATO TIBIAL ESQUERDO.
Evolui // limitação NA
FLEX-EXTENSÃO DO JOELHO
ENCERRAR - SE EM
ALTA DEFINITIVA
S 82-1.

28/11/18

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

Valterio Pinheiro
Traumatologista
CRM/CE 6193

MODELO 4

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190419043 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA AURISTELA MARTINS DE VASCONCELOS
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE
BENEFICIÁRIO AURISTELA MARTINS DE VASCONCELOS
CPF/CNPJ: 88879801368

Posição em 10-09-2019 17:26:37

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

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/08/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50