



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL
Impresso nº 2019566633

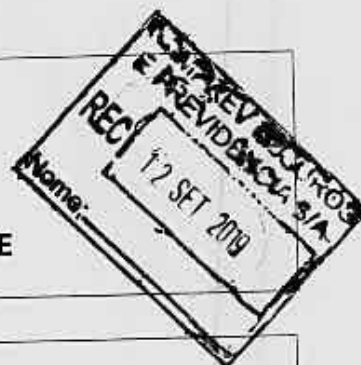
fls. 7



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 3561 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/08/2019 16:24:46**
Data / Hora da Ocorrência: **16/09/2018 14:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA TORREON**
Complemento:
Bairro: **PQ POTIRA / JUREMA** Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência:



Noticiante(s)

Nome: **ALEXSANDRO FERREIRA MAGALHÃES**
Nascimento: **06/07/1995** CPF: **067.318.783-75**
RG: **20079664975** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **ANTONIA ZENEIDE FERREIRA MAGALHÃES**
JOÃO DOMINGOS RODRIGUES MAGALHÃES
Endereço: **RUA OUTONO, 50** CEP:
Bairro: **PAJUCARA**
Município: **MARACANAÚ/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98586-7969**

UF: **CE**

RETIRADA DE SIG. VIDA
19. ABR 2019

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMU6989** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2ND1110FR000286 Renavam: **1023973798** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/XRE 300** Ano Fabricação: **2014**
Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **LEANDRO FEITOSA PEREIRA** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Informa o declarante que no dia, hora e local acima citados seguia trafegando pilotando a motocicleta acima descrita, ocasião em que um pedestre atravessou a via sem adotar as devidas cautelas, fazendo com que o declarante desviasse bruscamente daquele pedestre; QUE nessa hora o declarante perdeu o controle e veio a cair, lesionando-se com gravidade; QUE foi socorrido por meios próprios ao Hospital I.J.F. Centro em Fortaleza/CE, onde recebeu os primeiros atendimentos médicos, sendo em seguida transferido para o Hospital Fernandes Távora, onde foi submetido a procedimento cirúrgico. Nada mais disse.////////

//////. O declarante fica ciente que provocar a ação de Autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção, que sabe não se ter verificado, é crime previsto no art. 340 do Código Penal, com pena de detenção, de um a seis meses, ou multa.//////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

Consolidado em: 16/08/2019 16:36:22

Pág. 1 de 2

Impresso em: 16/08/2019 16:36:22

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 27/12/2019 às 10:27, sob o número 02030349020198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://rsajce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0203034-90.2019.8.06.0001 e código 5B2CDCB.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL
 Impresso nº 2019566633



BOLETIM DE Ocorrência Nº 118 - 3561 / 2019

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

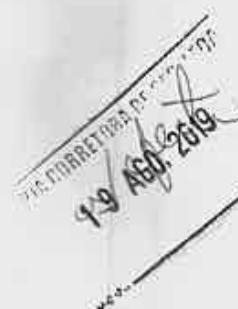
JULIO DAPHINE SOUSA DO NASCIMENTO - MAT.: 198853-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

* *Alvarado Ferreira Magalhães*

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE JESUITA BARBOSA FILHO - MAT.: 133545-1-X





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 18/12/2018 11:13:25

Por: UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 18/09/2018 15:47:02	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 708602568185788	NOME: ALEXSANDRO FERREIRA MAGALHAES				Registro: 5580853		
CPF:	RG: 11111111	D. NASC: 06/07/1995	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Amarela		
NOME DA MÃE: ANGELA MARIA ALVES ALBINO				NOME DO PAI: JOÃO DOMINGO RODRIGUES MAGALHÃES			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: VALDECY DE ANDRADE		Nº: 715	BAIRRO: BOA ESPERANÇA			
COMPLEMENTO:	TELEFONE:	MUNICÍPIO: MARACANAÚ		UF: CE	CEP: 61810000		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME:		PARENTESCO:			TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta							
QUEIXAS: apresenta trauma torácico a D, fx exposta em MID							
OBSERVAÇÕES: trauma maior, dor moderada							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

CÓPIA



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

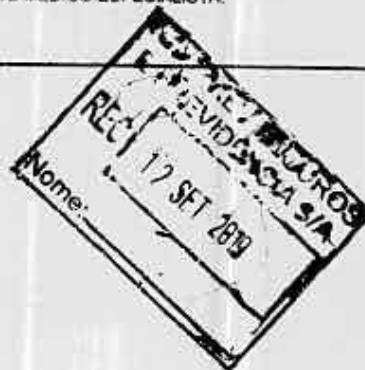
Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 18/12/2018 11:13:25

Por: UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 16/09/2018 15:47:02	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 708602568185788	NOME: ALEXSANDRO FERREIRA MAGALHAES			Registro: 5580853	
CPF:	RG: 11111111	D. NASC: 06/07/1995	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RACIA/COR: Amarela
NOME DA MÃE: ANGELA MARIA ALVES ALBINO			NOME DO PAI: JOÃO DOMINGO RODRIGUES MAGALHÃES		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: VALDECY DE ANDRADE		Nº: 715	BAIRRO: BOA ESPERANÇA	
COMPLEMENTO:	TELEFONE:	MUNICÍPIO: MARACANAÚ	UF: CE	CEP: 81910000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME:		PARENTESCO:		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAE:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motociclista					
QUEIXAS: apresenta trauma torácico a D, fx exposta em MID					
OBSERVAÇÕES: trauma maior, dor moderada					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Condição:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA
17/09/2019



Práxis

Alexandro Ferreira Magalhães

P/HFT

Paciente de alta da
traumatologia.



13/06/19

Dr. José Fernando
Traumato - Ortopedista
CREMEC 5261

13/06/19

MS-DATAUS
VERSÃO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH91
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL

ESPELHO DA AIH

APRESENTAÇÃO: 11/2018

DATA: 19/18/2018

O.E: M230448001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

Num AIH: 231810306717-0 Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 11/2018 Data de Emissão: 20/09/2018

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230448001 Lote: Enfermaria: 0235 / Leito: 0082
Doc autorizador: 201700675690818 Doc med resp: 107185222700006 Doc diretor clín.: 210158859320008 Doc médico solíc: 107185222700006
CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL Prontuário: 2447797 Laudo:
Paciente: ALEXSANDRO FERREIRA MAGALHAES Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 20079664975
Data Nasc.: 06/07/1995 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 10 - BRASIL Nome da Mãe: ANTONIA ZENEIDE FERREIRA MAGALHAES
Responsável pac.: ALEXSANDRO FERREIRA MAGALHAES Raça/Cor: PARDA
Endereço: GERALDO VIRILHO, 717 - PAJUSSARA UF: CE CEP: 61900-005 Telefone: (85)9977.89135
Município: 230765 - MARACANAÚ Muda Proc.: 5
Procedimento solicitado: 04.08.05.050-8 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimento realizado: 04.13.04.017-8 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA
Diag. principal: L989-AFEÇÕES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO, NÃO Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE
Diag. complementar: Causa Óbito:
Carater atendimento: 02 - URGENCIA Modalidade: HOSPITALAR
Data internação: 20/09/2018 Data saída: 01/10/2018 Motivo saída: 27 - PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO
Liberação SISAIH01:

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

CNPJ do Empregador: CNAER: CBO:

Vínculo com a previdência: -

==[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]==

Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmp	Descrição
1 04.13.04.017-8	107185222700006	1 225270	107185222700006	3969800	1 092018 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS
2 04.13.04.017-8	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1 092018 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS
3 08.02.01.001-6		0	3969800	3969800	11 092018 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERMANENCIA A MAIOR)
4 04.01.01.001-5	107185222700006	0 225270	107185222700006	3969800	6 092018 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
5 08.02.01.019-9		0	3969800	3969800	5 092018 DIARIA DE PERMANENCIA A MAIOR

==[VALORES DA PREVIA]==

===[VALORES DA PREVIA]=====									
			+Serv. Hospitalar+ +-----		Serviço Profissional -----+ +-----				
			+---- Direto -----+ +-----		Direto -----+ +-----		Rateado -----+ +-----		
Forma de Organização			Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	+ Total

04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS			194,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	194,40
04.13.04 OUTRAS CIRURGIAS PLASTICAS/REPARADORAS			539,87	0,00	0,00	0,00	221,16	0,00	761,03
08.02.01 DIARIAS			168,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	168,95

	Total Geral:		903,22	0,00	0,00	0,00	221,16	0,00	1.124,38

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



ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

fil. 12
PAG.: 1
número 02030349020198060001
do Ceará, protocolado em 27/12/2019 às 10:27, sob o número 0203034-90.2019.8.06.0001 e código 5B2GDBP.

CATA: 19/18/261

Muda Proc.? : Não

ASSINATURA E CARIMBO

MS-DATAUS
VERSÃOPROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL
ESPELHO DA AIH

PAG.: 1

O.E: M230440801

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 11/2018

DATA: 19/10/2018

Num AIH: 231818312534-9

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 11/2018

Data de Emissão: 01/10/2018

p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente."

DIRETOR DO HOSPITAL

51/9 1601 2019



26/09

fls. 15

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: 12600093436
NÚMERO DA AIH: 2318103067170

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 705602568185788 - ALEXSANDRO FERREIRA MAGALHAES
DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 06/07/1995 - 23 anos
NOME DA MÃE: ANGELA MARIA ALVES ALBINO
NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO
ENDEREÇO: RUA VALDECY DE ANDRADE, Nº 715
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230765 - MARACANAÚ

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO: BOA ESPERANÇA

CEP: 61910000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S822 - Fratura da diáfise da tibia
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:
DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050500-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
PROFISSIONAL SOLICITANTE: 170156156780008 - GERSIVAM GOMES DE LIMA
CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 20/09/2018 - 14:23 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 26/09/2018 - 12:21

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

unisusweb.com.br

TISSA CORRIGIDA
19/09/2018

03/10



20

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 AUTORIZAÇÃO DE AIH
LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600093436
NÚMERO DA AIH SUBSEQUENTE: 2318103125349

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL
CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: 3989800 - INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 708602568185788 - ALEXSANDRO FERREIRA MAGALHAES
DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 06/07/1995 - 23 anos
NOME DA MÃE: ANGELA MARIA ALVES ALBINO
NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO
ENDEREÇO: RUA VALDECY DE ANDRADE, Nº 715
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230765 - MARACANAÚ

UF: CE

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO: 85-33452320

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO: BOA ESPERANÇA

CEP: 61910000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S822 - Fratura da diáfise da tíbia

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050500-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

PROCEDIMENTO REALIZADO: -

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 20/09/2018 - 14:23 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 26/09/2018 - 12:21

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

CNPJ DA SEGURADORA:

NÚMERO DO BILHETE:

SÉRIE DO BILHETE:

CNPJ DA EMPRESA:

CBO NA EMPRESA:

NATUREZA DA LESÃO:

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZADOR:

PARECER

DATA AUTORIZAÇÃO:

11/11/2018
19/10/2018



**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: yanna.lima - 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	708602568185788 - ALEXSANDRO FERREIRA MAGALHAES 
NOME DA MÃE	ANGELA MARIA ALVES ALBINO
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	5580853
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	06/07/1995 - 23 anos
SEXO	MASCULINO
NOME DO RESPONSÁVEL	O MESMO
TELEFONE DO RESPONSÁVEL	
ENDEREÇO	RUA VALDECY DE ANDRADE, N° 715
BAIRRO	BOA ESPERANCA
ESTADO DE RESIDÊNCIA	CEARA
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	MARACANAU
Plantonista	
MÉDICO	
TELEFONE PARA CONTATO	04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA (85) 32555000
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	PACIENTE SERÁ TRANSFERIDO PARA: INSTITUTO PRÁXIS
Solicitação	
NÚMERO	12600093436
SITUAÇÃO	SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO
CENTRAL DE REGULAÇÃO	23044021 - FORTALEZA
DATA - HORA	20/09/2018 - 14:23
PROFISSIONAL	04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
PROCEDIMENTO REALIZADO	
CLÍNICA	13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
CLÍNICA COMPLEMENTAR	
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	4 - URGÊNCIA

19 Ago. 2019



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

fls. 18



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: **ALEXSANDRO FERREIRA MAGALHAES**

PRONTUÁRIO :

5580853

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:

708602568185788

8 - DATA NASCIMENTO:

06/07/1995

09 - SEXO

() M () F

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE/PAI

ANGELA MARIA ALVES ALBINO

12 - TELEFONE:

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO:

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

VALDECY D ANDRADE 715-BOA ESPERANÇA

16 - MUNICÍPIO:

RACANAU

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:

CE

19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM FRATURA **TIBIA** ,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 TIBIA

24 - CID 10

S822

25 - CID10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE TIBIA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

0408050500

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:

20/09/2018

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 - COD. 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

FICHA DE INTERNAÇÃO

===[ADMISSÃO]==

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201821004437	20/09/2018	18:25	PRAXIS	RUE - SMS
Caráter de Atendimento			SISREG	AIH
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
0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA				4

===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome	ALEXSANDRO FERREIRA MAGALHAES			Sexo	MASCULINO
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil	Religião	
06/07/1995	23 Anos	PARDA	SOLTEIRO(A)	NÃO INFORMADO	
Mãe	ANTONIA ZENEIDE FERREIRA MAGALHAES			Pai	JOAO DOMINGOS RODRIGUES MAGALHAES
Conjuge				Responsável	Prontuário
				LAIRA KAILANE SOUZA	2447797
CNS	Registro	Documento Informado			
708602568185788	201802570004067	RG: 20079664975		Emissão: 02/06/2015	
País	Município de Naturalidade		CEP		
BRASIL	MARACANAU/CE		61900-005		
Município de Residência	Logradouro				
MARACANAU/CE	RUA GERALDO VIRILHO				
Número	Complemento	Bairro			
717		PAJUSSARA			
Fone Móvel	Fone Fixo	Ponto de Referência			
(85)9859.87326	(85)9977.89135				
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)					
DESEMPREGADO / OPERADOR DE MAQUINA DE COSTURA DE ACABAMENTO					

===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==

Em caso de urgência avisar		Acomodação/Leito
LAIRA KAILANE		235/2
Tipo de Acomodação	Clínica	Posto de Enfermagem
APARTAMENTO SIMPLES	CLÍNICA CIRÚRGICA	POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: helenia	Data: 20/09/2018	Hora: 18:32:15
	Tempo: 00:06:34	

===[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

LAIRA KAILANE SOUZA, abaixo assinado, responsável pelo paciente ALEXSANDRO FERREIRA MAGALHAES, 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), 20 de setembro de 2018

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

Laíra Kailane Souza

19.09.2018



**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro 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: 22/4/2019

Nome do paciente:	Alexandro Ferreira Aguiar
Nº Prontuário:	
Categoria:	
Clinica:	
Leito:	
Cirurgião:	Dr. Carlos Marques Dantas
Anestesista:	Dr. Carlos Marques Dantas
Tipo de Anestesia:	Sedação com Propofol + Alguá Respira
1 Auxiliar:	
2 Auxiliar:	
3 Auxiliar:	
Instrumentadora:	
Circulante:	
Diagnóstico Pré-Operatório:	Infarto Agudo do Miocárdio
Tipo de Operação/ Código:	0 4 1 2 0 4 0 1 →
Diagnóstico Pós-Operatório:	
Relatório Imediato do Patologista:	
Exame Radiológico no ato:	
Acidente e Incidentes:	

Dr. Carlos Marques Dantas
CRM 2021
CREMEX 514

Contagem de Compressas:

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
16:40	17:30	50 min
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: X

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista

MODELO 8.3


**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

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

Data: 22/09/19

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: <u>Alexsander Leal da Silva</u>																																																																																																							
Nº Prontuário: <u>11111</u>		Nº Controle: <u>11111</u>		Enf.: <u>11111</u>		Leito: <u>11111</u>																																																																																																	
Cirurgião: <u>Dr. Roberto</u>		Tempo de Sala: <u>30 min</u>		Tempo de Oxigênio: <u>30 min</u>																																																																																																			
IDADE: <u>33</u>	PESO: <u>70</u>	ALTURA: <u>1,70</u>	SEXO: <u>M</u>	TEMP: <u>37,0</u>	PULSO: <u>72</u>	RESP: <u>12</u>	PR. ART. MAX/MIN: <u>90/60/40</u>																																																																																																
TIPO SANGÜÍNEO: <u>B+</u>	HEMÁCIAS: <u>5.5</u>	HEMOGLOBINA: <u>14</u>	HEMATÓCRITO: <u>33</u>	GLICEMIA: <u>124</u>	URÉIA: <u>34</u>	CREATININA: <u>1,0</u>																																																																																																	
Ap. Respiratório: <u>Clínica normal</u>				Asma: <u>sem</u> Bronquite: <u>sem</u>																																																																																																			
Ap. Circulatório: <u>Clínica normal</u>				E.C.G.: <u>Normal</u>																																																																																																			
Ap. Digestivo: <u>Clínica normal</u>				Alergia: <u>sem</u>																																																																																																			
Ap. Urinário: <u>Clínica normal</u>				Estado Mental: <u>Claro</u>																																																																																																			
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Prostatectomia</u>				Ataraxicos: <u>sem</u>																																																																																																			
Anestésias Anteriores: <u>sem</u>				Corticóides: <u>sem</u>																																																																																																			
Medicação Pré-Anestésica: <u>Propofol 10mg + Sufentanil 50mcg</u>				Hipotensores: <u>X</u>																																																																																																			
Aplicada às: <u>10h00</u>				Outras Drogas: <u>X</u>																																																																																																			
Efeito: <u>profundo</u>																																																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>Aspiração</td> <td>20</td> <td>S</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Líquidos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Aspiração	20	S						Líquidos								<table border="1"> <tr> <td colspan="2">INDUÇÃO</td> </tr> <tr> <td>Satisf.</td> <td>Excit.</td> </tr> <tr> <td>Tosse</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Laringoespasmo</td> <td>Lenta</td> </tr> <tr> <td>Náuseas</td> <td>Vômitos</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Outros</td> </tr> </table>				INDUÇÃO		Satisf.	Excit.	Tosse		Laringoespasmo	Lenta	Náuseas	Vômitos	Outros																																																																					
Aspiração	20	S																																																																																																					
Líquidos																																																																																																							
INDUÇÃO																																																																																																							
Satisf.	Excit.																																																																																																						
Tosse																																																																																																							
Laringoespasmo	Lenta																																																																																																						
Náuseas	Vômitos																																																																																																						
Outros																																																																																																							
<table border="1"> <tr> <td rowspan="10">CÓDIGO P. Arterial P. Pulso O. Respiração Anestesia O. Operação</td> <td>260</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>240</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>220</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>200</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>180</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>160</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>140</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>120</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				CÓDIGO P. Arterial P. Pulso O. Respiração Anestesia O. Operação	260							240							220							200							180							160							140							120							100							80							60							40							20							<table border="1"> <tr> <td colspan="2">MANUTENÇÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <u>Propofol 10mg + Sufentanil 50mcg</u> <u>3ml em 10 min</u> <u>3ml em 10 min</u> <u>3ml em 10 min</u> <u>3ml em 10 min</u> <u>3ml em 10 min</u> <u>3ml em 10 min</u> <u>3ml em 10 min</u> <u>3ml em 10 min</u> <u>3ml em 10 min</u> </td> </tr> </table>				MANUTENÇÃO		<u>Propofol 10mg + Sufentanil 50mcg</u> <u>3ml em 10 min</u> <u>3ml em 10 min</u> <u>3ml em 10 min</u> <u>3ml em 10 min</u> <u>3ml em 10 min</u> <u>3ml em 10 min</u> <u>3ml em 10 min</u> <u>3ml em 10 min</u> <u>3ml em 10 min</u>	
CÓDIGO P. Arterial P. Pulso O. Respiração Anestesia O. Operação	260																																																																																																						
	240																																																																																																						
	220																																																																																																						
	200																																																																																																						
	180																																																																																																						
	160																																																																																																						
	140																																																																																																						
	120																																																																																																						
	100																																																																																																						
	80																																																																																																						
60																																																																																																							
40																																																																																																							
20																																																																																																							
MANUTENÇÃO																																																																																																							
<u>Propofol 10mg + Sufentanil 50mcg</u> <u>3ml em 10 min</u> <u>3ml em 10 min</u> <u>3ml em 10 min</u> <u>3ml em 10 min</u> <u>3ml em 10 min</u> <u>3ml em 10 min</u> <u>3ml em 10 min</u> <u>3ml em 10 min</u> <u>3ml em 10 min</u>																																																																																																							
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <u>X</u> </td> </tr> </table>				SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		<u>X</u>		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Anestésias Satisfatórias</td> </tr> <tr> <td>SIM</td> <td>NÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DESPERTAR</td> </tr> <tr> <td>Reflexos na S.O.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Obstr.</td> <td>Co2</td> </tr> <tr> <td>Excit.</td> <td>Náuseas</td> </tr> <tr> <td>Vômitos</td> <td>Outros</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Para o leito com cânula</td> </tr> <tr> <td>SIM</td> <td>NÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Condições</td> </tr> </table>				Anestésias Satisfatórias		SIM	NÃO	DESPERTAR		Reflexos na S.O.		Obstr.	Co2	Excit.	Náuseas	Vômitos	Outros	Para o leito com cânula		SIM	NÃO	Condições																																																																									
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES																																																																																																							
<u>X</u>																																																																																																							
Anestésias Satisfatórias																																																																																																							
SIM	NÃO																																																																																																						
DESPERTAR																																																																																																							
Reflexos na S.O.																																																																																																							
Obstr.	Co2																																																																																																						
Excit.	Náuseas																																																																																																						
Vômitos	Outros																																																																																																						
Para o leito com cânula																																																																																																							
SIM	NÃO																																																																																																						
Condições																																																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>POSICÃO: <u>Decúbito dorsal</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AGENTES: <u>1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TÉCNICA: <u>Intubação com tubo 7,0</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OPERAÇÃO: <u>Prostatectomia</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CIRURGIÃO: <u>Dr. Roberto</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ANESTESISTA: <u>Dr. Alexandre</u></td> <td></td> </tr> </table>				POSICÃO: <u>Decúbito dorsal</u>		AGENTES: <u>1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6</u>		TÉCNICA: <u>Intubação com tubo 7,0</u>		OPERAÇÃO: <u>Prostatectomia</u>		CIRURGIÃO: <u>Dr. Roberto</u>		ANESTESISTA: <u>Dr. Alexandre</u>		<table border="1"> <tr> <td>TEMPO DE ANESTESIA: <u>1h 15</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Anestesia: <u>1h 15</u></td> <td></td> </tr> </table>				TEMPO DE ANESTESIA: <u>1h 15</u>		Anestesia: <u>1h 15</u>																																																																																	
POSICÃO: <u>Decúbito dorsal</u>																																																																																																							
AGENTES: <u>1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6</u>																																																																																																							
TÉCNICA: <u>Intubação com tubo 7,0</u>																																																																																																							
OPERAÇÃO: <u>Prostatectomia</u>																																																																																																							
CIRURGIÃO: <u>Dr. Roberto</u>																																																																																																							
ANESTESISTA: <u>Dr. Alexandre</u>																																																																																																							
TEMPO DE ANESTESIA: <u>1h 15</u>																																																																																																							
Anestesia: <u>1h 15</u>																																																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>Perda sanguínea aprox.</td> <td>ml</td> </tr> <tr> <td>Volume sanguíneo repouso</td> <td>ml</td> </tr> </table>				Perda sanguínea aprox.	ml	Volume sanguíneo repouso	ml	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">MODELO 2.1</td> </tr> </table>				MODELO 2.1																																																																																											
Perda sanguínea aprox.	ml																																																																																																						
Volume sanguíneo repouso	ml																																																																																																						
MODELO 2.1																																																																																																							



**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3226.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 4/10/19

Nome do paciente:	Alexandre Pereira	Categoria:	
Nº Prontuário:		Leito:	
Clínica:			
Cirurgião:	Dr. João Carlos		
Anestesista:	Dr. João Carlos		
Tipo de Anestesia:	Politransmático		
1 Auxiliar:			
2 Auxiliar:			
3 Auxiliar:			
Instrumentadora:			
Circulante:			
Diagnóstico Pré-Operatório:	Fratura da tíbia		
Tipo de Operação/ Código:	Politransmático	415030013	
Diagnóstico Pós-Operatório:	Fratura na tíbia		
Relatório Imediato do Patologista:			
Exame Radiológico no ato:	Fratura na tíbia		
Acidente e Incidentes:			
Contagem de Compressas:			

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
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 8.2



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 3445 - Álvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3226.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

Data:

FICHA DE ANESTESIA

[illegible]

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

==[INTERNAÇÃO]==

Número Data Hora Convênio/Plano
201821004437 20/09/2018 18:25 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
0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

==[ACOMODAÇÃO]==

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
235/2 APARTAMENTO SIMPLES CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

==[PACIENTE]==

Nome Sexo
ALEXSANDRO FERREIRA MAGALHAES MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
06/07/1995 23 Anos NÃO INFORMADO 2447797 201802570004067

==[DADOS DA ALTA]==

Diagnóstico Principal
S822 - FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
Procedimento Realizado
0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Data Hora Motivo
03/10/2018 11:28 ALTA MELHORADO

==[DECLARAÇÃO]==

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente ALEXSANDRO FERREIRA MAGALHAES, 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), 03 de outubro de 2018

Responsável/
Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: rayssa.cavalcante

Data: 03/10/2018 Hora: 11:29:02



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

fls. 25

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado

Série

portador da Carteira Profissional N°

, necessita de (

por extenso

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

HFT
Hospital ou Ambulatório

13/06/19
Localidade e Data

Dr. Josafá Fernandes
Traumato - Ortopedista
CREMEO 5253

Ass. do Médico - CRM N°

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

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

MODELO 9

110 CORRETURAS
09/06/2019



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO que o Segurado

Série

portador da Carteira Profissional N°

, necessita de (

por extenso

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

HFT
Hospital ou Ambulatório

24/01/19
Localidade e Data

Dr. José Fernando
Traumato - Ortopedista
CREMEC 5253
Ass. do Médico - CRM N°

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

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



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Alexandro Ferreira
Magalhães

Solicitado fisioterapia
p/ perna D (30/15)
H.D.: fratura na perna
em consolidação

18/10/18

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228 2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MOBIL 4

COPIA
21/9/2018



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO SIMPLES



PACIENTE

Nome: ALEXSANDRO FERREIRA MAGALHAES Idade: 23 ano(s)
Endereço: RUA GERALDO VIRILHO, 717 - PAJUSSARA - MARACANAÚ/CE

R

USO ORAL

1) CETOPROFENO 100 MG

TOMAR 1 COMP DE 12/12 h

1 CX

[Signature]

FORTALEZA/CE, 1 de Outubro de 2018

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

CRM/CE 5253



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO SIMPLES



PACIENTE

Nome: ALEXSANDRO FERREIRA MAGALHAES Idade: 23 ano(s)
Endereço: RUA GERALDO VIRILHO, 717 - PAJUSSARA - MARACANAÚ/CE

R

USO ORAL

1) CETOPROFENO 100 MG

TOMAR 1 COMP DE 12/12 h

1 CX

FORTALEZA/CE, 1 de Outubro de 2018

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

CRM/CE 5253

Curativo de 2/2 dias
Não pisar
Retirar os pontos em 15 dias
Retorno dia 18/10/18 às 7h
Retorno dia 22/10/18 às 7h
Retorno dia 27/10/18 às 7h



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO SIMPLES



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO SIMPLES

PACIENTE

Nome: ALEXSANDRO FERREIRA MAGALHAES Idade: 23 ano(s)
Endereço: RUA GERALDO VIRILHO, 717 - PAJUSSARA - MARACANAÚ/CE

R

USO ORAL

1) CETOPROFENO 100 MG

TOMAR 1 COMP DE 12/12 h

1 CX

FORTALEZA/CE, 1 de Outubro de 2018

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

CRM/CE 5253

USO ORAL

1) CETOPROFENO 100 MG

TOMAR 1 COMP DE 12/12 h

1 CX

FORTALEZA/CE, 1 de Outubro de 2018

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

CRM/CE 5253

- Curativo de 2/2 dias
- Não pisar
- Retirar os pontos em 15 dias
- Retorno dia 18/10/18 às 7h
- Retorno dia 22/10/18 às 7h
- Retorno dia 24/10/18 às 7h
- Retorno dia 27/10/18 às 7h



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TAVORA



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente ALEXSANDRO FERREIRA MAGALHAES portador do documento nº 120 dia(s) de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

CID: S822.

FORTALEZA/CE, 1 de Outubro de 2018

FRANCISCO JOSAFIA FERNANDES
CRM/CE 5253



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TAVORA



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente ALEXSANDRO FERREIRA MAGALHAES portador do documento nº 120 dia(s) de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

CID: S822.

FORTALEZA/CE, 1 de Outubro de 2018

FRANCISCO JOSAFIA FERNANDES
CRM/CE 5253

LIAM CORRÊA
21/10/2018



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TAVORA



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente ALEXSANDRO FERREIRA MAGALHAES portador do documento ? necessita de 120 dia(s) de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

CID: S822

FORTALEZA/CE, 1 de Outubro de 2018

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
CRM/CE 5253



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TAVORA



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente ALEXSANDRO FERREIRA MAGALHAES portador do documento ? necessita de 120 dia(s) de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

CID: S822

FORTALEZA/CE, 1 de Outubro de 2018

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
CRM/CE 5253

88/404/2018
CORRETOR DE CÉDULA



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



1ª Vig - Farmácia

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Dr.FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

CRM: CRM/CE

Nº: 5253

Endereço: AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE

Cidade: FORTALEZA/CE

Fone: (85) 32287350

PACIENTE

Nome: ALEXSANDRO FERREIRA MAGALHAES

Idade: 23 ano(s)

Endereço: RUA GERALDO VIRILHO, 717 - PAJUSSARA - MARACANAÚ/CE

R

USO ORAL

1) CEFADROXILA 500mg

20
COMPRIMIDOS

TOMAR UM COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS POR DEZ DIAS SEGUIDOS

FORTALEZA/CE, 1 de Outubro de 2018

FRANCISCO JOSAFIA FERNANDES
CRM/CE 5253

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.

Endereço:

Municipio:

Font:

ပုံရိပ် ပြောင်းလဲ

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: 01/10/2018

Assinatura do
Farmacêutico

Nexcon © 2015 SARAH Vr. 3.5.2.3



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



1ª Via - Farmácia

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		
Nome: Dr. FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES	CRM: CRM/CE	Nº: 5253
Endereço: AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE		
Cidade: FORTALEZA/CE	Fone: (85) 32287350	

PACIENTE

Nome: ALEXSANDRO FERREIRA MAGALHAES Idade: 23 ano(s)
 Endereço: RUA GERALDO VIRILHO, 717 - PAJUSSARA - MARACANAU/CE

R

USO ORAL

1) CEFADROXILA 500mg

20
COMPRIMIDOS

TOMAR UM COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS POR DEZ DIAS SEGUIDOS

FORTALEZA/CE, 1 de Outubro de 2018

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
 CRM/CE 5253

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	Órgão Emissor:
Ident.	
Endereço:	
Município:	UF:
Fone:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	
Data: 01/10/2018	

Nexcon © 2015 SARAH Vtr. 3.5.2.3



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Alexsandro Ferreira Magalhães

Unio. Grav.

① Ibuprofeno 600mg - 1Rx
tornar 1 comp. 2x/dia

29/11/18

(Handwritten signature)

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

19/11/2018



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Alexandro Ferreira
Magalhães

Solicito fisioterapia
p/ perna D (30is)
H.D.: fratura na perna
em consolidação.

18/10/18

[Signature]
19/10/2019

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

MOVELT 1



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Alexandro Ferreira
Magalhães

Solicito pinógrafia
p/ perna D (30is)
HFT: prafura na perna
em consolidação.

18/10/18

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

MOBIL 4

DECLARAÇÃO

fls. 37

Declaro para os devidos fins que Alessandro Ferreira Magalhães, portador de RG: 20079664975 e CPF: 067.318.783-75, iniciou tratamento fisioterápico para pós-operatório de fratura na perna D. em 15 de novembro de 2018.

Recebi o total de R\$ 3.000,00 referente a 60 atendimentos de fisioterapia domiciliar.

Dra. Karla Caroline Milhomens
Fisioterapeuta
CREFITO 269237-F

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE FAMILIA
PATRONATO NACIONAL DE HABITACAO

NOME
ALEXANDRO FERREIRA MAGALHAES

CPF
20079664975

DATA NASCIMENTO
06/07/1995

PAIS
BR

RAÇA
BRANCO

SEXO
M

ENDEREÇO
JARDIM DOMINGOS
RODRIGUES MAGALHAES
ANTONIA ZEMIDE
FERREIRA MAGALHAES

CEP
067.310.783-75

CIDADE
FORTALEZA, CE

UF
CE

DATA DE EMISSAO
02/06/2015

NUMERO DE IDENTIFICACAO
1285023879

Observações
SEM OBSERVAÇÃO:

Alexandre Ferreira Magalhães
ASSINATURA DO PORTADOR

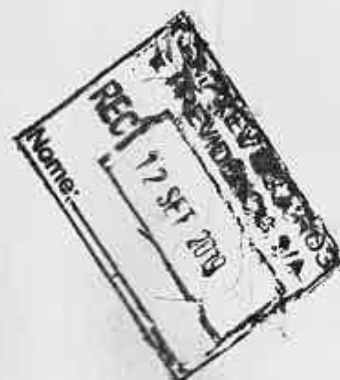
LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA DE EMISSAO
16/06/2015

NUMERO DE IDENTIFICACAO
1285023879

NUMERO DE IDENTIFICACAO
81743006469
CE153962038

DETRAN-CE



TRAB. FORRETIÇA
17/06/2015

9757371

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 000444016

Rota: MA101L04 Referência: 08/2019

Nome: SAMIA MARIA DE SOUZA

Endereço: RU OUTONO, 00050, PAJUCARA, 61932-455, MARACANAÚ

Classificação: Residencial Pleno

Modalidade Tarifária: B1 RESIDENCIAL

Ligação: Monofásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO
 IF420367D599F5803327E6E00954790

DATAS DE LEITURA P.P.: 29 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
08/07/2019	05/08/2019	02/09/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fel. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	12.215	12.097	1,00	118	00	118	0,80797	95,34

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	22,15
JUROS MORATÓRIOS	-	0,27
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01788	2,11
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,01220	1,44
CONSUMO	0,80797	95,34

Tributo: Base (R\$): Aliquota (%): Valor (R\$):

ICMS	98,89	27,00	26,70
PIS	98,89	1,35	1,31
COTAX	98,89	6,16	6,07

enel

A Tarifa Especial de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.429 de 20 de abril de 2002.

Companhia Energética do Ceará
 Rua Pedro Valdevoiro, 160
 CEP 60125-040 | Fortaleza-CE
 CNPJ 07047251/0001-70 | 0661 06.106.848-3

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

MEI JUN JUL ABR MAR FEV JAN DEZ NOV

Protocolado em 27/12/2019 às 10:27, sob o número 02030349020198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.jus.br/pastadigital/documento/0203034-90-2019-8-06-0001-cod-52265558>.



Mônica Almeida

0203034-90.2019

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

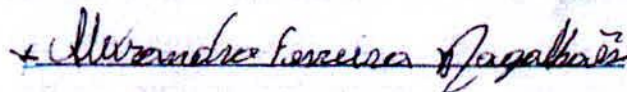
OUTORGANTE: Alexsandro Ferreira Magalhães brasileiro(a),
 estado civil Solteiro, profissão Advogado inscrito(a) sob o CPF nº
067.318.783-75 e RG nº _____, residente
 e domiciliado na Rua Ouro nº 50
 Bairro Paragominas, na cidade de _____, telefone 85867969
 abaixo firmado, nomeia e constitui o seu bastante procurador judicial: 61.932-455

OUTORGADO: MÔNICA ALMEIDA DA SILVA, brasileira, divorciada, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 25.813, sócia da MÔNICA ALMEIDA SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 24.878.656/0001-70, e no Registro de Sociedade de Advogados OAB/CE sob o nº 1219, com endereço profissional, para onde deverão ser encaminhadas as intimações e notificações, Rua Professor Francisco Gonçalves, nº 1300, Bairro Dionísio Torres, Fortaleza-Ceará, telefones: (85) 99811.1818.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante acima qualificado nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado também supra qualificado, ao qual concede procuração para o foro em geral, com os poderes das cláusulas "ad judicium e et extra judicium", para sua representação e defesa, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, nos termos do artigo 5º, parágrafo 2º da Lei nº 8.906/94, podendo portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado(a) acima descrito, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, renunciar o direito em que se funda a ação, firmar compromissos e acordos, ratificar em Juízo, receber, dar quitação, receber alvará judicial, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica requerer falência ou concordata, podendo, ainda, o outorgado, substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

Fortaleza (CE), 07 de Dezembro de 2019.



OUTORGANTE

Fortaleza-CE
 85 99811.1818 | monicaalmeida.adv@gmail.com