

PROCURAÇÃO**Outorgante(s):**

Nome: <u>Antonio Zilvan Alencar</u>	
Nacionalidade: <u>brasileira</u>	Estado Civil:
RG: <u>98002526698</u>	Órgão Emissor: <u>SSP CE</u> Data da Emissão:
CPF: <u>461.524.663-34</u>	Profissão:
Endereço: <u>Rua Joaquim Figueiredo, 276</u>	
Bairro: <u>Cambela</u>	Cidade/UF: <u>Fortaleza/CE</u> CEP: <u>60822-275</u>

Outorgado (s):

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A e **ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6994, ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE.

Poderes:

Os da cláusula ad judicia e et extra e os especiais para promover o processo do Seguro Obrigatório DPVAT, contra quem de direito, podendo para tanto, transigir, desistir, acordar, discordar, conciliar, requerer e receber alvará judicial, passar recibo, dar quitação, enfim praticar todos os atos necessários, inclusive substabelecer.

Fortaleza, 04 de FEVEREIRO de 2020.

Antonio Zilvan Alencar

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante: <u>Antonio Lilvan Alencar</u>		
Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	Estado Civil:	
RG: <u>98002526698</u>	Órgão Emissor: <u>SSP CE</u>	Data da Emissão:
CPF: <u>461.524.663-34</u>	Profissão:	
Endereço: <u>Rua Joaquim Figueiredo, 276</u>		
Bairro: <u>Camela</u>	Cidade/UF: <u>Fortaleza / CE</u>	CEP: <u>60822-275</u>

DECLARA, com a presente, sob as penas da Lei, para fins de prova junto ao Juízo competente, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide, que não possui condições financeiras para arcar com o ônus processual, estando nas exatas condições da Lei nº. 1.060/50, carecendo, pois, dos auspícios da GRATUIDADE DE JUSTIÇA para promover Ação de Indenização e/ou Cobrança.

Fortaleza, 04 de fevereiro de 2020.

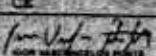
Antonio Lilvan Alencar

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA,
brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A, e **ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR,** brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6.994 ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE, declaramos para os devidos fins de direito, que não estamos cobrando honorários advocatícios antecipadamente do(a) autor(a), ressaltando os honorários de sucumbências.

Fortaleza, 04 de fevereiro de 2020.

Ciente:

Antonio Lilvan Alencar

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO			
Nome: ANTONIO ELVAN ALENCAR		DOC. IDENTIDADE / CONDIÇÃO DE: 98003526499 SBT CE	
VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL 1158560150			CPF: 461.524.663-34 DATA NASCIMENTO: 03/12/1967
	PLACAR ERDIAS ALENCAR FRANCISCA IDALICA ALENCAR		RENDA ACD CAVALA AB
Nº Registro: 01553911819		VALIDADE 1ª EMISSÃO 28/09/2020 08/02/2001	
Observações: 			
LOCAL FORTALEZA, CE		Data Emissão 30/09/2015	
 DIRTOR NACIONAL DE TRÁFICO		43884058419 CEL49936362	
DETRAN - 9 (CE/PA)			



2º Via
Nº de Inscrição:
0004980662

fls. 10

DADOS DO CLIENTE

Nome: ANTONIO ZILVAN ALENCAR

End. Leitura: RU J FIGUEIREDO FILHO, 276, CAMBÉBA

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60.822-275

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001

Sector: 069

Quadra: 0015

Lote: 0446

Cont: 0000

Subsector:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumem³	Média Semestralm³
AGUA	A14F026380	428	430	2	2

DATAS

Leitura Atual: 01/06/2019

Emissão: 13/06/2019

Lacre Água: 754636

Leitura Anterior: 02/05/2019

Próxima Leitura: 01/07/2019

Lacre Espeto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	526	526	126	526	526
Analisadas	548	547	548	545	545
Em conformidade	544	517	541	520	545

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Espeto (m³)
AGUA	28,30	JUN/2018	2	0
		JUL/2018	2	0
		AGO/2018	3	0
		SET/2018	2	0
		OUT/2018	4	0
		NOV/2018	4	0
		DEZ/2018	3	0
		JAN/2019	0	0
		FEV/2019	3	0
		MAR/2019	1	0
		ABR/2019	3	0
		MAI/2019	2	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,27	VALOR DO SERVIÇO	41,10
COFINS	1,35	VALOR DO SUBSÍDIO	12,80
		VALOR TOTAL A PAGAR	28,30
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)	
06/2019	17/06/2019	28,30	

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNPP, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros: PayPal.
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARS - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará; 0800 275 3838.



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declarante: Antonio Zilvan Alencar

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil:

RG: 98002526698

Órgão Emissor: SSP CE

Data da Emissão:



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2270 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/07/2019 13:21:40**
Data / Hora da Ocorrência: **29/05/2019 11:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA PADRE VALDEVINO**
Complemento:
Bairro: **DIONISIO TORRES** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROXIMO A HAPVIDA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO ZILVAN ALENCAR**
Nascimento: **03/12/1967** CPF: **461.524.663-34**
RG: **98002526698** Orgão Emissor: **SSP** UF: _____
Filiação: **FRANCISCA IDALICE ALENCAR**
EBDIAS ALENCAR
Endereço: **RUA JOAQUIM FIGUEREDO FILHO , 276**
Bairro: **CAMBEBA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.822-275**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98716-7057**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMD3712** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KF2210GR100193 Renavam: **1083840395** Tipo do Veículo:
MOTONETA Marca / Modelo: **HONDA/PCX 150 DLX** Ano Fabricação:
2016 Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA** Cor: **BRANCA**
Proprietário: **ANTONIO ZILVAN ALENCAR** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA PMD-3712 NA RUA PADRE VALDEVINO QUE AO DESVIAR DE UM BURACO A MOTO DERRAPOU VINDO A VITIMA CAIR NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 29/05/2019 12:45:01	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 704008358646968	NOME: ANTONIO ZILVAN ALENCAR				Registro: 5619063		
CPF: 46152466334	RG: 00122480386	D. NASC: 03/12/1967	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Amarela		
NOME DA MÃE: FRANCISCA IDALICE ALENCAR			NOME DO PAI: EBDIAS ALENCAR				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: JOAQUIM DE FIGUEIREDO FILHO		Nº: 276	BAIRRO: CAMBEBA			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: , 988349467	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60822275			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: AURICELIA		PARENTESCO: ESPOSA			TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um objeto fixo ou parado.							
QUEIXAS: pac. vítima de queda de moto com trauma em joelho esq. há 01 hora por acidente de trabalho							
OBSERVAÇÕES: problemas em extremidades - dor moderada							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Trabalho	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Condução:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TÁVORA



ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE O PACIENTE ANTONIO ZILVAN ALENCAR, 51 ANOS, COM
FRATURA PLATO TIBIAL ESQUERDO, NECESSITA DE 180 DIAS DE REPOUSO. CID= S821

FORTALEZA/CE, 3 de Junho de 2019

CLAUDIO JOSE
CRM/CE 4078

CLAUDIO EUFRÁSIO
CRM/CE 4078



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

7 Atendimento médico

Atendimento f. Ameline

Zila Alencar, 173, 9

Segunda - Feira, 14/03/2020

Exame, visão AVC

ortopedia deformidade

7 segundos 584

CLAUDIO EUFRÁSIO
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 4078

DF 07/19

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

MODELO 4

MS-DATAIS
VERSÃO

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

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESPERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 08/2019

DATA: 12/08/2019

Num AID: 231910248575-5 Situação: APURADA Tipo: 01-INITIAL Apresentação: 08/2019 Data de Emissão: 31/08/2019

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0222 Leito: 0004
Doc autorizador: 980016003261132 Doc med resp: 201591461720008 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 201591461720008
CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL
Paciente: ANTONIO ZILVAN ALENCAR CNES: 7040083566666666
Data Nasc.: 03/12/1967 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 10 - BRASIL Laudo:
Responsável pac.: ANTONIO ZILVAN ALENCAR Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 9800252666666666
Endereço: JOAQUIM DE FIGUEIREDO FILHO, 276 - CAMBEBA Nome da Mãe: FRANCISCA IDALICE ALENCAR
Município: 230440 - PORTALEZA Raca/Cor: PARDA
Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO UF: CE CEP: 60010-100 Telefone: (85) 8716-7111

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:
Caráter atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRÁFEGO Modalidade: HOSPITALAR
Data internação: 31/05/2019 Data saída: 05/06/2019 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01:

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

Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNAE	Apurar Valor p/ Qtda Cmp	Descrição
1 04.08.06.019-0	201591461720008	1 225270	201591461720008	3969800	1 052019 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA
2 04.08.06.019-0	101084263590001	6 225151	101084263590001	3969300	1 052019 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA
3 04.08.05.015-2	201591461720008	1 225270	201591461720008	3969300	1 052019 RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR
4 04.08.05.015-2	101084263590001	6 225151	101084263590001	3969800	1 052019 RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR
5 04.08.05.055-1	201591461720008	1 225270	201591461720008	3969800	1 052019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PL
6 04.08.05.055-1	101084263590001	6 225151	101084263590001	3969800	1 052019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PL
7 07.02.03.097-0	09069959000158	0	09069959000158	3969800	1 052019 PLACA EM L 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)
8 08.02.01.001-6		0	3969800	3969800	1 052019 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PER
9 08.02.01.001-6		0	3969800	3969800	4 062019 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PER
10 04.01.01.001-5	201591461720008	0 225270	201591461720008	3969800	4 062019 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
11 02.04.06.016-8	3969800	0	3969800	3969800	3 062019 RADIOGRAFIA DE PERNA

===[VALORES DA PRÉVIA]===

Forma de Organização	+Serv. Hospitalar+ +----- Serviço Profissional -----				----- Direto -----		----- Rateado -----		----- Total -----	
	Direto	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Total
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS										
04.08.05 MEMBROS INFERIORES	129,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	129,60	0,00	129,60
04.08.06 GERAIS	624,73	0,00	0,00	0,00	0,00	341,38	0,00	966,11	0,00	966,11
07.02.03 ORM EM ORTOPEDIA	460,58	0,00	0,00	0,00	0,00	131,95	0,00	592,53	0,00	592,53
08.02.01 DIÁRIAS	577,42	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	577,42	0,00	577,42
	40,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	40,00	0,00	40,00
Total Geral:	1.832,33	0,00	0,00	0,00	0,00	473,37	0,00	2.305,70	0,00	2.305,70

===[DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES]===

Linha Nota Fiscal	CNAE Fornecedor	Lote	Série	Registro ANVISA	CNAE Fabricante
7 30017	09.069.959/0001-58				
Número de Nascidos	Número de Saídas	N. Pré-Natal			
Vivos: 0 Mortos: 0	Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0				

MS-DATAUS

VERSÃO

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

ESPELHO DA AIH

O.B: M230440001

URG./EMERG: 0% ESPERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 08/2019

DATA: 12/07/2019

Num AIH: 231910248575-5

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 08/2019

Data de Emissão: 31/05/2019

"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

Recebido em 12/07/2019
Assinado digitalmente por JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA e esaj.tce.jus.br, protocolado em 17/03/2020 às 14:45, sob o número 021896854.2020.8.06.0001 e código 631BA06.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0218968-54.2020.8.06.0001 e código 631BA06.



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

fls. 17

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600109984
NÚMERO DA AIH: 2319102485755

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 704008356646968 - ANTONIO ZILVAN ALENCAR

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 03/12/1967 - 51 anos

NOME DA MÃE: FRANCISCA IDALICE ALENCAR

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

ENDEREÇO: RUA JOAQUIM DE FIGUEIREDO FILHO, Nº 276

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO: CAMBÉBA

CEP: 60822275

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: 31/05/2019 - 11:19 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 01/06/2019 - 08:50

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



RESERVA DE REGULAÇÃO - UNIDADE: ILS 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

704008356646968 - ANTONIO ZILVAN

ALENCAR



NOME DA MÃE

FRANCISCA IDALICE ALENCAR

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5619063

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

03/12/1967 - 51 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

RUA JOAQUIM DE FIGUEIREDO FILHO, Nº 276

BAIRRO

CAMBEBÁ

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARÁ

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

Plantonista

MÉDICO

24459836300 - CARLOS EMANUEL
VASCONCELOS

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE TRANSFERIDO P/ HOSP. DE APOIO
- INSTITUTO PRAXIS

Solicitação

NÚMERO

12600109984

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

31/05/2019 - 11:19

PROFISSIONAL

24459836300 - CARLOS EMANUEL
VASCONCELOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE
FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

PROCEDIMENTO REALIZADO

CLÍNICA

13 - CIRURGICO -
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS
INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

4 - URGÊNCIA

Justificativa da internação



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

2 - CNES:

252911

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

INSTITUTO PRÁXIS

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **ANTONIO ZILVAN ALENCAR**

PRONTUÁRIO:

5619063

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:

704008356646968

8 - DATA NASCIMENTO:

03/12/1967

09 - SEXO

() M () F

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE/PAI:

FRANCISCA IDALICE ALENCAR / EBDIAS ALENCAR

12 - TELEFONE:

988349467

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

N.I

14 - TELEFONE DE CONTATO:

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

JOAQUIM DE FIGUEIREDO FILHO, 276, CAMBEBA

16 - MUNICÍPIO:

FORTALEZA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:

CE

19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM FRATURA DE TIBIA PROXIMAL, 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. TIBIA PROXIMAL

24 - CID 10

S821

25 - CID 10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE TIBIA PROXIMAL.

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050551

29 - CLÍNICA:

TRAUMATO

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

EMERGENCIA

31 - DOCUMENTO:

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO DO

SOLICITANTE:

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

34 - DATA SOLICITAÇÃO

31/05/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO

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

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 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO

DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO:

() CNES () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

/ /

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

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

FICHA DE INTERNAÇÃO

==[ADMISSÃO]==

Número 201921002766 Data 31/05/2019 Hora 21:11 Convênio PRAXIS Classificação SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento ELETIVO SISREG AIH

Origem do Paciente IJF

Médico Solicitante 5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

Clínica/Especialidade CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Médico Responsável 5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

Procedimento Solicitado 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Dias 3

==[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome ANTONIO ZILVAN ALENCAR

Sexo MASCULINO

Nascimento Idade 03/12/1967 51 Anos Raça/Cor PARDA

Estado Civil SOLTEIRO(A)

Religião CATÓLICO (A)

Mãe FRANCISCA IDALICE ALENCAR

Pai EBDIAS ALENCAR

Conjuge

Responsável AURICELIA ARAUJO DA SILVA

Prontuário 2451294

CNS 704008356646968 Registro 201902570002358

Documento Informado RG: 98002526698

País BRASIL

Município de Naturalidade MILHA/CE

CEP 60010-100

Município de Residência FORTALEZA/CE

Logradouro RUA JOAQUIM DE FIGUEREDO FILHO

Número Complemento 276

Bairro CAMBEBA

Fone Móvel (85)9859.04879 Fone Fixo (85)8716.7057

Ponto de Referência

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO) EMPREGADO FORMAL / CONTINUO

==[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==

Acomodação/Leito 222/4

Em caso de urgência avisar AURICELIA ARAUJO DA SILVA - ESPOSA

Clínica CLÍNICA CIRÚRGICA

Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 03

Tipo de Acomodação ENFERMARIA

Atendente: maria.nataly

Data: 31/05/2019 Hora: 21:19:19 Tempo: 00:07:40

==[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

AURICELIA ARAUJO DA SILVA, abaixo assinado, responsável pelo paciente ANTONIO ZILVAN ALENCAR, 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), 31 de maio de 2019

RESPONSÁVEL *Auricelia Araujo da Silva*

TESTEMUNHAS



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07273084/0001-15 - 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: 03/08/19

Nome do paciente: ANTONIO ZILVÃO ALBUQUERQUE	
Nº Prontuário: 2481299	
Clínica:	Categoria:
Cirurgião: DR. CLAUDIO	Leito:
Anestesista: DR. PAULO	
Tipo de Anestesia: RAQUÍDIA	
1 Auxiliar:	
2 Auxiliar:	
3 Auxiliar:	
Instrumentadora: CRISTIANE	
Circulante: JEFFERSON	
Diagnóstico Pré-Operatório: fratura de fêmur direito + ortopedia	
Tipo de Operação/ Código: 250205055	
Diagnóstico Pós-Operatório: 250205055	
Relatório Imediato do Patologista:	
Exame Radiológico no ato: 250205055	
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)

Dr. Paulo Fernando Silveira - 32
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
MÉDICO DO TRABALHO
CRM-CE 3322
Assinatura Anestesista

MODELO 8.0

H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

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

Data: / /

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: ANTONIO ZILVAS ALVARES									
Nº Prontuário:			Nº Controle:			Enf./		Leito:	
Cirurgião:			Tempo de Sala:			Tempo de Oxigênio:			
IDADE	PESO	ALTURA	SEXO	TEMP	PULSO	RESP.		PR. ART. MAX/MIN	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA		URINA		
Anestésicos: Propofol, Atracurium, Sufentanil Diagnóstico: Obstrução do tubo traqueal						Asma Bronquite E.C.G. Alergia: Estado Mental: Boa Ataraxicos: Corticóides: Hipotensores: Outras Drogas:			
Anestésicos Anteriores:						Dentes Pescoco			
Medicação Pré-Anestésica:			Aplicada as			Efeito			
Agentes Anestésicos	20								
	Líquidos								
CÓDIGO P. Arterial O. Pulso O. Respiração Anestesia O. Operação	260								
	240								
	220								
	200								
	180								
	160								
	140								
	120								
	100								
	80								
60									
40									
20									
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		6							
POSICÃO		AGENTES Propofol 0.5% + Sufentanil TÉCNICA Intubação OPERAÇÃO Ressecção de pólipos CIRURGIÕES Dr. Paulo ANESTESISTAS Dr. Paulo							
TEMPO DE ANESTESIA: Das 15:15 hrs às 16:15 hrs = 60 Minutos		Anestésico: Propofol							
Anestésico:		CRM:							
Perda sanguínea aprox.		Volume sanguíneo reposado							

Dr. Paulo Fernando Silveira - *Dr. Paulo*
MEDICO ANESTESIOLOGISTA
MEDICO DO TRABALHO
CRM-CE 3332

MODELO 2.1

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]==

Número 201921002766 Data 31/05/2019 Hora 21:11 Convênio/Plano 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 222/4 Tipo de Acomodação ENFERMARIA Clínica CLÍNICA CIRÚRGICA Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]==

Nome ANTONIO ZILVAN ALENCAR Sexo MASCULINO
Nascimento 03/12/1967 Idade 51 Anos Religião CATÓLICO (A) Prontuário 2451294 Registro 201902570002358

===[DADOS DA ALTA]==

Diagnóstico Principal
Procedimento Realizado 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
Data 05/06/2019 Hora 12:31 Motivo ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]==

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente ANTONIO ZILVAN ALENCAR, 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), 05 de junho de 2019

Responsável/
Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: kilvia.cavalcante

Data: 05/06/2019 Hora: 12:31:36



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190625534

Vítima: ANTONIO ZILVAN ALENCAR

Data do Acidente: 29/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO ZILVAN ALENCAR

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Recebedor: ANTONIO ZILVAN ALENCAR

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000031

Conta: 0000010163-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0124101242 - carla - 15R - INVALIDEZ

