

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

JOSÉ ROGÉRIO NOGUEIRA, brasileiro, casado, inscrito no RG sob o nº 2001030007533 e CPF 042.506.813-78, residente e domiciliado na Localidade de Sítio Jardim São José, n 0001, Zona Rural, CEP: 62.900-000, Russas-CE.

Doravante denominado CONTRATANTE, e de outro lado, **FAGNER XAVIER GOMES**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB-CE sob o nº 30.339, sito na Rua Ocion Lopes da Silveira, nº 686, bairro Várzea Alegre, CEP: 62900-000, Russas-CE, doravante denominado CONTRATADO, ajustam o seguinte:

1. FINALIDADE DO CONTRATO:

O **CONTRATANTE** contrata os serviços profissionais do **CONTRATADO**, para que preste serviços advocatícios na esfera judicial e/ou administrativa.

2. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

2.1 - Pela propositura da ação/processo com pedido de auxílio doença ou restabelecimento de auxílio doença, seja na esfera administrativa ou judicial, o/a **CONTRATANTE** pagará ao **CONTRATADO**, a título de honorários advocatícios, o valor de 30% (trinta por cento) do valor total auferido na ação.

2.2 - Na hipótese de o pedido ser DEFERIDO POR TEMPO INDETERMINADO O **CONTRATANTE** pagará ao **CONTRATADO** o valor de 30% (trinta por cento) provenientes das parcelas atrasadas (RPV) e mais 30% sobre 12 (doze) salários mínimos futuros.

2.3 - Pela propositura da ação/processo com pedido de Aposentadoria por Invalidez, Aposentadoria por Idade, Aposentadoria por Tempo de Contribuição, Benefício Assistencial - BPC/LOAS, Auxílio Acidente, seja na esfera Administrativa ou Judicial, o/a **CONTRATANTE** pagará ao **CONTRATADO**, a título de honorários advocatícios, o valor de 30% (trinta por cento) do valor total auferido na ação, e mais o valor de R\$ 8.000,00 (oito mil reais).

3. DAS DESPESAS GERAIS

O **CONTRATANTE** obriga-se, outrossim, ao pagamento de todas as despesas necessárias ao andamento do feito (taxas, emolumentos, despesas cartorárias, cópias reprográficas, certidões, diligências, etc.), que lhe serão apresentadas através de recibos comprobatórios.

O valor dos honorários pactuados na cláusula terceira não é alterado, na hipótese de não prosseguimento da ação por qualquer circunstância não determinada pelo **CONTRATADO**, revogação do mandato sem culpa dos advogados, ou a prática de qualquer ato da **CONTRATANTE** que viole o presente contrato.

O **CONTRATANTE** declara que, antes de assinar, examinou e leu o presente instrumento, reconhecendo-o em tudo correto. Declara, ainda, que reconhece, desde já, como líquida e certa a obrigação contraída por este instrumento particular de contrato.

4. DO FORO

As partes elegem desde já o Foro da Comarca de Russas/CE, para dirimir quaisquer dúvidas acerca do presente contrato, por mais que privilegiado que seja qualquer outro.

E por estarem assim, justos e contratados, assinam o presente instrumento em duas vias, para que possa produzir seus legais efeitos.

Russas, 04 de Março de 2020.

JOSE ROGÉRIO NOGUEIRA
JOSE ROGERIO NOGUEIRA



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

pre Zogênio Nogueira

P/ DPVAT

Paciente de alta definitiva
da traumatologia.

///

12/12/19


Dr. Josafá Fernandes
traumato - Ortopedista
CREMEC 5253

Instituto Clinico 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

Idade: 31 ano(s)

R

USO ORAL

1 CX

TOMAR 1 COMP DE 12/12 h

FORTALEZA, 17 de August de 2019

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

CRM/CE 5253

Avenida Francisco Sá, 5445 - Bairro Alvaro Weyne - Fortaleza/CE CEP 60310-002
 Fone/Fax: (85) 3228.2555 Site: www.hospitalfernandestavora.com.br

Idade: 31 ano(s)

R

USO ORAL

1C)

TOMAR 1 COMP DE 12/12 h

FORTALEZACE, 17 de August de 2019

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

CRM/CE 5253

Avenida Francisco Sá, 5445 - Bairro Alvaro Weyne - Fortaleza/CE CEP 60310-002
Fone/Fax: (85) 3728.2555 Site: www.hospitalfernandestavora.com.br



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TAVORA



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente JOSE ROGERIO NOGUEIRA portador do documento ? necessita de 120 dia(s) de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.
CID: S822.

FORTALEZA/CE, 17 de August de 2019

JOSAFÁ
CRM/CE 5253


Dr. Josafá Fernandes Távora - Ortopedista
CRM/CE 5253

Dr. Josafá Fernandes Távora - Ortopedista
CRM/CE 5253



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TAVORA



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente JOSE ROGERIO NOGUEIRA portador do documento ? necessita de 120 dia(s) de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.
CID: S822.

FORTALEZA/CE, 17 de August de 2019

JOSAFÁ
CRM/CE 5253


Dr. Josafá Fernandes Távora - Ortopedista
CRM/CE 5253

Dr. Josafá Fernandes Távora - Ortopedista
CRM/CE 5253



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA



HOSPITAL DISTRICTAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO SIMPLES



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Dr. Rogério Nogueira
portador da Carteira Profissional N° 60-5822
Série 5822, necessita de 12/12/19 por extenso

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

HFT 12/12/19
Hospital ou Ambulatório Localidade e Data

Dr. Josafá Fernandes
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

PACIENTE

Nome: JOSE ROGERIO NOGUEIRA Idade: 31 ano(s)
Endereço: RUA JARDIM DE SAO JOSE, 00 - ZONA RURAL - RUSSAS/CE
R

USO ORAL

1) CEFALEXINA 500 MG

TOMAR 1 COMP DE 6/6 H

40 COMP

Dr. Josafá Fernandes
traumato - ortopedista
CREMEC 5253

FORTALEZA/CE, 17 de August de 2019

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

CRM/CE 5253

ATENDIDO, DISPENSADO

Quadrante de 2/2 dias
Naes pivas os pontos com
Retirar os pontos dia 05/09/19
Retorno dia 05/09/19
dia 07/11/19 em 7h (alta)
dia 12/12/19 em 7h (alta)

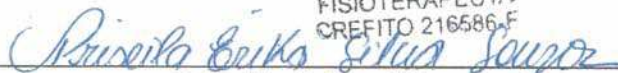
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o paciente José Rogério Nogueira, 31 anos, sexo Masculino, admitido no dia 26/11/2019 no Centro Especializado em Reabilitação (CER) localizado em Russas-CE iniciou o acompanhamento fisioterapêutico com diagnóstico de pós-cirúrgico de Fratura Tíbia esquerda. Em sua avaliação inicial o paciente deambulava com auxílio de muletas axilares, pele normocorada, sem deformidades adjacentes ao trauma, relata dor em região distal da Tíbia e em face lateral do tornozelo e pé esquerdo, fraqueza muscular do MIE. Diminuição da amplitude de movimento de tornozelo esquerdo e presença de leve edema. Como conduta fisioterapêutica foi enfatizada: técnicas de ADM ativo livre, fortalecimento de MIE com ênfase em CCA, treino de marcha e propriocepção. Sendo realizados 20 atendimentos fisioterapêuticos.

O paciente apresenta melhora significativa quanto ao seu quadro clínico e cinético-funcional, mas persiste com queixas algicas e limitações funcionais/AVD'S além de leve alteração na marcha.

Russas, 16 de janeiro de 2020.

Priscila Erika Silva Souza
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 216586-F



Priscila Erika Silva Souza
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 216.586-F

MS-DATAS
VERSÃO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE ATH - SISAIH01
INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL
ESPELHO DA ATH

fls. 17

01: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 19/2019

DATA: 29/08/2019

Num ATH: 231910297190-9 Situação: APURADA Tipo: 01-INITIAL Apresentação: 19/2019 Data de Emissão: 29/08/2019

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 8204 Leito: 9001

Doc autorizador: 988016003261132 Doc med resp: 206633842350003 Doc diretor clín.: 210150059328008 Doc médico solic: 206633842350003

CNES: 3969800 - INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNES: 706280021

Paciente: JOSE ROGERIO NOGUEIRA Prontuário: 2452354 Laudo:

Data Nasco.: 11/02/1988 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc: 200163800

Responsável pac.: JOSE ROGERIO NOGUEIRA Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA DA FONSECA

Endereço: JARDIM DE SAO JOSE, 00 - ZONA RURAL Raça/Cor: PARDA

Município: 231100 - RUSSAS UF: CE CEP: 62900-000 Telefone: (85) 9969

Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Diag. principal: S822-FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA Diag. Secundário: V549-OCUPANTE DE UMA CAMINHONETE TRAMATIZADA

Diag. complementar: Causa Obito:

Carater atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 15/08/2019 Data saída: 20/08/2019 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01:

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

CNPJ do Empregador: CNAER:

Vínculo com a previdência: CBC:

===[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]=====

Linha	Ato/Proced	PF	IE	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Ode Empt	Descrição
1	04.08.05.050-0	206633842350003	1	225270	206633842350003	3969800	1 082019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	04.08.05.050-0	210157919150018	6	225151	210157919150018	3969800	1 082019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	07.02.03.090-2	09069959000158	0	09069959000158	3969800	3969800	1 082019 PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4.5 M
4	04.08.05.066-7	206633842350003	1	225270	206633842350003	3969800	1 082019 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA
5	04.08.05.066-7	210157919150018	6	225151	210157919150018	3969800	1 082019 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA
6	08.02.01.001-6	0	0	3969800	3969800	3969800	5 082019 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
7	04.01.01.001-5	206633842350003	0	225270	206633842350003	3969800	3 082019 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAM
8	02.04.06.016-B	3969800	0	3969800	3969800	3969800	4 082019 RADIOGRAFIA DE PERNA

===[VALORES DA PRÉVIA]=====

Forma de Organização	+Serv. Hospitalar+ +----- Serviço Profissional +-----		+----- Direto +----- +----- Rateado +-----		+----- +----- +-----	
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	97,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
04.08.05 MEMBROS INFERIORES	454,91	0,00	0,00	0,00	365,28	0,00
07.02.03 DPM EM ORTOPEdia	135,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
08.02.01 DIARIAS	46,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Geral:	1.327,99	0,00	0,00	0,00	365,28	0,00

===[DADOS DAS ORTESES/PRÓTESES]=====

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Registro ANVISA	CNPJ Fabric
3	31616	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 7, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por Fagner Xavier Gomes e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 14/04/2020 às 19:16, sob o número 023276382020080600001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 023276382020080600001 e código 649F356.



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. 18

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600115184
NÚMERO DA AIH: 2319102971009

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 706200021783863 - JOSE ROGERIO NOGUEIRA
DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 11/02/1988 - 31 anos
NOME DA MÃE: MARIA DE FATIMA DA FONSECA
NOME DO RESPONSÁVEL: JOSE ROGERIO NOGUEIRA
ENDEREÇO: R. JARDIM DE SÃO JOSÉ
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 231180 - RUSSAS

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 996975695

BAIRRO: ZONA RURAL

CEP: 62900000

UF:

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: 170158166780008 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 15/08/2019 - 11:45 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 17/08/2019 - 11:04

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

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

Ateino
Acesso Desconectar
Operações

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE

706200021783863 - JOSE ROGERIO
NOGUEIRA

NOME DA MÃE

MARIA DE FATIMA DA FONSECA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5630639

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

11/02/1988 - 31 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

JOSE ROGERIO NOGUEIRA

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(85) 996975695

ENDEREÇO

R. JARDIM DE SÃO JOSE

BAIRRO

ZONA RURAL

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

RUSSAS

Plantonista

MÉDICO

04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA
(85) 32555040

TELEFONE PARA CONTATO

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE SERA TRANSFERIDO PARA
HOSPITAL DE APOIO INSTITUTO PRAXIS

Solicitação

NÚMERO

12600115184

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO RESERVA

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

15/08/2019 - 11:45

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 APOS
INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

4 - URGÊNCIA

Justificativa da internação

DIAGNÓSTICO INICIAL

S822 - Fratura da diáfise da tibia

15-08-2019

UNISUS WEB

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM FRATURA DE TÍBIA.NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RX

Causas externas

DEFINIÇÃO DO ACIDENTE

1 - NÃO SE APLICA

Voltar

Caso deseje cancelar a solicitação de internação você pode:

Cancelar solicitação

Caso deseje acessar as ocorrências da solicitação você pode:

Acessar ocorrências

Para Gerência de Inq



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 hor. de proteção à vida"

chaves

fls. 21



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por Fagner Xavier Gomes e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 14/08/2020 às 19:16, sob o número 0232763620208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 023276-86.2020.8.06.0001 e código 649F156.

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA** 2 - CNES: **2529149**
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **INSTITUTO PRAXIS** 4 - CNES: **649F156**

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **JOSE ROGERIO NOGUEIRA** 6 - Nº PRONTUÁRIO: **5630639**
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **706200021783863** 8 - DATA NASCIMENTO: **11/02/1988** 9 - SEXO: ☒ Masc ☐ Fem 10 - RAÇA/COR: **10.1 - ET**
11 - NOME DA MÃE/ PAI: **MARIA DE FATIMA DA FONSECA** 12 - TELEFONE DE CONTATO: **984318878**
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: **RUSSAS** 14 - TELEFONE DE CONTATO: **62.9810**
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): **JARDIM DE SÃO JOSÉ ZONA RURAL**
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **RUSSAS** 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO: **CE** 18 - UF: **CE** 19 - CEP: **62.9810**

JUSTIFICATIVA N INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE COM DIFISE DE 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 + RADIOGRAFIAS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **FX: DE TIBIA** 24 - CID 10 PRINCIPAL: **S822** 25 - CID10 SECUNDÁRIO: 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

168 PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE DE TIBIA** 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0408050500**

29 - CLÍNICA: **TRAUMA** 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **EMERGÊNCIA** 31 - DOCUMENTO: **() CNS () CPF** 32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 34 - DATA SOLICITAÇÃO: **15/08/2019** 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 39 - CNPJ DA SEGURADORA: 40 - Nº DE ACIDENTE: 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: 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
() CNES () CPF
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELH)

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

FICHA DE INTERNAÇÃO

==[ADMISSÃO]==

Número 201921004161 Data 15/08/2019 Hora 17:16 Convênio PRAXIS Classificação SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento ELETIVO SISREG AIH
Origem do Paciente IJF Clínica/Especialidade CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Médico Solicitante 5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO Médico Responsável 5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO
Procedimento Solicitado 0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA Dias 4
==[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome JOSE ROGERIO NOGUEIRA Sexo MASCULINO
Nascimento 11/02/1988 Idade 31 Anos Raça/Cor PARDA Estado Civil CASADO(A) Religião NÃO INFORMADO
Mãe MARIA DE FATIMA DA FONSECA Pai JOSE NOGUEIRA CORREIA NETO
Conjuge MARIA GERBENIA DE LIMA Responsável JOSE ROGERIO NOGUEIRA Prontuário 2452354
CNS 706200021783863 Registro 201902570003502 Documento Informado RG: 2001030007533 Emissão: 11/08/2007
País BRASIL Município de Naturalidade FORTALEZA/CE CEP 62900-000
Município de Residência RUSSAS/CE Logradouro RUA JARDIM DE SAO JOSE
Número 00 Complemento Bairro ZONA RURAL
Fone Móvel (85)9843.18878 Fone Fixo (85)9969.75695 Ponto de Referência
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO) EMPREGADO FORMAL / MOTORISTA DE CAMINHAO (ROTAS REGIONAIS E INTERNACIONAIS)

==[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==

Em caso de urgência avisar JOSE ROGERIO Acomodação/Leito 204/1
Tipo de Acomodação ENFERMARIA Clínica CLÍNICA MÉDICA Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 01
Atendente: helenia Data: 15/08/2019 Hora: 17:20:52 Tempo: 00:04:30

==[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

JOSE ROGERIO NOGUEIRA, abaixo assinado, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao seu diagnóstico, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 15 de agosto de 2019

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

JOSE ROGERIO NOGUEIRA



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Patologia S. C. Ltda.
CNPJ 07.075.084/0001-05 - CEP 13510-000
Av. Francisco Sá, 3445 - Alameda Weyne - Piracicaba - SP
CEP 13031-002 - Fone: Fax: (19) 3328-2865

www.hospitalfernandeslavora.com.br E-mail: hft@hospitalfernandeslavora.com.br

fls. 23

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 14/04/2020

Nome do paciente: FRANCISCO DE ASSIS
Nº Prontuário: 40803050013 Categoria: 40803050013
Clínica: 40803050013 Leito: 40803050013
Cirurgião: 40803050013
Anestesista: 40803050013
Tipo de Anestesia: 40803050013
1 Auxiliar: 40803050013
2 Auxiliar: 40803050013
3 Auxiliar: 40803050013
Instrumentadora: 40803050013
Circulante: 40803050013
Diagnóstico Pré-Operatório: 40803050013
Tipo de Operação/ Código: 40803050013
Diagnóstico Pós-Operatório: 40803050013
Relatório Imediato do Patologista: 40803050013
Exame Radiológico no ato: 40803050013
Acidente e Incidentes: 40803050013

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

Maurilene Gondim Leite
CORENCE 003355-ENF

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FAGNER XAVIER GOMES e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 14/04/2020 às 19:16, sob o número 02232763620208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0223276-36.2020.8.06.0001 e código 649F156.

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- Descrição geral da anatomia
- Diagnóstico do MIE
- Descrição dos campos
- Faixa de Exatidão
- Incisão joelho-lateral na pele =
- Redução da protuberância da pele
- Incisão para a pele com uma 30 =
- Reparo cirurgicamente lateral =
- Tensão =
- Sutura por planos
- Curativo

Assinatura do Cirurgião (Carimbo)

ASSINATURA



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clinico de Fortaleza S. C Ltda

AMERICAN INDIAN SOCIETY

Data:

7/15/19

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente		Prontuario		Nº Controle	E	Leito
Ergação		Tempo de Sala		Tempo de Oxigênio		
IDADE	PESO	ALTURA	SEXO	TEMP	PULSO	RESP.
TIPO SANGÜINEO	HEMACAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	PR ART MAX/MIN URINA
Anestesia Geral				Asma / Bronquite		
ECG				Ritmo normal		
Estado Mental				Normal		
Ataxia				Normal		
Condições				Boas		
Hipertensão				Não		
Outras Drogas				Nenhuma		
INDUÇÃO						
Sedativo				Excit		
Tranq				Lenta		
Circulação				Vômitos		
MANUTENÇÃO						
Anestesia satisfatória						
Despertar						
Reativação S.O.						
Uter						
Exat						
Nauseas						
Outros						
Para o leito com câmbio						
Cond. des						
Ponta sanguínea aprox.						
Volume sangüíneo recuso						

MODEL 2.1



**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

Departamento de Farmácia e Química
CNPJ nº 07.700.441/0001-06 - CEP 65070-000
Av. Transparência, 1445 - Alameda Argentea - Fortaleza - CE
CEP 60.010-000 - Fone/Fax: 85/3425-4557
www.hospitalfernandes-tavora.com.br - E-mail: hospitalfernandes-tavora@hft.com.br

PRÉ - REQUISIÇÃO - ANESTESIA

CÓD	MEDICAMENTOS	Unidade Medida	QUANT	CÓD	MEDICAMENTOS	Unidade Medida	QUANT
533-1	ADRENALINA	AMP			SOROS		
551-3	ÁGUA DESTILADA 1000ML	UND		553-3	Solução Inulose 500ML	Tubo	
354-5	AMINOFILINA	AMP		553-3	Solução de Manitol 250ML	Tubo	
260-7	ATROPINA	AMP		559-2	Solução de Ringer lactato 500ML	Tubo	
354-2	AMPICIDILINA 1G	FRAMP		557-6	Soro fisiológico 0.9% 250ml	Tubo	
279-6	BICARBONATO DE SÓDIO	AMP		556-5	Soro fisiológico 0.9% 500ml	Tubo	
234-0	CL. POTÁSSIO - 10%	AMP		1901-1	Soro fisiológico 1.000ml	Tubo	
370-7	DIAZEPAM 10MG	AMP		558-4	Soro glicosado 5% 500ML	Tubo	
244-5	MORFINA SULFATO 0.2mg/ml	AMP			MATERIAIS		
350-7	PETIDINA 100mg/2ml	AMP			CATETER INTRAVENOSO		
300-9	MDAZOLAN 15 mg/3ml	AMP			AGULHA DESO. PER. DURAL		
444-3	ETILEFRINA	AMP			AGULHA DESO. P. RAQUE		
144-5	ENFURANO 100ml	ML			EQUIPO. P. SORO		
300-7	PROMETAZINA 60mg	AMP			SONDA ASP. TRAQUEAL		
355-7	HYDROCORTIZONA 500mg	FRAMP			SONDA ENDOTRAQUEAL		
135-6	HALOTANO 100ML	ML			SONDA NASOGÁSTRICA		
355-0	FENTANILA - DROPERIDOL	AMP			GASES MEDICINAIS		
145-4	CETAMINA	FRAMP			AR COMPRIMIDO		
145-5	CERAFOTINA	FRAMP			GÁS CARBÔNICO		
355-5	F. ROSEMI DA 2ML	AMP			OXIGÊNIO		
355-7	FENTANILA CITRATO 0.05mg/ml	FRAMP			OXÍGENO NITROSO		
355-8	GENTAMICINA				SANGUE - HEMODERIVADOS		
205-4	HEPARINA				SANGUE		
400-4	EUFIVACAINA 0.5%				PLASMA		
400-5	BUPIVACAINA PERINEFRINA				ALBUMINA		
440-5	BUPIVACAINA PESADA				PAPAHEMACIAS		
5500-5	NALBUFINA				USO DE APARELHO		
355-0	PANCURÔNIO				CAPNOGRAFO	n	
264-0	METOCLOPRAMIDA				MONITOR	n	
340-0	NEOSTIGMINE				OXÍMETRO	n	
355-7	SEVAMETON 0.100mg	FRAMP					
400-4	THIOPENTAL						
355-8	ATRACURÍUM						
355-9	2. DUFENADO DE SÓDIO						
400-5	RODAPINA COM VASODONST						
400-6	RODAPINA - G. DOSE						
400-7	RODAPINA SEM ADRENALINA						
551-4	CISATRACURÍUM 10MG						
551-5	PROPOFOL						
551-6	NALOXONA						
551-7	ISOFLURANO						
	SUFENTANIL						
	HYPNOMIDATE						

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

==[INTERNAÇÃO]==

Número Data Hora Convênio/Plano
201921004161 15/08/2019 17:16 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
204/1 ENFERMARIA CLÍNICA MÉDICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

==[PACIENTE]==

Nome Sexo
JOSE ROGERIO NOGUEIRA MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
11/02/1988 31 Anos NÃO INFORMADO 2452354 201902570003502

==[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
20/08/2019 16:03 ALTA MELHORADO

==[DECLARAÇÃO]==

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente JOSE ROGERIO NOGUEIRA, 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), 20 de agosto de 2019

Responsável/ Repesantante Legal *X. Maria Gertrudes da Silva*
Nome Legível Assinatura

Enfermeira(o) Responsável pela Liberação *Andre Castro Junior*
Nome Legível Assinatura/Carimbo

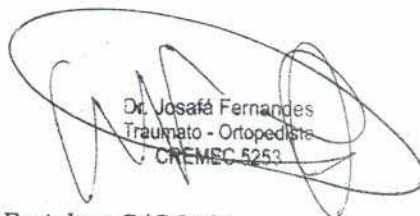
Usuário responsável: andre.castro

Data: 20/08/2019 Hora: 16:03:40

pré Rogério Nogueira

- Solicito fisioterapia
p/o tornozelo E (30m)
H P: prat. na poma
em ambulatório.

26/09/19



Dr. Josafá Fernandes
Traumato - Ortopedista
CREMEC 5253

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



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

fls. 29

pre Zogênio Nogueira

P/ DPVAT

Paciente de alta definitiva
da traumatologia.

111

12/12/19

Dr. Josafá Fernandes
Traumato - Ortopedista
CREMEC 5253

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

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 098195	Atendimento 0001	Nome do Paciente JOSE ROGERIO NOGUEIRA	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 042.506.813-78	Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino		
Data de Nascimento 11/02/1988	Local LIMOEIRO DO NORTE/CE	Idade 31 Ano(s)		
Pai JOSE NOGUEIRA CORREIA NETO	Mãe MARIA DE FATIMA DA FONSECA			
Endereço SITIO JARDIM SAO JOSE , SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 62900-000	Município RUSSAS	UF CE
Profissão MOTORISTA	Empresa	Cônjuge GERBENIA	UF CE	Telefone 88997139562
Responsável JOSE GENTIL NOGUEIRA	CPF do Responsável	Endereço SITIO JARDIM SAO JOSE , SN	Município RUSSAS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 12/08/2019	Hora 14:42	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento FRANCISCO RONNEY BOUTALA LOPES	CRM/UF 10684/CE	Tipo Atendimento CONSULTA CLINICA		
Indicador: de Acidente	Funcionário TATIANE DOS SANTOS BRITO			

Observação				
Sala	Data/Hora Liberação 12/08/19 às 17 hs. 12	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito		

Sinais Vitais								
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)	
		36	82	18	130x90	99	92	

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Paciente vítima de colisão frontal, com contusões, motorista de caminhão. Apresenta lesão lacerada em MI E, deformidade em tornozelo. Razoável.

CD: 1) Cetapropeno 100mg 1amp + SF 0,9% 100ml EV 14:53

2) RX de Tornozelo Esquerdo AP e Perfil

3) RX de Joelho Esquerdo AP e Perfil

4) PX de Rômulo Esquerdo AP e Perfil

Paciente levando ao pronto-socorro

Paciente com fratura de tíbia, fíbula.

CD: Fratura em joelho Esquerdo.

Fratura em Cotovelo Esquerdo.

Encaixado no HCSR.

Duvidal 1 amp 100mg 1 amp + SF 0,9% 100ml EV. 16:38

RX de Tórax PA -

Kéllisson Gadelha Maia
Médico
CRM-CE 19540

FRANCISCO RONNEY BOUTALA LOPES - CRM: 10684

Geisa Fernandes da Silva
Téc. de enfermagem
COREN-CE 001.332.794

Geisa Fernandes da Silva
Téc. de enfermagem
COREN-CE 001.332.794

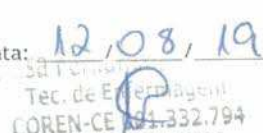
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: JOSE GENTIL NOGUEIRA



KIT DE PROCEDIMENTOS

 PACIENTE: JOÃO ROGERIO NOGUEIRA PRONTUÁRIO: 98195

INJETÁVEIS	QTD	DEB	INJETÁVEIS	QTD	DEB
ÁGUA DESTILADA 10ML	2		LIDOCAINA S/VASO 2% 20ML	1	1
MATERIAL MÉDICO-HOSPITALAR	QTD	DEB	MATERIAL MÉDICO-HOSPITALAR	QTD	DEB
AGULHAS 13x4,5	2		LUVA ESTÉRIL 6,5	2	
AGULHAS 25x7	2	1	LUVA ESTÉRIL 7,0	2	
AGULHAS 25x8	2		LUVA ESTÉRIL 7,5	2	2
AGULHAS 40x12	2	1	LUVA ESTÉRIL 8,0	2	
ATADURA DE CREPOM 10 CM	2	2	SCALP N.19	1	F
ATADURA DE CREPOM 15 CM	2	1	SCALP N.21	1	
ATADURA DE CREPOM 20 CM	2		SCALP N.23	1	
EQUIPO 2 VIAS	1		SERINGA 1ML	1	
EQUIPO MACROGOTAS	1		SERINGA 3ML	2	
FIO CATGUT CROMADO 0 / 3-0	1		SERINGA 5ML	2	1
FIO CATGUT SIMPLES 3-0	1		SERINGA 10ML	2	
FIO NYLON 2-0 / 3-0 / 4-0 / 5-0 / 6-0	2	4	SERINGA 20ML	2	
LÂMINAS DE BISTURI Nº 11 - 15 - 20 - 21	1				
SOLUÇÕES DE GRANDE VOLUME	QTD	DEB	SOLUÇÕES DE GRANDE VOLUME	QTD	DEB
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	1		SORO PARA ASSEPSIA	1	
SORO RINGER C/ LACTATO 500ML	1				

ABASTECIDO POR:	CONFERIDO POR:
Data: <u>12/08/19</u>  Assinatura/Carimbo	Data: <u>12/08/19</u>  Tec. de Enfermagem COREN-CE 14.332.794 Assinatura/Carimbo



FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HR DDLV - SBSC

Distrito Sanitário: 10º CRGS

Município: _____

Nome: José Rogério Nogueira

Prontuário Nº _____

Sexo: M ☒ F ☐

Idade: 31

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento:

Presente vítima de acidente entre carro e ônibus. Apresenta lesões
na região lombar e pelvis esquerda.

Resultado de Exames:

RX de Lombar "G": FX de Fíbula
RX de Pélvis "G": FX de Fíbula

Conduta já Realizada:

Análise

Impressão Diagnóstica:

Kellisson Gadelha Maia

CRM 129540

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Fratura de Fíbula, Fíbula G

CID: _____

Médico

Função

12/03/19

Data

Hora

Agendamento

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☒

Auxílio Diagnóstico

Especialidade:

Ortopedia Especializada

Profissional:

Ortopedia

Unidade de Saúde: _____

Data

/

/

Hora

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

NOME: _____

Sexo: M ☐ F ☐

Idade: _____

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº _____

Alta

/

Resumo Clínico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico: _____

CID: _____

Conduta Realizada:

Proposta de Conduta para Seguimento:

O problema justificou a referência?

☐ SIM

☐ NÃO

O motivo da referência coincide com o diagnóstico?

☐ SIM

☐ NÃO

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data



SÃO CAMILO
Hospital - São Leopoldo

RELATÓRIO DE ALTA (SAÍDA DO PACIENTE) UNIDADE EMERGÊNCIA MHCC

NOME: José Rogério Moqueira DATA DE NASCIMENTO: 11/02/1987

HIPÓTESE DIAGNOSTICA:

DATA DA SAÍDA: 12/08/19 HORÁRIO DA SAÍDA: 17:12

SAÍDA PARA EXAMES()
ULTRASSOM()
HSR() OUTROS()
DESTINO _____
TOMOGRÁFIA()
DESTINO _____
AVALIAÇÃO MÉDICA()
DESTINO _____
OUTROS()

TRANSFERÊNCIA EXTERNA ☒
DESTINO Hospital de Russas
REGULADO()
VAGA ZERO()
TÉC. DE ENFERMAGEM(ACOMPANHANTE):
Samu - Elisandra

CONTRA REFERÊNCIA()
MUNICÍPIO DE ORIGEM _____
TÉC. DE ENFERMAGEM(ACOMPANHANTE) _____

ALTA PARA DOMICÍLIO()

ACOMPANHANTE DO PACIENTE:

SINAIS VITAIS NO MOMENTO DA ALTA (SAÍDA) EMERGÊNCIA		SINAIS VITAIS NO MOMENTO DO RETORNO EMERGÊNCIA	
Horário:		Horário:	
PA: <u>130x90</u>	OBSERVAÇÕES:	PA:	OBSERVAÇÕES:
FC: <u>82</u>		FC:	
FR: <u>18</u>		FR:	
SAT: <u>99%</u>		SAT:	
T: <u>36</u>		T:	
DX:		DX:	

ORIENTAÇÕES

Assinatura/Carimbo
Enfermeiro

Yvonia Nair Ferreira
Enfermeira
COREN-CE 55.489



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. **JOSÉ ROGÉRIO NOGUEIRA**, portador do RG n.º 2001030007533, SSPDS-CE, inscrito no CPF n.º 042.506.813-78, no dia 12/08/2019 às 13h37, no Município de Tabuleiro do Norte-CE, no Sítio Tapuio, próximo ao Posto Mundial, vítima de acidente de trânsito, colisão entre caminhão e ônibus escolar, sendo removido para o **Hospital Regional Doutor Deoclécio Lima Verde**, em seguida para o **HCSR - Hospital e Casa de Saúde de Russas** e depois, para o **IJF - Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 20 de fevereiro de 2020.

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - CE
Fone: (85) 3433 7434

Nº do Cliente:

4012452

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

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60136 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº

044780109

Rota

RUS35R74 - 3350

Referência

12/2019

Nome

ANTONIA MARIA DE SOUSA ALMEIDA

Endereço

ST JARDIM SAO JOSE, 00001 - 00001, JARDIM SAO JOSE, 62900-000, RUSSAS

Classificação

Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária

B1 RESIDENCIAL

Emissão

26/12/2019

Medidor

4320820-CPN-308

Ligação

Monofásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

RECEBEMOS ÀS 15h 05m 53s 00h 04m 56s

DATAS DE LEITURA

Anterior

21-11-2019

Atual

01-12-2019

Próxima prevista

22-01-2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	12.308	10.187	1,00	141	00	141	0,45525	64,19

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	10,62
COFINS COMPL BX RENDA	-	0,86
ICMS COMPL BX RENDA	-	10,47
PIS COMPL BX RENDA	-	0,17
JUROS MORATÓRIOS	-	0,55
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	38,76
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-38,76
CONSUMO DE 000 KWH ATÉ 030 KWH	0,25067	7,52
CONSUMO DE 030 KWH ATÉ 100 KWH	0,43086	30,16
CONSUMO DE 100 KWH ATÉ 220 KWH	0,64659	26,51
ADICIONAL BAND. AMARELA	-	1,16
ADICIONAL BAND. VERMELHA	-	1,59

Tributo	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	105,70	27,00	28,54
PIS	105,70	0,49	0,51
COFINS	105,70	2,24	2,37

VENCIMENTO

29/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

89,61

CONSUMO CONSCIENTE

CEP/CNPJ

601.084.393-64

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica (%CO₂)

0

100

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

FATURADO POR MEDIA - LEITURA BIMESTRAL

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 22/11 - 30/11 Amarela : 01/12 - 21/12

SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MÊS TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FAGNER XAVIER GOMES e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 14/04/2020 às 19:16, sob o número 02232763620208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0223276-36.2020.8.06.0001 e código 649F15B.

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME JOSE ROGERIO NOGUEIRA	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 2001030007533 SSPDS CE
	CPF DATA NASCIMENTO 042.506.813-78 11/02/1988
	FILIAÇÃO JOSE NOGUEIRA CORREIA NETO MARIA DE FATIMA DA FONSECA
	PERMISSÃO ACC CAT. HAB. ☐ ☐ ☒ AD
Nº REGISTRO 04181934572	VALIDADE 05/07/2021
1º HABILITAÇÃO 11/08/2007	
OBSERVAÇÕES A ; EXERCE ATIV REMUNERADA;	
JOSE ROGERIO NOGUEIRA ASSINATURA DO PORTADOR  IGOR VASCONCELOS PONTE ASSINATURA DO EMISSOR 71035906068 CE154254380	
DETRAN - CE (CEARA)	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1289626370

PROIBIDO PLASTIFICAR

1289626370

SINISTRO 3200132459 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE ROGERIO NOGUEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO JOSE ROGERIO NOGUEIRA

CPF/CNPJ: 04250681378

Posição em 08-04-2020 14:27:45

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/04/2020	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
28/03/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE
Impresso nº 2020211802



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 555 - 297 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/03/2020 15:44:02**
Data / Hora da Ocorrência: **12/08/2019 12:40:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT TAPUIO , ZONA RURAL - TABULEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO POSTO MUNDIAL**

Noticiante(s)

Nome: **JOSE ROGERIO NOGUEIRA**
Nascimento: **11/02/1988** CPF: **042.506.813-78**
RG: **2001030007533** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DE FATIMA DA FONSECA**
JOSE NOGUEIRA CORREIA NETO
Endereço: **SITIO JARDIM DE SÃO JOSÉ , 1** CEP:
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **RUSSAS/CE** Telefone: **(88) 99739-8212**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **OSB1870** Uf: **CE** Município: **MARACANAU** Chassi: **9BFVEADS4EBS69712** Renavam: **1025202756** Tipo do Veículo: **CAMINHAO** Marca / Modelo: **FORD/CARGO 816 S** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **DIESEL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **POLO DO ELETRO COMERCIAL DE MOVEIS LTDA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**
- 2) Placa: **PMV8176** Uf: **CE** Município: **TABULEIRO DO NORTE** Chassi: **9BM384069FB982426** Renavam: **1044043919** Tipo do Veículo: **ONIBUS** Marca / Modelo: **M.BENZ/OF 1519 R.ORE** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2015** Combustível: **DIESEL** Cor: **AMARELO** Proprietário: **MUNICIPIO DE TABULEIRO DO NORTE** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa o noticiante que no dia, hora e local acima mencionados ia conduzindo o veículo de placa OSB-1870 quando o ônibus escolar de placa PMV-8176 colidiu frontal com o veículo conduzido pelo declarante; QUE, foi socorrido pelo SAMU que o levou até o Hospital Regional Dr. Deoclécio Lima Verde em Limoeiro do Norte, tendo sido transferido para o Hospital e Casa de Saúde de Russas e, no mesmo dia, para o Instituto Dr. José Frota em Fortaleza; QUE, em razão do acidente teve fratura na tíbia, fíbula e tornozelo, tendo se submetido a duas cirurgias; QUE, não deseja representar criminalmente contra o motorista do ônibus escolar. E nada mais disse e lhe foi perguntado.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE

DELEGACIA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE

Pág. 1 de 2

Consolidado em: 12/03/2020 11:35:49

Impresso em: 12/03/2020 11:35:49

JOSE ROGERIO NOGUEIRA

Cartório Leite Borges - 3º Ofício de Russas

HELENA JACEA CRISPINO LEITE BORGES - OFICIALA

CNPJ: 02.783.319/0001-46 - CNIS: 01.788-3

Avenida Dom Lino, N.º 1108 - Centro, Russas - CE, CEP: 62.900-000, TEL. (88) 3411-2186

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS. EM TEST. *[assinatura]* DA VERDADE. DOU FE. RUSSAS, 18/03/2020 08:12:38

[assinatura]
RENO MACHADO DA PONTE - ESCRIVENTE SUBSTITUTO
Emol: R\$ 1,45 T.J. R\$ 0,06 FAADep R\$ 0,07 PRMMP R\$ 0,07 ISS R\$ 0,04 Selc R\$ 0,96 Total: R\$ 2,65





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE
Impresso nº 2020211802



fls. 40

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 555 - 297 / 2020

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Linamária de Melo Oliveira
LINAMÁRIA DE MELO OLIVEIRA - MAT.: 30089510

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: JOSE ROGERIO NOBUEIRA

VISTO DO DELEGADO(A) : Vicente Dessoto Cavalcanti
VICENTE DESSOTO CAVALCANTI - MAT.: 30120426

Cartório Leite Borges - 3º Ofício de Russas

HELENA JACÉA CRISPINO LEITE BORGES - OFICIALA
CNPJ: 02.783.219/0001-66 - CNS: 01.788-3
Avenida Dom Lino, N° 1108 - Centro, Russas - CE, CEP 62.900-000, TEL. (85) 3411-2186

**CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS, EM TEST. DA VERDADE. DOU FÉ.
RUSSAS, 18/03/2020 08:12:39**

Renio Machado da Ponte

RENIO MACHADO DA PONTE - ESCRIVENTE SUBSTITUTO
Emol: R\$ 1.45 TJ: R\$ 0.06 FAADep: R\$ 0.07 FRMMF: R\$ 0.07 ISS: R\$ 0.04 Selc: R\$ 0.96 Total: R\$ 2.65



PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

JOSÉ ROGÉRIO NOGUEIRA, brasileiro, casado, inscrito no RG sob o nº 2001030007533 e CPF 042.506.813-78, residente e domiciliado na Localidade de Sítio Jardim São José, n 0001, Zona Rural, CEP: 62.900-000, Russas-CE.

OUTORGADOS:

FAGNER XAVIER GOMES, casado, inscrito na OAB – CE sob o nº 30.339, com endereço profissional na Rua Ocion Lopes da Silveira, 686 – Bairro Várzea Alegre, CEP: 62.900-000, Russas-CE onde recebe intimações.

PODERES:

Os das cláusulas "AD JUDITIA ET EXTRA" para praticar todos os atos judiciais, in solidumou cada um de per si, e independente de ordem de nomeação, agir em defesa dos interesses da outorgante, podendo propor para quem de direito as ações judiciais competentes como autor(es) ou réu(s), assistente(s) ou oponente(s), embargante(s) ou embargado(s) e defendê-lo(s) nas contrárias, segundo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando(s), conferindo-lhes, ainda os poderes expressos para acordar e assinar termos, podendo ainda substabelecer e desistir, dar quitação, receber alvarás, RPV, representa-la, requerer, solicitar, receber, dar quitação, realizar pagamento, solicitar e receber extrato do CNIS – Extrato de vínculos e contribuições a Previdência junto ao INSS e a Receita Federal do Brasil, tudo para o bom e fiel desempenho da resolução da causa, da Ação ou Processo.

Russas, 04 de Março de 2020.

JOSE ROGERIO NOGUEIRA
JOSE ROGERIO NOGUEIRA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENTE

JOSÉ ROGÉRIO NOGUEIRA, brasileiro, casado, inscrito no RG sob o nº 2001030007533 e CPF 042.506.813-78, residente e domiciliado na Localidade de Sítio Jardim São José, n 0001, Zona Rural, CEP: 62.900-000, Russas-CE.

Declaro para os devidos fins legais que se fizerem necessários que não tem condições financeiras, não podendo arcar com o ônus processual nos termos da lei Nº. 1060/50 e no artigo 5º, inciso LXXIV da Constituição Federal, requerendo por fim o benefício da gratuidade judiciária.

Russas, 04 de Março de 2020.

JOSE ROGERIO NOGUEIRA

JOSE ROGERIO NOGUEIRA