



Rua Senhor de Castro, nº 49-A, Centro
Barreira - CE, Cep: 62795-000

(85) 98205-6900



PROCURAÇÃO PARA A CLÁUSULA AD JUDICIA "ET EXTRA"

OUTORGANTE: SIDNEY ALLANTARA MACIEL

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão: VENDEDOR

Rg: 2009010428580, SSP-CE

CPF: 604.339.213-58

Endereço: R. SEBASTIÃO DA SILVA LOSTA, 675, CENTRO, PINDORÉTAMA - CE, CEP: 62860-000

Email:

Telefone:.

OUTORGADOS: **DIEGO VICTOR LOBO SILVEIRA**, inscrito na OAB/CE sob nº 25.815, e **JONATHAN BEZERRA DOS SANTOS**, brasileira, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.128, ambos com telefone profissional (85) 98205-6900, endereço eletrônico advocaciadiegosilveira@gmail.com, domicílio profissional situado na Rua Senhor de Castro, nº 49-A, Centro, Barreira - CE, CEP: 62795-000 e Av. Washington Soares, nº 800, Patrolino Ribeiro, Fortaleza - CE.

PODERES: Para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, firmar acordos, receber valores em processos judiciais, dar quitação, receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sob o qual se funda a ação, recorrer, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo operar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, bem como para receber alvarás judiciais para levantamento de valores perante quaisquer órgãos e instituições bancárias, podendo para tanta tais alvarás judiciais serem expedidos em favor dos outorgados e assinar declaração de hipossuficiência econômica, devendo os outorgados adotarem todos os atos necessários ao cumprimento do múnus assumido junto ao outorgante.

Para que surta os jurídicos e legis efeitos, ao final, o outorgante firma a presente.

Fortaleza/CE, 02 de OUTUBRO de 2020.

Sidney Allantara Maciel

advocaciadiegosilveira@gmail.com

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante: SIDNEY ALLANTARA MACIEL

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão: VENDEDOR

Rg: 2009010428580, SSP-CE

CPF: 604.339.213-58

Endereço: R. SEBASTÃO DA SILVA COSTA, 675, CENTRO, PENEDOPETAMA - CE, CEP: 62960-000

Email:

Telefone:

Declaro para os devidos fins de Direito nos termos do art. 98 do NCPC que não tenho condições de arcar com o pagamento de despesas processuais sem comprometer a minha sobrevivência.

Para que surta os jurídicos e legais efeitos, ao final, o outorgante firma a presente.

Fortaleza-CE, 02 de OUTUBRO de 2020.

x Sidney Allantara Maciel

Assinatura do Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL				
MINISTÉRIO DAS CIDADES				
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO				
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO				
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS	1313914214	NOME SIDNEY ALCANTARA MACIEL		
		DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF 2009010428580 SSP/CE		
		CPF 604.339.213-58	DATA NASCIMENTO 12/02/1993	
		FILIAÇÃO FRANCISCO CIRINEU MACIEL		
		EL		
		FRANCISCA CRISTIANE DOS SANTOS ALCANTARA		
		PERMISSÃO	ACC	CAT. HAB.
		PP REGISTRO 00012200000	VALIDADE 21/06/2024	1ª HABILITAÇÃO 27/06/2013
		OBSERVAÇÕES EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA		
		Assinatura do Portador <i>Sidney Maciel</i>		
PRIMEIRO PLASTIFICAR	1313914214	LOCAL BELEM, PA	DATA EMISSÃO 01/06/2016	
		Assinatura do Emissor <i>[Assinatura]</i>		
		12006236619 PA250791900		
DETRAN-PA (PARA)				

2436939
Para regular seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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, 160
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 08.105.648-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE 8-4 | Nº 547524282
Rota 20 20050 08 069000 - 4 Data de Emissão 29/10/2018
Nome FRANCISCA CRISTIANE DOS SANTOS ALCANTARA
End. Postal RU SEBASTIAO DA SILVA COSTA 00675
CENTRO - PINDORETAMA - 62860000
Medidor 1245875 Poste 0000 0000
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 892430723-15 CGF
Nome do Responsável

DADOS			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.		
Out/2018	29/10/2018	28/11/2018	Conjunto	Out/2018	EUSD 31,79
ICMS			Mês	DICRI = 0,00 P	
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual		
190,48	27,03%	51,62	Mensal	Trim.	Anual
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			DIC	5,55	11,10
D002,7074, 62CE, F48B, BACA, 28E5, 8772, 5C90			FIC	3,36	6,72
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO			DMIC	3,20	17,73
			Apuração Individual		
			Mensal	Trim.	Anual
			17,82	0,00	0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO									
Let. Atual	Let. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Ind.	Const. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)		
FP 9015	8778	1,00	237	0,00	30	0,29129	8,43		
					70	0,46223	33,76		
					120	0,72335	86,80		
					17	0,86074	13,68		
29/10/18	28/09/18		31 DIAS	237			142,66		
DESCRIÇÃO								VALOR (R\$)	
VALOR CONSUMO DO MES								142,66	
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079								12,91	
MUTA MORATORIA REF 09/2018								2,06	
JUROS DO MES								1,22	
CORRECAO MONETARIA DO MES								1,70	
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL								39,69	
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA								3,76	
INDENIZACAO MENSAL DMIC								-9,49	
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 13,62)									

VENCIMENTO 06/11/2018	TOTAL A PAGAR (R\$) 194,51
-----------------------	----------------------------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)											
Energia	58,79	198	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211
Transmissão	5,42	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212
Distribuição	26,94	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213
Encargos Setoriais	7,76	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214
Tributos (IOPS PIS/COFINS)...	65,42	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215
TOTAL	159,33	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)		CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)											
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.											
Emitido kg (CO ₂)	92,52	Emitido kg (CO ₂)											
Compensado kg (CO ₂)	0,00	Compensado kg (CO ₂)											
Consistência Ecológica (%CO ₂)		Consistência Ecológica (%CO ₂)											
8%		8%											

RECEBACOS IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

DEBITOS ANTERIORES

Previsão Anterior

Mes/Ano Valor R\$

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

09/2018 146,37

Prezado Cliente, constam em nossos controles conta(s) em atraso. Segue o detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias após a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 e/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E HISTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Total 146,37

Consta desta fatura R\$ 15,00 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1,29% e COFINS:6,59%

(Art. 9 Res. 108/2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.639/03)

Bandeira vermelha permanecerá 2 em out-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh (watt-hora). Informações: www.aneel.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CML
 DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA
 Impresso nº 2019685889



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 573 - 1105 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **27/09/2019 13:36:11**
 Data / Hora da Ocorrência: **30/05/2019 18:05:00**
 Endereço da Ocorrência: **ROD CE 040, ZONA RURAL - CAPIM DE ROÇA**
PINDORETAMA/CE
 Ponto de Referência: **ENTRADA DO MANGUEMAL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **SIDNEY ALCANTARA MACIEL**
 Nascimento: **12/02/1993** CPF: **604.339.213-58**
 RG: **2009010428580** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **FRANCISCA CRISTIANE DOS SANTOS ALCANTARA**
FRANCISCO CIRINEU MACIEL
 Endereço: **TRAVESSA SEBASTIÃO DA SILVA COSTA, 675 CASA**
 Bairro: **CENTRO**
 Município: **PINDORETAMA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98538-2907**

Histórico

Que estava pilotando a motocicleta de PLACA PMF-7384, CHASSI 9C2KC167DFR205611, ANO 2015, COR PRETA, MODELO HONDA CG 150 START EM NOME DE SIDNEY ALCANTARA MACIEL, quando perdeu o controle da moto ao bater em um cachorro que atravessou a rodovia; Que foi socorrido pela ambulância do hospital de Cascavel-ce, sendo levado para hospital de Pindoretama-ce com fratura na Clavicular esquerda; Que diante o exposto procurou esta DPC para comunicar o ocorrido.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Sidney Alcântara Maciel

VISTO DO DELEGADO(A) :

CESAR COLACO NOGUEIRA - MAT.: 133810-1-1

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ **DAMG (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)** ☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **MORTE**

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **60433921358** Nome completo da vítima: **SIDNEY ALCANTARA MACIEL**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **SIDNEY ALCANTARA MACIEL** CPF: **60433921358**

Profissão: **VENDEDOR** Endereço: **AV. SEBASTIÃO DA SILVA COSTA** Número: **073-5** Complemento: _____

Bairro: **CENTRO** Cidade: **PINDORETAMA** Estado: **CEARA** CEP: **62.860-000**

E-mail: **SIDNEYBASS23@GMAIL.COM** Tel.(DDD): _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0716** CONTA: **31984** **8**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: **PINDORETAMA 30/05/2019** 1ª | Nome: _____
Nome: **SIDNEY ALCANTARA MACIEL** CPF: _____
CPF: **60433921358**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Sidney Alcantara Maciel
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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. 16

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600110574
NÚMERO DA AIH: 2319102570389

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: SIDNEY ALCANTARA MACIEL

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 12/02/1993 - 26 anos

NOME DA MÃE: FRANCISCA CRISTIANE DOS SANTOS ALCANTARA

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

ENDEREÇO: RUA SEBASTIÃO DA SILVA COSTA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 231085 - PINDORETAMA

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 986437345

BAIRRO:

CEP:

UF:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S420 - Fratura da clavícula

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408010150-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 709704045322290 - ALEXANDRE JOSE MONTALVERNE SILVA

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 09/06/2019 - 15:13 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 14/06/2019 - 11:28

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

Unius Web
Assinatura: 09/06/2019 15:13
CPF: 208.450.703-00

uniusweb.com.br



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



SAÚDE PÚBLICA - UNIDADE DE INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

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

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Atalho
 Acesso / Desconectar
 Operações

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE SIDNEY ALCANTARA MACIEL 
NOME DA MÃE FRANCISCA CRISTIANE DOS SANTOS ALCANTARA
NÚMERO DO PRONTUÁRIO 5820724
DATA DE NASCIMENTO - IDADE 12/02/1993 - 26 anos
SEXO MASCULINO
NOME DO RESPONSÁVEL O MESMO
TELEFONE DO RESPONSÁVEL (85) 988437345
ENDEREÇO RUA SEBASTIÃO DA SILVA COSTA
BAIRRO
ESTADO DE RESIDÊNCIA CEARÁ
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA PINDORETAMA
Plantonista
MÉDICO 10489533353 - ALEXANDRE JOSE MONTALVERNE SILVA
TELEFONE PARA CONTATO (85) 32555000
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES PACIENTE SERÁ TRANSFERIDO PARA :
 INSTITUTO PRÁXIS

Solicitação
NÚMERO 12600110574
SITUAÇÃO SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO
CENTRAL DE REGULAÇÃO 23044021 - FORTALEZA
DATA - HORA 09/06/2019 - 16:13
PROFISSIONAL 10489533353 - ALEXANDRE JOSE MONTALVERNE SILVA
PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408010150- - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA
PROCEDIMENTO REALIZADO
CLÍNICA 13 - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
CLÍNICA COMPLEMENTAR
CARÁTER DA INTERNAÇÃO 5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
GRAU DE PRIORIZAÇÃO 5 - INTERNAÇÃO LOCAL
Justificativa da Internação
DIAGNÓSTICO INICIAL S420 - Fratura da clavícula
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE COM FRATURA DE CLAVÍCULA , NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS ANAMNESE + EX. FÍSICO + EX. LABORATORIAIS
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](#)



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

NOTA ALOCAÇÃO



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: 2529149	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: INSTITUTO PRAXIS			4 - CNES:	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE: SIDNEY ALCANTARA MACIEL			PRONTUÁRIO: 5620724	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 708603024823683		8 - DATA NASCIMENTO: 12/02/1993	09-SEXO () M () F	10-RAÇA/COR 10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE/PAI: FRANCISCA CRISTIANE DOS SANTOS ALCANTARA			12 - TELEFONE:	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL N.I			14 - TELEFONE DE CONTATO:	
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): SEBASTIAO DA SILVA COSTA 575 CENTRO				
16 - MUNICÍPIO: PINDORETAMA		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: CE	19 - CEP:
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACIENTE COM FRATURA DE CLAVICULA ,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.CLAVICULA		24 - CID 10 S420	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE CLAVICULA			28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408010150	
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 09/06/2019	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		42 - CNPJ DA EMPRESA:	43- CNAE DA EMPRESA:	44 - CBOR:
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO				
AUTORIZAÇÃO				
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:	
48 - DOCUMENTO: () CNES () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):			

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

FICHA DE INTERNAÇÃO

ADMISSÃO

Número 201921002898 Data 09/06/2019 Hora 17:31 Convênio PRAXIS Classificação SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento ELETIVO SISREG ATH
Origem do Paciente IJF Clínica/Especialidade CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Médico Solicitante 5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES Médico Responsável 5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
Procedimento Solicitado 0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA Dias 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome SIDNEY ALCANTARA MACIEL Sexo MASCULINO
Nascimento 12/02/1993 Idade 26 Anos Raca/Cor PARDA Estado Civil SOLTETRO(A) Religião NÃO INFORMADO
Mãe FRANCISCO CIRINEU MACIEL Pai FRANCISCA CRISTIANE DOS SANTOS ALCANTAR
Conjuge Responsável ROSIVALDO ALVES DO NASCIMENTO Prontuário 2451401
CNS 708603024823683 Registro 201902570002481 Documento Informado RG: 2009010428580 Emissão: 12/02/1993
País BRASIL Município de Naturalidade PINDORETAMA/CE CEP 62860-000
Município de Residência PINDORETAMA/CE Logradouro RUA SEBASTIAO DA SILVA COSTA
Número 575 Complemento CENTRO
Fone Móvel (85)9919.54818 Fone Fixo (85)9840.32128 Ponto de Referência
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO) EMPREGADO FORMAL / VENDEDOR DE COMERCIO VAREJISTA

CONTATO/ACOMODACÃO

Em caso de urgência avisar ROSIVALDO ALVES Acomodação/Leito 224/3
Tipo de Acomodação ENFERMARIA Clínica CLÍNICA CIRÚRGICA Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: helena Data: 09/06/2019 Hora: 17:36:33 Tempo: 00:04:48

TERMO DE RESPONSABILIDADE

ROSIVALDO ALVES DO NASCIMENTO, abaixo assinado, responsável pelo paciente SIDNEY ALCANTARA MACIEL, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TAVORA, 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), 09 de junho de 2019

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS



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) 3228.2553
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

fls. 20

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 10 / 06 / 19

Nome do paciente: Sidney Aleantana Maciel	
Nº Prontuário: 2451401	Categoria:
Clínica: Cirúrgica	Leito:
Cirurgião: Dr. Claudio	
Anestesista: Dr. Paulo	
Tipo de Anestesia: Bloq + Sed.	
1 Auxiliar:	
2 Auxiliar:	
3 Auxiliar:	
Instrumentadora: Elisabeth	
Circulante: Arny	
Diagnóstico Pré-Operatório: Lesão de tendão do m. biceps brachii	
Tipo de Operação/ Código: LGES Membro	
Diagnóstico Pós-Operatório: 0508010152	
Relatório Imediato do Patologista:	
Exame Radiológico no ato:	
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 Braga
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
MÉDICO DO TRABALHO
CRM-CE 3332
Assinatura Anestesista

MODELO 8.0



**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: 10 / 06 / 19

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: <u>Sidney Alcântara Puciel</u>							
Nº Prontuário: <u>2431401</u>			Nº Controle:		Enf.:	Leito:	
Cirurgião: <u>Dr. Claudio</u>			Tempo de Sala:		Tempo de Oxigênio:		
IDADE	PESO	ALTURA	SEXO	TEMP	PULSO	RESP.	PR. ART.
<u>26</u>			<u>M</u>				<u>MAX/MIN</u>
TIPO SANGÜÍNEO		HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	URINA
Anestésico: <u>Propofol</u> An. Cirurgião: <u>Propofol</u> An. Geral: <u>Propofol</u> Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Lesão de Aorta abdominal</u>							
Anestesias Anteriores:							
Medicação Pré-Anestésica:			Aplicada às:		Efeito:		
Agentes Anestésicos	20						
Líquidos	<u>SS</u>	<u>SS</u>					
CÓDIGO	260						
P. Arterial	240						
O. Pulso	220						
C. Respiração	200						
Anestesia	180						
O. Operação	160						
	140						
	120						
	100						
	80						
	60						
	40						
	20						
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							
POSIÇÃO: <u>Supino</u> AGENTES: <u>Propofol 0.5% + 2.5% 20</u> TÉCNICA: <u>Intubação orotraqueal</u> OPERAÇÃO: <u>Ressecção de tumor</u> CIRURGIÕES: <u>Dr. Claudio</u> ANESTESISTAS: <u>Dr. Paulo</u>							
TEMPO DE ANESTESIA: Das: <u>16:50</u> hrs às: <u>17:40</u> hrs = <u>0</u> Minutos							
Anestesista: <u>Dr. Paulo</u>							
Asma: ☐ Bronquite: ☐ E.C.G.: ☐ Alergia: ☐ Estado Mental: <u>Buena</u> Anestésicos: ☐ Conicoides: ☐ Hipotensores: ☐ Outras Drogas: ☐							
INDUÇÃO Satisf. ☒ Excit. ☐ Tosse: ☐ Laringoespasmo: ☐ Lenta Náuseas: ☐ Vômitos: ☐ Outros: ☐							
MANUTENÇÃO <u>Ressecção de tumor</u> <u>baixa</u> <u>de 200 a 100</u> <u>ml</u> <u>de 100 a 50</u> <u>ml</u> <u>de 50 a 20</u> <u>ml</u> <u>de 20 a 0</u> <u>ml</u> Dr. Paulo Fernando Silveira Braga MÉDICO ANESTESIOLOGISTA MÉDICO DO TRABALHO CRM-CE 3332							
Anestesias Satisfatórias: ☒ NÃO: ☐ DESPERTAR: ☐ Reflexos na S.O.: ☐ Obstr.: ☐ Co2: ☐ Excit.: ☐ Náuseas: ☐ Vômitos: ☐ Outros: ☐ Para o leito com cânula: ☐ SIM: ☐ NÃO: ☐ Condições: ☐							
Perda sanguínea aprox. ml Volume sanguíneo repouso ml							

Dr. Paulo Fernando Silveira Braga
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
MÉDICO DO TRABALHO

MODELO 2.1

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
201921002898 09/06/2019 17:31 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Médico Responsável
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Procedimento Solicitado
0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
224/3 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
SIDNEY ALCANTARA MACIEL MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
12/02/1993 26 Anos NÃO INFORMADO 2451401 201902570002481

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

Diagnóstico Principal
S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA
Procedimento Realizado
0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA
Data Hora Motivo
11/06/2019 15:48 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente SIDNEY ALCANTARA MACIEL, 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), 11 de junho de 2019

Responsável/

Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)

Responsável

pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: karoline.pontes

Data: 11/06/2019 Hora: 15:49:02

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

DESCRÇÃO DA OPERAÇÃO

~~anthen~~
~~for card cash~~
~~Four~~
~~Etan Gene~~
~~Use Card~~
~~Red~~
~~One~~
~~Genney~~
~~None Card~~
~~Long~~

CLAUDIO BUREAU
SECRET
COM-INT

Assinatura do Cirurgião (Carimbo)

MODELO 8.1

Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190656793

Vítima: SIDNEY ALCANTARA MACIEL

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SIDNEY ALCANTARA MACIEL

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: SIDNEY ALCANTARA MACIEL

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000000716-1

Conta: 0000031984-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

