

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE:

Francisco Aglaeton de Andrade Negreiros, brasileiro, autônomo, solteiro, sem vínculos matrimoniais, portador de RG 200.501.504-7, CPF 051.011.222-00, residente e domiciliado a rua Gênesis Luis Brandão, zona rural, quilômetro 01 de Itapiruma, estado do Ceará.

OUTORGADOS: ALENCAR, RIBEIRO & SOMBRA ADVOGADOS

ASSOCIADOS S/S, registrada na OAB/CE sob o nº 0860, inscrição CNPJ nº 18.041.675/0001-44, endereço eletrônico ars.juridico@gmail.com, através dos advogados **FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO**, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811, **ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO**, inscrito na OAB/CE sob o nº 30.204 e **FABIO LIMA SOMBRA**, inscrito na OAB/CE sob o nº 27.447; com escritório profissional, à Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP 60.170-002, Fortaleza – CE, onde receberão intimações.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal; podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para *receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica*, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Fortaleza - CE, 02 de julho de 2018.

X Francisco Aglaeton de Andrade Negreiros
OUTORGANTE

F.S.

Rui de Azevedo & Associados
Advogados Associados**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 7.115/83, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, de de 2018.

x Francisco Cleiton Leal de Aguiar

ASSINATURA

DO DECLARANTE

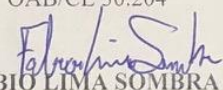


Alencar, Ribeiro & Sombra
Advogados Associados

SUBSTABELECIMENTO

EU, ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/CE sob o n. 30.204, portador do CPF de nº. 994.876.753-53 e **Dr. FABIO LIMA SOMBRA**, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/CE 27.447, portador do CPF de nº 036.055.363-01, **SUBSTABELEÇEMOS SEM RESERVA** os poderes que nos foram conferidos por **FRANCISCO AGLAILTON DE ANDRADE NEGREIROS**, para a advogada Dra. **SARAH BASTOS DE ALENCAR** – OAB/CE 33.781.

Fortaleza - CE, 18 de fevereiro de 2019.


ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO
OAB/CE 30.204

FABIO LIMA SOMBRA
OAB/CE 27.447

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
FRANCISCO AGLAILTON DE ANDRADE NEGREIROS

DOC. IDENTIDADE / CDS. EMISSOR
2006018066864 SSP CE

CPF
047.816.593-57

DATA NASCIMENTO
20/03/1990

FUNÇÃO
FRANCISCO VIDAL DE NEGREIROS
ANTONIA VANIA DE ANDRADE NEGREIROS

PRIMEIRO
[]

ACC
[]

CENAS
A

Nº RENOVADO
06422844842

VALIDADE
23/12/2019

1ª VALIDADE
21/07/2015

OBSERVAÇÃO
SEM OBSERVAÇÃO;

Francisco Aglailton Andrade Negreiros
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
25/07/2016

[assinatura]
ASSINATURA DO EMISSOR

74440363260
CE154620424

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1289757930

PROIBIDO PLASTIFICAR
1289757930

RECEBEMOS

7 5 APR 2018
Maria Getúndia F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.735/0001-44

Nº de Inscrição:
73500445



UN-BBA - CAIO PRADO-ITAPIUNA

DADOS DO CLIENTE

Nome: AURILENE NIDIA LIMA QUEIROZ
End. Lettura: RU NONATO CAVALCANTE, 12, CENTRO
Cidade: CAIO PRADO-ITAPIUNA CEP: 62.742-000
End. Entrega:
Cidade:
Local: 304 Setor: 001 Quadra: 005 Lote: 0305 Comp: 0000
Subsetor: Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A09F276890	773	778	5	4

DATAS

Leitura Atual: 09/02/2018 Emissão: 14/02/2018 Lacre Água: A09F276890
Leitura Anterior: 06/01/2018 Próxima Leitura: 11/3/2018 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 02/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	3	3	3	3	3
Analisadas	0	0	0	0	0
Em conformidade	0	0	0	0	0

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CONSTATAMOS DEBITO DE R\$ 23,87. CASO PAGO, DESCONSIDERAR.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	23,92	02/2017	6	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,14	03/2017	4	0
MULTA DE 2%	0,46	04/2017	4	0
		05/2017	3	0
		06/2017	8	0
		07/2017	11	0
		08/2017	3	0
		09/2017	4	0
		10/2017	5	0
		11/2017	5	0
		12/2017	7	0
		01/2018	6	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	
PIS	0,23	Descrição	Valor (R\$)
COFINS	1,17	Valor do Serviço	39,30
		Subsídio(-)	14,78
		Total de Serviço	24,52

MÊS/ANO
02/2018VENCIMENTO
08/03/2018TOTAL A PAGAR (R\$)
24,52

Atenção: Este documento é emitido pelo sistema de cobrança da Cagece. O usuário deve manter este documento em seu arquivo pessoal. A Cagece não se responsabiliza por danos decorrentes da perda deste documento.

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: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838

RECEBEMOS

26 APR 2018

Maria de Almeida
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-07



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria dos Cidadãos

Fatura Mensal

Via do agente
arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 73500445 Mês/Ano: 02/2018

Cidade: CAIO PRADO-ITAPIUNA Vencimento: 08/03/2018 Total (R\$) 24,52

82690000000-9 24520009400-2 07350044501-7 00068322015-6



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 376 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **08/03/2018 09:26:25**
 Data / Hora da Ocorrência: **26/12/2017 07:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA COSMO SANTOS**
 Complemento:
 Bairro: **CENTRO** Município: **ITAPIUNA**
 Ponto de Referência: **POSTO BONZÃO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO AGLAILTON DE ANDRADE NEGREIROS**
 Nascimento: **20/03/1990** CPF: **047.816.593-57**
 CNH: **06422844842** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **ANTONIA VANIA DE ANDRADE NEGREIROS**
FRANCISCO VIDAL DE NEGREIROS
 Endereço: **SITIO CAIO PRADO**
 Bairro: **ZONA RURAL**
 Município: **ITAPIUNA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98123-7790**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **HYU9177** Uf: **CE** Município: **ITAPIUNA** Chassi: **9BGRZ48909G227832** Renavam: **991802837** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **GM/CELTA 4P LIFE** Ano Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2009** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRATA** Proprietário: **AURILENE NIDIA LIMA DE QUEIROZ** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **OCM9312** Uf: **CE** Município: **ITAPIUNA** Chassi: **9C2KC1670BR557934** Renavam: **327854200** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **FRANCISCO FABIO DE ANDRADE NEGREIROS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

A vítima informa que conduzia o veículo acima descrito, quando ao passar pelo local citado, o condutor do veículo de placas HYU9177/CE, atravessou perpendicularmente a pista e bateu na lateral do veículo da vítima, ocasionando sua queda. A vítima informa que foi socorrida pelo autor do acidente e conduzida ao Hospital de Itapiúna, onde foi transferida para o Hospital de Aracoiaba, sendo que lá não havia traumatologista e por conta disso, a vítima foi por sua própria conta para o Hospital de Maranguape, na data de 16/01/2018, onde foi atendido e ficou internado até a data de 19/01/2018.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****CLÁUDIO GALL - MAT.: 106210-1-1**

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 413 - 376 / 2018****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** Francisca Aguilhon Antonio Dias**VISTO DO DELEGADO(A) :****ANNA CRISTHINA MARCATTI LEONCIO - MAT.: 30078411****RECEBEMOS**

25 Ago 2018

Maria Getulio de Moraes
Corretora de Seguros Eret
CNPJ 21.407.130/0001-10

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL MUNICIPAL DR ARGEU GURGEL BRAGA HERBESTER

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL MUNICIPAL DR ARGEU GURGEL BRAGA HERBESTER

2 - CNES
2554789

4 - CNES
2554789

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
FRANCISCO AGLAILTON DE ANDRADE NEGREIROS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
40.234

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO
20/03/1990

9 - SEXO
MASCULINO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
ANTONIA VIEIRA DE ANDRADE NEGREIROS

11 - TELEFONE DE CONTATO
(85) 8613-8885

12 - ENDEREÇO
RUA VIA ARTERIAL Nº684

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MARANGUAPE

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF
CE

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente sofreu trauma no ombro e há 16 dias apresentando fratura do terço médio do clavícula e.

RECEBEMOS
26 APR 2018

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento especializado

Maria Gécineide Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ 21.487.736/0001-1

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anemico, xone fovea e radiográfica

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de clavícula

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

TO

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

28 - TIPO DOC.

() CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Glauter F.

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10/01/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Glauter F. Félix
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-EC - 14059

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES E VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº BILHETE

38 - SÉRIE

40 - CNAE EMP.

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA SOLICITAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

ERNESTO CRUZ JAUÁPI
CRM-EC - 1853. CPF - 077958744-6
CNS 210.158.21.800.003
AUDITOR - AUTORIZADOR

A presente xerox confere com a Original em nossos arquivos HMABH em 15/01/2018



Hospital Municipal Dr. Argeu Gurgel Braga Herbster
Novo Maranguape, s/n - Fone: (85) 3369.9170
Maranguape - Ceará

FICHA DE ATENDIMENTO 18. 22

Atendente: MARILIA DA SILVA CARDOSO
Data/hora: 26/12/2017 11:42

CMM

CONSULTÓRIO: 003

Nome: FRANCISCO AGLAILTON DE ANDRADE NEGREIROS

Estado Civil: Solteiro

Sexo: Masculino

Nascimento: 20/03/1990

Idade: 27

Identidade: SUS
898004856479786

Naturalidade: ITAPIUNA

Endereço: RUA VIARTERIAL

Bairro: NOVO MARANGUAPE

Cep:

Município: MARANGUAPE

Fone:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☒ VERDE ☐ AZUL LEITO: _____

Sinais Vitais: PA: 120x90 mmHg T: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mmrpm

Enfermeiro: _____

Data: 26/12/17 Horário: 12:02

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO
Paciente M S E + múltiplas enfiaduras e punção no
quadril após queda de moto (1000). Não houve
lesões aparentes no membro afetado.

Exames Solicitados: Rx de punção = 1000

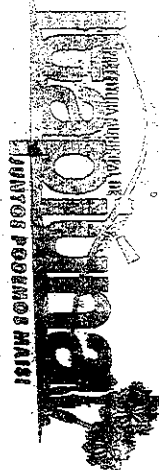
Hipótese Diagnóstica: Rx de punção = 1000

Residência ☐ Internação ☐ Recusou Internação ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Observação

Assinatura do Paciente ou Responsável: Jori Auricilio M. Costa
Assinatura do Médico - (Carimbo): Dr. Marcelo Sérgio

Prescrição Médica: 1) Voltar em 15 dias
Horário: 14:50
Auxiliar: Arlete Valdeir
A presente xerox confere com a Original em nossos arquivos HMABH em 15/02/18
Assinatura do Funcionário Same
RECEBEMOS 26 APR 2018 Maria Geunede F. Nobre Correio de Seguros Eireli CNPJ: 21.487.736/0001-06

Observação: VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIUNA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
 Rua. Ed. João Vieira, 66, Centro - Itapipuna - CE
 CEP: 62.740-000 - Fone: (85) 3431-1371
 CNPJ: 11.428.360/0001-05

Classificação de Bloco

Sinais Vitais

RA: 100x 20x 7
 Temperatura: 36,2
 Pulso: 72
 Pressão: 120x80

Chegada Andando () Corrida de Rodas () Meca (X)

Nome do Paciente: *Adriana de Fátima*

Nome da Mãe: *Adriana de Fátima*

Sexo: *F* Data: *1/1* Cartão de SUS: *1*

Endereço: *Rua da Liberdade, 111, Centro, Itapipuna - CE*

Exame: *Exame de Urina e Sangue*

Exames Solicitados: *Exame de Urina e Sangue*

Prescrição Médica

Exame de Urina e Sangue

Exame de Urina e Sangue

RECEBEMOS

Maria Cecília de F. Aguiar
 Cordeira de Saúde
 CNPJ: 11.428.360/0001-05

HORÁRIO

ESPRESSO

Assinatura do Médico

Assinatura do Condutor Público



HOSPITAL MUNICIPAL
DR. ARGEL BRAGA HERBSTER

FOLHA DE EVOLUÇÃO

PACIENTE:

FRANCISCO AGLAILTON DE ANDRADE NEGREIROS

Nº PRONTUÁRIO:

40.234

10 JAN. 2018

Paciente com fratura de clavícula E, deslocada
há 16 dias, em uso de tala
Neurovascular preservado.

RECEBEMOS

26 APR 2018

Maria Guilhermina Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Dr. Glauber C. Felix
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC - 14059

10/01/18 FRANCISCO AGLAILTON DE ANDRADE NEGREIROS, masculino, 27 anos, admitido pelo serviço de traumatologia com fratura de clavícula esquerda, segue consciente, orientado, verbalizando, deambulando, eufórico, em ambiente, SPO2=97%, FC=83bpm, normotenso, afébril, CUP e MSD, refer estar em jejum, diurese presente e evacuação ausente, nega NAS/DI/Tabagismo e alergia medicamentosa. Refer ser ex estilista aguardando procedimento cirúrgico e segue sob cuidados.

Dr. Glauber C. Felix
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC - 14059

Em tempo. Paciente aguardando cirurgia
por procedimento supracitado por falta
de material ortopédico.

AD - Contato remarcado para o dia 15/01/18.
- Trazer exames, 2 radiografias
- Jejum

Dr. Glauber C. Felix
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC - 14059

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado

Jose Amnelio Matias Costa

Pessoa responsável pelo doente

Francisco Aglailton de Andrade Nepomuceno

dá plena autorização aos médicos do Hospital Municipal Dr. Argel Braga Herbster que o assistirem para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do tratamento, comprometendo-se a respeitar todas disposições gerais contidas nos regulamentos do estabelecimento.

Em, 10 de Junho de 2018

Jose Amnelio M. Costa
Assinatura do Doente ou pessoa responsável

Testemunhas:

O abaixo assinado

Pessoa responsável pelo doente

Reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do Doente ou pessoa responsável

Testemunhas:

O abaixo assinado

Pessoa responsável pelo doente

Certifico que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do Doente ou pessoa responsável

Testemunhas:

Nome do Paciente **FRANCISCO AGLAILTON DE ANDRADE NEGREIROS** N° do Prontuário **40.234**

Data da Operação **12/01/18** Enf. **eb** Leito **33**

Operador **[assinatura]** 1° Auxiliar

2° Auxiliar **[assinatura]** 3° Auxiliar Instrumentador

Anestesista Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório
fistula daurela e

Tipo de operação
TC cego

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato da patologista

Exame radiológico no ato
NA cont. de (C)

Relatório imediato da patologista

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - tática e etc. ligaduras drenagem - sutura

Material empregado - aspectoviscemas

1/ 02 de acesso M+ M3
2/ 10 de acesso + cateter + cateter sonda
3/ 20 de acesso (C) + fluoroscopia
4/ 10 de acesso de fistula daurela e
(comidutiva)
5/ 10 de acesso de fistula de acesso cortado
6/ 10 de acesso de fistula de acesso cortado
7/ 10 de acesso de fistula de acesso cortado

Same	Clinica CIRÚRGICA	Bloco/Leito 06-13	Categoria SUS
------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------

Nome do Paciente FRANCISCO AGLAILTON DE ANDRADE NEGREIROS	Nº do Registro 40.234
---	---------------------------------

Naturalidade ITAPIUNA	Sexo MASCULINO	Nascimento 20/03/1990	Idade 27	Cor PARDA	Religião
---------------------------------	--------------------------	---------------------------------	--------------------	---------------------	----------

Estado Civil SOLTEIRO	Profissão MOTORISTA	Grau de Instrução	Procedência Maranguape
---------------------------------	-------------------------------	-------------------	----------------------------------

Residência RUA VIA ARTERIAL Nº684	Bairro NOVO MARANGUAPE	Fone (85) 8613-8885
---	----------------------------------	-------------------------------

Nome do Pai FRANCISCO VIDAL DE NEGREIROS
--

Nome da Mãe ANTONIA VANIA DE ANDRADE NEGREIROS
--

Nome do Cônjuge

Pessoa a notificar em caso de urgência	Parentesco
--	------------

Residência	Bairro	Fone
------------	--------	------

Responsável JOSE AURICELIO MATIAS COSTA	Parentesco AMIGO
---	----------------------------

Residência RUA VIA ARTERIAL Nº684	Bairro NOVOMARANGUAPE	Fone
---	---------------------------------	------

Documento apresentado para Internação RG SUS 808004856479786
--

Data da internação 16/01/2018 08:01	Data da Saída 19-03-2018	Dias de Hospitalização 03 dias	Destino dado ao paciente
---	------------------------------------	--	--------------------------

Status INTERNADO

Condições	Tipo	(G) ÓBITO
☐ 1 - Curado	☐ 6 - Administrativa (Chefia Médica ou Supervisão Hospitalar)	☐ 0 - Inexistência de dados
☐ 2 - Melhorado	☐ 7 - Por Indisciplina	☐ 1 - Óbito operatório (ocorrido durante o ato cirúrgico)
☐ 3 - Inalterado	☐ 8 - Evasão	☐ 2 - Óbito pós-operatório ocorrido nas primeiras 24h
☐ 4 - Apellido	☐ 9 - Para complementação do tratamento em regime ambulatorial	☐ 3 - Óbito pós-operatório ocorrido com mais de 24h até 72h
☐ 5 - Internado p/ Diagnóstico		☐ 4 - Óbito pós-operatório ocorrido com mais de 72h na primeira semana após o ato operatório
		☐ 5 - Óbito ocorrido depois da primeira semana após o ato cirúrgico
		☐ 6 - Óbito por anestesia

Código:	Diagnóstico definitivo:
Código:	Diagnóstico definitivo:
Código:	Diagnóstico secundário:
Código:	Diagnóstico secundário:
Código:	Operação:

ÓBITO: ☐ Antes de 24hs. ☐ Depois de 24hs.	AUTÓPSIA: ☐ Sim ☐ Não
---	---

Assinatura: <i>M. Amélia</i>	Assinatura: <i>[Assinatura]</i>
Nome - Funcionário	Médico Assistente - CRM

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/02/2019 às 17:16, sob o número 01132977620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113297-76.2019.8.06.0001 e código 44AA98C.

FOLHA DE ANAMNESE

PACIENTE:

FRANCISCO AGLAILTON DE ANDRADE NEGREIROS

Nº PRONTUÁRIO:

40.234

IDADE:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

NATURALIDADE:

PROFISSÃO:

PROCEDÊNCIA:

27

M

SOLTEIRO

ITAPIUNA

MOTORISTA

Diagnóstico Provisório:

Fratura do olecrânio E

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico Secundário:

Dr. Glauber C. Felix
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC - 14059

DATA:

10 JAN. 2018

MÉDICO - CREMEC

I - História

II - Exame Físico

III - Sumário - Impressões Diagnósticas - Sugestões

Paciente com fratura do olecrânio E
há 16 dias

RECEBEMOS

21.09.2019
Maria de Jesus F. M. M. M.
Corretora de Seguros Enrel
CNPJ 21.487.738/0001-10

PACIENTE

FRANCISCO AGLAILTON DE ANDRADE NEGREIROS

ENFERMARIA

LEITO

Nº PRONTUÁRIO:

8

20

40.234

PRESCRIÇÃO MÉDICA - ASSINATURA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORARIO - APLICACAO - MEDICAMENTO

OBSERVAÇÕES

RUBRICA
ENF.

DATA

0118

John E. Earl

2) Differenzierung, 0' und 10 de 6/6h

12 Jan

3) Bundesrat, 10. 12. 1918

12/25

14) Spans letters & underlines given

10

Dr. Glautier C.
Medico
14059

5) The population

U
T
O

com energia renovada para

due 3/5/03/18

for both the material

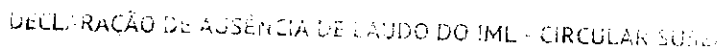
**HOSPITAL MUNICIPAL DR ARGEU GURGEL BRAGA HERBSTER
MARANGUAPE - CEARÁ
AVISO DE ALTA**

RECEBEMOS

26 ABR 2018
Maria Geomeneide F. INDORE
Correlora de Seguros-Estado
CNPJ 21.487.720/0001-91

PACIENTE: 4 ^º Aquiltem de M. Nogueiras		PRONTUÁRIO: 40034
CLÍNICA: emergência		LEITO: 22
MÉDICO(A): Dr. Cláudio		
PODE SAIR, SÓ?	Sim	ACOMPANHADO?
PRECISA DE AMBULÂNCIA?	Sim	
POR QUE?		
ENFERMEIRO(A) CHEFE:		
ASSINATURA DO(A) PACIENTE OU RESPONSÁVEL:	X José Amílcar M. Costa	

DATA: 10 / 01 / 18



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

105051 *See* 105050

[illegible]

caso, é a de um indivíduo vítima de violência doméstica, a qual foi denunciada por um colega de trabalho. A vítima não quis fazer uma denúncia formal, mas o Representante Legal,

– Netto: Asu em especificar apenas o tipo de material, sem a necessidade de ditar a quantidade (ex: 1).

Fe^o Aquilón de A. nequios

047-816-S93-S7

Date del contratto
26-12-17

REPRESENTANTE LEGAL DA VITIMA

fronte completo de Representante Legal

 $\bar{C}_{\text{Lysine}}$

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a reg. do acidente, por se tratar de acidente de trânsito.

O estabelecimento de DAL que se encontra a regulação do acidente ou o mínimo da responsabilidade do Estado, por exemplo, não é suficiente para

Caraveladas conta com mil que atendem a região de acidente do Brasil. A partir de 2010, a empresa passou a fazer parcerias com parcerias superiores a 100 mil reais. A empresa também possui um projeto de expansão para o Brasil, com o objetivo de atender a demanda de 100 mil unidades por ano.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta ilustre ação permita o prosseguimento da análise da tripla documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas do Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa minha concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

RECEBEMOS

26 APR 2018
Maria Geunneuer Nobre
Correlora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Local e Data 18 de 04 de 18

Campo 1 Assinatura do Beneficiário

Campe 2 - Associação de Represent. de ...

Declaração do Proprietário do Veículo

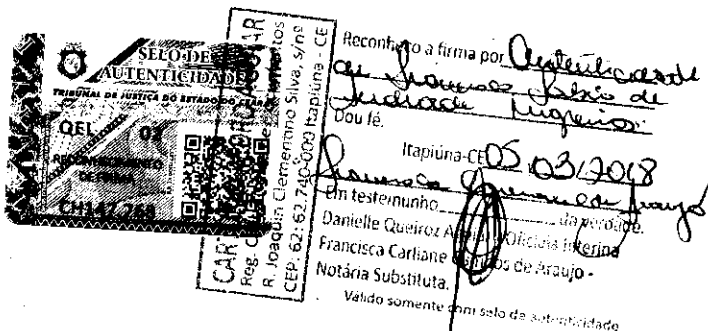
Eu, Francisco Fabio de A. Negrões,
 RG nº 2005015047590 data de expedição 29/7/2005
 Órgão SSP DS-CE, portador do CPF nº 029.242.893-60, com
 domicílio na cidade de Itapiúna, no Estado de
Ceará, onde resido, na (Rua/Avenida/Estrada)
Raimundo Lopes, nº _____,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Francisco Aguiar de A. Negrões, cujo o condutor era
Francisco Aguiar de A. Negrões.

Veículo: FAU 150Modelo: 2011Ano: 2011Placa: OCM 9312Chassi: 9C2KC1670B2557934Data do Acidente: 26/12/2017

Local e Data: _____

Francisco Fabio de A. Negrões
 Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



RECEBEMOS

26 APR 2018
 Maria Geórgia F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ 21.487.736/0001-06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013571486993
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT 01 00991802837 0000000000 2017

NOME
AURILENE NIDIA LIMA DE QUEIROZ

ITAPIUNA /CE

CPF / CNPJ 81252315368 PLACA HYU9177/CE

PLACA ANT / UF /CE 9BGRZ48909G227832

VEÍCULO TIPO PÁS/AUTOMÓVEL/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

GM/CELTA 4P LIFE ANO PAD. 2008 ANO MOD. 2009

CAP. POT / CV 5P/70CV/1000CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRATA

1	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
P	*****	**/**/**	1 *****
V	PARCELAMENTO	PARCELAMENTO / COTAS	2 *****
A	*****	*****	3 *****

PAGAMENTO: 28,65 3,18 31,85

CUSTO DO BILHETE: 4,15 0,26 68,1

DATA DE PAGAMENTO: 11/09/2017

LOCAL: ITAPIUNA DATA: 13/09/2017

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

GE Nº 013571486993 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 01 CPF / CNPJ 81252315368 PLACA HYU9177

RENAVAM 00991802837 MARCA / MODELO GM/CELTA 4P LIFE

ANO FAB 2008 Nº CHASSI 9BGRZ48909G227832

PRÊMIO TARIFÁRIO

28,65 3,18 31,85

4,15 0,26 68,1

DATA DE QUITAÇÃO 11/09/2017

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

RECEBEMOS

26 APR 2018

Maria Odeteide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-07

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR, sob o número 7420198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113297-76.2019.8.06.0001 e código 44AA98C.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
Nº 0133557641B2
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPVT 01 00327854200 00000000000 2017
NOME: FULCISIO FARIAS DE ALENCAR NETO
MARCA/MODELO: HONDA/CG 130 FAN EST
CATEGORIA: 2P/OCV/149CC
PARTICULAR: 1147114

PLACA: 00327854200
CHASSI: 9C2K1616X0R507934
ESPECÍFICO: 9C2K1616X0R507934

ANO FAB: 2011
ANO MOD: 2011
COTA ÚNICA: 14,13
VENÇ. COTA ÚNICA: 14,13
VENÇ. COTAS: 14,13

PREMIO TARIFARIO (R\$): 9,03
IOF (R\$): 0,7
PREMIO TOTAL (R\$): 9,73
DATA DE EMISSÃO: 10/04/2017

OBSERVAÇÕES: 1. VENCIMENTO DE COTAS 2. PARCELAMENTO DE COTAS 3. PARCELAMENTO DE COTAS

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU MAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 0133557641B2 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 10/04/2017
PLACA: 00327854200

RENAVAM: 00327854200 MARCA/MODELO: HONDA/CG 130 FAN EST
ANO FAB: 2011 CAT. 149: 02 Nº CHASSI: 9C2K1616X0R507934

PREMIO TARIFARIO: 9,03
DEVIATAN (R\$): 0,7
CUSTO DO SEGURO (R\$): 9,73
CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,13
TOTAL DO BILHETE (R\$): 13,86

PAGAMENTO: 10/04/2017
DATA DE QUITAÇÃO: 10/04/2017
COTA ÚNICA: 14,13

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CHPJ 08.348.608/0001-04

RECEBEMOS

25 ABR 2018
Maria Cecileide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
Nº 21.487.736/0001-06

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 047.816.593-57	Nome completo da vítima Fe Aglailton de A. Nogueira
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo Fe Aglailton de Andrade N.	CPF titular da conta 047.816.593-57	Profissão meuse	
Endereço Rua Renato Cavalante - Caio Prado	Número 12	Complemento	
Bairro Centro	Cidade Itapiuna	Estado CE	CEP 62742-000
Email	Telefone (DDD) (85) 98774 9445		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência no endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ GRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0481 (Informar dígito se existir)	D/V 2	CONTA NRO. 51056 (Informar dígito se existir)	D/V 4

BANCO Nome _____	NRO _____
AGÊNCIA NRO. _____ (Informar dígito se existir)	D/V _____ (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. _____ (Informar dígito se existir)	D/V _____ (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Fe Aglailton de Andrade Nogueira
18 de 04 de 18
Local e Data

RECEBEMOS

26 ABR 2018

Maria Geomeneide F. Nobre
Corretora de Seguros Erel

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SISTEMA DE IN-CPYACUL BANC. DO BRASIL
28/03/2018 Autentado em: 08:16:23
780072820 2087

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DE CUSTO EXCEPCIONAL LINHETU

FAZSE IDO REN-ESCLA 4. NEBRE RUS
AGENCIA: 048142
CONTA: 51.065-4
VALOR: 51
NR. ENVELOPE 6200
2.407.065 272

Assinado em: 28/03/2018, na Agência 7800-X

RECEBEMOS

7 DE ABR 2018

Maria Geonilde F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José medeiros Paiva inscrito (a) no CPF 045.895.678.88 / 54 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fl. Aglailton A. nequens inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.818.593 / 54, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vitima Fl. Aglailton A. nequens inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.818.593 / 54, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua Conego de Castro	Número	4338	Complemento	
Bairro	Pq. São José	Estado	ce	CEP	60734-452
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	(85) 98774-9995
Cidade	Fortaleza				

Cidade Fortaleza de 04 de 2018
Local e Data

José medeiros Paiva
Assinatura do Declarante

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

fls. 40

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

17/10/2017 19:08

Paciente: ANTONIO ALEX TEIXEIRA ARAUJO Dt. Nasc.: 05/04/1987 Atendimento: 46205796 Prontuário: 11873217
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: UTI ADULTO Leito: 513/1

Profissional(is): LEDA MARIA VENTURA DE LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN 227038 (1) Nº: 15380871 17/10/2017 às 19:08

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

TARDE 17/10/2017

(1)

A.A..T.A 30a, sexo masculino, 2ºDIH admitida procedente da emergência adulto politraumatizado vítima de acidente automobilístico em 15/10/2017, com luxação bilateral de facetas articulares de C4 em relação a C5.

NEUROLOGICO:

Conciente e Orientada, respondendo aos chamados, abertura ocular espontânea, verbalizando suas necessidades básicas.

Instabilidade hemodinâmica; sem drogas vasoativas

CARDIO/PULMONAR;

Em ar ambiente porem apresenta facas de dor Normocardica (59bpm) ,(108/76mmhg).

DEVICES:

CVC: em subclavia D2 mantendo hidratação venosa.
SVD : D2

HEMATO INFECCIOSO:

TGI:

Dieta bem tolerada
Realizado controle glicêmico conforme prescrição médica.

PELE:

LPP em região sacra categoria (ii) normocorado, hidratado, anictérico e acianótico.

RENAL:

Diurese por SVD com moderado debito

CONDUTAS:

Monitorização continua
Cabeceira elevada 30°C
Controle glicemico
Controlar e Observar debito urinario.
Manter grades de proteção elevadas

#Deixar em dieta zero apartir das 22h, para procedimento cirurgico (Artrodese de coluna). dia 18/10/2017 as 5h, Dr.Valmir cliente.

Segue sob cuidados Intensivos.

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Acesso Periférico

Sim

(1)

Sonda Vesical

Sim

(1)

RECEBEMOS

26/10/2017

Maria G. Oliveira F. Nobre
Coordenadora de Segurança
CNPJ 12.148.735/0001-00