

SECRETARIA
DE
FISCALIA
Fls. 09



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA – OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranydosantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>ROM FERNANDES SALES</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>
Estado Civil: <u>CASADO</u>	Profissão: <u>ESTUDANTE</u>	Carteira de Identidade: <u>20072838765</u>
CPF nº: <u>052 137 78</u>	Residência: <u>R-SILVEIRA CAMPOS, 784</u>	
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>CRATEÚS</u>	Estado/UF: CEP: <u>63 700-000</u>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 103, Fátima I, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do(a) outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

CRATEÚS – CE., 27 de FEVEREIRO de 2019.

X Rom Fernandes Sales
(outorgante)

SECRETARIA
DE VARA
10
Fis

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

NOME
Ruan Fernandes Sales

DOC. IDENTIDADE / CDS - BRASIL
20072938765 SSPS CE

CPF
052.137.713-78

DATA NASCIMENTO
11/02/1991

RAÇÃO
ROGERIO SALES
RODRIGUES
IVONILDE FERNANDES DE
OLIVEIRA

PRIMEIRO
[]

SEGUNDO
[]

TERCEIRO
[]

1º REGISTRO
04994317223

VALIDADE
16/04/2020

1ª EMISSÃO
26/07/2010

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Ruan Fernandes Sales
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CRATEUS, CE

DATA EMISSÃO
23/04/2015

[assinatura]
HIGH VASCONCELOS FORTI
AUTENTICAÇÃO DO EMISSOR

59143135091
CE147137659

DETRAN-CE (CEARA)

1097062890

SECRETARIA
DE VARA
Fls. 11



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranymourao@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declarante: REN FERNANDES SALES		Nacionalidade: Brasileira
Residência: SILVEIRA CAMPOS		Profissão: ESTUDANTE
CPF nº: 052 137 - 78	RG nº: 20072838765	Estado Civil: CASADO
Bairro: CENTRO	Cidade: CRATEÚS	Estado/UF: CE
CEP: 63 700-000	Telefone:	

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

CRATEÚS - CE., 27 de FEVEREIRO de 2019.

Ren Fernandes Sales
Declarante



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranydosantos@hotmail.com

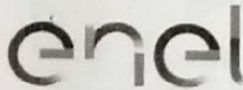
DECLARAÇÃO

Declarante: REAN FERNANDES SALES		Nacionalidade: Brasileira
Residência: SILVEIRA CAMPOS		Profissão: ESTUDANTE
CPF nº: 052 137 - 78	RG nº: 20072838765	Estado Civil: CASADO
Bairro: CENTRO	Cidade: CRATEÚS	Estado/UF: CE
CEP: 63 700-000	Telefone:	

DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

CRATEÚS - CE, 27 de FEVEREIRO de 2019.

x Rean Fernandes Sales
(declarante)



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 561203096

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

FEV/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conoscoN° DO CLIENTE
10016367 DV 0

VENCIMENTO

30/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

90,30

Rota 06 038000 01 0303001

Medidor

Poste

Nome REAN FERNANDES SALES

6786135

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU SIQUEIRA CAMPOS 00784 CS ALTOS IPASE CRATEUS 63700000

RG / CPF / CNPJ 052.137.713-78

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ● Leitura Anterior ● Constante ● Consumo (kWh) ● Consumo Incl. ● Consumo Faturado

FP 25608 0 1 114 0 114

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade ● Tarifa ● Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leitura

08/02/2019

12/03/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

538B.BB50.0990.8D84.4842.41D0.0118.CB11

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
83,67 27% 22,59

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

6,63

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)
0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

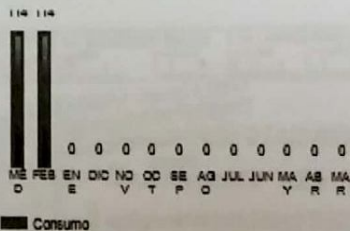
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 0,00

Conjunto

Mês DEZ/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 10016367-0

N° da Nota Fiscal: 561203096

Total a Pagar (R\$): 90,30

Data de Emissão: 18/02/2019

Referência: FEV/2019

N° de Controle: 0010016367 00001 4302 2 26

83860000000-0 90300031000-1 00100163670-5 00014302208-3





PREFEITURA MUNICIPAL DE CRATEÚS
GUARDA CIVIL MUNICIPAL
DEPT - DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE TRÂNSITO

BOLETIM DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

01 - NÚMERO

02 - FOLHA

SECRETARIA
DE VERA

03 - RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DA RODOVIA ARRDIAS VERAS C/C ZACARIAS CARLOS DE MELO		04 - MUNICÍPIO CRATEÚS		05 - UF CE	
06 - PROXIMO, CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC. CRUZAMENTO		07 - HORA DA OCORRÊNCIA 16:22		08 - ZONA RURAL URBANA ☐ RURAL ☒ URBANA	
09 - DATA 12/10/16		10 - DIA DA SEMANA QUINTA			
11 - CLASSIFICAÇÃO SEM VÍTIMA ☐ 1 COM VÍTIMA ☒ 3		13 - NATUREZA DO ACIDENTE ABALROAMENTO ☐ 1 ATROPELAMENTO ☐ 1 COLISÃO ☒ 3 TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM ☐ 5 CHOQUE COM OBJETO FIXO ☐ 7 OUTRA (Especificar) ☐ 9		14 - TIPO DE PAVIMENTO ASFALTO ☐ 1 CONCRETO ☐ 3 PARALELEPÍPEDO ☒ 5 CASCALHO ☐ 7 TERRA ☐ 9 AREIA ☐ 2	
12 - Nº DE VÍTIMAS MORTOS ☐ FERIDOS ☒ 10/11		15 - CONDIÇÕES DA VIA SECA ☒ 1 MOLHADA ☐ 3 OLEOSA ☐ 5 ENLAMEADA ☐ 7 DANIFICADA ☐ 9 EM OBRAS ☐ 2		16 - CONDIÇÕES DA VIA BOM ☒ 1 CHUVA ☐ 3 NEBLINA ☐ 5 GAROA ☐ 7	
17 - ENVOLVIDOS NO ACIDENTE (quantidade) Automóvel ou Camionete Exceto Taxi ☒ 2 ☐ 3 TAXI ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 CAMINHÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ÔNIBUS OU MICRO ÔNIBUS ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 MOTOCICLETA OU MOTONETA ☒ 2 ☐ 3 CICLOMOTOR ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3		18 - CONTROLE DO TRÁFEGO DAS RODOVIAS CURVA FECHADA ☐ 1 CURVA EM RAMPAS ☐ 9 TANGENTE EM NÍVEL ☐ 2 TANGENTE EM LOMBADA ☐ 2 CURVA EM NÍVEL ☐ 5 OUTRO ☐ 4 (especificar) PISTA ESTREITA ☐ 7			
19 - NOME REAN FERNANDES SALES		20 - SEXO ☒ M ☐ F		21 - NASCIMENTO 11/10/1911	
22 - ENDEREÇO		23 - 1ª HABILITAÇÃO 21610121101		24 - CATEGORIA A	
25 - PRONTUÁRIO Nº 04994317223		26 - UF CE		27 - EX MÉDICO EM DIA ☒ SIM ☐ NÃO	
28 - USAVA CINTO ☐ SIM ☐ NÃO		29 - USAVA CAPACETE ☐ SIM ☐ NÃO			
30 - EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA REALIZADO NO LOCAL ☐ 1 ☒ 3 ENCAMINHADO P/EXAME ☐ 5 ☒ 7		31 - COMPORTAMENTO DO CONDUTOR PERMANECU NO LOCAL ☒ 1 ☐ 3 ATENDEU A VÍTIMA ☐ 5 ☐ 7 EVADIU-SE ☐ 9 ☐ 2		32 - AÇÃO DO CONDUTOR FORÇAR PASSAGEM RODOVIA ☐ 11 NÃO MANTEVE A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA ☐ 21 DESVIOU DE OBSTÁCULO ☐ 13 CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO ☐ 23 ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA ☐ 15 MUDANÇA SÚBITA DE FAIXA OU DIREÇÃO ☐ 25 EXCESSO DE VELOCIDADE ☒ 17 LUZ ALTA ☐ 27 CONTRAMÃO DE DIREÇÃO ☐ 19 OUTRA ☐ 29 (especificar)	
33 - NOME RAFAEL MOURÃO GOMES		34 - SEXO ☒ M ☐ F		35 - NASCIMENTO 11/10/1911	
36 - ENDEREÇO HEMÍLIO FALCÃO Nº 650		37 - 1ª HABILITAÇÃO		38 - CATEGORIA B	
39 - PRONTUÁRIO Nº 0638541950		40 - UF CE		41 - EX MÉDICO EM DIA ☒ SIM ☐ NÃO	
42 - USAVA CINTO ☐ SIM ☐ NÃO		43 - USAVA CAPACETE ☐ SIM ☐ NÃO			
44 - EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA REALIZADO NO LOCAL ☐ 1 ☒ 3 ENCAMINHADO P/EXAME ☐ 5 ☒ 7		45 - COMPORTAMENTO DO CONDUTOR PERMANECU NO LOCAL ☒ 1 ☐ 3 ATENDEU A VÍTIMA ☒ 5 ☐ 7 EVADIU-SE ☐ 9 ☒ 2		46 - AÇÃO DO CONDUTOR FORÇAR PASSAGEM RODOVIA ☐ 11 NÃO MANTEVE A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA ☐ 21 DESVIOU DE OBSTÁCULO ☐ 13 CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO ☐ 23 ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA ☐ 15 MUDANÇA SÚBITA DE FAIXA OU DIREÇÃO ☐ 25 EXCESSO DE VELOCIDADE ☐ 17 LUZ ALTA ☐ 27 CONTRAMÃO DE DIREÇÃO ☐ 19 OUTRA ☐ 29 (especificar)	
47 - MARCA HONDA BROS 160		48 - ESPÉCIE PASSEIRO		49 - PLACA PMT 9951	
50 - MUNICÍPIO CRATEÚS		51 - UF CE			
52 - NOME DO PROPRIETÁRIO REAN FERNANDES SALES		53 - ENDEREÇO		54 - BILHETE	
55 - DATA DE EMISSÃO		56 - DEFETO FAROL DIANTEIRO ☐ 1 LANTERNA TRASEIRA ☐ 3 LANTERNA DE FREIO ☐ 5 LIMPADOR DE PARA-BRISA ☐ 7 SETA DIRECIONAL ☐ 9 FREIO ☐ 2 PNEU GASTO ☐ 4 OUTRO (especificar) ☐ 6			

VEÍCULO Nº 02		58 - MARCA FIAT PALIO		59 - ESPÉCIE PASSAGEIRO		60 - PLACA HWN 7973		61 - MUNICÍPIO CRATEÚS		SECRETARIA DE VERA 15	
		63 - NOME DO PROPRIETÁRIO SIDINEY MOURÃO GOMES				64 - ENDEREÇO				62 - UF CE	
VÍTIMA Nº 01		65 - SEGURADORA		66 - BILHETE		67 - DATA DE EMISSÃO					
		68 - DEFEITO FAROL DIANTEIRO ☐ 1 LANTERNA TRASEIRA ☐ 3 LANTERNA DE FREIO ☐ 5 LIMPADOR DE PARA-BRISA ☐ 7 SETA DIRECIONAL ☐ 9 FREIO ☐ 2 PNEU GASTO ☐ 4 OUTRO (especificar) ☐ 6									
VÍTIMA Nº 02		69 - NOME KEAN FERNANDES SALES				70 - SEXO ☒ M ☐ F ☐ 3		71 - NASCIMENTO 11/10/2014			
		72 - ENDEREÇO				73 - FERIMENTOS LEVES ☐ 1 GRAVES ☒ 3 FATAIS ☐ 5		74 - VIAJAVO NO VEÍCULO Nº 01		75 - USAVA CINTO SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3	
VÍTIMA Nº 03		76 - CONDIÇÕES DA VÍTIMA CONDUTOR ☒ 1 PASSAG. ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5				77 - CONDUZIDA PARA HOSPITAL SÃO LUCAS					
		78 - NOME				79 - SEXO ☐ M ☐ F ☐ 3		80 - NASCIMENTO			
VÍTIMA Nº 04		81 - ENDEREÇO				82 - FERIMENTOS LEVES ☐ 1 GRAVES ☐ 3 FATAIS ☐ 5		83 - VIAJAVO NO VEÍCULO Nº		84 - USAVA CINTO SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3	
		85 - CONDIÇÕES DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ 1 PASSAG. ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5				86 - CONDUZIDA PARA					
PEDESTRE		87 - ATRAVESSANDO AS RODOVIAS 2 FAIXAS DE ROLAMENTO ☐ 1 4 FAIXAS DE ROLAMENTO ☐ 3 CRUZ OU ENTRONC DE CE COM BR ☐				88 - ATRAVESSANDO AS RODOVIAS POR TRÁS DE VEÍCULO ESTACIONADO ☐ 1 COM AUSÊNCIA DE VEÍCULO ESTACIONADO ☐ 3				89 - OUTRA CAMINHANDO AO LONGO DA CE ☐ 1 SAINDO OU ENTRANDO EM VEÍCULO ☐ 7 BRINCANDO NA CE ☐ 3 OUTRA (especificar) ☐ 9 TRABALHANDO NA CE ☐ 5	
		90 - NOME 90 - NOME				91 - SEXO ☐ M ☐ F ☐ 3		92 - NASCIMENTO			
TESTEMUNHAS		93 - ENDEREÇO				94 - IDENTIDADE Nº		95 - ÓRGÃO EMISSOR		96 - UF	
		97 - NOME				98 - SEXO ☐ M ☐ F ☐ 3		99 - NASCIMENTO			
INFORMAÇÕES ADICIONAIS		100 - ENDEREÇO				101 - IDENTIDADE Nº		102 - ÓRGÃO EMISSOR		103 - UF	
		104 - DIAGRAMA DO ACIDENTE				105 - DATA 13 SET. 2016		106 - LOCAL 2ª Tabelião Pública			
INFORMAÇÕES ADICIONAIS											
		DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO ACIDENTE CONFORME RELATOS DE POPULARES O VEÍCULO SEGUIA PELO SUA PREFERENCIAL UM POUQUINHO QUANDO VEIO A COLIDIR COM O VEÍCULO 02 QUE AVANÇAVA PELO SUA PREFERENCIAL									
RESPONSÁVEL		108 - NOME RAIMUNDO NONATO ABREU				109 - FUNÇÃO AG. TRANSITO					
		110 - ASSINATURA RAIMUNDO NONATO ABREU				111 - DATA 13/09/2016					
RESPONSÁVEL		112 - HORÁRIO DE CHEGADA LOCAL 11 - 25				113 - HORÁRIO DE CHEGADA LOCAL 11 - 30				114 - HORÁRIO DE CONCLUSÃO DA OCORRÊNCIA	

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS
GRATEUS - CE
Guia de atendimento - CONSULTORIOS



DADOS DO PACIENTE

Prontuário 020544	Atendimento 0008	Nome do Paciente REAN FENANDES SALES	CNS
Documento(s) Identidade: 20072838765			Estado Civil Solteiro(a)
Data de Nascimento 11/02/1991			Sexo Masculino
Local CRATEUS/CE			Idade 25 Ano(s)
Pai ROGERIO SALES RODRIGUES		Mãe IVONILDE FERNANDES DE OLIVEIRA	
Endereço RUA SIQUEIRA CAMPOS, 750		Bairro SAO VICENTE	CEP 63700-000
Município CRATEUS		UF CE	Telefone 88 927
Profissão ESTUDANTE	Empresa	Cônjugue	
Responsável ROGERIO SALES RODRIGUES	CPF do Responsável	Endereço RUA SIQUEIRA CAMPOS, 750	Município CRATEUS

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 23/06/2016	Hora 16:12	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR			CRM/UF 6029/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente Trânsito			Funcionário MARIA RODRIGUES MACEDO DE SOUSA	
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
PA (mmHg)				

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

6618044 processo

20811-16

Prato com
hambúrguer, suco
em sala de espera.

o paciente
foi atendido
depois de
esperar

17:07

Dr. Wilson Gonçalves da Costa
Médico
CRM - CE 9575

JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR - CRM: 6029

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ROGERIO SALES R

NOME: Renan Fernandes SalesPRONTUÁRIO: 20544/010POSTO: CCTLEITO: Apê 04

DATA		
04/07/16	Pt submetido a exame físico e filia E. CD: Ambulatório pós-operatório Gerardo F. Junior Ortopedia e Traumatologia CRM 3251580111049	
05/07/16	às 07:50h pCT gerem, consciente, orientado, verbaliza, deambula com auxílio de ambulador no momento. Submetido a procedimento traumatoológico no tórax 12 horas. Relata amarelo no tórax 12 horas e dor. Apresenta febre no período da manhã. ~~~~~ T: 39° SPO₂ p. 730000750	Mar Blau
05/07/16	Pt melhora e episódio febril, estável, CD: Ambulatório pós-operatório Gerardo F. Junior Ortopedia e Traumatologia CRM 3251580111049	
06/07/16	Pt melhora estável, repousa no ambulador, sem dor, sem sinais de infecção. Episódios febris - positivos (+). CD: MIE e Ambulatório Alh. Lopez Gerardo F. Junior Ortopedia e Traumatologia CRM 3251580111049	

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

ANESTESIA

SECRETARIA

DE JARÁ

FIS. 19

PRONTUÁRIO

020544

DATA

04/07/16

PACIENTE

Reon Fernandes Sales

LEITO

TIPO DE CIRURGIA

TEMPO DE SALA

IDADE

PESO

ALTURA

SEXO

TEMPERATURA

PULSO

RESPIRAÇÃO

P. ARTERIAL

25

M

TIPO SANGÜÍNEO

HEMACIAS

HEMOGLOBINA

HEMATÓCRITO

GLICEMIA

URÉIA

URINA

AP. RESPIRATÓRIA

ASMA

BRONQUITE

AP. CIRCULATÓRIO

ECG

AP. DIGESTIVO

DENTES

PESCOÇO

ALÉRGIA

AP. URINÁRIO

ESTADO MENTAL

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

RISCO

ATARÁXICOS

ANESTESIAS ANTERIORES

CORTICÓIDES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

HORA

EFEITO

HIPOTENSORES

OUTROS

HORÁRIO

19:20 / 22:10

INDUÇÃO

Agentes Anestésicos

Líquido

COL 5
V P. Arterial O Pulso O Respiração
A X Anestesia O OperaçãoSIMBOLOS
E
ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

AGENTES

TÉCNICA

CIRURGIA

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

SATISFATÓRIO _____ EXCITAÇÃO _____

LARINGOESPASMO _____ LENTA _____

TOSSE _____ NÁUSEAS _____

VÔMITOS _____ OUTROS _____

MANUTENÇÃO

5:00 - 5:20
Eufórico
Respiração
regular
Pulso
regular
Pressão
arterial
regular
Temperatura
normal
ANESTÉSIA SATISFATÓRIA
() SIM () NÃO
NÃO PORQUE?

DESPERTAR

REFLEXOS NA SO _____

OBSTRUÇÃO _____ CO₂ _____

EXCITAÇÃO _____ NÁUSEAS _____

VÔMITOS _____ OUTROS _____

PARA O LEITO CÂNULA _____

() SIM () NÃO

CONDIÇÕES _____

BALANÇO

PERDA SANGÜÍNEA APROXIMADA _____ ml

VOLUME SANGÜÍNEO REPOSTO _____ ml

TEMPO CIRÚRGICO

DURAÇÃO TOTAL DA OPERAÇÃO _____ h _____ m

Hospital São Lucas

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

ADMINISTRAÇÃO



SÃO CAMILO

PRONTUÁRIO

020544

DATA

04/07/16

SECRETARIA
DE VAGA

PACIENTE

Reon Fernandes Sales

LEITO

Fls.

20

INTERVENÇÃO

CIRURGIA

PROPOSTA

Osteossíntese tibial c/ haste

REALIZADA

e miniscrews

CIRURGIÃO

Dn. Gerardo

CRM

AUXILIARES

1º

CRM

2º

CRM

3º

CRM

4º

CRM

ANESTESIOLOGISTA

Dn. Jamil

CRM

TIPO DE ANESTESIA

Ráquidiana

PATOLOGISTA

INSTRUMENTADOR(A)

Joãoir

CIRCULANTE

Dinoelle

ACHADOS OPERATÓRIOS

- 1) Anest. e anti-germ.
- 2) Limpeza do campo (tubo) com álcool
- 3) Colocação da haste intramedular
- 4) Colocação do fio - guia
- 5) Fixação da haste tibial c/ 11mm
- 6) Colocação de haste intramedular
- 7) Bloqueio passivo a distal + torniquete
- 8) Sutura + curativo

04/07/16

Gerardo F. Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11049

**SINISTRO 3170004015 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** REAN FERNANDES SALES**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Sabemi

Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO REAN FERNANDES SALES**CPF/CNPJ:** 05213771378**Posição em 28-02-2019 18:00:48**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/01/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
20/01/2017	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	
04/01/2017	Interrupção de Prazo	
31/12/2016	Aviso de Sinistro	

Registrado no livro de tombo
nº 02, sob nº de ordem
171, às fls. 198.

CONCLUSÃO
Aos 08/03/19
conclusões
E
Diretor(a) de Secretaria

31/03/2016	Atas do Sínodo	Atas do Sínodo
04/01/2017	Interação de Fato	Interação de Fato
20/01/2017	Relatório de Investimentos	Relatório de Investimentos
20/01/2017	Pagamento de Indenização com recursos de	Pagamento de Indenização com recursos de