

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE:

Nome: <i>Gleudson de Freitas Vasconcelos</i>		Nacionalidade: <i>BRASILEIRO</i>	
Estado Civil: <i>Solteiro</i>	Profissão: <i>SEGURANÇA PARTICULAR</i>	Carteira de Identidade: <i>2002002 353625</i>	
CPF nº: <i>033.534.523-97</i>	Residência: <i>Rua Satrio dias, 98</i>		
Bairro: <i>Montese</i>	Cidade: <i>Fortaleza</i>	Estado: <i>Ceará</i>	CEP: <i>60420.-430</i>

por este instrumento nomeio e constituo meu bastante procurador o **DR. RODOLFO BENTO DA ROCHA**, brasileiro, solteiro, advogado, portador do RG nº 2024114 SSP/PI e CPF nº 013.970.053-60, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 23.237 e o **DR. FABRIZIO NEGREIROS DE AZEVEDO**, brasileiro, solteiro, Bacharel em Direito, portador do RG de nº 97028055953 SSP/CE e CPF nº 010.324.993-11, ambos com escritório profissional no seguinte endereço: Av. Santos Dumont, nº 1740 sala 812 Aldeota - Fortaleza/CE - CEP 60.150-160, onde recebe intimações, a quem concede poderes com cláusula **AD JUDICIA e EXTRA JUDICIA** para o foro em geral, conforme estabelecido no art.38 do Código de Processo Civil pátrio acompanhando-as e especialmente para onde esta se apresentar para defender os direitos do outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja autor ou réu, ou reclamar, defender direitos, podendo interpor todos os recursos permitidos, até final sentença, fazer e assinar requerimentos, apresentar documentos e testemunhas, produzir provas e justificações, transigir, desistir, firmar compromissos, acordo, renunciar direitos, **receber e dar quitação**, passar recibos, representar a outorgante em instituições públicas e privadas, bem como repartições públicas, seja Federal, Estadual ou Municipal, autarquias e fundações, podendo, ainda representar a outorgante e licitações, adjudicar bens, assinar contratos, homologar acordos, e tudo o mais, inclusive substabelecer a presente procuração com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza -CE, 21/09/2015

Gleudson de Freitas Vasconcelos

OUTORGANTE



DECLARAÇÃO

Nome: <u>GLEIDSON DE FREITAS VASCONCELOS</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRO</u>	
Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	Profissão: <u>SEGURANÇA PARTICULAR</u>	Carteira de Identidade: <u>2002002353625</u>	
CPF nº: <u>033.534.523-97</u>	Residência: <u>RUA SATIRO DIAS, 98</u>		
Bairro: <u>MONTESÉ</u>	Cidade: <u>FORTALEZA</u>	Estado: <u>CEARA</u>	CEP: <u>60420-430</u>

em conformidade com o Art. 4º da Lei 1.060 de 05/02/1950 e o Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, **DECLARO SER POBRE DA FORMA DA LEI**, não podendo arcar com taxas, emolumentos, depósitos judiciais, custas, honorários advocatícios ou outras cobranças de qualquer tipo ou natureza sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 21 de Setembro de 2015.

Gleudson de Freitas Vasconcelos

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Nome: <u>GLEIDSON DE FREITAS VASCONCELOS</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRO</u>	
Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	Profissão: <u>SEGURANÇA PARTICULAR</u>	Carteira de Identidade: <u>2002002353625</u>	
CPF nº: <u>033.534.523-97</u>	Residência: <u>RUA SATIRO DIAS, 98</u>		
Bairro: <u>MONTESÉ</u>	Cidade: <u>FORTALEZA</u>	Estado: <u>CEARA</u>	CEP: <u>60420-430</u>

declaro que resido no endereço acima citado e que os dados pessoais e demais documentos e informações fornecidos para o processo de Invalidez na via administrativa bem como para propositura de Ação Judicial em desfavor da Seguradora Líder ou qualquer outra Seguradora que faça parte do convênio DPVAT é de minha total responsabilidade.

Fortaleza (CE), 21 de Setembro de 2015.

[Assinatura]

[Ir para conteúdo principal](#) [Ir para menu principal](#)



Seguro DPVAT, administrado pela Seguradora Líder-DPVAT **– Site Oficial –**

[Assista ao vídeo da Líder](#)

- [Home](#)
- [Conheça o DPVAT e a Seguradora Líder](#)
- [Como dar entrada - Dicas importantes](#)
- [Pontos de Atendimento](#)
- [Fale Conosco](#)

Início do conteúdo

Acompanhe o processo de indenização

[voltar](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.

[nova consulta](#)

SINISTRO 3140151790 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GLEIDSON DE FREITAS VASCONCELOS

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO GENTE SEGURADORA S/A

ENDEREÇO Av. Nove de Julho, 4312, Jardim Paulista, São Paulo - 26, CEP: 01406-100

BENEFICIÁRIO GLEIDSON DE FREITAS VASCONCELOS

CPF/CNPJ: 03353452397

Posição em 07-04-2015 17:06:54

Indenização creditada em 18/03/2015, no valor de R\$ 4.218,75, em banco e conta de titularidade do beneficiário, conforme autorização de pagamento assinado pelo mesmo.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
18/03/2015	R\$ 4.218,75	R\$ 0,00	R\$ 4.218,75

Acessibilidade



[Tradução em Libras](#)

[Leitura de Páginas](#)

[Atalhos de teclado](#)

[Acessibilidade](#)

[Peça a indenização](#)

- [Como dar entrada - Dicas importantes](#)
- [Documentação despesas médicas](#)
- [Documentação invalidez permanente](#)
- [Documentação morte](#)
- [Onde entregar](#)

Pague seguro

- [Como pagar](#)
- [Consulta a pagamentos efetuados](#)
- [Informações gerais](#)

Acompanhe o Processo

- [Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.](#)
- [Mapa do Site](#)
- [Dicionário do DPVAT](#)
- [Denuncie](#)
- [Ouvidoria](#)
- [Imprensa](#)
- [Outros serviços](#)
- [Blog](#)
- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [YouTube](#)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 304 - 3365 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/11/2014 15:22:08**
Data / Hora da Ocorrência : **16/07/2014 13:40:00**
Endereço da Ocorrência: **PE ANTONIO TOMAS COM LEONARDO MOTA**
ALDEOTA FORTALEZA /CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GLEIDSON DE FREITAS VASCONCELOS**
Nascimento : **03/08/1988**
RG: **2002002353625** Órgão Emissor: **SSP UF: CE** - CPF:
Filiação: **MAURO TORRES DE VASCONCELOS**
NEUSA MARIA DE FREITAS VASCONCELOS
Endereço: **R SATIRO DIAS 98**
MONTESE
FORTALEZA CE BRASIL Telefone: **32323749**

Histórico

DISSE O DECLARANTE QUE NO DIA E HORA ACIMA MENCIONADOS, TRAFEGAVA EM SUA MOTO LANDE DE PLACA **OCC0475-CE**, NA R. LEONARDO MOTA, QUANDO O SINAL FICOU VERDE, PARA CRUZAR A PE ANT TOMAS, FOI COLHIDO PELO VEICULO PRISMA DE PLACA **OCC3953**, DE COR PRATA, CONDUZIDO POR LAIS ARRAIS MAIA FORTALEZA. QUE A LAIS ARRAIS, PRESTOU TODO O SOCORRO. O DECLARANTE FOI LEVADO AO HOSPITAL SÃO MATEUS, FEZ VARIOS EXAMES E UMA CIRURGIA NO TORNOZELO ESQUERDO. QUE A CONDUTORA DO VEICULO, ASSUMIU TODA A CULPA PELO ACIDENTE A ACIONOU O SEGURO. QUE DIANTE DO FATO, VEIO PRESTAR O B.O. NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE DEFRAUDAÇÕES E FALSIFICAÇÕES

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DIANA MARIA TORRES DANTAS - MAT.: 106214-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

VISTO DO DELEGADO(A):

JOSE JAIME PAULA PESSOA LINHARES - MAT.: 14688-1-2

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE - PACIENTE

OME: GLEIDSON DE FREITAS VASCONCELOS

ISN ATENDIMENTO: 836.476

() 1ª PRIMEIRA CONSULTA () SUBSEQUENTE

PF: 033.534.523-97

RG: 2002002353625

IDADE: 25

DATA DE NASC: 03/08/1988 00:00:00

SEXO: MASCULINO

ENDEREÇO RESIDENCIAL: R SATIRO DIAS, 98 - MONTESE - FORTALEZA (CE) - CEP 60420430 - FONE(S) (85) 3466-8603

ENDEREÇO COMERCIAL:

NATURALIDADE:

PROFISSÃO:

ESTADO CIVIL:

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE:

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE - RESPONSÁVEL LEGAL

OME: GLEIDSON DE FREITAS VASCONCELOS

PARENTESCO (escrever de próprio punho):

PF: 033.534.523-97

RG: 2002002353625

IDADE: 25

ESTADO CIVIL:

SEXO: MASCULINO

ENDEREÇO RESIDENCIAL: R SATIRO DIAS, 98 - MONTESE - FORTALEZA (CE) - CEP 60420430 - FONE(S) (85) 3466-8603

ENDEREÇO COMERCIAL:

NATURALIDADE:

PROFISSÃO:

INFORMAÇÕES DO PRONTO ATENDIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO: 16/07/2014 14:09:54

CONVÊNIO: UNIMED MULTIPLAN - ENF

PROCEDÊNCIA:

ESPECIALIDADE:

CLÍNICA:

ATENDIMENTOS ANTERIORES NO PRONTO ATENDIMENTO				
IN ATEND	DATA DO ATENDIMENTO	DIAGNÓSTICO	MÉDICO	TIPO DE ATENDIMENTO

INFORMAÇÕES DADAS PELO MÉDICO RESPONSÁVEL

MÉDICO RESPONSÁVEL: JOSE DE SA CAVALCANTE JUNIOR

QUEIXA PRINCIPAL/ANAMNESE/EXAME FÍSICO

QUEIXA PRINCIPAL:

ANAMNESE: ANAMNESE: trauma no tornozeloE e lombar. vítima de acidente de motocicleta.

ANAMNESE BASICA: GESTANTE [NAO] - ALERGIA(S) [NAO] - CIRURGIA(S) [NAO] - MEDICAMENTO(S) [NAO] - COMORBIDADE(S): []

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO

CID

S93.4

EXAMES SOLICITADOS

RADIOGRAFIA (RX) COLUNA LOMBO-SACRA - 5 INCIDENCIAS

RADIOGRAFIA (RX) ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)

ENFERMAGEM									
HORA	TEMPERATURA	PA	FC	FR	SAT	GLICEMIA		LIGADO	DESLIGADO
							MONITOR		
							OXIMETRO		
							OXIGENIO		
							BIC		

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABRIZIO NEGREIROS DE AZEVEDO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 27/02/2018 às 15:19, sob o número 01130616161-15. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113061-15.2018.8.06.0001 e código 33ECAF79.

PACIENTE

GLEIDSON DE FREITAS VASCONCELOS

PADRAO DE ATENDIMENTO

UNIMED MULTIPLAN - ENF

DATA DA EVOLUCAO

05/09/2014 16:00:14

ISN ATENDIMENTO

868.569

ISN EVOLUCAO

547.238

ISN PESSOA

267.047

IDADE

26

LEITO

326 L03

PRONTUARIO EVA

189.838

HOSPITAL SAO JOSE

USUARIO MONALISA

DATA DE NASCIM

DATA DE EN

04/09/2013

EVOLUCAO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

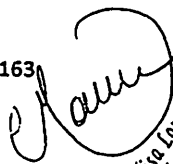
05 09 2014

UTI-PÓS

PACIENTE ADMITIDO APÓS REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE TORNOZELO E. EVOLUI SONOLENTO SOB EFEITO ANESTÉSICO. EUPNEICO EM AR AMBIENTE. LIGO MONITORIZAÇÃO CARDIACA + OXIMETRIA + PANI. AO MONITOR: NORMOCARDICO (FC: 66BPM) + NORMOTENSO: PA: 128X63, SAT 02 98%. DIETA LIBERADA ÀS 18:00 HORAS. COM AVP EM HV. DIURESE ESPONTÂNEA (AGUARDO). NO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

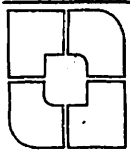
ÀS 18:00 DESLIGO MONITORIZAÇÃO CARDIACA ENCAMINHADO PARA O POSTO.

MONALISA LOPES VIEIRA
ENFERMEIRA COREN: 342.163
UTI-PÓS


Monalisa Lopes Vieira
Enfermeira
COREN-CE 342.163

DATA DA EVOLUCAO
05/09/2014 16:00:14

CARIMBO E ASSINATURA



HOSPITAL
SÃO MATEUS

UNIDADE

P-3.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM POSTO

NOME/PACIENTE:

Gleidoon de freizers vanconceles

N° CONTROLLO:

LEITO:

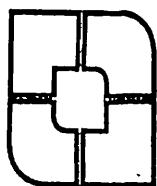
DATA:

340

04/09/14

DATA / HORA

0



HOSPITAL
SÃO MATEUS

Nº PRONTUÁRIO

Nº CONTROLE

868569.

PLANO TERAPÊUTICO

UNIDADE HOSPITALAR

P-3

CONVÊNIO

Unimed.

LEITO

310

NOME DO PACIENTE

Gledson F. Brasil

PESO

MÉDICO RESPONSÁVEL

DR: Sá Junior

PRESCRIÇÃO-DATA: 04.08.14

HORÁRIO

1- Dieta Líquida

2- Sólidos reapreciados

3- Xanaxol 100 + 100 cc SF em 505 SM.

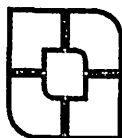
refe de 12/12/14

José de Sá Cavalcante Junior
Ortopedista-Traumatologista

Dieta zero a partir das 07h do
manhã.

DR: Sá Junior Ciente.

[illegible]

HOSPITAL
SÃO MATEUS

NOME:

Gleidson de Freitas Varconcelos

IDADE:

26

SEXO:

Masculino

GRUPO SANG.:

FATOR RH:

O+

LEITO:

310

CONTROLE:

ANAMNESE DE ENFERMAGEM

CONVÊNIO:

ADMISSÃO/DATA:

PRÉ-OPERATÓRIO

HIPERTENSÃO () CARDIOPATIAS () DIABETES () DOENÇAS RESP. () ALERGIAS ()

OUTROS: () QUAIS? _____

FAZ USO DE MEDICAÇÕES? SIM () NÃO ()

QUAIS? _____

PESO 89 KG ALTURA 1,80 CM CIRURGIA ANTERIOR: SIM () NÃO (X)

QUAL? _____

ANESTESIA ANTERIOR: SIM () NÃO (X)

QUAL? _____

MEDICAÇÕES PRÉ-ANESTÉSICAS: SIM () NÃO (X)

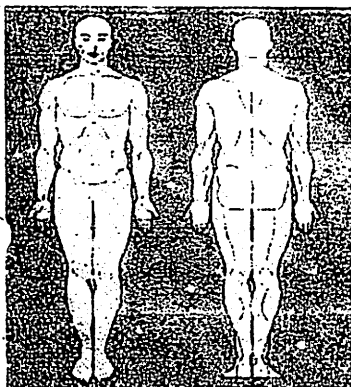
TIPO? _____

PRÓTESES: SIM (X) NÃO () TIPO? dentaria fixa FUMANTE: SIM () NÃO (X)

CIRURGIA PROPOSTA conexão da tibia MÉDICO _____

SINAIS VITAIS T= 36,8 C°P = _____ bpm R= _____ mpm PA 140x100 mmHg

REGISTRO DE TRICOTOMIA



PACIENTE: _____

DATA: ____/____/____ HORA: _____

CONDIÇÕES LOCAL DA PELE: _____

REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE:

SIM: () NÃO: ()

PREPARO REALIZADO POR: _____

ASSINATURA

TRANS-OPERATÓRIO

PA _____ mmHg

CIRURGIA REALIZADA Fratura tornozelo

TIPO ANESTESIA Raqui + sedação

SONDAS _____ DRENOS _____ TEMPO CIRÚRGICO: INICIO: 14:00 FIM 15:30

LOCAL DA PLACA _____

ACESSOS _____

MEDICAMENTOS cefazolina 1g +

INTERCORRÊNCIAS _____

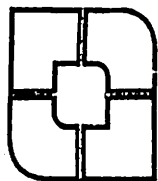
cetoprofeno 400mg +

40mg Bupren + 40mg Paracetamol

PÓS-OPERATÓRIO

ENCAMINHADO PARA: _____

ENFERMEIRA RESPONSÁVEL: _____



HOSPITAL
SÃO MATEUS

Nº PRONTUÁRIO
Nº CONTROLE
868.569.

UNIDADE HOSPITALAR
P.3.

PLANO TERAPÊUTICO

CONVÊNIO
Unimed.
LEITO
310.

NOME DO PACIENTE
Gledson
PESO
MÉDICO RESPONSÁVEL
Dr. Sc. Junior

PRESCRIÇÃO-DATA:

06/09/14.

HORÁRIO

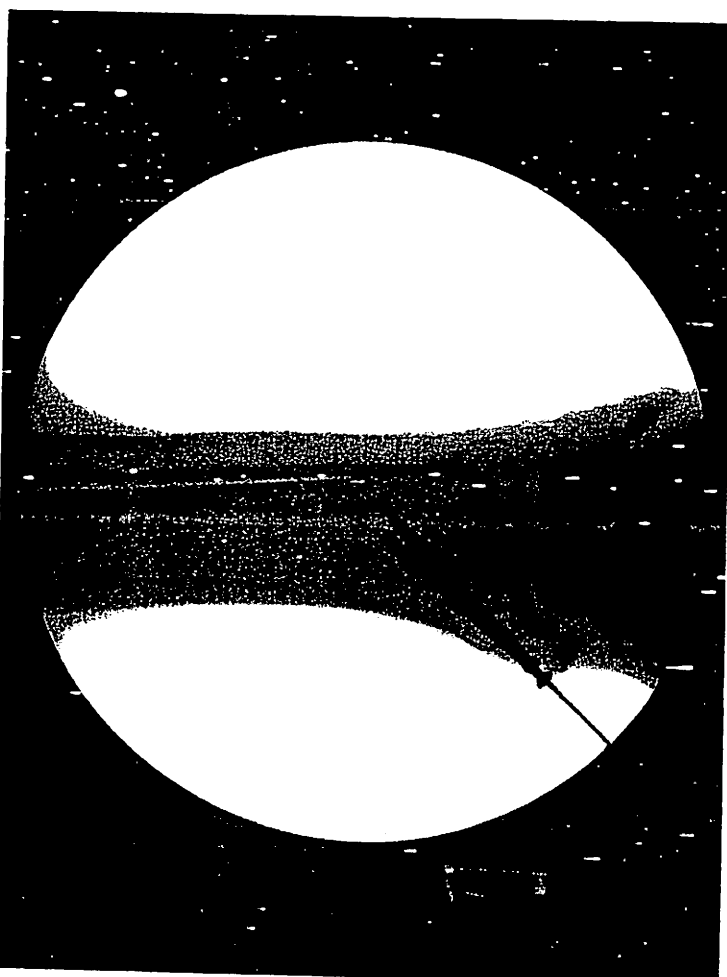
- 1 - Omeprazole
- 2 - Aspirina 100mg
- 3 - tramadol 100 + 100 cc S.F. 12/12h
- 4 - Propofol 100 cc S.F.
- 5 - Diprivan 40mg + 10cc S.F. 3x dia
- 6 - mela mela mela mela

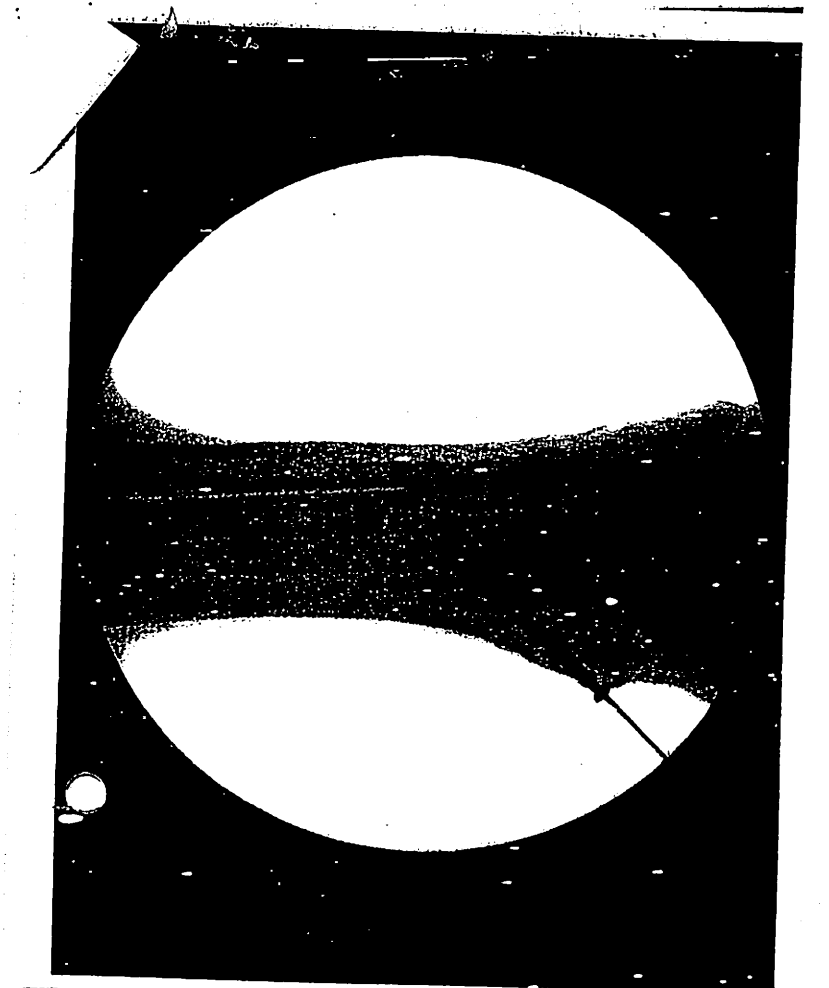
SND.
manter
18 06
06
14 22 06
APV.

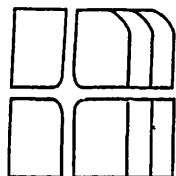
José de Sá Cavalcante Junior
Ortopedista-Traumatologista
CRM 3223 CPF 85778233-63

Alte hospital

José de Sá Cavalcante Junior
Ortopedista-Traumatologista
CRM 3223 CPF 85778233-63







**Hospital
SÃO MATEUS**

EVOLUÇÃO CLÍNICA

fls. 21

NOME DO PACIENTE

Nº PRONTUÁRIO

Nº CONTROLE

Nº FOLHA

UNIDADE HOSPITALAR

ENFI/APTO

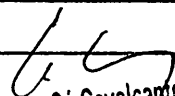
LEITO

DATA

EVOLUÇÃO CLÍNICA

04.03.14

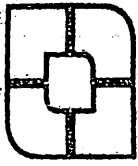
Liberação para alta


José de Sá Cavalcante Junior
Ortopedista-Traumatologista
CRM 10.000.000-0

dat. 22/2/2017

730259

22/2/2017



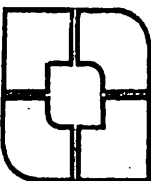
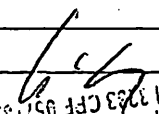
HOSPITAL
SÃO MATEUS

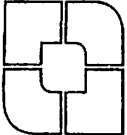
PRÉ-REQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS

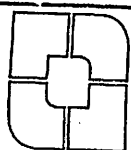
Nº DO PRONTUÁRIO 189838	Nº CONTROLE 868569	DATA 05.09.14	CONVÊNIO Unimed
UNIDADE HOSPITALAR C.E		C. CUSTO	ENF/APTO 3/0
			LEITO

CIRURGIA Fratura do	NOME PACIENTE Gleislson de Freitas Vasconcelos		
PRINCIPAL Lombagoes lombo.	CIRURGIÃO Dr. Sô Jp.	ANESTESISTA	
SECUNDÁRIOS	AUXILIAR		
ANESTESIA Boque + sedação	AUXILIAR	INSTRUMENTADORA Valdineire	
INÍCIO 14:00	FIM 15:30	SALA 06	ANESTESISTA Tereza Bolatto
			CIRCULANTE Geane

CÓDIGO	PUNÇÃO VENOSA / SERINGAS	QUANTIDADE	CÓDIGO	ECG, GLICEMIA, MONITOR, AEROSOL	QUANTIDADE
6140	ABBOCATH 18		4556	PASTA GEL Placa de c. Bateria	01
6141	ABBOCATH 20	01	18423	B. IPATRÓPIO (ATROVENT)	
6142	ABBOCATH 22		18433	B. FENOTEROL (BEROTEC)	
6405	ABBOCATH 24			CATETERES E SONDAS	
6050	SCALP 19			CÂNULA OROTRAQUEAL (TOT)	
6051	SCALP 21			CÂNULA PARA TRASQUEOSTOMIA	
6052	SCALP 23	01	6338	CATETER TIPO OCULOS	
	AGULHA DESCARTÁVEL N° 25 x 12	03	6032	CATETER PARA O2 N° 08	
	AGULHA DESCARTÁVEL N° 25 x 07	01		CATETER PARA O2	
	AGULHA DESCARTÁVEL ROQUE N° 27	01	6125	SONDA DE ASF. TRAQUEAL 10	
	EQUIPO SIMPLES com Juxton	01	6126	SONDA DE ASP. TRAQUEAL 12	
6062	EQUIPO BIC		6127	SONDA DE ASP. TRAQUEAL 14	
25218	EQUIPO FOTOSSENSÍVEL		6195	SONDA DE ASP. TRAQUEAL 16	
6172	LUA PROCEDIMENTO			SONDA DE FOLEY 2 VIAS	
4912	ÁLCOOL 70%			SONDA DE FOLEY 3 VIAS	
6010	ALGODÃO			SONDA NASOGÁSTRICA LONGA	
6067	MICROPORE			SONDA RETAL	
6381	TUBO EXTENSOR 20CM	01	6118	SONDA URETRAL 10	
6382	TUBO EXTENSOR 60CM		6121	SONDA URETRAL 12	
6115	TORNEIRINHA 3 VIAS	01	6122	SONDA URETRAL 14	
2990	SERINGA DE INSULINA	01		BOLSA COLOSTOMIA	
6496	SERINGA 03 ml	02	3814	CATETER SINGLE LÚMEN	
6418	SERINGA 05 ml	03	2782	CATETER DUPLO LÚMEN	
6106	SERINGA 10 ml	01		Respirometria oximétrica	15
6107	SERINGA 20 ml	01			
	SERINGA 60 ml			MEDICAÇÕES	
	SOLUÇÕES		4016	ACC 10ml	
17563	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ml	01	5042	ABD 250ml	
4393	SORO FISIOLÓGICO 0,9% (250ml) 1000 ml	01		Nesacina peroral 1ml	01
4394	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ml	03		Xilestesin s/col. sup. 0,5ml	01
5002	SORO GLICOSADO 5% 100ml			Bromoprida sup. 0,2ml	01
4398	SORO GLICOSADO 5% 250ml			Spasmin sup. 0,1ml	01
4399	SORO GLICOSADO 5% 500ml			Dimorf. sup. 0,2mg	01
4397	SORO GLICOSADO 10% 500ml			Fontanila sup. 0,2ml	01
4788	SORO GLICOFISIOLÓGICO 1:1 500ml			Cefazolin 2. 0,1mg	01
4388	SORO RINGER LACTADO 500ml			Solucontra 0,1. 500mg	01
4390	MANITOL 250ml			Dipirona sup. 0,2ml	02
4737	CLUSTER GLICERINADO 500ml			Micazolin sup. 5mg	01
	ECG, GLICEMIA, MONITOR, AEROSOL			Pantozol 2. 40mg	01
6059	ELETRODOS	05		Bextra 2. 40mg	01
17391	FITA PARA GLICEMIA				

 HOSPITAL SÃO MATEUS	Nº PRONTUÁRIO	Nº CONTROLE 868569.	PLANO TERAPÊUTICO	
	UNIDADE HOSPITALAR P-3	CONVÊNIO Unimed	LEITO 310	
NOME DO PACIENTE Gleudson de Freitas V		PESO	MÉDICO RESPONSÁVEL DR. Sô Junior	
PRESCRIÇÃO-DATA: 05.09.14		HORÁRIO		
1 - Rota grande epis 18 h		Snd.		
2 - S.G.F. 1000 ml 35 sb/m		115.00 (18)		
3 - Tramadol 100 + 100 cc S.F. 01		12/12h 18 ok		
4 - Proferid + 100 cc S.F. de 12/12h		18 ok		
5 - manter membro elevado		Atu.		
 José de Sá Cavalcante Junior CRM 1283 CFP 057036336 Ortopedista-Traumatologista				
• MCT + oxetina de pulso • alta de SN após reanestesia anestesia.				
Monica Filho (nº: 6879)				

 HOSPITAL SÃO MATEUS	UNIDADE	EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL		
	P-3	Nº CONTROLE:	LEITO:	DATA:
NOME/PACIENTE:		868569	310	05.09.14
Gláudson de Freitas V.				
DATA / HORA				
05/09/14	Paciente admitida no posto 3 (leito 310), proveniente da emergência dia 04/09/14 às 18:00, para tratamento cirúrgico da correção de tórax E, supõe HAS, DM, cardiopatia, ulcêres e hábitos tabagistas. Encontra-se consciente, orientado, deambulando com apoio, sem náuseas e vômitos no vômito. Verbaliza ruídos NHO. Quanto aos SSV, apresenta-se normotensa, normocárdica, apnéica e eufórica em seu ambiente. Segue internado aguardando procedimento cirúrgico.			
	Patrici de Oliveira Mendes Enfermeira COREN: 47.807			
13:50	Foi encaminhado ao C.C. às 13:50.			
	Patrici de Oliveira Mendes Enfermeira COREN: 47.807			



HOSPITAL
SÃO MATEUS

UNIDADE

P-03

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM POSTO

NOME/PACIENTE:

Gleudson da Freitas

Nº CONTROLE:

LEITO:

DATA:

370

05/08/18

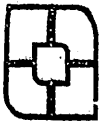
DATA / HORA

08h Paciente no pré-operatório, segue consciente, orientado, verbaliza, O2 ambiente, AUP+HV em eixo distal VO, diurese espontânea, segue aguardando chamado do C.E.

Patricia de Oliveira Mendes
Enfermeira
COREN: 47.807

13:50 Paciente encaminhado p/ o C.E.

Patricia de Oliveira Mendes
Enfermeira
COREN: 47.807



HOSPITAL
SÃO MATEUS

FICHA DE ANESTESIA

fls. 26

NOME PACIENTE

Nº PRONTUÁRIO

Nº CONTROLE

APTO/ENF.

LEITO

CATEGORIA

TEMPO DE SALA

TEMPO DE OXIGÊNIO

ED DE CIRURGIA

RURGIÃO

IDADE

PESO

ALTURA

SEXO

TEMPERATURA

PULSO

RESPIRAÇÃO

PR. ARTERIAL

DATA DE ANESTESIA

oo sanguíneo

Hemácias

Hemoglobina

Hematócrito

Glicemia

Uréia

Urina

3. Respiratório

Asma

Bronquite

p. Circulatório

ECG

p. Digestivo

Dentes

Pescoço

Alergia

p. Urinário

Estado Mental

Diagnóstico Pré-Operatório

Risco

Atarácicos

Intestesias Anteriores

Corticoides

Medicação Pré-Anestésica

HORA

EFEITO

Hipotensores

Outros

torário 15 20 40 15 30

INDUÇÃO

Satisfatório() Excitação() Tosse()

Laringoespasm() Lenta()

Náuseas() Vômitos()

Outros

MANUTENÇÃO

1. Satisfatório 100%

2. Domina o sono

3. Resposta do reflexo de tosse

4. Resposta do reflexo de vômito

5. Resposta do reflexo de tosse

6. Resposta do reflexo de vômito

7. Resposta do reflexo de tosse

8. Resposta do reflexo de vômito

9. Resposta do reflexo de tosse

10. Resposta do reflexo de vômito

11. Resposta do reflexo de tosse

12. Resposta do reflexo de vômito

13. Resposta do reflexo de tosse

14. Resposta do reflexo de vômito

15. Resposta do reflexo de tosse

16. Resposta do reflexo de vômito

17. Resposta do reflexo de tosse

18. Resposta do reflexo de vômito

19. Resposta do reflexo de tosse

20. Resposta do reflexo de vômito

21. Resposta do reflexo de tosse

22. Resposta do reflexo de vômito

23. Resposta do reflexo de tosse

24. Resposta do reflexo de vômito

25. Resposta do reflexo de tosse

26. Resposta do reflexo de vômito

27. Resposta do reflexo de tosse

28. Resposta do reflexo de vômito

29. Resposta do reflexo de tosse

30. Resposta do reflexo de vômito

31. Resposta do reflexo de tosse

32. Resposta do reflexo de vômito

Anestesia satisfatória

☒ SIM

☐ NÃO

Não por que?

DESPERTAR

Reflexos nasais()

Obstrução

Co2()

Excitação()

Náuseas

Vômitos()

Outros

Para o Leito Com Cânula

☒ SIM

☐ NÃO

Condições

Perda Sanguínea Aproximada

ml

Volume Sanguíneo Reposto

ml

Duração Total da Operação

Hs. min.

Duração Total da Anestesia

Hs. min.

SÍMBOLOS

NOTAÇÕES

OSIÇÃO

GENTES

ECNICA

PERAÇÃO

CONTROLE DE MONITORIZAÇÃO DE ESTERILIZAÇÃO

fls. 27

NOME: <u>Gleilson de Freitas Vasconcelos</u>		
LEITO: <u>310</u>	PRONTUÁRIO: <u>189838</u>	DATA: <u>08.09.14</u>
CIRURGIA: <u>Fratura do Tornozelo E</u>		SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Sá Jr.</u>	AUXILIAR:	
INSTRUMENTADORA: <u>Volubione</u>	CIRCULANTE: <u>Germe</u>	

etiquetas abaixo confirmam que todo material utilizado no procedimento foi processado adequadamente e que os parâmetros necessários à esterilização foram atingidos.

CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL: <u>plástico</u>	
CONTEÚDO: <u>52 peças</u>	
RESP. PREPARO: <u>[assinatura]</u>	HORA:
DATA ESTERILIZAÇÃO: <u>03/09/14</u>	N.º DO LOTE:

CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL: <u>ORTOPLAN P/DR. Sá Junior</u>	
CONTEÚDO: <u>Mangueira + Pistola</u>	
RESP. PREPARO: <u>maquieira</u>	HORA:
DATA ESTERILIZAÇÃO: <u>05/09/14</u>	N.º DO LOTE:
ESTERILIZAÇÃO VÁLIDA ENQUANTO A EMBALAGEM PERMANECER ÍNTEGRA, SECA E ARMAZENADA	

CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

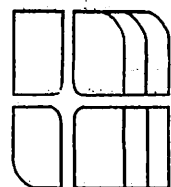
MATERIAL: <u>Dr. Sá Junior</u>	
CONTEÚDO: <u>Pequenos fragmentos</u>	
RESP. PREPARO: <u>Zélia</u>	HORA:
DATA ESTERILIZAÇÃO: <u>05/09/14</u>	N.º DO LOTE:
ESTERILIZAÇÃO VÁLIDA ENQUANTO A EMBALAGEM PERMANECER ÍNTEGRA, SECA E ARMAZENADA	

CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL: <u>Dr. Sá Junior</u>	CONTEÚDO: <u>Pequenos fragmentos</u>	HORA:	N.º DO LOTE:
RESP. PREPARO: <u>[assinatura]</u>	DATA ESTERILIZAÇÃO: <u>30.08.14</u>	ESTERILIZAÇÃO VÁLIDA ENQUANTO A EMBALAGEM PERMANECER ÍNTEGRA, SECA E ARMAZENADA	

CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL: <u>MEMBRO SUPERIOR</u>	CONTEÚDO: <u>30</u>	HORA:	N.º DO LOTE:
RESP. PREPARO: <u>[assinatura]</u>	DATA ESTERILIZAÇÃO: <u>03.09.14</u>	ESTERILIZAÇÃO VÁLIDA ENQUANTO A EMBALAGEM PERMANECER ÍNTEGRA, SECA E ARMAZENADA	



**Hospital
SÃO MATEUS**

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

fls. 28

PACIENTE:

Gleilson de Freitas Vasconcelos

Nº PRONTUÁRIO

189838

Nº CONTROLE

868569

DATA

05.09.14

CONVÊNIO

Unimed

UNID. HOSPITALAR

C.E.

C. CUSTO

ENF/APTO.

310

LEITO

CIRURGIÃO *Dr. João Jr.*

ANESTESISTA *Dr. Tereza Botelho*

1º AUX.

TIPO DE ANESTESIA *Bague + sedação*

2º AUX.

INSTRUMENTADORA *Valdilene*

3º AUX.

CIRCULANTE *Geane*

Diagnóstico Pré-operatório

Fratura de humero + Gt de Círculo triplo

Tipo de operação

tratamento cirúrgico

Diagnóstico pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Exame Radiológico no ato

Rm - Radioscopia

Acidentes e Incidentes

Contagem das compressas

Início da Cirurgia

Término

Duração

Início do Oxigênio

Término

Total H.

GIHJ

CÓDIGO-CID

SSM

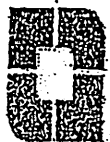
Duração da Anestesia - Min Total:

Min c/ acres.

Anestesia (ocorrências principais):

- *oxigenio e aspiracao*
- *cloro medicinal*
- *identificado foco de fratura*
- *Redução e fixação com 02 parafusos canulados*
- *Realizado bloqueio de Círculo triplo*
- *Realizada limpeza profunda e desinfecção*
- *curativo e tala de gesso*

José de Sá Cavalcante Junior
Ortopedista-Traumatologista
CRM 1233 CPF 9577533-63



HOSPITAL
SÃO MATEUS

FICHA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

fls. 29

NOME: Gleudson de Fritas V CONVÊNIO: _____
IDADE: _____ SEXO: M LEITO: 03 DATA: 05 / 09 / 14
HORA DA CHEGADA: 15:30 HORA DA SAÍDA: _____

Procedimento realizado: Tratamento cirúrgico de natureza do tempo
Cirurgião: Dr. Jo. J. J. Anestesiologista: Teófilo Botelho
Tipo de anestesia: Região + sedação

Antecedentes clínicos: HAS () DM () Cardiopatia () Pneumopatia () Distúrbio neurológico ()
Renal crônico () Alergias ()

Sinais Vitais Pré - Anestésicos Imediatos:

PA: 100 x 120 mmHg, Temp. 36,8 °C, Pulso: _____ bpm, Respiração: _____ ipm, Sat. O2: _____ %

Intercorrências no Intra-operatório: (X) Não () Sim

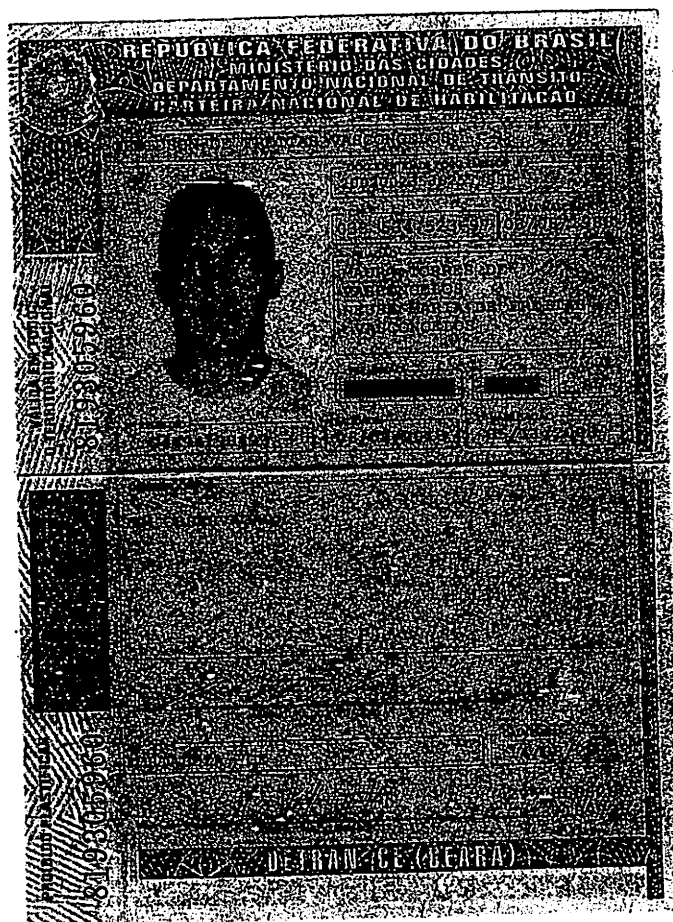
Monitorização: (X) ECG (X) Oximetria (X) PANI () PA Invasiva () PVC () Outro _____

Índice de Aldrete e Kroulik

			Entrada	30'	60'	Saída
ATIVIDADE MUSCULAR	Capacidade de movimentar 04 membros	2				X
	Capacidade de movimentar 02 membros	1	X			
	Incapacidade de movimentar os membros	0				
RESPIRAÇÃO	Capaz de respirar fundo e tossir livremente	2	X			X
	Dispnéia ou respiração limitada	1				
	Apnéia	0				
CIRCULAÇÃO	PA +/- 20% do nível pré-anestésico	2	X			X
	PA +/- 25% a 49% do nível pré-anestésico	1				
	PA +/- 50% do nível pré-anestésico	0				
T. O2	Acima de 92% em ar ambiente	2	X			X
	> 90% com O2	1				
	< 90% com O2	0				
CONSCIÊNCIA	Completamente acordado	2	X			X
	Desperta quando estimulado	1				
	Não responde ao estímulo auditivo	0				
TOTAL DE PONTOS			09			10
Assinatura do plantonista			<u>Assinatura</u>			<u>Assinatura</u>

Itens em negrito: não liberar a alta
Déficits neurológicos, motores e auditivos prévios não contraindicam a alta.

Score 08 a 10 - Paciente em condições de alta
Score 10 para paciente ambulatorial



BancoVotorantim
Cartões

GLEIDSON DE FREITAS VASCONCELOS
R SATIRO DIAS 98
MONTESE
FORTALEZA - CE
60420-430

BV
FINANCEIRA

Associada ao 

1043



Data de Postagem: 07/10/2014

Mala Direta Postal
9912324983/13-DR/BSB/SPM
BB/BV Financeira
...CORREIOS...



COMUNICADO IMPORTANTE



DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO
DETRAN-CE
EXTRATO DE LICENCIAMENTO



DOCUMENTO DE FORTE OBRIGATORIO JUNTO AO CRLV (DUAL)

HYY2059

1.49079094-0

CTCE FORTALEZA CE PL2 (CID/CE)
GLEIDSON DE FREITAS VASCONCELOS
RUA SATIRO DIAS, 98
MONTESE
60.420-430 FORTALEZA - CE